



**PROGRAMA DE CURSO**

<b>CLÍNICA TRATAMIENTO DE LA EDENTACIÓN 2</b>	
AREA DE FORMACIÓN	Formación Clínico Profesional
DOCENTE RESPONSABLE	Dra. Mariana Seoane
UNIDAD ACADÉMICA INTERVINIENTE	Operatoria dental, Endodoncia, Periodoncia y Prótesis Parcial Removible
UBICACIÓN EN LA CARRERA	Cuarto año
TIPO DE CURSO	Clínico
CARGA HORARIA	Total: 160 hs Clínicas: 120 hs Teóricas: 40 hs
Nº CREDITOS	15
FECHA DE VIGENCIA	Desde 2015



## **OBJETIVOS**

### **A- GENERALES**

La Clínica de Rehabilitación y Prostodoncia Removible II, UDA 14, tiene como objetivos generales:

Capacitar al estudiante de Odontología en:

- La elaboración del diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del paciente con pérdida parcial de piezas dentales.
- Los procedimientos de prevención aplicables al paciente con pérdida de dientes a fin de preservar una dentición funcional.
- La rehabilitación del paciente desdentado parcial mediante prótesis removibles convencionales y simplificadas.
- La atención del paciente parcialmente edéntulo en las maniobras de mantenimiento y reparación de las prótesis en uso.
- La participación del estudiante en trabajo de equipo interdisciplinario para lograr un tratamiento óptimo.

Informar al estudiante de Odontología de:

- Los procedimientos de rehabilitación del desdentado parcial mediante técnicas especiales
- Los procedimientos de laboratorio aplicables a la construcción de los aparatos de prótesis removible

Contribuir mediante sus actividades, al logro de los Objetivos del Plan de Estudios establecido por el Claustro de Facultad.

### **B- ESPECÍFICOS DEL CURSO CLÍNICO**

La parte Clínica tiene por objetivos específicos la capacitación del estudiante en:

- La elaboración del diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del paciente desdentado parcial.
- Conocer la anatomía del terreno protético dual en el desdentado parcial y su solución según los diferentes tipos de edentación.
- El manejo y ejecución de los procedimientos de prevención y de tratamiento vinculados a las prótesis dentales removibles convencionales y simplificadas.
- Conocer los cambios provocados por el uso de prótesis parcial, prevenir, diagnosticar y realizar las maniobras necesarias para neutralizarlos.
- Establecer un plan de mantenimiento adecuado a cada tratamiento realizado.



- Informar los procedimientos técnicos utilizados para la construcción de aparatos protéticos y establecer un trabajo en equipo con el laboratorio.
- Informar sobre el tratamiento del desdentado parcial mediante prótesis especiales, de alta complejidad y su conocimiento para tratar o derivar.

## **METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA**

- La enseñanza de la parte teórica del curso, se desarrolla sobre la base de clases magistrales y seminarios en los que se estimulará la participación activa del estudiante.
- La enseñanza de la parte práctica del curso se desarrolla sobre la base de:
  - ✓ Demostraciones teórico-prácticas por parte del personal docente, en las cuales se realizan todas las etapas de tratamiento de un paciente desdentado parcial bi-maxilar, seleccionado con tal fin.
  - ✓ Ateneos con la presentación de casos clínicos de los estudiantes, en los que se busca sea el ejecutante que lo presente, con participación activa de los demás cursantes.
  - ✓ Ejercicios de diseño sobre los casos en tratamiento, actividad en la que tienen participación activa los cursantes.
- Actividades on-line: La Cátedra desarrolló un espacio en la plataforma EVA del Servidor de Facultad, en la cual se encuentra a disposición de los cursantes el material para el funcionamiento básico del curso. Existen también espacios para interactuar a nivel general de los cursantes o por grupo de actividad práctica.

## **EVALUACIÓN**

### **CONTROL DE ASISTENCIA**

- La asistencia a las clases del curso teórico es libre.  
Las actividades clínicas se desarrollan dentro de la Clínica Integrada 3, la asistencia es controlada debiéndose concurrir por lo menos al 80% de las clases.



## **EVALUACIÓN**

- La evaluación del rendimiento del estudiante en los cursos cumple una finalidad diagnóstica y formativa tanto para el estudiante como para el docente, sus objetivos son:
  - 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 y del profesor para fomentar su espíritu de superación educacional, desarrollar su criterio de auto evaluación, calificar su actuación.

### **CURSO TEÓRICO**

- Se realiza una evaluación continua en el curso clínico, interrogando al estudiante sobre los fundamentos teóricos en las ejecuciones prácticas.
- Se busca la participación teórica en las demostraciones teórico-prácticas.
- Se realizan test de evaluación de múltiple opción, con preguntas a desarrollar y ejercicios de diseño, presenciales y a través de la página web.
- Una prueba final que consiste en un examen oral sobre los contenidos del programa teórico, estando el cursante habilitado a rendirlo una vez aprobado el curso clínico.

### **CURSO CLÍNICO**

- La parte clínica del curso se aprueba cuando el estudiante cumple los ejercicios de asistencia de pacientes a satisfacción, estando sujeto a un proceso de evaluación continua. El estudiante que resulte aplazado deberá recurrir la asignatura en acuerdo a la reglamentación vigente.
- El estudiante deberá realizar los tratamientos propuestos en los contenidos del curso clínico, demostrando un adecuado rendimiento, acorde a las circunstancias en que se efectúa el tratamiento y a la complejidad del mismo.
- La actividad clínica de la UDA 14, es de asistencia controlada, para lo cual el estudiante debe concurrir por lo menos al 80% de las clases de atención. Este mismo porcentaje se aplica para las demostraciones teórico-prácticas.

#### **a) 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, en una clínica de asistencia integral.



Sin perjuicio de dar cumplimiento a las normas de acordadas para la Clínica Integrada 3, la evaluación del estudiante 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)
- El dominio afectivo (empatía, integridad y responsabilidad, criterio equilibrado, autodisciplina, autoevaluación, resistencia física y mental, relaciones humanas).

#### b) Fichas de evaluación

- En la actividad clínica, el estudiante es avaluado en forma continua por los docentes del grupo teniendo en cuenta cinco aspectos fundamentales: manejo del ambiente de trabajo, relaciones humanas, autonomía de actuación, fundamentación teórica de la práctica, calidad de la atención.
- Para realizar la evaluación continua, se anexa a la ficha de tratamiento protético de cada paciente, una **Ficha de Evaluación de Actividad Clínica**. En la misma el docente califica las etapas clave del tratamiento protético, nota conocida por el estudiante, recogiendo información sobre la actuación del estudiante en cada etapa, teniendo en cuenta los ítems del párrafo anterior, que servirá para su evaluación final.
- Previo a la conclusión del Curso Clínico, se pondrá a consideración de los cursantes un **Cuestionario de Evaluación del Curso y otro Cuestionario de Evaluación Docente**, cuyas conclusiones serán documentadas en el Informe de Curso correspondiente.

## CONTENIDOS

Los contenidos del curso de la Clínica de Rehabilitación y Prostodoncia Removible II, se refieren al tratamiento de la ausencia parcial de dientes, en un nivel de complejidad mayor que los contenidos del curso de la Clínica de Rehabilitación, Prostodoncia Removible I y Gerodontología, desarrollando en forma específica el tratamiento mediante prótesis parciales removibles.

### A- CONTENIDOS DEL CURSO CLÍNICO

#### **Actividad Clínica:**

En el curso clínico, el estudiante realizará la asistencia integral de dos pacientes parcialmente desdentados, a restaurar mediante prótesis removibles



convencionales o simplificadas y el tratamiento de mantenimiento de pacientes portadores de prótesis removibles.

Estos pacientes recibirán sus tratamientos en el marco de un plan de asistencia odontológica interdisciplinaria en la Clínica Integrada del Adulto 3.

Los cursantes tendrán la obligación de tratar los pacientes asignados por el personal docente, salvo que medie una causa justificada que será documentada en la Historia Clínica.

La asistencia de los pacientes a restaurar mediante prótesis removibles (prótesis parciales esqueléticas, prótesis parciales a placa, sobredentaduras, tratamientos combinados ej. prótesis parciales relacionadas con coronas, prótesis completa con prótesis parcial), será programada de tal forma que el estudiante efectúe todos los tratamientos necesarios para alcanzar el Alta Integral en el transcurso del año curricular, lo cual involucra cumplir a satisfacción las etapas de:

A- Elaboración del diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

B- Tratamientos preprotéticos.

C- Tratamiento protético.

D- Instalación de la prótesis, programación del mantenimiento y controles iniciales.

Los tratamientos de mantenimiento de portadores de prótesis pueden involucrar: control periódico, remotivación del paciente, tratamiento de las afecciones bucodentales y reparaciones o acondicionamiento que los aparatos.

### **Demostraciones Teórico-Prácticas:**

El curso clínico se orienta a través de una serie de demostraciones teoricoprácticas dictadas por el personal docente y en las que se solicita la participación activa del estudiante.

Las demostraciones se dictan de acuerdo a la siguiente secuencia:

1. Introducción al curso clínico. Planificación de las actividades curriculares. Asistencia integral del parcialmente desdentado. Procedimientos y recursos protéticos. Organización de las 3 primeras sesiones de asistencia. Historia clínica.
2. 1a. Sesión de Asistencia. Historia clínica: identificación del caso, entrevista e interrogatorio, examen clínico general y regional, apreciación general de salud oral. Tratamientos de atención inmediata. Profilaxis oral y educación para la salud. Indicación de exámenes complementarios.
3. 2a. Sesión de Asistencia. Historia clínica: Examen clínico local, impresiones primarias, modelos de estudio, registros de oclusión. Sesión para-clínica: examen de modelos, examen radiográfico.



4. 3a. Sesión de Asistencia. Síntesis de Historia Clínica: examen clínico final, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. Elección terapéutica: diseño preliminar. Indicaciones de preparación pre-protética.
5. Preparación pre-protética, esta etapa puede involucrar varias sesiones clínicas, dependiendo de la necesidad de tratamiento específico en cada paciente, según la programación establecida.
6. Impresión definitiva. anatómica, anátomo-funcional simple, y/o anatómofuncional mixta. Modelo definitivo.
7. Registros de oclusión y montaje en articulador de los modelos de trabajo.
8. Diseño. Ficha de diseño. Ejercicios de diseño. Discusión de casos clínicos.
9. Prueba del armazón. Impresión anátomo-funcional compuesta del extremo libre inferior.
10. Oclusión protética. Selección y montaje de dientes artificiales. Prueba de enfilado y articulado.
11. Instalación. Ajustes, instrucciones.
- 12.1a. sesión de control. Plan de control periódico, mantenimiento.

Manual del Curso Clínico, Atlas de diseño y Sesiones de Asistencia. Se recomienda consultar estas tres publicaciones, confeccionadas por la unidad docente, que contienen información de apoyo sobre los contenidos de la materia. Disponibles en la plataforma educativa.

### **Fichas de tratamiento:**

Para el desarrollo de la actividad Clínica el cursante deberá completar fichas para el tratamiento a realizar, las cuales se encuentran en la plataforma educativa.

El paciente ingresado en la Clínica Integrada del Adulto III, debe estar registrado en el Servicio de Registro y Admisión de Pacientes, y el estudiante deberá completar la Ficha de Historia Clínica Central suministrada por este Servicio. Cuando el mismo requiera tratamiento protético se deberá anexar, según corresponda, la Ficha de Tratamiento Protético o la Ficha de Control Periódico, que recaban datos específicos sobre la condición de edentación y los tratamientos programados.

Ficha de Condiciones de Tratamiento: Para cada paciente se documentará el presupuesto de su tratamiento supervisado por la Clínica de Rehabilitación y Prostodoncia Removible II.

Ficha de actividad Clínica: en ella se asentará la calificación de las etapas clave del tratamiento y la evaluación de cada una será conocida por el estudiante.



## **B- CONTENIDOS DEL CURSO TEÓRICO, PROGRAMA SINTÉTICO**

### **TEMA 1. TRATAMIENTO MEDIANTE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE**

Tratamiento protético del desdentado parcial. La prótesis parcial removible y otras opciones terapéuticas.

Efectos de la prótesis parcial removible.

Requisitos y filosofía del tratamiento protético del desdentado parcial.

Secuencia de asistencia integral. Plan de tratamiento individual. (CT)

### **TEMA 2. APARATO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE**

Integración del aparato de prótesis parcial removible.

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

Clasificación de las prótesis parciales removibles, de acuerdo con su uso y a su construcción. (CT)

### **TEMA 3. ELEMENTOS DE ANCLAJE**

Estabilidad de la prótesis parcial removible: definición; agentes principales y accesorios.

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

### **TEMA 4. DISEÑO DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE**

Objetivos y principios del diseño del aparato de prótesis parcial removible.

Desarrollo sistemático del diseño.

Concepción biomecánica de la prótesis de acuerdo a la topografía del terreno protético.

Escuelas de diseño de los casos a extremo libre. (CT)

### **TEMA 5. HISTORIA CLÍNICA 1**

Diagnóstico y pronóstico del desdentado parcial considerando: datos personales, anamnesis, examen clínico general, examen clínico regional.

Examen de la oclusión. Oclusión normal, oclusión fisiológica, oclusión patológica, maloclusión.

Desórdenes témporo-mandibulares: definición, etiología, signos y síntomas, cuadros clínicos. (CT)

### **TEMA 6. HISTORIA CLÍNICA 2**

Diagnóstico y pronóstico del desdentado parcial considerando el examen clínico local: cavidad oral, dientes, paradencio, terreno ósteo-mucoso.

Evaluación del diente pilar.

Clasificación de los casos de edentación parcial.

Examen radiográfico. Examen de modelos. (CT)

### **TEMA 7. PREPARACIÓN PRE-PROTÉTICA 1**

Objetivos de la preparación pre-protética del desdentado parcial.

Tratamientos profilácticos de orden general, regional y local.



Tratamiento de los desórdenes témporo-mandibulares.  
Tratamientos curativos y restauradores buco-dentales.  
Acondicionamiento de la oclusión; concepto de oclusión óptima. (CT)

### **TEMA 8. PREPARACIÓN PRE-PROTÉTICA 2**

Acondicionamiento del terreno ósteo-mucoso.  
Acondicionamiento paradencial de los dientes pilares.  
Acondicionamiento coronario de los dientes pilares: nichos para apoyos, planos guía, modificaciones del contorno axial. (CT)

### **TEMA 9. IMPRESIONES**

Objetivos de las impresiones en el desdentado parcial. Estudio de los elementos determinantes: terreno protético, cubetas, materiales de impresión y técnicas.

Descripción e indicaciones de las técnicas anatómica simple o estándar, anátomo-funcional simple, anátomo-funcional mixta y anátomo-funcional compuesta.

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

### **TEMA 10. RELACIONES INTERMAXILARES**

Relaciones intermaxilares en el desdentado parcial.  
Posiciones y movimientos mandibulares.  
Posición mandibular óptima. Dimensión vertical, relación céntrica.  
Registros de oclusión y mecanismos antagonizadores: elección y uso de acuerdo al caso en tratamiento. (CT)

### **TEMA 11. CONSTRUCCIÓN DE APARATOS 1**

Construcción del aparato de prótesis parcial removible: relación entre la clínica y el laboratorio dental. Orden de laboratorio.  
Secuencia para la construcción de los diferentes tipos de aparatos de prótesis parcial removible. Prótesis esquelética y prótesis a placa.  
Control y prueba del aparato metálico. (CT)  
Nociones generales sobre la construcción de las partes metálicas, procedimientos de colado y labrado: materiales, instrumentos y técnicas. (I)

### **TEMA 12. CONSTRUCCIÓN DE APARATOS 2**

Construcción de la oclusión del aparato de prótesis parcial removible. Oclusión protética óptima: definición, teorías, principios, aplicación al caso en tratamiento.  
Dientes artificiales: elección, enfilado, articulado. Prueba estética y funcional. (CT)  
Nociones generales sobre el encerado y la terminación de las bases en resinas: materiales, instrumentos, técnicas y secuencias de realización. (I)

### **TEMA 13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO**

Instalación de la prótesis parcial removible. Inserción del aparato y ajustes.  
Instrucciones al paciente.  
Período de adaptación. Complicaciones y lesiones protéticas.



Mantenimiento, plan de control periódico. (CT)

#### **TEMA 14. REPARACIONES**

Reparaciones: de las bases, de los dientes, de las partes metálicas.

Rebasado. Cambio de base. Reconstrucción.

Restauración de los dientes pilares. (CT)

#### **TEMA 15. TÉCNICAS ESPECIALES**

Descripción, fundamentos, indicaciones y secuencia de realización de prótesis parcial removible inmediata, híbrida, articulada, bipartita, unilateral, para el anciano, para el enfermo periodontal, de precisión. (C)

Nociones generales sobre las prótesis asistidas por implantes y las prótesis para defectos de los maxilares. (I)

En el presente programa, se establecen los niveles de capacitación cognoscitiva del estudiante de acuerdo a los requerimientos necesarios de la asignatura, expresado en las siguientes abreviaturas: Clave total (CT), Clave (C), Informativo (I).

### **B.1- CONTENIDOS DEL CURSO TEÓRICO, PROGRAMA ANALÍTICO**

#### **TEMA 1. TRATAMIENTO MEDIANTE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE**

Tratamiento protético del desdentado parcial. La prótesis parcial removible y otras opciones terapéuticas.

Efectos de la prótesis parcial removible.

Requisitos y filosofía del tratamiento protético del desdentado parcial.

Secuencia de asistencia integral. Plan de tratamiento individual.

##### **1-Tratamiento protético del desdentado parcial.**

Los cambios anatómicos y funcionales que provoca de la edentación.

La Prostodoncia como agente rehabilitador y preventivo. Opciones terapéuticas: prótesis fija, prótesis removible, prótesis asistida con implantes, indicaciones y contraindicaciones.

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.

##### **2- Efectos de la prótesis parcial removible**

A- Terapéuticos

a. primarios:

- estética
- fonética
- masticación



- confort
- b. secundarios:
  - sistema estomatognático
  - digestión
  - psiquis
- B- Dañinos potenciales:
  - a. ecología bucal
  - b. terreno protético
  - c. sistema estomatognático
  - d. sensorial
- C- Socio-económicos:
  - a. el individuo
  - b. la colectividad

### **3- Requisitos del tratamiento protético**

- A- Terapéuticos
- B- Profilácticos
- C- Individuales
- D- Biomecánicos
- E- Higiénicos
- F- Sensoriales
- G- Construcción

### **4- Filosofía de tratamiento protético del desdentado parcial**

- A- Higiene oral aceptable
- B- Ortofunción
- C- Restauración protética óptima
- D- Mantenimiento

### **5- Secuencia de Asistencia Integral**

- A- Diagnóstico y pronóstico
- B- Plan de tratamiento
- C- Preparación pre-protética
- D- Tratamiento protético:
  - a. construcción
  - b. instalación
- E- Mantenimiento

### **6- Plan de tratamiento individual**

Planes de tratamiento: Ideal, Óptimo, de Alternativa. Variables a considerar: necesidades individuales, eficiencia profesional, tiempo, costo, recursos disponibles.



## **Bibliografía**

- Bocage M. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Montevideo: Bocage / Feuer; 2009.
- Brill N, Tryde G, Stoltze K, El Ghamrawy EA. Ecologic changes in the oral cavity caused by removable partial dentures. J Prosthet Dent. 1977; 38(2):138-48.
- Carlsson GE, Hedegård D, Koivumaa KK. Final results of a four year longitudinal investigation of dentogingivally supported partial dentures. Acta Odont Scand. 1965;23:443-72.
- Carlsson GE, Hedegård D, Koivumaa KK. The current place of removable partial dentures in restorative dentistry. Dent Clin North Am. 1970; 14:553.
- Koth DL, Malone WF. Tylman's Teoría y práctica en prostodoncia fija. 8ª ed. Colombia: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1991. cap. 1
- Zarb GA, Bergman B, Clyton JA, MacKay HF. Tratamiento prostodóntico para el parcialmente desdentado. Buenos Aires: Mundi; 1985. p 3-36.

## **TEMA 2. APARATO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE**

Integración del aparato de prótesis parcial removible.

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

Clasificación de las prótesis parciales removibles: De acuerdo con su uso y a su construcción.

### **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 (Tema 1) y sus características individuales surgen de la concepción racional de su Diseño (Tema 3).

### **2- Bases**

#### **A- Definición**

Parte de la prótesis que recubre el proceso alveolar residual de la brecha desdentada a restaurar.

#### **B- 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



C- Requisitos imperativos

- a. íntima adaptación al terreno
- b. ocupar el espacio protético

D- Variedades

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

**3- Elementos de anclaje**

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

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

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

D- Variedades

- a. de acuerdo con su función: anclaje principal o directo: brinda retención y soporte; anclaje secundario o indirecto: brinda soporte
- b. de acuerdo con sus principios de acción: ganchos o retenedores convencionales, actúan por tensión elástica circunscribiendo el diente; ataches o retenedores de precisión, actúan por fricción entre sus dos partes: una unida al pilar y la otra a la prótesis (partes macho y hembra).

**4- Conexión del anclaje**

A- Definición

Parte de la prótesis por la cual se unen los elementos de anclaje al resto del aparato.

B- Objetivos

Contribuir a la asimilación biológica de las cargas en la forma más favorable.

C- Requisitos imperativos

Su diseño, número y distribución estarán de acuerdo a la vía de carga determinada por el diseño del caso.

D- Variedades

- a. rígida
- b. lábil: elástica o articulada
- c. semirígida: determinada por el uso de retenedores DPI o DPA.

**5- Conectores mayores**

A- Definición

Parte del aparato que une las bases entre sí. Circunstancialmente puede unir una base con un elemento de anclaje ubicado a distancia

B- Objetivos



a. principal: actuar como elemento de unión de los componentes del aparato protético

b. accesorio: brindar soporte por su relación de contacto con el terreno subyacente

C- Requisito imperativo: rigidez

D- Variedades

a. Maxilar Superior:

- Barra Palatina
- Banda Palatina
- Placa Palatina
- Barra cingular

b. Maxilar Inferior:

- Barra Lingual
- Barra Sublingual
- Barra Cingular
- Placa Lingual

c. Material:

- Metal
- Acrílico-resinas
- Combinadas: metal-resina

## **6- Superficie Oclusal**

A- Definición

Parte de la prótesis que corresponde los dientes que se reemplazan.

B- Objetivos

Restaurar las funciones alteradas por la pérdida de dientes.

C- Requisitos imperativos

Cumplir con los requisitos de la oclusión óptima y las normas de estética.

D- Variedades

a. Material

- Metal
- Resinas
- Cerámica
- Combinados

b. Amplitud Oclusal

- Mesa oclusal anatómica
- Mesa oclusal reducida: Regla 3HM de Ackermann

## **7- Clasificación de aparatos de PPR**

A- De acuerdo con su uso

a. prótesis provisorias



- b. prótesis de transición
- c. prótesis definitivas
- B- De acuerdo con su construcción
  - a. prótesis a placa
  - b. prótesis esquelética
  - c. prótesis simplificada
  - d. prótesis convencional e. prótesis de precisión

### **Bibliografía**

- Bocage M. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Montevideo: Bocage / Feuer; 2009.
- Borel J, Schittly J, Exbrayat J. Manual de prótesis parcial removible. Barcelona: Masson; 1986. cap. 1,5,6.
- McGivney G, Castleberry D. McCracken, Prótesis parcial removible. Buenos Aires: Panamericana; 1992. p 15-158.
- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. Prosdoncia parcial removible. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993. p 1-96.

### **TEMA 3. ELEMENTOS DE ANCLAJE**

Estabilidad de la prótesis parcial removible: definición; agentes principales y accesorios. Elementos de anclaje principal y secundario: definición; objetivos; clasificaciones; variedades; principios de acción; leyes; indicaciones y selección de acuerdo al caso clínico.

#### **1- Estabilidad**

A- Definición:

Propiedad de la prótesis de mantener un vínculo permanente con el terreno protético.

B- 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 instruir la en el terreno protético.
- b. Accesorios:
  - Equilibrio oclusal: cualidad de la prótesis por la cual las fuerzas originadas en el ámbito 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**

A- Definición, objetivos, requisitos imperativos, variedades ver tema 2.

B- Elementos de anclaje principal:

- a. Integración básica de los retenedores directos simples o ganchos: brazo activo, brazo pasivo, cuerpo, placa guía, apoyo y conector. Brazos de recorrido gíngivo-oclusal y ocluso-gingival.
- b. Integración básica de los retenedores directos compuestos o ataches: partes macho y hembra.
- c. Clasificaciones de los Ganchos:
  - De Roach (Jelenko).
  - De Ney.
  - Por la superficie de contacto dentario y por el recorrido de los brazos.
  - Por su técnica de construcción.
- d. Variedades: Circunferencial, combinado a barra, de acción posterior, tronera, DPI, DPA, anillo, labrado, combinado con conector mayor.
- e. Clasificación de los Ataches:
  - Por su técnica de construcción.
  - Por su forma: coronarios, de poste, de barra, auxiliares.
- f. Principios de acción:
  - Principios mecánicos de retención: fricción y tenso fricción elástica. Ganchos y anatomía dentaria.
  - Principios de soporte: apoyo sobre el pilar, orientación biológica de las cargas.
- g. Leyes del anclaje: retención, soporte, circunscripción, reciprocación, fijación, elasticidad
- h. Elección de acuerdo al caso clínico: factores estéticos, biológicos y mecánicos.

C- Elementos de anclaje secundario:

- a. Clasificación y variedades: apoyos, barra corono-cingular.
- b. Principio de acción: principios de soporte.
- c. Utilización: De acuerdo con el caso clínico, considerando la existencia de ejes de giro dados por la distribución del anclaje principal.

## **Bibliografía**

- Bocage M. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Montevideo: Bocage / Feuer; 2009.



- Bocage M, Derboghosian E, Monteserin C. Estudio experimental de la retención en prótesis parcial removible. Rev Asoc Odontol Argent.1990 Jul-Sep; 78(3):152-7.
- Bocage M, Tedesco A, Wirgman R, Zalynas C. Atlas de prótesis parcial removible. Montevideo: Departamento de Publicaciones, Universidad de la República; 1994.
- Bocage M, Wirgman R. Elementos de anclaje. 3ªed. Montevideo: Departamento de Publicaciones, Universidad de la República; 1993.
- Boucher L, Renner R. Rehabilitación del desdentado parcial. México: Interamericana; 1992. p 56-80.
- Krol AJ. Retenedor de gancho RPI y sus modificaciones. Clínicas Odont Nort. 1973;(4)631-47. p 631-47.
- Mallat E. La prótesis parcial removible en la práctica diaria. Barcelona: Labor; 1986. p 96-120. Preiskel HW. Ataches de precisión en odontología. Buenos Aires: Mundi; 1977.

#### **TEMA 4. DISEÑO DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE**

Objetivos y principios del diseño del aparato de prótesis parcial removible.

Desarrollo sistemático del diseño.

Concepción biomecánica de la prótesis de acuerdo a la topografía del terreno protético. Escuelas de diseño de los casos a extremo libre.

##### **1- Definición**

Es el procedimiento por el que se determinan los recursos aparatológicos apropiados al caso. Diseño preliminar: proyecto de aparato que se elabora en la etapa de plan de tratamiento. Diseño definitivo: es la concepción final del aparato que surge después de evaluar los resultados de la preparación pre-protética.

##### **2- Objetivos y principios**

Surgen del tratamiento protético óptimo:

- Restaurar las funciones alteradas y brindar profilaxis (preservar-prevenir).
- Adecuarse a las necesidades individuales.
- Comportamiento biomecánico acorde al caso.
- Preservar la higiene.
- Mínima alteración sensorial.
- Construcción simplificada.

##### **3- Desarrollo sistemático del diseño**



El diseño se realiza sobre el modelo primario montado respecto a su antagonista, teniendo presente la tipificación del terreno protético de acuerdo a su topografía y a la vía de carga y la evaluación de los índices biológicos generales, regionales y locales, siguiendo el orden siguiente:

A- Tipo de aparato

Elegir el tipo de aparato: prótesis definitiva, de transición, provisoria, a placa, esquelética, convencional, de precisión.

B- Bases y vía de carga

Ubicación y características de las bases:

Elección de las brechas en que se ubicarán las bases.

Determinación de la vía de carga y extensión de la base.

C- Ubicación del anclaje

a. 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 (puntiforme, lineal, en superficie).

b. elección de pilares secundarios y ubicación de los retenedores indirectos.

Enunciado de las 7 normas del anclaje:

1. Los elementos de anclaje principal se ubican en los dientes que limitan las brechas.
2. Un aparato protético debe contar con dos retenedores directos como mínimo.
3. El anclaje directo lineal debe ser complementado con retenedores indirectos o transformado en anclaje en superficie.
4. El anclaje en superficie es estable.
5. Cuando los índices biológicos de los pilares son negativos se ampliará el anclaje a otros dientes de la arcada.
6. El apoyo de los retenedores directos se ubica en el área proximal anexa a la brecha cuando la vía de carga es dentaria y en el área opuesta a la brecha cuando la vía de carga es mixta.
7. En los casos de anclaje cuadrangular y poligonal se pueden sustituir elementos de anclaje principal por estabilizadores.

D- Conexión del anclaje:

Elección de la conexión del anclaje principal.

E- Conector mayor:

Elección del conector mayor.

F- Retenedores directos:

Determinación del tipo de retenedor directo que se aplica de acuerdo a los ecuadores protéticos presentes.



G- Rejillas:

Ubicación de las rejillas para retención de las bases.

H- Superficie oclusal:

Determinación de las características de la superficie oclusal.

#### **4- Concepción biomecánica de la prótesis**

Estudio de las soluciones aparatológicas de las variedades topográficas de Kennedy, en base a la mecánica del caso y a los índices biológicos presentes.

#### **5- Escuelas de diseño del extremo libre**

Principios e indicaciones de las principales escuelas:

A- Máxima cobertura. Prótesis periodontal.

B- Conexión lábil: charnela de Fischer, barras hendidas.

C- Prótesis semi-rígida: indicación de los retenedores DPI-DPA.

#### **Bibliografía**

- Bocage M. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Montevideo: Bocage / Feuer; 2009.
- Bocage M, Feuer L, Sánchez A, Zalynas C. Prótesis parcial removible semi-rígida. Evaluación clínica de cinco años de uso. *Odontolog Urug.* 1995; 44(2):17-26.
- Bocage M, Tedesco A, Wirgman R, Zalynas C. Atlas de prótesis parcial removible. Montevideo: Departamento de Publicaciones, Universidad de la República; 1994.
- Bocage M. Manual del curso clínico. Montevideo: Departamento de Publicaciones, Universidad de la República; 1994. cap 3.
- Castro, Álvarez. Principios para el diseño en el parcialmente desdentado. *Odontología Uruguaya.* 1964-1965; 7-8.
- Loza Fernández D. Prótesis parcial removible. 1ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1992. cap 7.
- Mallat E. La prótesis parcial removible en la práctica diaria. Barcelona: Labor; 1986. cap 2 y p 146-51.
- McGivney G, Castleberry D. McCracken, Prótesis parcial removible. Buenos Aires: Panamericana; 1992. cap 9.
- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. Prostodoncia parcial removible. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993. cap 4,7.
- Zarb GA, Bergman B, Clyton JA, MacKay HF. Tratamiento prostodóntico para el parcialmente desdentado. Buenos Aires: Mundi; 1985. cap 36,37,38.



## **TEMA 5. HISTORIA CLÍNICA 1**

Diagnóstico y pronóstico del desdentado parcial considerando: datos personales, anamnesis, examen clínico general, examen clínico regional.

Examen de la oclusión. Oclusión normal, oclusión fisiológica, oclusión patológica, maloclusión. Desórdenes témporo-mandibulares: definición, etiología, signos y síntomas, cuadros clínicos.

### **1- Diagnóstico protético**

#### **A- Definición**

Identificar las características del caso (índices biológicos) que puedan influir en el proyecto de tratamiento protético.

#### **B- Tipos de diagnóstico**

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

### **2- Pronóstico protético**

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 endocrina).
- 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 psico-física: coordinación muscular y fonética, nivel intelectual y de entendimiento, tipo emocional, estética.

## **6- Examen Clínico Regional**

Ficha disfuncional:

- 1- Apertura bucal menor a 40mm.
- 2- Desviación de la línea media en apertura o cierre.
- 3- Espacio libre interoclusal de más de 4mm.
- 4- Dolor a la palpación de los músculos masticadores.
- 5- Ruidos en las articulaciones témporo-mandibulares.
- 6- Dolor a la palpación de las articulaciones témporo-mandibulares.
- 7- Trayecto de PCR a OM de más de 1mm.
- 8- Trayecto de PCR a OM asimétrico.
- 9- Interferencias en propulsión y/o lateralidad.
- 10- Signos de trauma periodontal.

## **7- Tipos de oclusión**

A- Oclusión normal:

Es la que obedece a la norma o estándar de un grupo humano.

B- 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.

C- Maloclusión: es la que manifiesta falta de armonía anatómica y/o funcional con los componentes del sistema estomatognático. No implica existencia de enfermedad, puede evidenciar fenómenos de adaptación.

D- Oclusión patológica: es la que manifiesta falta de armonía anatómica y/o funcional con los componentes del sistema estomatognático que se vincula con alteraciones patológicas del mismo.

E- Oclusión óptima: es la que se ajusta a los principios que rige al profesional para lograr un tratamiento estable, eficaz y profiláctico.

## **8- Desórdenes témporo-mandibulares**

A- Definición

Alteraciones del sistema estomatognático a las que la oclusión dentaria se relaciona directa o indirectamente.

B- 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, dolor.

C- Etiología

- a. desarmonía oclusal.
- b. hiperactividad muscular.



c. hipertensión emocional.

**D- 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, osteítis condensante destrucción del hueso alveolar.

**E- Cuadros Clínicos**

- a. bruxismo.
- b. abrasión patológica.
- c. síndrome dolor-disfunción del sistema neuro-muscular.
- d. síndrome dolor-disfunción de las articulaciones témporo-mandibulares.
- e. trauma periodontal.

**Bibliografía**

- Bocage M. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Montevideo: Bocage / Feuer; 2009.
- Okeson JP. Management of temporomandibular disorders and occlusion. 3rd ed. Chicago: Mosby; 1993. pt 2.
- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. Prostodoncia parcial removible. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993. cap 5,6.
- Zarb GA, Bergman B, Clyton JA, MacKay HF. Tratamiento prostodóntico para el• parcialmente desdentado. Buenos Aires: Mundi; 1985. cap3,15.

**TEMA 6. HISTORIA CLÍNICA 2**

Diagnóstico y pronóstico del desdentado parcial considerando el examen clínico local: cavidad oral, dientes, paradencio, terreno ósteo-mucoso.

Evaluación del diente pilar.

Clasificación de los casos de edentación parcial.

Examen radiográfico. Examen de modelos.

**1- Examen Clínico Local**

A- Problemas de atención inmediata: lesiones de tejidos blandos, caries importantes, extracciones evidentes, ajuste de prótesis existentes, dolor, problemas estéticos.



B- 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.

C- Evaluación de susceptibilidad a la caries: test de susceptibilidad, índice CPO, recidivas.

D- 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).

E- Examen paradencial: color, consistencia, textura, exploración de la bolsa, furcaciones expuestas, exudado, extensión de la encía adherida, inserción de bridas y frenillos.

F- Evaluación del diente pilar:

- a. evaluación de la capacidad de anclaje: capacidad de carga y capacidad de retención.
- b. características del pilar ideal.

G- Mucosa oral: cambios patológicos, lesiones protéticas.

H- Terreno óseo-mucoso, evaluación de:

- a. tejidos duros: conformación; volumen; longitud, forma y ubicación de la brecha; zonas retentivas respecto al eje de inserción.
- b. tejidos blandos: espesor, depresibilidad, adherencia.
- c. tejidos de soporte principal, secundario y de alivio.
- d. tejidos estacionarios, de pasaje y móviles.

I- Evaluación de calidad y cantidad de saliva.

J- Evaluación de prótesis existentes.



K- Clasificaciones de la edentación parcial:

- a. topográfica.
- b. biomecánica.

L- Examen de la oclusión:

a. Examen de la Oclusión Máxima (OM): relación de antagonismo en la cual se establece el máximo engranamiento entre las arcadas dentarias.

Características:

- llaves de oclusión.
  - contactos de cúspides de soporte.
  - OM en área céntrica o punto céntrico.
- b. Examen de la posición postural (PP) y del camino de cierre muscular: cierre automático de PP a OM. Identificación de contactos prematuros.
- c. Examen de la Posición de Contacto Retrusiva (PCR): posición no forzada más caudal de la mandíbula respecto al macizo cráneo-facial, en la cual sus cóndilos se ubican en el eje de bisagra terminal (EBT) - relación céntrica (RC).
- Examen del movimiento de bisagra o camino de cierre óseo.
  - Examen del movimiento retrusivo (trayecto de PCR a OM).
  - Identificación de contactos prematuros y 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.

## **2- Examen Radiográfico**

A- Indicación de radiografías:

- a. periapicales: dientes, paradencio.
- b. panorámicas: procesos alveolares.
- c. transcraneal: articulaciones témporo-mandibulares.

B- Indicación de artrografía y tomografía de articulaciones témporo-mandibulares.

C- Evaluación radiográfica:

- a. patrón óseo.



- b. examen dentario.
- c. examen periodontal.
- d. hallazgos.

### **3- Examen de Modelos**

A- Técnica estándar de impresión primaria.

B- Vaciado y características del modelo primario.

C- Estudio de los modelos aislados:

- a. dientes remanentes.
- b. brechas desdentadas.
- c. relación dientes-brechas.
- d. relevamiento del modelo:
  - descripción del paralelogramo de Ney.
  - usos del paralelogramo.
  - determinación del eje de inserción considerando:
    1. plano oclusal.
    2. planos guía.
    3. retención de los pilares.
    4. áreas retentivas.
    5. interferencias.
    6. estética.
    7. 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.
- e. reproducción del eje de inserción.

D- Estudio de los modelos relacionados:

- a. distancia interalveolar.
- b. plano oclusal.
- c. oclusión: OM; PR; llaves de oclusión; trayecto de OM a PR; propulsión; lateralidad; función oclusal.

### **Bibliografía**

- Abjean J, Korbendau J. Oclusión. Buenos Aires: Panamericana; 1980. cap 1,2,3,4.
- Bocage M. Manual del curso clínico. Montevideo: Departamento de Publicaciones, Universidad de la República; 1994. cap 3.
- Bocage M. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Montevideo: Bocage / Feuer; 2009.



- Borel J, Schittly J, Exbrayat J. Manual de prótesis parcial removible. Barcelona: Masson; 1986. cap 2,3,4,12.
- Davenport JC, Basker RM, Heath JR, Ralph JP. Atlas en color de prótesis parcial removible. Mosby 1992. p 23-41.
- McGivney G, Castleberry D. McCracken, Prótesis parcial removible. Buenos Aires: Panamericana; 1992. cap 10,11.
- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. Prostodoncia parcial removible. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993. cap 5,6.
- Zarb GA, Bergman B, Clyton JA, MacKay HF. Tratamiento prostodóntico para el parcialmente desdentado. Buenos Aires: Mundi; 1985. cap 6,7,10,14,15,16.

## **TEMA 7. PREPARACIÓN PRE-PROTÉTICA 1**

Objetivos del tratamiento pre-protético del parcialmente desdentado.

Tratamientos profilácticos de orden general, regional y local.

Tratamientos terapéuticos buco-dentales.

Tratamiento de los desórdenes témporo-mandibulares.

Acondicionamiento de la oclusión; concepto de oclusión óptima.

### **Definición**

El tratamiento pre-protético consiste en aquellos procedimientos clínicos que afectan el terreno protético y/o estructuras anexas, con la finalidad de mejorar las condiciones existentes para recibir la prótesis.

### **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 (Oclusión Óptima).

D- Preparar las estructuras del terreno protético para adecuarse a los requisitos de forma y función de la prótesis:

- a. facilitar su colocación y retiro.
- b. garantizar su estabilidad.
- c. asegurar la función de soporte.

### **Tratamientos previos**

Se refiere a los problemas de atención inmediata que surgen a partir de la primera consulta.

A- Tratamientos sintomáticos: dolor, disconfort.



B- Solución de problemas estéticos.

C- Tratamiento de enfermedades prioritarias: enfermedades bucales del campo de acción del odontólogo; caries avanzadas, afecciones pulpares, extracción de dientes irrecuperables.

### **Tratamientos profilácticos**

A- Generales.

El odontólogo como profesional de la salud debe brindar orientación cuando detecta desórdenes generales que pueden alterar el equilibrio biológico del paciente:

- a. higiene de la alimentación: alertar sobre las consecuencias de la alimentación deficiente (carencias, desnutrición, sobrepeso), realización y análisis de la ficha de dieta individual, recomendaciones: pirámide de los alimentos, porciones, ingestas).
- b. higiene física: alertar sobre la importancia de los ejercicios físicos y respiratorios básicos, ritmo de descansos, higiene corporal.
- c. higiene psíquica: autocontrol del estrés.

B- Regionales.

Tratamiento y prevención de hábitos lesivos del sistema masticatorio y del uso de agentes vinculados a lesiones premalignas: tabaquismo, alcoholismo, calor, condimentos.

C- Locales.

Procedimientos de prevención de caries y paradenciopatías:

- a. control de placa individual (técnica de Lindhe).
- b. limpieza dental profesional.
- c. uso de fluoruros.
- d. uso de agentes antimicrobianos.
- e. eliminación de factores de retención de placa (experiencias de Carlsson y col. 1965-70, y de Brill y col.1977).

### **Tratamiento de los desórdenes témporo-mandibulares.**

A- Síndromes de desórdenes témporo mandibulares de origen oclusal:

- a. síndrome dolor-disfunción del sistema neuro-muscular (mio-facial).
- b. síndrome dolor-disfunción de las articulaciones témporo-mandibulares.
- c. trauma periodontal.
- d. bruxismo (apretamiento, frotamiento, abrasión).

Estos síndromes tienen en común la existencia de desarmonía de la oclusión, hipertensión muscular e hipertensión síquica, por lo cual se puede organizar sus tratamientos en dos pasos: terapia directa del órgano principalmente afectado y terapia oclusal.

B- Terapia directa del sistema neuro-muscular



- a. farmacológica.
  - b. reposo.
  - c. fisioterapia.
  - d. psicoterapia.
  - e. autosugestión.
- C- Terapia directa de las articulaciones témporo-mandibulares
- a. farmacológica.
  - b. reposo.
  - c. fisioterapia.
  - d. placa pivotante.
  - e. placa de recapturación de menisco.
  - f. limitador de apertura.
  - g. cirugía.
- D- Terapia directa del trauma periodontal
- a. farmacológica.
  - b. desgaste de contactos traumáticos.
  - c. cirugía periodontal.
  - d. ferulización.
- E- Terapia oclusal: adopta como fundamento operativo aproximarse a los requisitos de la oclusión óptima. Procedimientos:
- a. Placas de mordida:
    - 1- fines: tratamiento sintomático, tratamiento etiológico y auxiliar de diagnóstico.
    - 2- tipos:
      - planos de mordida anterior (placa de Hawley, Jig).
      - placa de mordida completa o mio-relajante o de estabilización.
      - placa de elevación de la dimensión vertical, prótesis provisorias.
      - placas de mordida resilientes o protector dental.
  - b. Ajuste oclusal:
    - 1- por sustracción o desgaste selectivo ( técnica de Neff ).
    - 2- por desplazamiento (movimientos ortodóncicos - cirugía ortognática).
    - 3- por adición (procedimientos de remodelado oclusal mediante restauración fija o removible).

### **Bibliografía**

- Abjean J, Korbendau J. Oclusión. Buenos Aires: Panamericana; 1980. pt 2.
- Bocage M. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Montevideo: Bocage / Feuer; 2009.
- Boucher L, Renner R. Rehabilitación del desdentado parcial. México: Interamericana; 1992. p 125-47.



- Neff P. TMJ Occlusion and function. Georgetown University School of Dentistry; 1993.
- Okeson JP. Management of temporomandibular disorders and occlusion. 3rd ed. Chicago: Mosby; 1993. pt 2,3,4.
- Rubiano M. Placa neuro-mio-relajante. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1991.
- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. Prostodoncia parcial removible. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993.
- Zarb GA, Bergman B, Clyton JA, MacKay HF. Tratamiento protodóntico para el parcialmente desdentado. Buenos Aires: Mundi; 1985. sec 2.

## **TEMA 8. PREPARACIÓN PRE-PROTÉTICA 2**

Acondicionamiento del terreno ósteo-mucoso.

Acondicionamiento paradencial de los dientes pilares.

Acondicionamiento coronario de los dientes pilares: nichos para apoyos, planos guía, modificaciones del contorno axial.

### **Acondicionamiento del terreno ósteo-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:

- a. extracciones de dientes erupcionados o incluidos.
- b. remodelado de tejidos duros: espículas, crestas, exostosis torus, aumento de rebordes.
- c. 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:

- a. remoción de prótesis viejas.
- b. acondicionamiento de prótesis en uso.
- c. prótesis provisionarias.

### **Acondicionamiento paradencial de los dientes pilares**

A- Objetivos:

- a. eliminar factores etiológicos de la enfermedad periodontal.
- b. lograr surcos gingivales sanos, bolsas inactivas y descontaminar la superficie radicular.
- c. lograr una arquitectura ósea y gingival fisiológica.
- d. controlar la existencia de relaciones oclusales funcionales.
- e. establecer un programa de mantenimiento acorde a las necesidades del paciente.

B- Tratamiento inicial:

- a. instrucciones de higiene oral, control de placa y motivación; detartraje y profilaxis, esta etapa del tratamiento periodontal generalmente se contempla en la etapa de tratamiento profiláctico local (tema 7).
- b. eliminación de factores de injuria directa.
- c. eliminación de factores de injuria indirecta.
- d. ajuste oclusal.
- e. ferulización temporaria.

C- Cirugía paradencial:

- a. gingivectomía.
- b. colgajo paradencial.
- c. 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

### **Acondicionamiento de los dientes pilares**

A- Objetivo:

Realizar las modificaciones necesarias a los dientes pilares para garantizar las condiciones óptimas del equilibrio biológico, estético y funcional de la futura prótesis.

B- Requisitos imperativos:

- a. toman como referencia básica el eje introexpulsivo.



- b. implican modificaciones de la anatomía coronaria que se realizan sobre esmalte sano, o sobre restauraciones coronarias existentes, o se programan sobre restauraciones realizadas especialmente.
- c. cuando se realizan sobre esmalte requiere el tratamiento preventivo de las superficies desgastadas.

**C- Tallado de planos guías:**

Los planos guía son superficies de la corona de los dientes pilares contenidas en el eje introexpulsivo y sobre las que toman contacto partes rígidas de los elementos de anclaje. Descripción, pasos clínicos e indicaciones:

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

**D- Tallado de modificaciones de contorno.**

Las modificaciones del contorno coronario axial del diente pilar se realizan con la finalidad de aumentar o disminuir su potencial de retención, por estética, para controlar el impacto del bolo alimenticio.

Descripción, pasos clínicos e indicaciones.

**E- Tallado de nichos para apoyos.** Los nichos para apoyos son tallados de la corona de los dientes pilares que alojan los apoyos de los elementos de anclaje.

Descripción, pasos clínicos e indicaciones de los nichos:

- a. oclusales.
- b. cingulares.
- c. Incisales.

**F- Restauraciones coronarias con finalidad protética.** Descripción, indicaciones.

**Bibliografía**

- Bocage M. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Montevideo: Bocage / Feuer; 2009.
- Borel J, Schittly J, Exbrayat J. Manual de prótesis parcial removible. Barcelona: Masson; 1986. cap 15.
- Kratochvil FJ. Prótesis parcial removible. 1ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1989. cap 12.
- Loza Fernández D. Prótesis parcial removible. 1ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamerica; 1992. cap 5.
- McGivney G, Castleberry D. McCracken, Prótesis parcial removible. Buenos Aires: Panamericana; 1992. cap 5,12,13.



- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. *Prostodoncia parcial removible*. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993. cap 9.
- Zarb GA, Bergman B, Clyton JA, MacKay HF. *Tratamiento prostodóntico para el parcialmente desdentado*. Buenos Aires: Mundi; 1985. cap 9,10,11,13.

## **TEMA 9. IMPRESIONES**

Objetivos de las impresiones en el parcialmente desdentado. Estudio de los elementos determinantes: terreno protético, cubetas, materiales de impresión y técnicas.

Descripción e indicaciones de las técnicas anatómica simple o estándar, anátomo-funcional simple, anátomo-funcional mixta y anátomo-funcional compuesta.

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

- 1- Definición: reproducción negativa del terreno protético.
- 2- Objetivos: obtención de modelos.
- 3- Elementos determinantes:
  - A- terreno protético:
    - a. casos de vía de carga dentaria.
    - b. casos de vía de carga mixta.
  - B- cubetas:
    - a. de stock.
    - b. individualizadas.
    - c. individuales.
  - C- materiales de impresión:
    - a. elásticos, plásticos y rígidos.
    - b. fundamentales y complementarios.
  - D- técnicas: clasificaciones:
    - a. de acuerdo con el tratamiento del terreno: anatómicas, funcionales anátomo- funcionales, mucostáticas.
    - b. de acuerdo con las maniobras clínicas: simples, mixtas, compuestas.
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 mixta.



- Descripción de la técnica e indicaciones.
7. Técnica anátomo-funcional compuesta.  
Descripción de la técnica e indicaciones.
8. 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.
9. Manejo de la impresión:
- limpieza.
  - desinfección.
  - preparación para el vaciado.
  - almacenamiento.
  - vaciado del modelo: materiales y técnicas.
10. Modelos: Definición, objetivos, características y requisitos de los modelos primarios o de estudio, definitivos y maestros. Pasos y materiales para su confección.

### **Bibliografía**

- Bocage M. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Montevideo: Bocage / Feuer; 2009.
- Bocage M. Manual del curso clínico. Montevideo: Departamento de Publicaciones, Universidad de la República; 1994.
- Borel J, Schittly J, Exbrayat J. Manual de prótesis parcial removible. Barcelona: Masson; 1986. cap 13,17.
- Mallat E. La prótesis parcial removible en la práctica diaria. Barcelona: Labor; 1986. p 162-6, cap 8.
- McGivney G, Castleberry D. McCracken, Prótesis parcial removible. Buenos Aires: Panamericana; 1992. cap 14,15.
- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. Prostodoncia parcial removible. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993. p 305-16, cap 13.
- Zarb GA, Bergman B, Clyton JA, MacKay HF. Tratamiento prostodóntico para el parcialmente desdentado. Buenos Aires: Mundi; 1985. cap 40,41.

### **TEMA 10. RELACIONES INTERMAXILARES**

Relaciones intermaxilares en el desdentado parcial.  
Posiciones y movimientos mandibulares.



Posición mandibular óptima. Dimensión vertical, relación céntrica.  
Registros de oclusión y mecanismos antagonizadores: elección y uso de acuerdo al caso en tratamiento.

### **1. Relaciones Intermaxilares**

Definición: Se entiende por relación intermaxilar a la relación espacial que ocupa la mandíbula respecto al maxilar superior (macizo cráneo-facial).

Se reconocen relaciones estáticas (posiciones mandibulares) y dinámicas (movimientos mandibulares).

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

- a. superficie oclusal dentaria.
- b. articulaciones témporo-mandibulares.
- c. sistema neuro-muscular.

### **2. Posiciones Mandibulares**

A- Posiciones Fisiológicas.

- a. Oclusión Máxima Fisiológica (OM).
- b. Posición Postural (PP) y trayecto de PP a OM: camino de cierre muscular.
- c. Posición de Contacto Retrusiva (PCR). Estudio de la PCR a nivel de la oclusión y a nivel de las articulaciones témporo-mandibulares: Relación Céntrica (RC), Eje de Bisagra Terminal (EBT), camino de cierre óseo, movimiento retrusivo.

B- Oclusión Máxima Adquirida o de Comodidad. Diagnóstico diferencial con la OM fisiológica. Camino de cierre adquirido.

C- Posiciones Terapéuticas. Son las posiciones de montaje para efectuar la restauración protética. Relación Céntrica (RC), Posición Muscular (PM), Céntrica Larga, Área Céntrica, Posición Mandibular Óptima (PMO).

PMO es la posición terapéutica de oclusión 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. a nivel de la oclusión: coincide con la OM, implica una adecuada dimensión vertical.
- b. a nivel de las articulaciones témporo-mandibulares: los cóndilos están encajados en las cavidades glenoideas coincidiendo con el EBT o RC.
- c. a nivel muscular: la actividad neuro-muscular reconoce esta posición como la más armoniosa de oclusión, a la cual se llega por cierre reflejo desde la PP con un mínimo de actividad muscular.

Se considera que es una posición músculo-esquelética estable.

### **3. Movimientos mandibulares**



Estudio e identificación de los movimientos mandibulares:

A- A nivel condilar:

a. Plano sagital:

- movimiento de bisagra.
- movimiento de Walker.
- movimiento orbitante.

b. Plano horizontal:

- cóndilo de balance: ángulo de Bennett, movimiento inmediato y progresivo.
- cóndilo de trabajo: movimiento de Bennett, latero-trusión, protrusión o retrusión.

c. Plano frontal:

- cóndilo de trabajo, latero-trusión, surtrusión o detrusión.

B- A nivel de la oclusión:

Estudio del bicuspoide en los planos sagital, horizontal y frontal: trayectoria incisiva, trayectoria canina, gnatograma de Gysi.

#### **4. Registros de Oclusión**

Son procedimientos clínicos que tienen por objeto determinar las relaciones intermaxilares a fin de reproducirlas mediante los modelos montados en un mecanismo antagonizador.

A- Registro de la OM:

Cuando hay oclusión remanente se utilizan registros posicionales de mordida. Indicaciones del uso de las placas de articulación.

B- Registro de la PMO: Cuando se ha perdido la dimensión vertical (DV) implica dos tiempos:

1. Determinación de la dimensión vertical:

- a. métodos de registro: funcionales: fonético y reposo.
- b. métodos de control: métrico, estético y paralelismo de rebordes.

2. Determinación de la posición retrusiva:

a. métodos activos:

- láminas de Long
- lengua
- Jig de Lucia



b. métodos pasivos:

- Ramfjord
- Dawson

C- Verificación de los registros de montaje por la técnica del modelo hendido de Lauritzen.

D- Registro de los movimientos mandibulares. Métodos:

- a. posicionales.
- b. pantográficos.
- c. estereográficos.
- d. trayectorias funcionalmente generadas.
- e. cibernéticos.

Ventajas, desventajas e indicaciones de los diferentes métodos referidas al tratamiento del parcialmente desdentado.

## **5. Montaje con arco facial**

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

B- 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.

C- Determinación del punto de referencia anterior:

- a. punto infraorbitario: plano axio-orbital o de Francfort.
- b. punto espina nasal: plano axio-nasal o de Camper.

D- Técnicas de registro: Descripción de las técnicas de:

- a. arco facial tipo Snow-Dentatus-Hanau.
- b. arco facial tipo Quick-Mount de whip-mix, Gnatus, Bio-Art.

## **6. Mecanismos antagonizadores**

A- Clasificación

- a. oclusores
- b. articuladores:
  - arbitrarios
  - estándares



- adaptables:
  1. parcialmente adaptables de 1a. y 2a. generación.
  2. totalmente adaptables.

**B- Elección del mecanismo antagonizador:**

- a. casos sin oclusión remanente:
  - diagnóstico – ocluser.
  - restauración - articulador estándar.
- b. casos 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.

**Bibliografía**

- Bocage M. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Montevideo: Bocage / Feuer; 2009.
- Borel J, Schittly J, Exbrayat J. Manual de prótesis parcial removible. Barcelona: Masson; 1986. cap 10,14.
- Koth DL, Malone WF. Tylman's Teoría y práctica en prostodoncia fija. 8ª ed. Colombia: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1991. cap 12.
- Lundeen HC, Shryock EF, Gibbs CH. JProsthet Dent. 1978; 40(4):442-52.
- McGivney G, Castleberry D. McCracken, Prótesis parcial removible. Buenos Aires: Panamericana; 1992. cap 16.
- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. Prostodoncia parcial removible. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993. p 393-421.
- Zarb GA, Bergman B, Clyton JA, MacKay HF. Tratamiento prostodóntico para el• parcialmente desdentado. Buenos Aires: Mundi; 1985. cap 16,17,19.

**TEMA 11. CONSTRUCCIÓN DE APARATOS 1**



Construcción del aparato de prótesis parcial removible: relación entre la clínica y el laboratorio dental. Orden de laboratorio.

Secuencia para la construcción de los diferentes tipos de aparatos de prótesis parcial removible. Prótesis esquelética y prótesis a placa.

Control y prueba del aparato metálico.

Nociones generales sobre la construcción de las partes metálicas, procedimientos de colado y labrado: materiales, instrumentos, técnicas y secuencias de realización.

### **1. Relación entre la clínica y el laboratorio dental**

A- Funciones del odontólogo y el técnico de laboratorio dental.

Responsabilidades.

Apoyo del laboratorio a la clínica.

B- Redacción del diseño y de la orden de laboratorio

### **2. Construcción de aparatos colados**

A- Dibujo de la estructura metálica.

B- Ubicación del eje de inserción.

C- Preparación del modelo:

- Dibujo del ecuador protético.
- Eliminación de ángulos muertos.
- Relevamiento (en paralelo, cónico).
- Corte bajo.
- Alivios.
- Desgastes.

D- Duplicado del modelo:

- Materiales e instrumentos para el duplicado.
- Vaciado del modelo refractario.

E- Encerado:

- Dibujo del esqueleto.
- Procedimiento de encerado: manual, preformas, calibrado.
- Colocación de los bebederos.

F- Inclusión en revestimiento.

G- Eliminación de la cera y calentamiento del cilindro.

H- Colado:

- Metales para el colado.
- Centrífugas.
- Fusión del metal.

I- Pulido:

- Arenado.



- Recorte y alisado.
- Ajuste al modelo. Pulido mecánico y electrolítico.

### **3. Construcción de aparatos labrados**

- A- Indicaciones, ventajas y desventajas de las partes labradas.
- B- Materiales e instrumental.
- C- Modelo de trabajo.
- D- Técnicas de construcción.

### **4. Prueba del aparato metálico**

- A- Inspección del aparato.
- B- Ajuste a los dientes pilares.
- C- Ajuste a la oclusión.
- D- Ajuste de aparatos semi-rígidos.

### **Bibliografía**

- Borel J, Schittly J, Exbrayat J. Manual de prótesis parcial removible. Barcelona: Masson; 1986. cap 8,11,19.
- Bocage M. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Montevideo: Bocage / Feuer; 2009.
- McGivney G, Castleberry D. McCracken, Prótesis parcial removible. Buenos Aires: Panamericana; 1992. cap 17,18.
- Rudd KD, Morrow RM, Rhoads JE. Procedimientos en el laboratorio dental. Tomo III. Barcelona: Salvat; 1988. cap 1-11.
- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. Prostodoncia parcial removible. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993. cap 11,12.
- Zarb GA, Bergman B, Clyton JA, MacKay HF. Tratamiento prostodóntico para el• parcialmente desdentado. Buenos Aires: Mundi; 1985. cap 23,26.

## **TEMA 12. CONSTRUCCIÓN DE APARATOS 2**

Construcción de la oclusión del aparato de prótesis parcial removible. Oclusión protética óptima: definición, teorías, principios, aplicación al caso en tratamiento. Dientes artificiales: elección, enfilado, articulado. Prueba estética y funcional.



Nociones generales sobre el encerado y la terminación de las bases en resinas: materiales, instrumentos, técnicas y secuencias de realización.

### **1. Objetivos de la oclusión protética**

A- contribuir a la restauración de funciones.

B- cumplir con los requisitos de la oclusión óptima.

### **2. Oclusión óptima**

A- Definición: ver tema 5.

B- Principios:

a. Centricidad: la OM protética debe coincidir con la PMO.

b. Reducción de fuerzas verticales: se debe incorporar en el diseño de la morfología oclusal aquellas características que reduzcan la magnitud de cargas verticales y aseguren la adecuada dirección y distribución en el terreno protético:

- OM simultánea.
- Reducción de la tabla oclusal.
- Altura cuspeada 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.

c. Reducción de fuerzas horizontales: se debe incorporar en el diseño de la oclusión aquellas características que garanticen la adecuada distribución en el terreno protético de las cargas horizontales que se generan durante los movimientos excéntricos.

Se reconocen dos teorías:

1- 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 que antagonizan con parciales.

2- 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:

- a. función canina - se aplica a los casos dento-soportados cuando es la función normal existente.
- b. función de grupo- se aplica a los casos dento-soportados cuando es la función normal existente y a los casos de vía de carga mixta a predominancia dentaria.



### **3. Elección de dientes**

A- De acuerdo con el material: porcelana, resinas, metal, metal-resina; elección de acuerdo a las características del material y del caso.

B- Forma, tamaño, color; elección considerando: dientes remanentes, principio de armonía dento-facial, espacio disponible.

### **4. Enfilado**

A- Dientes anteriores: consideraciones estéticas y funcionales.

B- Dientes posteriores: reglas de Pound - piezografía - regla 3HM.

C- Dientes adyacentes a las partes metálicas: colocación directa e indirecta.

### **5. Articulado**

A- Objetivos del articulado en OM y en oclusiones excéntricas.

B- Leyes de la articulación: fórmula de Thielemann:

- factores fijos: TC, TI, PO.
- factores de control: AC, CC.

C- Determinantes verticales: TC, TI, PO, latero-trusión, curva de Spee, curva de Wilson.

D- Determinantes horizontales: movimiento lateral inmediato y progresivo, laterotrusión, distancia intercondilar, posición del diente en la arcada.

E- Determinantes de la concavidad palatina de los dientes anteriores: TC, distancia intercondilar, latero-trusión.

### **6. Encerado**

A- Objetivos y técnicas de encerado de las bases.

B- Consideraciones:

- Estéticas.
- Relación con los órganos paraprotéticos, encerado funcional, normas de Fish.
- Extensión de las bases: máxima extensión, extensión mínima, extensión reducida.

### **7. Prueba estética y funcional**

Controles:

- Estético.
- Fonético.
- Oclusión.
- Estabilidad.

### **8. Terminación**



A- Materiales de base: requisitos e indicaciones. Refuerzos.

B- Técnicas de construcción de bases en resinas:

- Por compresión - puesta en mufla por métodos:
  - directo
  - indirecto
  - mixto
- Por colado.
- Por fotopolimerización.

C- Recuperación y remonta.

D- Pulido.

### **Bibliografía**

- Bocage M. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Montevideo: Bocage / Feuer; 2009.
- Bocage M, Zalynas C. Oclusión en prótesis completa. Montevideo: Librería Médica; 1987.
- Borel J, Schittly J, Exbrayat J. Manual de prótesis parcial removible. Barcelona: Masson; 1986. cap 18,20.
- Davenport JC, Basker RM, Heath JR, Ralph JP. Atlas en color de prótesis parcial removible. Mosby 1992. p 172-9.
- Guichet NF. Occlusion. Denar Co. 1977.
- Koth DL, Malone WF. Tylman's Teoría y práctica en prostodoncia fija. 8ª ed. Colombia: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1991. cap 14.
- McGivney G, Castleberry D. McCracken, Prótesis parcial removible. Buenos Aires: Panamericana; 1992. p 391-412.
- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. Prostodoncia parcial removible. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993. cap 15.

### **TEMA 13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO**

Instalación de la prótesis parcial removible. Inserción del aparato y ajustes.

Instrucciones al paciente.

Período de adaptación. Complicaciones y lesiones protéticas.

Mantenimiento, plan de control periódico.

#### **1. Definición**

La instalación de la prótesis parcial es una etapa del tratamiento que involucra múltiples maniobras que se desarrollan desde la inserción de la prótesis terminada hasta la adaptación del paciente.



## **2. Inspección de la prótesis**

- A- Superficie Basilar.
- B- Superficie Pulida.
- C- Bordes Periféricos.
- D- Dientes Artificiales.
- E- Partes Metálicas.

## **3. Inserción de la prótesis**

- A- Asentamiento del esqueleto metálico.
- B- Asentamiento de la base: ajustes de la superficie interna y de la extensión, uso de PIP.
- C- Control de oclusión: OM y movimientos excéntricos, ajuste oclusal, remonta secundaria.

## **4. Instrucciones al paciente**

- A- Informe del riesgo potencial que insume el uso de prótesis, delimitación de la responsabilidad profesional, importancia del auto - cuidado y del control periódico.
- B- Cuidado de los tejidos bucales, remotivación de higiene oral y del control de dieta.
- C- Cuidado de las prótesis:
  - Inspección
  - Inserción y remoción.
  - Limpieza: procedimientos mecánicos y químicos.
  - Desinfección.
- D- Instrucciones escritas.

## **5. Adaptación del paciente**

- A- Consideraciones estéticas.
- B- Adaptación fonética.
- C- Adaptación masticatoria.
- D- Adaptación sensorial.
- E- Complicaciones:
  - Tejidos blandos: dolor, eritema, ulceración.
  - Dientes pilares: dolor, movilidad.
  - Mordeduras.
  - Náuseas.
  - Inestabilidad del aparato.

## **6. Plan de control periódico individual:**

- A- Tipo de paciente.



B- Tipo de aparato.

### **Bibliografía**

- Bocage M. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Montevideo: Bocage / Feuer; 2009.
- Borel J, Schittly J, Exbrayat J. Manual de prótesis parcial removible. Barcelona: Masson; 1986. cap 21.
- Kratochvil FJ. Prótesis parcial removible. 1ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1989. cap 19.
- Mallat E. La prótesis parcial removible en la práctica diaria. Barcelona: Labor; 1986. cap 17.
- McGivney G, Castleberry D, McCracken, Prótesis parcial removible. Buenos Aires: Panamericana; 1992. cap 19.
- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. Prostodoncia parcial removible. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993. cap 16.

## **TEMA 14. REPARACIONES**

Reparaciones: de las bases, de los dientes, de las partes metálicas.

Rebasado. Cambio de base. Reconstrucción.

Restauración de los dientes pilares.

### **1. Rebasado**

A- Indicaciones.

B- Total y parcial, extensión de bordes.

C- Técnica intra-oral.

D- Técnica a dos tiempos:

- Procedimientos clínicos.
  - prótesis intercalar
  - prótesis a extremo libre
- Procedimientos de laboratorio.

### **2. Cambio de base**

A- Indicaciones.

B- Procedimientos clínicos y de laboratorio.

### **3. Reconstrucción**

A- Indicaciones.

B- Procedimientos clínicos y de laboratorio.

### **4. Reparaciones de la base**



- A- Roturas con y sin solución de continuidad.
- B- Procedimientos clínicos y de laboratorio.

#### **5. Reparaciones de los dientes artificiales**

- A- Recolocación.
- B- Pérdida o rotura.
- C- Agregado de dientes.
- D- Procedimientos clínicos y de laboratorio.

#### **6. Reparaciones de las partes metálicas**

- A- Rotura de un brazo de retenedor.
- B- Rotura del conector mayor.
- C- Agregado de un retenedor a un nuevo pilar.
- D- Procedimientos clínicos y de laboratorio.

#### **7. Reparaciones del diente pilar**

- A- Restauración del diente pilar (plástica, en block).
- B- Procedimientos clínicos y de laboratorio.

#### **Bibliografía**

- Bocage M. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Montevideo: Bocage / Feuer; 2009.
- Borel J, Schittly J, Exbrayat J. Manual de prótesis parcial removible. Barcelona: Masson; 1986. cap 22.
- McGivney G, Castleberry D. McCracken, Prótesis parcial removible. Buenos Aires: Panamericana; 1992. cap 20,21.
- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. Prostodoncia parcial removible. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993. cap 21.

#### **TEMA 15. TÉCNICAS ESPECIALES**

Descripción, fundamentos, indicaciones y secuencia de realización de prótesis parcial removible provisoria, inmediata, híbrida, articulada, bipartita, unilateral, para el anciano, para el enfermo periodontal, de precisión.

Nociones generales de las prótesis sobre implantes y de las prótesis para defectos de los maxilares.

#### **Bibliografía**

- Bocage M. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Montevideo: Bocage / Feuer; 2009.



### **Prótesis inmediata**

- Rebossio A. Prótesis parcial removible. Buenos Aires: Mundi; 1963. cap 24.

### **Prótesis híbrida o sobredentaduras**

- Koth DL, Malone WF. Tylman's Teoría y práctica en prostodoncia fija. 8ª ed. Colombia: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1991. p 375-83.
- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. Prostodoncia parcial removible. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993. p 595-604.
- Zarb GA, Bergman B, Clyton JA, MacKay HF. Tratamiento prostodóntico para el parcialmente desdentado. Buenos Aires: Mundi; 1985. cap 44.

### **Prótesis simplificada**

- Borel J, Schittly J, Exbrayat J. Manual de prótesis parcial removible. Barcelona: Masson; 1986. cap 16.
- Davenport JC, Basker RM, Heath JR, Ralph JP. Atlas en color de prótesis parcial removible. Mosby 1992. p 109-10.

### **Prótesis articulada**

- Rebossio A. Prótesis parcial removible. Buenos Aires: Mundi; 1963. p 455-67.
- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. Prostodoncia parcial removible. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993. cap 22.

### **Prótesis de precisión**

- Preiskel HW. Ataches de precisión en odontología. Buenos Aires: Mundi; 1977.
- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. Prostodoncia parcial removible. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993. cap 22.
- Zarb GA, Bergman B, Clyton JA, MacKay HF. Tratamiento prostodóntico para el parcialmente desdentado. Buenos Aires: Mundi; 1985. cap 43.

### **Prótesis para defectos de los maxilares**

- McGivney G, Castleberry D. McCracken, Prótesis parcial removible. Buenos Aires: Panamericana; 1992. cap 23.



- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. *Prostodoncia parcial removible*. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993. cap 23.
- Zarb GA, Bergman B, Clyton JA, MacKay HF. *Tratamiento prostodóntico para el parcialmente desdentado*. Buenos Aires: Mundi; 1985. sec 9.

### **Prótesis unilateral**

- Mallat E. *La prótesis parcial removible en la práctica diaria*. Barcelona: Labor; 1986. p 135-7.
- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. *Prostodoncia parcial removible*. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993. p 604-6.

### **Prótesis para ancianos**

- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. *Prostodoncia parcial removible*. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993. cap 24.

### **Prótesis parcial removible sobre implantes**

- McGivney G, Castleberry D. McCracken, *Prótesis parcial removible*. Buenos Aires: Panamericana; 1992. p 463-8.
- Zarb GA, Bergman B, Clyton JA, MacKay HF. *Tratamiento prostodóntico para el parcialmente desdentado*. Buenos Aires: Mundi; 1985. cap 46.

### **Textos básicos:**

- Abjean J, Korbendau J. *Oclusión*. Buenos Aires: Panamericana; 1980.
- Bocage M, Tedesco A, Wirgman R, Zalynas C. *Atlas de prótesis parcial removible*. Montevideo: Departamento de Publicaciones, Universidad de la República; 1994.
- Bocage M, Wirgman R. *Elementos de anclaje*. 3ª ed. Montevideo: Departamento de Publicaciones, Universidad de la República; 1993.
- Bocage M. *Aparato de prótesis parcial removible*. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Odontología; 1996.
- Bocage M. *Asistencia del parcialmente desdentado*. Montevideo: Departamento de Publicaciones, Universidad de la República; 1995.
- Bocage M. *Construcción de aparatos*. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Odontología; 2002.
- Bocage M. *Diseño de la prótesis parcial removible*. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Odontología; 1998.
- Bocage M. *Examen del parcialmente desdentado*. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Odontología; 1997.



- Bocage M. Ganchos y estabilizadores. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Odontología; 2004.
- Bocage M. Impresiones en prótesis parcial removible. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Odontología; 2000.
- Bocage M. Instalación y mantenimiento. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Odontología; 2003.
- Bocage M. Manual del curso clínico. Montevideo: Departamento de Publicaciones, Universidad de la República; 1994.
- Bocage M. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Montevideo: Bocage/Feuer; 2009.
- Bocage M. Relaciones intermaxilares en el desdentado parcial. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Odontología; 2001.
- Bocage M. Reparaciones. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Odontología; 2003.
- Bocage M. Técnicas especiales 1. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Odontología; 2003.
- Bocage M. Técnicas especiales 2. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Odontología; 2004.
- Bocage M. Técnicas especiales 3. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Odontología; 2004.
- Bocage M. Tratamiento pre-protético del parcialmente desdentado. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Odontología; 1999.
- Borel J, Schittly J, Exbrayat J. Manual de prótesis parcial removible. Barcelona: Masson; 1986.
- McGivney G, Castleberry D, McCracken, Prótesis parcial removible. Buenos Aires: Panamericana; 1992.
- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. Prostodoncia parcial removible. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1993.
- Zarb GA, Bergman B, Clyton JA, MacKay HF. Tratamiento prostodóntico para el parcialmente desdentado. Buenos Aires: Mundi; 1985.

#### **Otras lecturas recomendadas:**

- Bocage M, Derboghosian E, Monteserin C. Estudio experimental de la retención en prótesis parcial removible. Rev Asoc Odontol Argent. 1990 Jul-Sep; 78(3):152-7.
- Bocage M, Feuer L, Sánchez A, Zalynas C. Prótesis parcial removible semi-rígida. Evaluación clínica de cinco años de uso. Odontolog Urug. 1995; 44(2):17-26.
- Bocage M, Zalynas C. Oclusión en prótesis completa. Montevideo: Librería Médica; 1987.
- Boucher L, Renner R. Rehabilitación del desdentado parcial. México: Interamericana; 1992.
- Brill N, Tryde G, Stoltze K, El Ghamrawy EA. Ecologic changes in the oral cavity caused by removable partial dentures. J Prosthet Dent. 1977; 38(2):138-48.
- Brudvik JS. Advanced removable partial dentures. 1st ed. Illinois: Quintessence Pu Co; 1999.



- Bumann A, Lotzmann U. Atlas de diagnóstico funcional y principios terapéuticos en odontología. 1ª ed. Elsevier-Masson; 2000.
- Carlsson GE, Hedegård D, Koivumaa KK. The current place of removable partial dentures in restorative dentistry. Dent Clin North Am. 1970; 14:553.
- Castro, Álvarez. Principios para el diseño en el parcialmente desdentado. Odontolog Urug. 1964-1965; 7-8.
- Davenport JC, Basker RM, Heath JR, Ralph JP. Atlas en color de prótesis parcial removible. Mosby 1992.
- Guichet NF. Occlusion. Denar Co. 1977.
- Koth DL, Malone WF. Tylman's Teoría y práctica en prostodoncia fija. 8ª ed. Colombia: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1991.
- Kratochvil FJ. Prótesis parcial removible. 1ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1989.
- Krol AJ. Retenedor de gancho RPI y sus modificaciones. Clínicas Odont Nort. 1973;(4)631-47.
- Loza Fernández D. Prótesis parcial removible. 1ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1992.
- Lundeen HC, Shryock EF, Gibbs CH. JProsthet Dent. 1978; 40(4):442-52.
- Mallat E. La prótesis parcial removible en la práctica diaria. Barcelona: Labor; 1986.
- Neff P. TMJ Occlusion and function. Georgetown University School of Dentistry; 1993.
- Okeson JP. Management of temporomandibular disorders and occlusion. 3<sup>rd</sup> ed. Chicago: Mosby; 1993.
- Preiskel HW. Ataches de precisión en odontología. Buenos Aires: Mundi; 1977.
- Rebossio A. Prótesis parcial removible. Buenos Aires: Mundi; 1963.
- Rubiano M. Placa neuro-mio-relajante. 2ª ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1991.
- Rudd KD, Morrow RM, Rhoads JE. Procedimientos en el laboratorio dental. Tomo III. Barcelona: Salvat; 1988.
- Weinberg LA. Atlas de prótesis parcial removible. Buenos Aires: Mundi; 1973.
- Zalynas CD. Alginato y bioseguridad. Montevideo: CSIC, Universidad de la República; 1997.