

508
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DONADO FOR D. G. E. - B. C.

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

CON RETENEDORES EXTRACORONARIOS

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA**

MA. AUDELIA JESUS CARRILLO

MEXICO, D. F.

1979

14893



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION

I. COMPONENTES DE UNA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE Y SUS FUNCIONES

II. DIAGNOSTICO

III. TRATAMIENTO O TERAPEUTICA (TRATAMIENTOS PREVIOS)

IV. OBTENCION DE MODELOS

V. RELACIONES OCLUSALES (OBTENCION DE LA DIMENSION VERTICA Y LA
OCCLUSION CENTRICA)

VI. DISEÑO DE LA PROTESIS Y DIFERENTES MATERIALES PARA SU ELABO-
RACION

VII. PRUEBA DE LA PROTESIS (APARATO PROTETICO)

VIII. RESTAURACION DE LA OCLUSION

IX. INSERCIÓN Y CONSERVACION DE LA SALUD BUCAL

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La rehabilitación de la cavidad oral, por medio de la prótesis removible requiere de gran conocimiento, por parte del Cirujano Dentista, porque de no ser así, en lugar de volver a dar función y estética se provocaran males mayores al paciente.

La prótesis por definición es cualquier órgano artificial, o parte reemplazante de algún órgano natural.

La prótesis parcial removible, está asociada con los tejidos naturales, por la restauración de la función estética, confort y salud de la cavidad oral.

Para construir una prótesis que devuelva a la cavidad oral las cualidades antes mencionadas, es necesario tener unos buenos modelos de estudio y un plan de tratamiento adecuado al caso, además de contar con los conceptos biológicos y principios mecánicos para aplicar la técnica y precisión necesaria en cada caso, para que una prótesis de esta naturaleza se transforme y nos de una unidad protética funcional y estética, que forme una unidad con los tejidos de la boca.

I., COMPONENTES DE UNA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE Y SUS FUNCIONES

INTRODUCCION

Debido a las diversas clases de aparatos protéticos, - la elección de la prótesis debe ser lo más acertado el paciente, ya que puede necesitar de una prótesis fija, de una removible, - o de una total, o de una combinación para restablecer las funciones perdidas. Hay muchos factores que pueden tener importancia - en la elaboración de una prótesis, otros se relacionan directamente con las condiciones bucales y otros descritos como factores extrabucles, estos a su vez, desempeñan un papel fundamentalmente para una decisión.

A, FACTORES EXTRABUCALES

EDAD

SALUD GENERAL

SEXO

CONSIDERACIONES ECONOMICAS

BASES SOCIOECONOMICAS

DESEO Y ACTITUD

OCUPACION

TIEMPO

PACIENTE CON EXPERIENCIA PROTETICA DESFAVORABLE

B, FACTORES INTRABUCALES

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

BASE DE EXTENSION DIGITAL

PILARES SANOS

ESPACIOS LARGOS O PILARES DEFICIENTES

ENLACE CRUZADO DEL ARCO

OBTURACION DE HENDIDURA PALATINA

RESTAURACION DEL CONTORNO FACIAL

COMO PROTESIS PROVISIONAL

PERDIDA EXCESIVA DE HUESO RESIDUAL

C. FUNCIONES

A. FACTORES EXTRABUCALES

EDAD.- La edad del paciente influye en la selección de la prótesis por diversas razones, no debe permitirse que el paciente menor de 25 años quede desdentado, a menos que sea necesario, - existe duda al respecto el tiempo de duración del hueso residual para soportar la prótesis durante el resto de vida del paciente.

En personas de edad avanzada no es necesario extraer dientes por razones de incomodidad o de salud general, a menos que se quede mejorada la función, ya que estas, pueden evitar cambios de rutina o del medio ambiente y pueden presentar una disminución de su capacidad de adaptación o cambio de la seguridad y bienestar del paciente.

SALUD GENERAL.- A los pacientes con salud deficiente debe de evitarse la alteración radical del estado bucal antes de restablecer la salud del paciente.

ENFERMEDADES SISTEMATICAS DE IMPORTANCIA CLINICA.- Algunas enfermedades sistémicas pueden afectar en forma directa la capacidad del paciente para usar comodamente una prótesis y la presencia del exámen. Además de los procedimientos encontramos mediante la historia clínica, el observador cuidadoso puede descubrir otras anomalías por medio del reconocimiento de los síntomas bucales.

A continuación se enumeran algunas de las enfermedades más comunes que pueden presentar manifestaciones bucales y que afec

ten la comodidad del paciente para usar comodamente una prótesis,

ANEMIA.- La anemia es uno de los trastornos sistémicos más comunes que tienen importancia clínica en proctodoncia.

El paciente anémico puede presentar una mucosa pálida, disminución salival, lengua enrojecida y dolorosa y a menudo hemorragia gingival; así mismo experimenta mayor dificultad para adaptarse al uso de la prótesis con comodidad como el paciente normal.

DIABETES.- La frecuencia de diabetes es bastante alta entre la población y el proctodentista advertirá a menudo este padecimiento.

Aunque el diabético controlado (en quien, el nivel de glucosa y la glucosuria se controlan mediante dieta, medicamentos o ambas cosas) por lo general puede usar la prótesis sin mayor dificultad, el individuo no controlado presenta un riesgo en el tratamiento proctodentico.

El diabético suele estar deshidratado, lo que se manifiesta por una disminución de la secreción salival. Puede existir macroglucia y algunas veces la lengua está enrojecida y dolorosa.

Con frecuencia se aflojan los dientes por el debilitamiento alveolar y puede haber osteoporosis generalizada.

El diabético no controlado fácilmente presenta contusiones y su recuperación es lenta y es un error clásico encontrar un dentista poco prudente que no puede disponer por sí mismo esta información.

HIPERPARATIROIDISMO.- El paciente con hiperparatiroidismo tiende a sufrir destrucción rápida del hueso alveolar, así como osteoporosis.

riesgo generalizado. Las raras dentales muestran pérdida parcial o total de la lámina dura. El paciente, de esta índole ofrece riesgo para la prótesis oclusal.

HIPERTIROIDISMO.- El hipertiroideo puede mostrar como único síntoma bucal, una pérdida prematura de los dientes temporales (deciduos) seguida de rápida erucción de los permanentes.

Sin embargo, suele tratarse de individuos hipertensos que tienden a hacerse hipercríticos y que casi siempre se sienten incomodados con facilidad. Por lo general ofrecen poco riesgo en el tratamiento protodóntico.

EPILEPSIA.- El paciente epiléptico puede estar recibiendo Dilantin sódico, medicamento que produce hipertrofia de la mucosa bucal y que sirve para controlar el padecimiento. Suele estar indicado -- cooperar con él antes de elaborar la prótesis.

Una vez eliminado el tejido hiperplásico, el médico cambiará el fármaco al paciente en quien se advierte hipertrofia producida por la ingestión de Dilantin sódico, administrándole otro medicamento que no cause este efecto secundario, como por ejemplo: Carbamazepina (tegretol).

ARTRITIS.- Al tratar pacientes con algún tipo de artritis surge el problema de que la enfermedad haya afectado las articulaciones temporomandibulares y esta posibilidad no debe pasar inadvertidamente.

Si se presente cualquier síntoma común de esta anomalía, se recomienda valorar cuidadosamente la situación antes de elaborar la prótesis.

SEXO.- En la mujer es más frecuente que se recurre por lo estético que el hombre, el grado de importancia que el paciente le da a su prótesis, es incesantemente aumentando, que en algunas ocasiones suele desilusionarse si no corresponde a la imagen deseada que fue expresada por las amigas, en estos casos muchas pacientes se preocupan más por el que dicen, que por la recuperación bucal obtenida.

CONSIDERACIONES ECONOMICAS.- La economía de las prótesis varía según el tratamiento, por ejemplo la prótesis total es más económica que una removible o fija, porque una prótesis parcial removible que de llevar restauraciones, coronas, obturaciones, o algún otro tratamiento, lo cual aumenta el costo de las prótesis, en algunos casos una prótesis parcial removible, se encuentra más allá de las posibilidades del paciente, debe obtenerse por la prótesis parcial completa.

BASES SOCIOECONOMICAS.- Por las ocupaciones o trabajo, los pacientes dedican poco tiempo para la atención de requerimientos dentales por eso muchos desean un tratamiento adecuado, que les brinde menor pérdida de tiempo requerido por lo que la economía no influye.

DESEO Y ACTITUD.- La actitud de la gente hacia la conservación de los dientes que se recomienda extraer y el deseo conservar, entre éstos casos hay pacientes que no le toman ningún interés a su actitud ante la salud dental, pero el clínico debe recomendar el aparato protético que mejor se adapte al interés del paciente, tomando muy en cuenta los deseos del paciente.

OCCUPACION.- Un factor muy importante para la prescripción de la prótesis, es la ocupación del paciente y la que determina diferentes aspectos, por ejemplo la de un obrero, granjero, profesionalista, etc, la ocupación influye para una prótesis adecuada a su trabajo.

TIEMPO.- En algunos casos no es posible elaborar la prótesis ideal por no contar con el tiempo suficiente para llevar a cabo el tratamiento necesario. Como por ejemplo, un paciente que necesita prótesis completa superior pero debe mantener las extracciones hasta las vacaciones, en tal caso se recomienda la prótesis parcial removible temporal.

PACIENTES CON EXPERIENCIA PROTETICA DESFAVORABLE.- El paciente que ha tenido una mala experiencia con una prótesis parcial removible, suele poseer una fuerte aversión a éste tipo de prótesis e insistir en que se extraigan sus dientes restantes para colocar una prótesis completa. Si éste tratamiento no es el más adecuado, es necesario determinar la razón por la que tuvo problemas con la prótesis rechazada.

El interrogatorio adecuado puede descubrir que existen dos motivos fundamentales, uno voluntario y otro involuntario. Cuando la razón expuesta por el paciente para evitar la prótesis es vaga o evidentemente ilógica, se puede suponer que su origen es de orden estático.

B. FACTORES INTRABUCALES.- Son de suma importancia ya que están relacionados directamente con la prótesis y la estructura.

VENTAJAS.- Las ventajas que nos ofrece una prótesis removible son el menor número de citas, menor cantidad de instrumentación intrabucal, bajo costo, una mejor higiene y a veces una fácil adaptabilidad.

DESVENTAJAS.- Desventajas que no son estéticas, pueden perder su estabilidad fácilmente, se fracturan fácilmente los ganchos, molestan al paciente por las barras y ganchos.

BASE DE EXTENSION DISTAL.- Aunque un pontico nuevo quede apoyarse distalmente en la corona de un diente pilar terminal, la mayor parte de los espacios desdentados no se encuentran limitados en ambos extremos por dientes como sucede con los pilares de un puente fijo por lo que se restauran con prótesis removible.

ESPACIOS LARGOS Y PILARES DEFICIENTES.- Cuando es extenso el espacio desdentado, no satisface la regla de Ante, está indicado la prótesis parcial removible, en un espacio del tercer molar al canino y es largo para una prótesis fija debido a la excesiva fuerza bucolingual, que ejerce sobre los dientes pilares la elección de la prótesis removible es casi siempre en espacios largos, como de premolares e incisivos.

ENLACE CRUZADO DE ARCO.- La prótesis parcial removible, una los

des lentes a trevez de una línea media por medio de un conector rígido, los dientes que la forman reciben apoyo en dirección bucolingual de la prótesis, el resultado es la dispersión de fuerzas que beneficia a todas las estructuras que tienen alguna función en el soporte, ventajas mayores que la fijan en caso de dientes periodontalmente débiles que requirieren estabilización por medio de férulas. La prótesis fija estabiliza los dientes en dirección mesiodistal, pero no es bucolingual.

OBTURACION DE HENDIDURA PALATINA.- Cuando existe una hendidura palatina que se comunica con la cavidad nasal, puede cerrarse con la base de la dentadura o valien dose del conector principal de la prótesis parcial removible: en pacientes con dientes remanentes con hendidura palatina deben tomarse las medidas necesarias para conservarlos en la boca y que pueden contribuir al soporte: estabilidad y retención de la prótesis, la prótesis con ganchos es superior a la completa por la dificultad de obtener retención y estabilidad adecuada, los dientes naturales constituyen el mejor auxiliar retentivo en los pacientes con hendidura palatina si es posible conservarlos.

RESTAURACION DEL CONTORNO FACIAL.- La prótesis removible puede usarse con una porción de resina perfilada con el fin de compensar la pérdida o sea originada por traumatismos o excesiva resorción se presenta la parte anterior de la boca en la que la porción de resina perfilada se coloca en la parte lateral de los dientes anteriores artificiales para alinearlos con los naturales.

COMO PROTESIS ARTIFICIAL.- La prótesis parcial removible soluciona al paciente que por edad o por algun deterioro cerebral de vigor para una prótesis fija o una cirugía bucal. La prótesis parcial permite al desdentado total sin producirle trauma psíquico.

PERDIDA EXCESIVA DE HUESO RESIDUAL.- El cóntico de una prótesis parcial fija debe estar relacionado con el reborde residual de modo que el contacto con la mucosa sea suave. En los casos de reabsorción excesiva, los dientes soportados por la base protética queda dispuestos en una posición bucolingual más aceptable que la que se puede obtener a través de una prótesis parcial fija.

Los dientes artificiales soportados por una base protética quedan ser dispuestos sin tener en cuenta la cresta del reborde residual y más cercanos a la posición de los dientes más naturales.

Esto es particularmente cierto en los casos de prótesis superior.

Anteriormente, la pérdida del hueso residual se produce desde el pliegue labial. A menudo, la protuberancia incisiva yace sobre la cresta del reborde residual. Dado que los incisivos centrales se disponen normalmente por delante de esta referencia anatómica, toda otra ubicación de los incisivos centrales artificiales, se considere antinatural. Una prótesis parcial fija confeccionada para esa boca, tendrá sus cónticos apoyados sobre la parte labial de éste reborde reabsorbido, que estará

muy hacia lingual como para proporcionar un soporte labial adecuado.

DIENTES PILARES SANDS.- A menudo como excusa para hacer una restauración removible, el deseo de no cubrir un diente sano con una corona u otro tipo de retenedores pilares. Las causas de las pérdidas de dientes para reemplazar, deben considerarse seriamente.

Si la pérdida ha sido seria, entonces es probable que también se desarrollen caries en los dientes pilares. Si los dientes se perdieron por causa de enfermedad periodontal, entonces el crecimiento de los dientes remanentes debe ser evaluado cuidadosamente.

Si los dientes se han perdido por otras razones, como ser la negligencia en el tratamiento de caries incipientes y si la cavidad de caries parece disminuida o detenida, la utilización de las superficies dentales existentes pueden justificarse como medio de soporte la restauración removible.

Si los hábitos higiénicos del paciente son favorables y si los pilares están sanos, con un buen soporte periodontal, pueden tomarse pilares no protegidos para soportar y retener una restauración removible.

C. FUNCIONES.- Mantener al paciente en un estado de salud y -- una dieta bien cuidada para conservar perfectamente su prótesis y que se quite la prótesis por lo menos ocho horas diarias, - que la prótesis sea colocada y retirada perfectamente ya que - si no manifiesta en la prótesis un aflojamiento.

El mejoramiento, la comodidad y la salud obtenida con dicha prótesis justifican ante el paciente los inconvenientes e incomodidades para adaptarse a tal cantidad de material extraño.

Por ello es sumamente necesario reunir todos los datos importantes y poner en juicio el criterio clínico más adecuado en la prescripción del aparato protético que servirá mejor al paciente por más tiempo.

II . DIAGNOSTICO .- La rehabilitación bucal debe tener algunos procedimientos como son restauración de dientes, restauración de la relación oclusal, la renección de los dientes perdidos- mediante restauraciones fijas y la renección de otros dientes perdidos mediante prótesis parcial removible.

Los fracasos en un diagnóstico inadecuado no evalúan correctamente las condiciones presentes y al no ordenar al paciente y a su boca correctamente. La importancia del examen - la consideración de los aspectos favorables y desfavorables y la importancia de planificar la eliminación de influencias desfavorables.

El diagnóstico está relacionado con una serie de datos - clínicos y antecedentes que dividimos en examen clínico visual interpretación radiográfica; modelos de estudio montados en un articulador por lo menos semiajustable.

EXAMEN CLINICO. (VISUAL).- El examen visual revela los signos de recidiva de caries y toda evidencia de descalcificación deben tenerse en cuenta.

Los pacientes que demuestran buenos hábitos de higiene bucal y baja susceptibilidad a la caries, pueden ser considerados como portadores de buenos dientes pilares sin recurrir a medidas profilácticas.

El examen inicial deben buscarse las enfermedades periodontales, inflamación de zonas gingivales y grado de retra---

ción gingival, deben determinarse las profundidades de los bolsos periodontales, el examen digital, se evalúe el movimiento de los dientes, la cantidad de soporte para una prótesis nos la dan las zonas desdentadas y la cantidad del reborte residual sin embargo la relación indica a menudo que el hueso de soporte ha sido reabsorbido y reemplazado por un tejido conectivo fibroso y descalcificado.

En el examen bucal consideramos cada uno de los dientes por separado y en tratamiento para que este sea el más adecuada, evitando extracciones innecesarias pudiendo restaurar los dientes necesarios.

INTERPRETACION RADIOGRAFICA.- Un examen dental no puede ser completo sin tomar radiografías adecuadas; los pacientes deben tener un estudio radiográfico, ya que este nos revela la presencia de restos radiculares retenidos, dientes no erupcionados, quistes y quistes extraños como procesos patológicos y anquilosis.

El estudio radiográfico nos ayuda a la interpretación de cada diente, si este ha sido tratado endodónticamente y en personas totalmente desdentadas, como este el proceso, si este bastente reabsorbido o necesita regularización.

MODELOS DE ESTUDIO.- Estos modelos los obtenemos por medio de unas impresiones nítidas que nos permiten tener en los modelos una reproducción fiel del estado de la boca del paciente.

Los tendremos que mantener correctamente en un articulador-

que sea por lo menos semijustable; para que nos de las relaciones correctas de la boca del paciente y así juntos con el examen clínico (visual), la interpretación radiológica y nos podamos hacer un plan de tratamiento adecuado y un diagnóstico correcto a las necesidades del paciente.

III. TRATAMIENTO O TERAPEUTICA (TRATAMIENTOS PREVIOS).- Los tratamientos deben proceder a la preparación de los dientes pilares y restituir a la boca la salud y todo lo que puede afectar el éxito.

El estado de cada diente debe ser evaluado para el éxito de una prótesis parcial removible.

Por regla general deben eliminarse dientes dañados irreparables, destruidos, que no pueden salvarse, también, deben extraerse los dientes antiestéticos que no pueden restaurarse en forma adecuada, dientes de forma irregular que decaigan el aspecto del paciente e invaliden el diseño ideal de la prótesis. Los raíces detenidas y restos de dientes deben ser extraídos antes de la elaboración de la prótesis.

Los dientes impactados y no erudionados deben eliminarse antes de elaborar la prótesis ya que estos pueden hacer erudición por debajo de la prótesis y puede ser un diente enfermo. Por lo que debe llevarse a cabo el tratamiento periodontal antes del trabajo restaurativo y que podrán observarse mejor los bordes de las preparaciones por coronas e incrustaciones una vez restablecida la salud periodontal.

En algunos casos el frenillo labial, puede oponerse a la normal ubicación de una prótesis y desplazar a éste en los movimientos del labio, lo mismo ocurre en la deglución y fonación del frenillo lingual y para solucionar este problema tiene que ser por medio quirúrgico.

En la prestación, como en operatoria dental, es necesario comprender, en relación con la endodoncia, que todo dentino - el descubierta, en contacto con el medio bucal, crea con frecuencia problemas inmediatos o a distancia, que hacen peligrosa la permanencia de dientes en su alveolo, en buenas condiciones de salud.

El objetivo final es la restauración de la salud a las estructuras de soporte y de revestimiento de los dientes, de modo que la dentición remanente, quede mantenida sana, funcional y cómoda.

IV. OBTENCION DE MODELOS.- Para obtener una impresión exacta y detallada se necesita, un modelo que sea una reproducción fiel de la boca.

Las impresiones para prótesis parcial removible, debe registrar con precisión los tejidos blandos, dientes remanentes, así como zonas del proceso de dentado, la tuberosidad y esquelética maxilar, encías retrósculas, registros periferícos bucal, labial lingual, indicando la unión del piso de la boca y el proceso alveolar.

En la elaboración de la prótesis usamos, el modelo de estudio e de planeación que tiene tres puntos fundamentales: análisis del modelo y planeación del tratamiento, como diagnóstico de alteraciones en los dientes y como complemento de las instrucciones para el laboratorio.

El modelo de trabajo se obtiene tomando impresión de la boca una vez que han llevado a cabo las operaciones en la cavidad bucal. Modelo refractario se obtiene duplicando el modelo de trabajo después del trabajo de diseño. Se elabora con material refractario de yeso, capaz de resistir la temperatura de combustión, ya que es en éste modelo donde se lleva a cabo el vaciado.

Para obtener buenos modelos necesitamos, buenas impresiones y saber con que yeso se correrá el modelo.

Métodos para elaborar el modelo.- Debe usarse yeso y agua en la proporción recomendada por el fabricante. Si la mezcla es

demasiado fluido, produce un modelo débil y frágil de fracturarse, expuesto a rotura en el laboratorio. Si es muy denso, puede producir distorsión del alginato al introducirlo en la impresión, haciendo que el modelo sea inexacto. Debe procurarse que no vibre demasiado el material, ya que esto puede distorsionar el alginato.

Para correr el modelo, puede emplearse cualquiera de las siguientes técnicas.

Sin embargo, no debe utilizarse nunca la técnica de llenar el yeso con la impresión e invertirla de inmediato sobre una mesa de yeso nueva, ya que corre el riesgo de causar distorsión por alguna de las siguientes causas: si el yeso está demasiado firme la presión ejercida al colocar la impresión en la mesa puede deformar el alginato; o si está muy fluido, puede realizarse fuera de la impresión debido a la gravedad.

Este método es poco seguro pero recomendarse en la elaboración de la prótesis, ya que esta debe ajustarse con precisión dentro de la boca.

En odontología los modelos deben implicar siempre una exacta reproducción de los tejidos que se están estudiando y sobre los cuales se va a construir una restauración y no se admiten excusas debido a la excelencia de los materiales para impresión y para modelos con los que se cuentan actualmente.

V. RELACIONES OCLUSALES (OBTENCIÓN DE LA DIMENSIÓN VERTICAL Y OCLUSIÓN CENTRICA).

La relación oclusal, en la construcción de una prótesis debe ser funcional y armónica entre las superficies dentarias antagonistas. El freceas no proporciona ni mantiene una oclusión adecuada sobre la prótesis parcial, se debe principalmente a la falta de soporte para la base de la prótesis y la flexión, se establece la oclusión con un solo registro estático de la relación mandibular. El soporte para la base de registro mandibular, debe ser la misma que la prótesis termina de ya sea de apoyos oclusales o mediante la combinación de - soporte oclusal y tisular.

La oclusión balanceada es deseable en la prótesis completa ya que las cargas oclusales pueden causar inestabilidad en la prótesis o trauma sobre las estructuras de soporte. Dichas cargas pueden alcanzar un punto, pasado el cual produce el movimiento de la prótesis.

Las cargas pueden ser eliminadas en beneficio de la estabilidad de la prótesis y de su retención.

En la prótesis parcial removible, debido a la fijación de los pilares, las cargas oclusales son transmitidas directamente sobre los pilares y otras estructuras de soporte, resultando ser cargas sustentadas, y son más definidas aquellas cargas transitorias que se encuentran en las prótesis parciales-removibles y los dientes naturales remanentes, constituyen un

factor primordial en la preservación de la salud de las estructuras adyacentes.

En la confección de una prótesis completa, un solo factor inclinación de la guía condílea, no está bajo el control del Cirujano Dentista. Pueden ser alterados todos los factores para obtener un balance oclusal y la armonía en las relaciones excéntricas para conformar el Cirujano Dentista, su concepto y su filosofía en la oclusión protética.

La determinación de la oclusión de una prótesis parcial removible, los dientes naturales remanentes influyen en las formas oclusales de los artificiales, los cuales deben corresponder a un patrón oclusal establecido.

Y es mejor de mediante el ajuste oclusal o la reconstrucción donde se hace la prótesis que determina la oclusión de la prótesis parcial removible.

La determinación de una oclusión satisfactoria de una prótesis debe incluir, un análisis de la oclusión existente, la corrección de la armonía oclusal existente para la preparación de la base, para la prótesis, el registro de la relación céntrica y oclusión ajustada, la relación intermaxilar excéntrica o de la oclusión funcional, la corrección oclusal originada durante el procedimiento de la prótesis, casi siempre se emplea en dos métodos para desarrollar una oclusión aceptable para el paciente portador de prótesis removible.

Uno de los métodos, más común es el uso del articulador -

es ajustable, donde los modelos se articulan mediante un eje facial y un registro estético de las relaciones maxilares.

El otro método determina la guía de los dientes antagonistas, funcionalmente establecida, un registro de cera colocada sobre una base protética, la calidad de la oclusión determinada con este método, depende de la estabilidad de la base protética cuando se están generando las guías de los dientes antagonistas.

El diseño protético y la calidad del ajuste de la base son factores que influyen en la estabilidad.

OBTENCION DE LA DIMENSION VERTICAL.- Es la relación de las -
arcadas en un plano vertical (sagital); la determinación de -
la relación vertical correcta en la elaboración de la órte -
sis parcial removible es importante, no solo por el estable -
cimiento de una oclusión armoniosa sino por la comodidad y -
bienestar del paciente.

Si no se determina en forma correcta, el resultado sue -
de ser no solo pérdida de la eficacia masticatoria, sino da -
ño en los procesos residuales y a los dientes, como en la -
articulación temporomandibular.

Si la dimensión vertical de oclusión es excesiva, el re -
sultado puede ser cansancio muscular e irritación de la mu -
cosa, acompañada de una resacaión ósea.

La dimensión vertical y la relación horizontal deben -
ser determinadas en forma exacta, para que el paciente recu -
pere su eficacia masticatoria inicial.

El término dimensión vertical se para designar una me -
dida vertical de la cara entre dos puntos arbitrarios, los -
músculos involucrados son el grupo cervical posterior, los -
grupos infrahioides y suprahioides, y los músculos mastico -
rios.

Esta posición es la que la mandíbula suele adoptar cuando no -
desempeña su movimiento funcional.

Debido a que la mandíbula debe emigrar hacia arriba -
desde su posición de descenso, para llevar a contacto los -

dientes, es evidente que la dimensión vertical de descenso siempre será mayor que la dimensión vertical de oclusión.

ESPACIO INTERDCLUSAL.- Es el espacio que existe entre los dientes cuando la mandíbula se encuentra en posición de descenso, se determina espacio interdclusal o espacio libre.

La dimensión vertical de descenso es igual a la dimensión vertical de oclusión más el espacio libre, y el promedio de éste suele ser de 2 a 4 mm.

El investigador Niessner determina que en individuos dentados la técnica perfeccionada por él, determinaba la dimensión vertical de la posición mandibular de descenso, trazando medidas en la barbilla y la nariz, una vez realizada restaba tres milímetros para obtener la dimensión vertical de oclusión correcta.

RELACION HORIZONTAL.- Una vez determinada la relación vertical de la mandíbula y los maxilares, es necesario establecer la relación horizontal adecuada. Existen dos relaciones horizontales importantes para el establecimiento de la oclusión: la relación céntrica y la oclusión céntrica.

RELACION CENTRICA.- Es la posición más posterior, superior y media de los cóndilos de la mandíbula en la cavidad glenoidal y única relación en la boca, que no falle excepto en el caso de traumatismo o inflamación de la articulación temporomandibular.

Constituye el punto de referencia usual en el establecimiento de la oclusión para la prótesis bucal.

OBTENCION DE LA OCLUSION CENTRICA.- En la oclusión ideal, - la relación céntrica y la oclusión céntrica coinciden, es - decir, cuando los arcos se encuentran en posición de relación céntrica, los dientes al mismo tiempo, se encuentran en posición de oclusión céntrica.

Estas dos entidades coinciden pocas veces en la dentición natural.

En la elaboración de una prótesis en la cual la oclusión - céntrica y la relación céntrica no coinciden, existen dos - alternativas, aceptar la oclusión céntrica como se presenta tal vez equilibrándola o -ra eliminar las interferencias menores y los contactos defectivos o modificar los superficies oclusales de los dientes por medio de una combinación de procedimientos de equilibrio y restauraciones con el fin de establecer una oclusión en la cual coinciden la relación - céntrica y la oclusión céntrica.

OCLUSION CENTRICA.- Es la relación intermaxilar en la cual existe mayor contacto interarcos entre los dientes.

VI. DISEÑO DE LA PRÓTESIS Y DIFERENTES MATERIALES PARA SU ELABORACION.

El diseño de la prótesis debe ser planeado y delinear de sobre el modelo de diagnóstico y se tienen que tener en cuenta los siguientes puntos:

- 1.-La retención de la prótesis no debe ser considerada el objetivo primordial del diseño. Las características que deben considerarse en primer lugar son la eficiencia, la experiencia, la comodidad, y la conservación de la salud bucal.
- 2.-Debe emplearse el tipo de gancho más sencillo que logre los objetivos del diseño. Los ganchos deben estar diseñados de tal forma que sean estables, que se conserven pasivos hasta ser activados por las fuerzas fisiológicas y que se adapten a un movimiento menor de la base sin transmitir la carga al diente pilar. Los ganchos deben estar colocados en forma estratégica dentro del arco para lograr el mayor control posible de las fuerzas.
- 3.-Debe aprovecharse, en lo posible, el soporte brindado por el diente. Los dientes pilares deben prepararse con descansa que dirijan las fuerzas a lo largo del eje longitudinal del diente.
- 4.-Debe elegirse el conector más sencillo que cumpla los objetivos. Debe escogerse el conector superior que contribuya al soporte de la prótesis, de acuerdo con las necesidades.
- 5.-Ninguna parte de la prótesis debe hacer contacto con el max

gen de la ensia libre.

6.-Todos los conectores deben ser rígidos, mayores o iguales.

7.-En lo posible, debe emplearse el principio de retención indirecta, para neutralizar las fuerzas desplazantes de balance.

8.-Debe lograrse una oclusión armónica, con el fin de reducir las fuerzas de tipo destructivo que actúan sobre los procesos residuales y sobre los dientes pilares. Esto se lleva a cabo por medio de los siguientes puntos:

A).-Estableciendo relación céntrica real. En forma ideal la oclusión céntrica y la relación céntrica coincidirán.

B).-Colocando los dientes en relación con los procesos residuales, de manera que se obtengan las mayores ventajas mecánicas.

Los dientes posteriores inferiores deben ser colocados sobre la cresta.

DIFERENTES MATERIALES PARA SU ELABORACION. Existen varios materiales para tomar impresiones para prótesis, que ofrecen buenos resultados si se manejan correctamente. Los materiales elásticos de impresión, en el pasado solían usarse el yeso de París o modeline, otros materiales elásticos son: Hidrocoloides reversibles como el agar e irreversibles como el alginato, caucho de mercaptanos y de silicón, cada uno con sus ventajas y desventajas.

Otros materiales que se usan para la elaboración de una prótesis son:

Materiales rígidos

Materiales elásticos

Aleación para el esqueleto de la prótesis

Materiales rígidos. El yeso dental común que se obtiene como resultado de la calcinación del yeso.

Gipso. es un mineral que se encuentra diseminado en varias partes de la tierra, químicamente se utiliza con fines dentales que es a su vez sulfato de calcio deshidratado puro.

El yeso perfino, ha sido utilizado en Odontología por muchos años.

Otro material rígido son las pastas zirconólicas combinadas de óxido de zincóxido y actualmente son más utilizadas.

Las pastas zirconólicas se utilizan también como material para el rebasado de las bases protésicas y pueden ser empleadas con éxito.

Los materiales elásticos han reemplazado a los yesos para impresión.

Materiales elásticos.- Como habíamos dicho con los hidrocoloides reversibles (agar), que son fluidos a temperaturas elevadas y gelifican por una disminución de la temperatura, se usan como material de impresión.

Los hidrocoloides irreversibles (alginato), se utilizan para la confección de modelos de diagnóstico, modelos para tratamientos ortodónticos.

Los mercaptanos y los silicones, son similares a su existencia y su uso, ya que no son tan utilizados para impresiones para prótesis.

En general, poseen muchas ventajas y desventajas de los mercaptanos y silicones y pueden ser empleados similarmente cuando se les manipulan con cuidado.

Los materiales para la base de la prótesis son los siguientes:

En la elaboración del vacueto de la prótesis, existen dos grupos, las aleaciones de oro y las aleaciones de cromo y cobalto.

Las aleaciones de cromo cobalto se utilizan más que las aleaciones de oro en prótesis parciales removibles, aunque las dos aleaciones tienen sus ventajas y desventajas de las propiedades físicas de la aleación. Ambas aleaciones son bien toleradas por los tejidos bucales, son igualmente aceptables estético-

camerata, la abresión del esmalte por ambas elecciones es insignificante.

Las ortesis se elaboran con una combinación de metal y resina acrílica y tiene los mismos ventajas y desventajas que las metálicas.

VII. PRUEBA DE LA PROTESIS (APARATO PROTETICO).- Al llegar a la prueba descubriremos si ha existido algún error, en la técnica o en el laboratorio, que puede llegar a suceder en algunos casos.

Cuando la prótesis no se adapta a la boca, puede ser por tantas causas, como por ejemplo; alguna alteración en el yeso de en el modelo, si después se hizo alguna modificación en los dientes naturales, etc.

Al colocar la prótesis, no debe producir sonido alguno al llegar a sujeción, indica que hay resistencia o fricción de los brazos del gancho, debiéndose a que el gancho tiene una retención excesiva, perjudicando al parodonto, una solución sería conteniendo el gancho al diente, el paciente nos dirá si percibe alguna sensación de presión en los dientes naturales.

La relación entre las cúspides de dientes naturales debe ser observada cuidadosamente en oclusión céntrica. La finalidad de este procedimiento de equilibrio es ajustar la oclusión de tal manera que los dientes ocluyan en todas las posiciones funcionales con la prótesis parcial removible, de la misma forma que cuando se encuentra fuera de la boca.

Para ajustar se emplea una tira de papel en ambos lados de las arcades, para que el paciente cierre con los dientes posteriores. Una vez que los dientes han ocluido en posición céntrica se pide al paciente que frote dientes, de lado a lado.

El movimiento mandibular debe ser nuevo y a la presión-

de medida interoclusal mandibular debe ser firme, las mordidas ob-
tenidas representan mejor la función masticatoria, que cuando -
el paciente ejecutó movimientos en posición lateral y de ortu-
sión.

VIII. RESTAURACION DE LA OCLUSION.- Se restaura cuando el paciente con su ortesis, debemos examinar la oclusión guiando al paciente en ciertos movimientos, excursión lateral derecha, excursión lateral izquierda y retrusión.

La oclusión balanceada sobre toda en la ortesis es deseable debido a que los cargas oclusales pueden causar inestabilidad en la ortesis o trauma sobre la estructura de soporte. La armonía oclusal entre una ortesis parcial y dientes naturales constituyen un factor en la preservación de la salud de sus estructuras adyacentes.

Una ortesis parcial para determinar la oclusión, la influencia la dan los dientes naturales en la que los dientes artificiales deben corresponder a un patrón oclusal ya establecido.

Una oclusión satisfactoria para el paciente portador de una ortesis parcial removible incluye:

Análisis de la oclusión existente

Corrección de las desarmonías oclusales existentes

Registros de relación céntrica o de una oclusión céntrica ajustada

Registros de relaciones intermaxilares excéntricas o de la oclusión funcional excéntrica.

Corrección de discrepancias oclusales originadas durante el procesamiento de la ortesis.

IX. INSERCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA SALUD.- La inserción de la prótesis si es posible debe ser en las mañanas, siempre que sea posible, con el fin de dar tiempo suficiente para que el paciente pueda llevar oidiendo instrucciones.

La entrega de la prótesis no debe ser programada para el último día de la semana de trabajo, debido a que es necesario observar al paciente, 24 horas después de la colocación luego a las 72 horas, a la semana, al mes, a los 3 meses, así sucesivamente, para revisar la prótesis.

Al paciente se le indica la forma de mantener los dientes naturales y los artificiales escrupulosamente limpios, la forma de insertar y retirar la prótesis de la boca, las ventajas y desventajas del uso nocturno de la prótesis, la inserción y remoción de la prótesis debe ser ante un espejo.

La salud bucal por medio de substitutos de los dientes perdidos beneficia la restauración de la función bucal, ya que la extracción de dientes, los dientes antagonistas se desplazan al espacio creado.

La prótesis parcial correctamente diseñada y adaptada puede tener este trastorno y ayuda a mantener la boca en buen estado de salud.

La limpieza de la prótesis y de los dientes naturales necesitan de una limpieza más escrupulosa ya que son más susceptibles a la caries, después de cada comida hay que lavar la prótesis.

Indicaciones al paciente:

En la colocación de la prótesis por primera vez el paciente debe ensayar ante un espejo, la forma adecuada de insertar y retirar la prótesis de la boca.

Debe tener cuidado de no morder la prótesis para colocarla en su lugar, sino llevarla con las yemas de los dedos, en la forma correcta que se le indicó.

Otra indicación es como debe de llevar la prótesis y cuidados que debe tener con ella, las indicaciones se dan por escrito.

CONCLUSIONES

Con lo referido anteriormente para el éxito de una prótesis parcial removible, tenemos que empezar, realizando un examen clínico bucal satisfactorio, ayudándonos con el examen radiográfico, que es el que nos revela como se encuentra el gencivasto y los dientes que se encuentran en la cavidad bucal.

Una vez realizados estos exámenes, el siguiente paso a seguir es la preparación de la boca, si éste lo requiere como sería las obturaciones, restauraciones, tratamientos endodónticos, cirugía, extracciones, limpiezas, etc.

Después de la preparación de la boca podemos seguir con las impresiones, para los modelos de estudio y modelos de trabajo estos son importantes, para poder realizar el diseño de la prótesis deseada para el paciente, o sea, un diseño que tenga los requisitos favorables, que comprobaremos con la prueba del esqueleto de la prótesis, para comprobar la rehabilitación completa de la cavidad oral y verificar el plano de oclusión si es satisfactorio.

Por último, la colaboración del paciente, con la ayuda de una higiene absoluta de la prótesis y la cavidad oral y las visitas periódicas cada 4 ó 6 meses, según lo requiere el caso.

BIBLIOGRAFIA

REHABILITACION BUCAL.

Lloyd Boun

W.B. Saunders Co 1973

Philadelphia U.S.A.

REHABILITACION BUCAL TOTAL EN LA PRACTICA DIARIA

Elliot Feinberg

Edit. Médica Panamericana S.A. 1975

Argentina Buenos Aires

HENDERSON DAVIS; ATEFFEL VICTOR L

Prótesis Parcial Removible según McCracken

Edit. Mundi 1974

Argentina Buenos Aires

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Ernest L. Miller

Edit. Nueva Editorial Interamericana 1972

México.

LA CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES

Eugene W. Skinner

Edit. Mundi 1970

Argentina Buenos Aires

ATLAS DE PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Lawrence A. Weinberg

Edit. Mundi 1975

Buenos Aires Argentina