

137



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

Preparación de la cavidad oral
previa a la inserción de la prótesis
parcial removible en pacientes
geriátricos

Tesina

Que para obtener el título de
Cirujana Dentista

presenta:

Angélica Marín Colín

Director:
C.D. Rolando de Jesús Buneder

Asesor:
C.D. Norma Griselda Vargas Cravioto



275481

Enero 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



AGRADECIMIENTOS:

Gracias a la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO por todos los conocimientos que me ha brindado porque, sin ella no hubiera logrado esta meta.

Gracias, a la FACULTAD DE ODONTOLOGÍA y a mis Profesores por el apoyo que me dieron en todo lo que he emprendido.

Doy gracias a Dios por haberme motivado día a día a seguir adelante.



DEDICATORIAS:

A MIS PADRES:

Sr. Alfonso Marín Jiménez

Sra. Ma. del Carmen Colín Soto

Gracias por su apoyo, cariño y comprensión, que me han brindado durante todo este tiempo, porque sin ustedes no hubiera logrado una de las metas que más he anhelado.

A MIS HERMANOS:

Carmen

Maribel y

Alfonso

Con cariño



A MI ESPOSO:

Gracias por el cariño y apoyo moral que me brinda le doy gracias.

A MI HIJA:

Karlita, por el amor y ternura que hacen que cada día me motive para seguir adelante



CON GRATITUD:

A MI ASESORA:

Dra. Norma Griselda Vargas Cravioto.

**Por la oportunidad de compartir conmigo
conocimientos y enseñanza.**

GRACIAS:

AL HONORABLE JURADO



**PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL PREVIA
A LA INSERCIÓN DE LA PRÓTESIS PARCIAL
REMOVIBLE, EN PACIENTES GERIÁTRICOS.**



INTRODUCCIÓN

Uno de los factores más importantes que determinan el éxito o fracaso de una prótesis es la adecuada preparación de la cavidad oral; y la de colocar la prótesis definitiva.

Una gran mayoría de los odontólogos de practica general, pasan por alto este aspecto que es de suma importancia esto es una de las iatrogenias mas frecuentes en prótesis parcial removible, con el consecuente fracaso del tratamiento.

Los aspectos más importantes a tratar ante de la inserción de la prótesis son: tratamiento quirúrgico, periodontal, endodóntico y la preparación adecuada de los dientes pilares, además hay que tomar en cuenta las características oclusales del paciente; para darnos cuenta y saber lo que necesita el paciente geriatra es indispensable realizar una buena historia clínica, obtener unos modelos de estudio y en base a esto determinar un buen plan de tratamiento, el cuál debemos realizar siguiendo una secuencia adecuada tanto para el paciente como para el Cirujano Dentista.

En la presente tesina abordaremos el tema de la preparación de la cavidad oral previa a la inserción de la Prótesis Parcial Removible, entre los tratamientos que deben realizarse y de los cuales haremos mención en el presente trabajo, están la historia clínica para poder así determinar el plan de tratamiento, el tratamiento quirúrgico que va desde la extracción hasta una regularización del proceso, tratamiento periodontal que abarca profilaxis, técnica de cepillado, tratamientos para la gingivitis, periodontitis y lo que sea necesario para lograr un periodonto sano, tratamiento endodóntico



y una adecuada preparación de los dientes pilares.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I HISTORIA CLÍNICA _ _ _ _ _	10
1.1 Diagnóstico y plan de tratamiento _ _ _ _ _	11
1.2 Puntos de valoración en el paciente geriátrico _ _ _ _ _	13
CAPITULO II EXTRACCIONES _ _ _ _ _	19
2.1 Restos radiculares _ _ _ _ _	20
2.2 Dientes retenidos _ _ _ _ _	21
2.3 Dientes en malposición _ _ _ _ _	21
CAPITULO III TRATAMIENTO QUIRÚRGICO _ _ _ _ _	23
3.1 Torus y Exostosis _ _ _ _ _	24
3.2 Quistes y tumores _ _ _ _ _	25
3.3 Tejidos hiperplásicos _ _ _ _ _	26
3.4 Inserciones musculares y frenillos _ _ _ _ _	27
3.5 Criterios para los rebordes desdentados _ _ _ _ _	27



CAPITULO I

HISTORIA CLÍNICA

Historia clínica mostrará si existe o existió alguna enfermedad sistémica, o si el paciente esta ingiriendo algún medicamento que pudiera afectar el pronóstico para una prótesis bucal. Deberá revelar cualquier enfermedad conocida por el paciente. En caso de que se sospeche algún trastorno sistémico del que evidentemente el paciente no se ha percatado.

Hay que distinguir la historia clínica general de la puramente odontológica.

En la primera se aclaran las manifestaciones de medicina general, los datos acerca de enfermedades metabólicas, o del sistema hematopoyético, así como las alteraciones gastrointestinales y de la circulación de la sangre . Además de evaluar el estado general de salud, debe prestarse también atención a las condiciones psíquicas del paciente. La edad, el sexo y la constitución completan el cuadro. (5)

Historia clínica odontológica incluye sobre todo las enfermedades dentales, bucales y maxilares anteriores. El transcurso de las caries y las enfermedades periodontales, ¿ Porque y cuándo se perdieron los dientes ?

La exploración aporta abundante información y amplía la historia clínica.

La exploración se divide en:

- Examen extraoral
- Examen intraoral (parte blandas, arcadas dentales)
- Examen radiológico

- Determinación del estado periodontal (5)



1.1 DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

El diagnóstico consiste de una observación planeada para determinar y, evaluar las condiciones existentes y llegar a una decisión basada sobre las condiciones que se observaron, únicamente se propondrán planes de tratamiento para servir a las necesidades de cada uno de los pacientes.

1. Pacientes con algunos dientes remanentes, que están cariados o fracturados o que se mantienen en la boca sostenidos por estructuras periodontales enfermas, y otros que sufren de trastornos temporomandibulares, desarmonías oclusales, o número insuficiente de dientes de modo que la masticación es difícil por no decir imposible.
2. Pacientes que han perdido sus dientes recientemente y se hallan frente a una experiencia nueva.
3. Pacientes desdentados por un largo período y llevan prótesis completa con mayor o menor grado de éxito. (2, 8)

En el diagnóstico y en el plan de tratamiento para la rehabilitación bucal, deben tomarse en cuenta algunos o todos los procedimientos siguientes:

La restauración individual de los dientes, las restauraciones de las relaciones oclusales armónicas, la reposición de los dientes perdidos mediante las restauraciones fijas. En consecuencia la selección del tipo, cantidad y cronología del tratamiento debe ser establecida antes que sean emprendidos procedimientos irreversibles.

El plan de tratamiento para una prótesis parcial que suele ser frecuentemente el paso final de una extensa y larga secuencia del tratamiento, debe preceder al tratamiento, en sí de modo que los dientes



pilares y otras zonas de la boca puedan ser adecuadamente preparadas para soportar y retener la prótesis parcial. Esto significa que los modelos de diagnóstico, para diseñar y plantear el tratamiento correspondiente a la prótesis parcial, deben ser hechos antes de emprender el tratamiento definitivo.

El diseño que es dibujado sobre el modelo del diagnóstico, junto con la ficha clínica detallada de las condiciones bucales y el plan de tratamiento propuesto constituyen el plan maestro a seguir durante la preparación de la boca y la confección de la prótesis parcial.

Los fracasos en prótesis parcial, además de las fallas estructurales pueden ser atribuidas por lo general a un diagnóstico inadecuado, a la evaluación incorrecta de las condiciones presentes y la incorrecta preparación de paciente y su boca antes de la confección del modelo de estudio. (2, 8)

La preparación de la boca es la serie de procedimientos reparativos, protectores o modificadores que se efectúan con el objeto de evitar o modificar la dirección de las fuerzas nocivas que puede ejercer su acción sobre los pilares, ligamentos periodontales, hueso alveolar y reborde alveolar residual y para permitir que estructuras soporten y retengan una prótesis removible el máximo tiempo posible.

El tipo calidad y complejidad del procedimiento preparatorio dependerá, por supuesto de las condiciones establecidas durante el diagnóstico, y pueden incluir cirugía, tratamiento periodontal, ortodoncia, alteraciones mínimas del esmalte, endodoncia y procedimientos restauradores. Los dos últimos suponen la preparación de los dientes cariados y modificación del contorno y realineamiento de la corona de los dientes con el fin de que éstos



puedan recibir los retenedores y soportar la prótesis satisfactoriamente. Además la dirección clínica del eje longitudinal de los pilares puede ser modificada para que coincida con la línea o vía de inserción de la prótesis. (2, 8)

1.2 PUNTOS DE VALORACIÓN EN EL PACIENTE GERIATRA

Las partes en la cavidad oral para valorar son las siguientes:

CAVIDAD BUCAL.: Dientes, mucosa, membrana periodontal y hueso alveolar. (3)

DIENTES

La revisión inicial de la cavidad bucal debe ser exhaustiva y minuciosa. De manera característica las piezas dentales de las personas de la tercera edad tienen trabajos de restauración que pueden mostrar signos de rotura marginal, fallas de material utilizado y otros signos de tratamientos de anteriores. Es importante considerar algunos aspectos que son: la forma, el color, el tamaño de las piezas dentarias humanas.

Con la edad, además que el esmalte se desgasta, toma una coloración oscura, quizá esto se deba al oscurecimiento de la dentina subyacente cuando la dentina secundaria sede.

Los cambios dentarios con la edad hacen que el diente se vuelva mas frágil, se cree que este cambio se debe a la obliteración de los túbulos dentinarios con dentina peritubular, formándose así dentina esclerótica. también se conoce como dentina traslúcida provocando que se vuelvan mas



frágiles, lo cual aumenta el peligro de fracturas dentinarias en las raíces de los dientes de los pacientes geriátricos .

La dentina se vuelve menos permeable y se torna con la edad, puede ocurrir una acumulación de la tinción superficial. El té y el tabaco son agentes de tinción particularmente pérdida del potentes. Existe una tendencia a la aparición de grietas longitudinales en la corona y se asocian con pérdida de el borde incisal y las superficies oclusales de los dientes se van desgastando con el avance de los años y por el uso continuo: con el envejecimiento .

Por lo tanto los dientes se vuelven menos sensibles a instrumentación pruebas de vitalidad. (3)

MUCOSA

La mucosa oral, en ocasiones constituye el revestimiento interno de la cavidad oral, es una estructura anatómica extraordinariamente compleja donde tiene lugar diversas funciones orgánicas como la de masticación y deglución de los alimentos, la secreción de la saliva o la fonación.

Esta cavidad oral aparece anatómicamente compartida en dos regiones o áreas: la llamada cavidad oral externa o vestíbulo oral, limitada en su porción exterior por los labios y las mejillas, y la cavidad oral interna, que esta situada dentro de la arcada dental y que aparece delimitada del vestíbulo oral por las estructuras alveolares, que albergan dientes y encías.

La cavidad oral aparece limitada en su porción superior por el paladar duro y blando, mientras que el suelo de la boca y la base de la lengua



forman su límite en inferiores su porción posterior los límites están conformados por los pilares de las fauces y las tonsilas o amígdalas palatinas.

Existen tres tipos de mucosa: masticatoria, de revestimiento y especializada: La mucosa oral presenta una coloración rosada brillante, si bien pueden existir algunas modificaciones de la coloración condicionadas a una serie de factores, como son el grosor del epitelio, el grado de queratinización epitelial, la intensidad de pigmentación melánica y el tono de la red vascular ubicada en el conjunto de la mucosa .

(3)

MANIFESTACIONES SENILES EN LA MUCOSA ORAL

Es característico de los ancianos que la atrofia de los rebordes residuales de los rebordes maxilares, coincide con un adelgazamiento y flacidez del epitelio de la mucosa oral, que se presenta brillante y desprendida de los planos óseos profundos; a la palpación digital o instrumentada se pone de manifiesto su gran movilidad y desplazamiento.

SALIVA: La secreción de las glándulas salivales se ve disminuida por lo que dificulta la etapa bucal del metabolismo y digestión de los azúcares.

LENGUA: En el anciano totalmente desdentado la lengua asume una función importante durante la formación de bolo alimenticio, y llega a adquirir gran fuerza y movilidad que le permiten desmenuzar muchos de los componentes elaborados de la dieta moderna al friccionarlos vigorosamente contra el paladar



El examen de la cavidad oral del anciano indica generalmente condiciones higiénicas y fisiológicas deficientes; que junto con la disminución de piezas dentarias hay manifestaciones de avitaminosis, parodontopatías, tártaro dentario, lengua subarral, movilidad de los dientes remanentes, ulceraciones de la mucosa y fragmentos radiculares.

Pero la mucosa bucal experimenta cambios por la edad similares a los que afectan a la mucosa en otras partes del organismo; influyendo factores como el hábito de fumar, el uso de prótesis e higiene bucal. En general, la mucosa sufre atrofia en los ancianos, el epitelio se adelgaza y su diferenciación es deficiente con el aumento del contenido de colágena en los tejidos subyacentes. Se reduce la queratinización del paladar y encías, y por el contrario los carillos y labios tienden a queratinizarse.

MEMBRANA PERIODONTAL

La mayor parte de las células y tejidos del cuerpo poseen diferencias estructurales y funcionales entre jóvenes y adultos, por lo cual no hay una clara relación causal que establezca los cambios vinculados con la edad.

La característica genérica de la edad avanzada, es la ausencia de dientes; sin embargo un porcentaje de ancianos los conservan implantados en alvéolos con intensas lesiones atróficas que les hacen perder su estabilidad y terminar en extracción. Dichas condiciones se ven agravadas debido a la bioestadística de los dientes remanentes en la boca, las cuales están expuestas a fuerzas masticatorias excesivas y traumáticas, dando como resultado que el proceso de resorción alveolar se acelere, provocando en el anciano dolores de diversa intensidad debido a la movilidad de los



dientes, a factores infecciosos e inflamatorios en el tejido periodontal, ocasionando de esta manera, una deficiente masticación a causa del dolor. (3)

Por lo tanto es muy importante tomar en cuenta la membrana periodontal, la cual puede reaccionar al proceso de envejecimiento . Si la cavidad bucal no se conserva limpia, la acumulación de placa bacteriana afecta los tejidos, lo cual produce enfermedad periodontal ; dando lugar a la pérdida de los dientes con exposición radicular extensa cuando se pierde el apoyo óseo.

HUESO ALVEOLAR

Cuando se pierde un diente, con frecuencia el hueso alveolar que lo sostenía experimenta resorción osteoclástica .

Por lo que el hueso alveolar sufre cambios crónicos, progresivos e irreversible en el paciente geriátrico.

El hueso alveolar y la membrana periodontal son tolerantes a la tensión, pero cuando está es excesiva por el uso de una prótesis total, las superficies óseas y los tejidos blandos que la cubren provocan una resorción del mismo.

En el maxilar inferior desdentado están presentes zonas de resorción y aposición sobre todas las superficies óseas, pero el plan básico es muy diferente con la pérdida de los dientes naturales, sea debido a caries, enfermedad periodontal, osteoporosis u otras funciones. Las relaciones



funcionales y estructurales de toda la mandíbula están involucradas en el cambio. (3)

En el maxilar inferior edéntulo toda la dimensión horizontal del arco alveolar aumenta a causa de la resorción que se produce a lo largo del borde anterior de la rama y de la cresta temporal. Y también porque la protuberancia mentoniana tiene un tipo de remodelado por aposición.

La involución alveolar se efectúa por un movimiento de crecimiento del borde en forma de V invertida, y las trabéculas subyacentes se dirigen hacia el hueso basal del cuerpo mandibular. Este fenómeno se produce debido a la resorción perióstica en la superficie del borde y aposición endóstica dentro de él. Por lo que el hueso cortical se mueve poco a poco hacia abajo hacia arriba en el maxilar, es importante señalar que aparece una adición constructiva del hueso en los alvéolos vacíos, mientras que al mismo tiempo ocurre remoción destructiva del hueso en la parte externa de los rebordes alveolares.

La pérdida de hueso alveolar puede considerarse patológica solo cuando causa la pérdida de dientes y no cuando es el resultado de un proceso natural en respuesta a la fuerza física excesiva. Si en la arcada se pierde un solo diente y permanecen los dientes contiguos, la pérdida ósea es menor que si se perdieran o se extrajeran al mismo tiempo. Si durante la extracción se lesiona el hueso alveolar la velocidad de resorción del mismo, parece estar con el grado del daño.

Las características de los alvéolos remanentes pueden tener una influencia determinante sobre la velocidad de resorción. El hueso previamente afectado por enfermedad periodontal se reabsorbe con mayor rapidez que el hueso sano en los ancianos.



CAPITULO II

EXTRACCIONES

Las extracciones previstas deben ser hechas inicialmente en el plan de tratamiento, pero no antes de haber efectuado una evaluación cuidadosa y completa de cada diente remanente del arco dentario. Independientemente de su estado, cada diente debe ser evaluado en lo concerniente a su importancia estratégica y a su contribución potencial al éxito de la prótesis parcial removible.

Con el conocimiento y la capacidad técnica con que cuenta actualmente la odontología, casi cualquier diente puede ser salvado, si su retención es lo suficientemente importante como para garantizar el procedimiento necesario. Por otra parte los procedimientos heroicos de salvar dientes seriamente comprometidos o aquellos de naturaleza dudosa cuya retención poco contribuye al tratamiento, están contraindicados. La extracción de órganos dentarios no estratégicos que presentan complicaciones o aquellos cuya presencia pueda ser perjudicial para el diseño de la prótesis parcial, no constituye un signo de fracaso, sino de acción valiosa para el tratamiento y una parte integral del plan de tratamiento total. (8)



2.1 RESTOS RADICULARES

Generalmente todas las raíces retenidas o los fragmentos radiculares, deben ser eliminados.

Esto es particularmente cierto si están en íntimo contacto con la superficie de tejido o, por supuesto si existe evidencia de una patología asociada. Los restos radiculares adyacentes a los pilares pueden contribuir al progreso de las bolsas periodontales, comprometiendo los resultados del tratamiento periodontal subsiguiente.

La eliminación de ápices radiculares puede ser efectuada por las caras vestibulares o palatinas, sin que se produzca una reducción de la altura del reborde o sean puestos en peligro los dientes adyacentes. Otra opción es la de mantener los restos radicales dentro de la cavidad oral cuando estos mantengan un buen estado periodontal, para esto se les debe realizar antes que nada el tratamiento endodóntico para después elaborarles sus domos, ya sea de metal o de amalgama. El poder conservar los restos radicales es beneficio, ya que ayuda a preservar el hueso alveolar, además de que no interfieren con la inserción de la prótesis parcial removible y, si en algún momento existiera un problema con alguno de los restos radicales se puede realizar la extracción sin que esta afecte la prótesis, solamente se puede realizar un rebase de la prótesis y listo. (8)



2.2 DIENTES RETENIDOS

Todos los dientes retenidos deben ser considerados para su extracción. Los dientes retenidos, no erupcionados o en mal posición, pueden ser extraídos a causa de la presencia de infecciones, reabsorción patológica de los dientes adyacentes y estructuras ósea bloqueada, como se ve en los quistes y tumores; dolor, fracturas y otras complicaciones, y las cuales pueden interferir con el buen funcionamiento de la prótesis.

2.3 DIENTES EN MALPOSICIÓN

La pérdida de dientes solos o en grupos, pueden llevar a la sobreerupción, la mesialización o una combinación de malposición de dientes remanentes.

En la mayoría de los casos, el hueso alveolar de soporte de los dientes sobreerupcionados será llevado oclusalmente a medida que los dientes continúan su erupción proporcionando un buen soporte para los que están fuera de armonía con el arco dentario. La ortodoncia puede ser útil, hará corrección de muchas discrepancias oclusales.

Pero para algunos pacientes dicho tratamiento puede no ser práctico debido a la falta de dientes para el anclaje de los aparatos ortodónticos o por otras razones. En estos casos, los dientes o los grupos de dientes y huesos alveolares pueden ser reposicionados. Este tipo de cirugía puede ser lograda



y debe ser seriamente considerada antes de condenar dientes adicionales a comprometer el diseño de las prótesis parcial removible. (2, 6, 8)



CAPITULO III

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Los dientes que sufran alteraciones pulpares o periapicales, y que no puedan ser tratados mediante la terapéutica deben ser extraídos, así como los que se han extraído con exceso en los espacios desdentados y no se puedan acortar y reconstruir. Los dientes girados o inclinados mas allá de los límites terapéuticos que proporciona la ortodoncia o la odontología restauradora, así como los que plantea problemas estéticos insolubles, también deben ser extraídos.

Deben eliminarse fragmentos radiculares, cuerpos extraños, granulomas quistes y otros procesos patológicos.

Las áreas de exostosis, como la de los torus palatinos o mandibulares, a menudo deben erradicarse para permitir la correcta ubicación de los conectores mayores y de las bases. Para que la base de una prótesis parcial pueda asentar sobre una superficie óptima, sin ocasionar, molestia alguna puede ser necesaria reducir quirúrgicamente una tuberosidad aumentada de tamaño, o bien regularizar y suavizar un reborde residual agudo.

La excisión de tejidos hipertrofiados y la rectificación quirúrgica del frenillo labial y lingual anormal hará más factible la construcción de una prótesis parcial removible, la que podrá ser menos compleja y más confortable para el paciente. (6)



3.1 TORUS Y EXOSTOSIS

TORUS MANDIBULAR: La presencia de estas elevaciones óseas puede ser un mayor obstáculo para usar cómodamente una prótesis, ya que la mucosa suprayacente del torus es, en forma invariable delgada y propensa a traumatismo.

TORUS PALATINO: El torus del maxilar superior raras veces obstaculiza la elaboración de la prótesis parcial removible. es posible diseñarla de tal forma que lo cubra, excepto cuando es demasiado abultado, lobulado o mas angosto, en su base en cuyos casos la prótesis puede diseñarse de modo que lo rodee. (barra palatina)

EXOSTOSIS: Se da en los dos maxilares, pero son mas frecuentes vestibular de los segmentos posteriores del maxilar superior. A veces causan molestias si se les recubre con una prótesis, por ello son eliminadas frecuentemente.

La existencia de agrandamientos óseos anormales, no deben ser dejados de modo que comprometan el diseño de la prótesis parcial removible. Aunque la modificación del diseño de la prótesis, puede a veces ser acomodada a la exostosis, frecuentemente esto da lugar a cargas adicionales sobre los elementos de soporte, comprometiendo la función. La eliminación de las exostosis y torus no es un procedimiento complejo y las ventajas que pueden ser obtenidas de ellas son grandes, en contraste en el efecto negativo que pueden originar su presencia continua. Generalmente la mucosa que cubre las protuberancias óseas es extremadamente delgada. Los componentes de la prótesis parcial cercanos a este tipo de tejido, puede originar irritación y ulceración crónica. Así mismo, las exostosis que se aproximan a los márgenes gingivales pueden complicar el mantenimiento de la salud



periodontal y conducir a una pérdida eventual de los pilares estratégicamente ubicados. (4, 8, 9)

3.2 QUISTES Y TUMORES

Las radiografías panorámicas son recomendadas para el control de los maxilares en busca de patologías insospechadas. Cuando una zona sospechosa aparece en la radiografía de control, debe ser tomada una radiografía periapical para confirmar la presencia de la lesión.

En la cavidad bucal puede existir diferentes tipos de quistes: de desarrollo de naturaleza neoplásica y de retención los cuales pueden ser asépticos o infectados. El odontólogo debe considerar la posibilidad de un quiste en todo paciente portador de una tumefacción en las vecindades de la boca o cuando presenta radiográficamente alguna zona radiolúcida en el hueso.

La mayoría de los tumores benignos o excrecencias anormales son fácilmente diagnosticables, visual, digital, o radiográficamente por el cirujano dentista bien adiestrado. (6)

En caso de duda por parte del clínico acerca de la identidad del tumor, esta indicada una biopsia preoperatoria. No obstante es imprescindible que un patólogo competente examine todo tejido extirpado de la cavidad oral, aun cuando clínicamente parezca tratarse de un proceso no maligno.



3.3 TEJIDOS HIPERPLASICOS

Los tejidos hiperplásicos se presentan en forma de tuberosidades fibrosas, reborde abultados y blandos, pliegues excedentes de tejidos en el vestibulo y el piso de la boca y como papilomatosis palatina. Todas estas formas de exceso de tejido deben ser eliminadas para proporcionar una base firme a la prótesis. Esto dará como resultado una prótesis más estable y reducirá las cargas y tensiones sobre los tejidos y dientes de soporte.

La irritación, hipertrofia o inflamación de la mucosa bajo una prótesis existentes pueden ocurrir por uno o más de las siguientes situaciones:

- 1.- Carencia de descansos positivos
- 2.- Bacteria y hongos
- 3.- Eficaz adaptación del dispositivo al tejido
- 4.- Hiperoclusión de la prótesis

Con frecuencia se logra mejor el tratamiento requerido quitando la prótesis esperando que el tejido cicatrice o construyendo una prótesis terapéutica .

(6)

El tejido hiperplásico puede ser eliminado empleando cualquier combinación preferida de bisturí, cureta o electro cirugía. Alguna forma de apósito quirúrgico debe ser considerada siempre para estos pacientes, de modo que el período de cicatrización sea más confortable. Una prótesis vieja adecuadamente modificada, puede servir como apósito.



3.4 INSERCIONES MUSCULARES

Y FRENILLOS

Como resultado de la pérdida de altura de hueso alveolar, los músculos pueden insertarse sobre o cerca de la cresta alveolar, los músculos milohiideo, buccinador, mentoniano y geniogloso, son los que más constantemente originan problemas. Además del problema de las inserciones musculares, el mentoniano y el buccinador ocasionalmente producen protuberancias en el diseño de la prótesis

Los frenillos labial y lingual son probablemente las fuentes mas frecuentes de interferencia del frenillo con el diseño de la prótesis. Estos pueden ser modificados con cualquiera de los procedimientos quirúrgicos disponibles.

Bajo ninguna circunstancia, debe ser permitido que un frenillo interfiera en el diseño o comodidad de una prótesis parcial removible. (6, 8)

3.5 CRITERIOS PARA LOS REBORDES

DESDENTADOS

Dado que una prótesis no puede ser mejor que la base ósea que la soporta con su correspondiente cubierta de tejidos blandos, es axiomático



Dado que una prótesis no puede ser mejor que la base ósea que la soporta con su correspondiente cubierta de tejidos blandos, es axiomático que el odontólogo debe realizar todos los esfuerzos que estén a su alcance para preparar, mejorar, preservar y hasta reconstruir los maxilares para lograr un uso prolongado de la prótesis.

Los siguientes son los criterios de un reborde desdentado ideal:

- 1.- Soporte óseo adecuado para la prótesis
 - 2.- Hueso cubierto con tejido blando adecuado
 - 3.- Ausencia de socavados o protuberancias sobresalientes
 - 4.- Ausencia de reborde agudos
 - 5.- Surcos vestibular y lingual adecuados
 - 6.- Ausencia de bandas cicatrizales que impidan el asentamiento normal de la prótesis en su periferia
 - 7.- Ausencia de fibras musculares o frenillos que movilicen la periferia de las prótesis
 - 8.- Relación satisfactoria de los reborde alveolares superior e inferior
 - 9.- Ausencia de pliegues de tejidos blandos, redundancias o hipertrofias en los rebordes o en los surcos.
 - 10.- Ausencia de enfermedades neoplásicas
- (2,10)

3.6 ESPINAS ÓSEAS Y REBORDES AFILADOS

Las espinas óseas cortantes deben ser eliminadas y las crestas aguadas deben ser ligeramente redondeadas. Estos procedimientos deben ser llevados a cabo con la mínima pérdida de hueso. Si a pesar de ello, la corrección de una cresta alveolar afilada, trae como consecuencia un



CAPITULO IV

TRATAMIENTO PERIODONTAL

El propósito de el tratamiento periodontal es eliminar, o cuando menos controlar los factores predisponentes de la enfermedad. Esto consistirá, en su mayor parte, en erradicar la infección y eliminar bolsas periodontales. Además del raspado profundo y cepillado de las porciones radiculares expuestas, el tratamiento puede consistir en practicar gingivoplastia, y gingivectomía, o cirugía ósea. (7, 8)

El acondicionamiento periodontal del paciente parcialmente desdentado que requiere tratamiento protético involucra la aplicación de todas las medidas pertinentes para establecer y preservar la salud periodontal a largo plazo. Así mismo implica la creación de condiciones periodontales favorables que facilitarán y favorecerán la duración de la intervención protética.

Una adecuada higiene bucal es la base de la salud periodontal, y existe una correlación definida entre está y la placa bacteriana, la longevidad y consecuentemente, la duración de las restauraciones



4.1 ODONTOSEXIS Y PROFILAXIS

Se requiere una profilaxis completa y escrupulosa antes de iniciar el tratamiento, de tal modo que pueda elaborarse una réplica exacta de todas las superficies dentales. La profilaxis quita de los dientes cualquier desecho, para poder tomar impresiones detalladas y eliminar la posibilidad de dejar un depósito en la impresión y los modelos, que provoque detalles burdos o vagos en el modelo.

Uno de los mas importantes servicios brindados al paciente es la remoción de los depósitos de cálculo y placa de la superficies coronaria y radicular de los dientes. El curetaje y el alisamiento radicular comprometen al tratamiento definitivo de la enfermedad periodontal. Sin una remoción cuidadosa de los cálculos, placa y cemento necrótico, ninguna otra forma de terapia periodontal puede llevar al éxito. (7)

4.2 TÉCNICA DE CEPILLADO

La mayoría de los pacientes se cepillan los dientes con intervalos bastantes regulares, pero no llegan a hacerlos con minuciosidad suficiente como para prevenir la generación de la enfermedad periodontal. Una razón común para el nivel inadecuado de higiene bucal personal es la falta de conocimiento apropiado de la enfermedad periodontal, la caries y la falta de motivación para combatir las.



En la mayoría de los casos, la fase terapéutica relacionada con la causa, debe ser indicada por la demostración al paciente de los síntomas de enfermedad dentaria hallados en su boca. El odontólogo deberá identificar las áreas de salud dental y periodontal así como los puntos con síntomas de enfermedad. El paciente debe aprender a reconocer una lesión cariosa, distinguir entre una unidad gingival sana, una inflamada y apreciando la diferencia entre una profundidad de sondeo normal y una incrementada.

Es importante que el odontólogo ponga énfasis en que las bacterias que colonizan las superficies dentarias, son la causa principal tanto de enfermedad periodontal como la caries.

Posteriormente se le indicará al paciente la ubicación de la placa en la dentadura. Primero, se tiñe la placa con una solución reveladora, después, el paciente y el odontólogo conjuntamente examinan las superficies dentarias, una por una, en busca de placa. Hay que identificar las áreas de la dentición sin placa y sin signos asociados de enfermedad periodontal y caries. El paciente debe entonces adquirir conciencia de que su participación activa en el tratamiento es esencial para un resultado exitoso. (1)

En la literatura se han descrito una diversidad de métodos o técnicas de cepillado dental, estos métodos pueden ser clasificados en diferente categorías con respecto a las pautas de movimiento que el cepillo ejecuta.

ROTACIÓN: Movimiento rotatorio, Stillman modificado

VIBRATORIO: Stillman, Chartes, Bass

CIRCULAR: Fones

VERTICAL: Leonard



HORIZONTAL: Fregado

Se ha llevado a cabo una cantidad de estudios con el fin de comprobar el efecto limpiante logrado por el cepillo con alguna de las técnicas presentadas. Hasta ahora, ningún método de cepillado demostró ser claramente superior a los demás.

Más importante que la elección de un cierto método de cepillado dental en la creación de hábitos apropiados de cuidados hogareños, es la voluntad y en cierta medida la capacidad de cada persona, preferentemente por el uso de agentes relevantes de placa, es también mas importante para la institución de hábitos hogareños apropiados de cuidados personales que la institución y práctica de un método, determinado de cepillado. (1)

EL MÉTODO DE BASS

En la técnica de Bass o cepillado crevicular, el cepillo es colocado en la encía en un ángulo de 45° hacia el ápice del diente. Después las cerdas son suavemente presionadas para penetrar en el surco. Una vibración descrita de ida y vuelta horizontal causa presión en las cerdas para limpiar adecuadamente. es recomendado diez veces en cada área. La técnica de Bass, bien utilizado, es eficaz para la remoción de los depósitos blandos ubicados inmediatamente por encima y debajo del margen gingival.



EL MÉTODO DE CHARTES

En la técnica de *Charters* o *técnica de presión vibratoria* para limpiar las áreas interproximales, las cerdas del cepillo son colocadas sobre el borde gingival en un ángulo de 90° con respecto a la superficie bucal y son manipuladas suavemente en los espacios interproximales. Empezando con una acción vibratoria, las cerdas se van sacando lentamente. Se repite varias veces en cada espacio interproximal, y es muy útil en la limpieza de superficies retentivas de puentes.

EL MÉTODO STILLMAN

El método Stillman fué originalmente diseñado para dar estimulación gingival. El cepillo se coloca con las cerdas inclinadas en un ángulo de 45 grados, al ápice del diente, con una parte del cepillo descansando en la encía y la otra en el diente; se efectúan movimientos vibratorios, con una pequeña presión de las cerdas para estimular la encía, repitiendo la operación en todas las áreas de la boca.

La limpieza dentarias con un cepillo común no eliminará bien la placa en las áreas interdetales. Por lo tanto se debe utilizar instrumentos auxiliares para la remoción interproximal de la placa. Según la forma del espacio interproximal se utilizará hilo o cinta dental, cepillos interproximales y / o cepillos mono penachos.(1)

Es difícil descubrir la placa microbiana, sobre todo para un ojo no adiestrado.



Por lo tanto se deben emplear agentes relevantes, para demostrar la presencia y ubicación de la placa para evaluar la eficiencia de la técnica de cuidados en casa. Por regla, el agente revelante debe ser aplicado después del cepillado y la limpieza interdental. Así el paciente puede identificar los puntos donde la técnica de higiene bucal es inadecuada.

Se debe usar un dentrífico en combinación con el cepillo dental con el propósito de:

- 1.- Facilitar la remoción de la placa.
- 2.- Aplicar agentes a las superficies dentarias con fines terapéuticos o preventivos.

El dentrífico es también un vehículo excelente para la aplicación de sustancias a las superficies dentarias, tales como fluoruros, antisépticos, enzimas u otras sustancias para la desensibilización de las superficies dentarias hipersensibles, y para retardar la formación de tártaro supragingival.

(1)

4.3 GINGIVITIS

La acumulación de la placa (gingivitis aguda que a los pocos días se transforma en una gingivitis crónica.

Clínicamente se manifiesta por el enrojecimiento de la encía libre y, en parte de la insertada, se observa una tumefacción variable de la encía y la formación de una bolsa gingival. No ocurre ninguna pérdida de la inserción ni de tejido óseo. El punteado desaparece en mayor o menor medida. La encía



sangra fácilmente al roce, la gingivitis suele ser indolora, y la gravedad se relaciona directamente con la cantidad de placa acumulada.

Generalmente se esta de acuerdo con que es menester eliminar la inflamación gingival antes de ser iniciada la terapia prostodóntica. Es conveniente posponer este, si el paciente demuestra incapacidad para controlar la formación de la placa a pesar de los repetidos esfuerzos del odontólogo por motivarlo en el procedimiento de cuidados en el hogar. En estos casos cabe indicar restauraciones temporales de forma adecuada y bien pulidas, que posean oclusión correcta y adaptación gingival. (1, 7,8)

4.4 PERIODONTITIS

La enfermedad periodontal se caracteriza por las alteraciones de color y textura de la encía, es decir, enrojecimiento y tumefacción, así como una tendencia incrementada a la hemorragia al sondeo en el área del surco / bolsa gingival. Además los tejidos periodontales puede exhibir una recesión reducida al sondeo y / o recesión de los tejidos. Las etapas avanzadas de la enfermedad también están asociadas con frecuencia a una movilidad dentaria incrementada y desplazamiento de los dientes.

En la radiografía, se puede reconocer la enfermedad periodontal por la altura reducida del hueso alveolar. (7, 8)

Cuando hay bolsas periodontales es mas difícil la remoción de la placa, y consecuentemente, aumenta el riesgo del progreso de la enfermedad



periodontal. En general, el tratamiento periodontal tiene como finalidad la eliminación de la bolsa, si bien no es mantenido un alto nivel de higiene bucal. Por consiguiente, aquellos pacientes que son incapaces de mantener sus bocas libres de placa no son buenos candidatos para la cirugía periodontal especialmente si está será seguida por la colocación de una prótesis parcial fija o removible. Los pacientes con higiene bucal excelente son aptos para la remoción quirúrgica de bolsas y subsiguiente tratamiento protético.

4.5 TRAUMA PERIODONTAL

Además de la inflamación hay otras enfermedades que afectan al periodonto. La más significativa de estas es de naturaleza degenerativa y se llama trauma periodontal, trauma oclusal u oclusión traumática. El trauma periodontal no es una maloclusión y no es causada por ninguna desarmonía oclusal específica. Es de naturaleza ya sea aguda o crónica, y la formación crónica es la que se observa con mayor frecuencia en el acondicionamiento periodontal preprotético. Es una lesión de los tejidos periodontales de soporte que afectan el ligamento periodontal y hueso a veces el cemento y la dentina. No se origina de la periodontitis ni de la terapia periodontal no produce inflamación gingival y no es responsable de la migración del epitelio de unión o la formación de bolsas. (7)

Este proceso suele ser reversible al cesar la fuerza traumática. Es una entidad separada que de por sí no tiene efectos que alteren la duración de los



dientes pero combinado con procesos periodontales inflamatorios puede acelerar la progresión de bolsas periodontales existentes y la destrucción de los tejidos de soporte de los dientes, y de ese modo acortar su vida útil.

El signo clínico mas importante del trauma periodontal de los dientes involucrados puede ser causado por una fuerza que excede la tolerancia de los tejidos de soporte, que son cuantitativamente suficientemente para resistir fuerzas oclusales normales, tales fuerzas generalmente se originan de hábitos parafuncionales, o en algunos casos por cambiar la oclusión del paciente durante procedimientos restauradores.

Por otro lado puede ser causado por cualquier fuerza oclusal que exceda la tolerancia de los tejidos periodontales de soporte debilitados por periodontitis.

Las indicaciones del mejoramiento del soporte periodontal mediante el crecimiento ósea son limitados y forman parte del tratamiento periodontal que tiende a la eliminación de bolsas mediante procedimientos regeneradores. La inflamación de ligamento periodontal y no únicamente de la encía, es la responsable de la movilidad, y en estos casos la movilidad es frecuentemente eliminada por la reducción de la inflamación mediante el control de la placa, raspado, alisamiento radicular y pulido. Sin embargo, la reducción de la inflamación no siempre elimina completamente la movilidad dentaria, entonces se recomienda la redistribución de fuerzas mediante una minuciosa equilibración oclusal con la disminución resultante de la movilidad de los dientes. La equilibración de la oclusión es el primer enfoque terapéutico para



la resolución del problema de la movilidad dentaria cuando la inflamación esta controlada. (7)

La sola eliminación de las fuerzas traumáticas en presencia de una inflamación periodontal marginal, no dará por resultado la regeneración ósea alveolar. Tanto la inflamación como el trauma oclusal deben ser controlados antes que se pueda producir la regeneración del hueso alveolar.

Cuando el periodonto esta muy destruido y es evidente la hipermovilidad, el tratamiento de elección es la extracción. Cuando no es factible estabilizar dientes hiper móviles, que mediante la equilibración oclusal y el pronóstico periodontal, es bueno que el odontólogo llegue a considerar la ferulización temporal en un intento de solucionar el problema.

4.6 CIRUGÍA PERIODONTAL

Los objetivos de la cirugía periodontal consiste en aumentar la eficacia del raspado subgingival y alisado de la raíz, restablecer la morfología, fisiología de la encía y del hueso alveolar, mejorar el acceso a la higiene de las áreas radiculares expuestas de manera patológica y / o regenerar parcialmente el periodonto.

Después de la profilaxis y las técnicas de cepillado, se procede a la cirugía periodontal. Si la higiene bucal esta en un nivel óptimo y aun la profundización del surco y la inflamación no han sido resueltas, pueden ser empleada una variedad de técnicas quirúrgicas periodontales para satisfacer



los objetivos de la terapia periodontal, para el pacientes que usara una prótesis parcial removible,destinadas en su mayoría a la eliminación de la bolsa periodontal, y a un retorno a la arquitectura fisiológica de la zona. (7)

La eliminación de la bolsa puede ser lograda mediante contracción, excisión quirúrgica y procedimientos para obtener una nueva inserción. De éstos, la excisión quirúrgica ofrece al periodoncista los mejores resultados. Los procedimientos quirúrgicos también brindan la oportunidad de recrear un patrón fisiológico, arquitectónico y, por lo tanto, mucha de la terapia periodontal es de naturaleza quirúrgico.



CAPITULO V

TRATAMIENTO ENDODONTICO

Siempre que sea posible proveer el tratamiento endodóntico, esta indicado para los pacientes geriátricos con necesidad de un aparato parcial .

Los dientes con degeneración pulpar o patología apical, pueden considerarse candidatos a tratamiento endodóntico cuando su importancia es vital para el diseño adecuado de la prótesis parcial removible. Siempre y cuando no exista contraindicación y el diente ofresca un propósito favorable, el diente despulpado, tratado en forma adecuada, es absolutamente confiable como pilar permanente de la prótesis parcial.

Aunque el diente sin pulpa es mas frágil que el que tiene pulpa vital, son innumerables los dientes despulpados que han prestado servicio eficaz como pilares de prótesis parcial durante tiempo prolongado. (8)

Puede considerarse el empleo de dientes despulpados como pilares de prótesis parcial removible bajo las siguientes circunstancias:

- 1.- El diente despulpado que ha sido tratado endodónticamente se presenta como pilar potencial del paciente a quién va a colocarse una prótesis parcial removible.
- 2.- El pilar potencial con pulpa infectada se encuentra en un candidato a prótesis parcial.



3.- Un diente que ha funcionado como pilar de prótesis, presenta pulpitis y debe tratarse endodónticamente o extraerse.

DIENTE TRATADO SIN PULPA

En el caso de un diente tratado con anterioridad, es determinar su estado de salud. Si los resultados son satisfactorios, puede considerarse su empleo como pilar con el mismo criterio que si fuera un diente sano con pulpa vital. Puede definirse su estado de salud si:

- 1.- Los canales han sido obturados hasta el ápice y el material ha sido condensado en forma adecuada,
- 2.- No se observan zonas radiolúcidas en el ápice
- 3.- El diente es clínicamente asintomático, una vez llevado a cabo el tratamiento.

Si el tratamiento endodóntico es incorrecto, o el diente presenta síntomas *debe examinarse detenidamente. (8)*

DIENTE INFECTADO

La consideración principal en el caso de un diente infectado, es su importancia estratégica para el diseño de la prótesis parcial. Si la pérdida del diente es desfavorable para el pronóstico de la prótesis, debe considerarse la *posibilidad del tratamiento endodóntico*



DIENTE PILAR CON PULPITIS

Si un diente presenta pulpitis mientras funciona como pilar de la prótesis, deben tomarse en cuenta diversos factores en relación con su tratamiento.

¿ Puede considerarse que el diente se encuentra en condiciones de salud, desde el punto de vista periodontal?

¿ Es favorable su proporción entre corona y raíz ?

¿ Era satisfactorio su funcionamiento antes de presentar dichos síntomas ? por otra parte, ¿Es adecuado el resultado de la prótesis?

si la respuesta es afirmativa el tratamiento endodóntico restablecerá el estado favorable que existía anteriormente.

Por el contrario la prótesis había perdido su eficacia, o si es desfavorable el estado de salud de uno o mas dientes, debe reconsiderarse el tratamiento paliativo hasta que pueda efectuarse el plan de tratamiento e instruirse el procedimiento terapéutico definitivo. (8)

5.1 PREPARACIÓN DE LOS DIENTES

PILARES

Después de la cirugía, del tratamiento periodontal y de cualquier tratamiento endodóntico del arco dental involucrado, los dientes pilares



pueden entonces ser preparados para brindar soporte, estabilización recíproca y retención de la prótesis parcial.

El tipo o extensión de la preparación y restauración de los dientes pilares, está determinado por las caries existentes, la susceptibilidad a la caries, los contornos dentarios, las posiciones dentarias, la oclusión, la retención coronaria - radicular, la resistencia del hueso de soporte ante carga máxima, el número, localización y extensión de las áreas desdentadas y los requisitos estéticos del caso por tratar.

El requisito primario antes de iniciar cualquier restauración es preparar las superficies guía en todos los dientes. Esto establece la vía de inserción para la prótesis parcial removible. Luego de diseñar los dientes para las superficies guía, se puede hacer la preparación para la restauración. Si no se sigue esta secuencia, tal vez resulte imposible obtener la vía de inserción adecuada sin poner en riesgo la restauración.

Las obturaciones de amalgama son satisfactorias para los soportes de la prótesis parcial, si existe suficiente volumen de estructura dental para el soporte conveniente de la obturación

El volumen adecuado es consideración fundamental en las zonas de los descansos y las superficies guía. (5)

Cuando se vayan a emplear coronas completas, incrustaciones, onlays o coronas veneer se pueden requerir vaciados en dientes individuales. Se necesitan las coronas completas para.

1.- Restaurar las coronas clínicas demasiado destruidas



- 2.- Reubicar el plano oclusal
- 3.- Reubicar la corona clínica
- 4.- Proveer descansos adecuados, sobre todo en los dientes anteriores

Las incrustaciones, las onlays y la coronas veneer son tratamientos mas conservadores, y su uso se prefiere siempre que sea posible.

La corona clínica restaurada mediante un colado no tendrá los contornos del diente original. Con la pérdida de los dientes adyacentes y las estructuras contiguas de soporte por lo regular se necesita eliminar las curvaturas mesial y distal para que las superficies guía del vaciado puedan deslizarse a su posición sin dejar espacio entre la prótesis y las estructuras bucales residuales. La situación existente no es igual al estado normal del tejido y el diente como originalmente existió cuando los tejidos estaban intactos. Se altera la forma dental para una mayor compatibilidad con la situación actual.

Las coronas veneer son el mejor tratamiento siempre que sea posible, pues se conserva la estructura dental, la estética vestibular permanece inalterada y sigue, intacta la unión normal del tejido y el diente en la superficie vestibular.

Se requieren impresiones de todo el arco para el encerado y la elaboración de las coronas y las onlays; registran todas las superficies guía que afectan la vía de inserción.

Después, es posible elaborar el encerado de la corona y el colado *final junto con todas las demás superficies guía y los contornos retentivos adecuados.* (5)



5.2 MODIFICACIONES DENTALES

Se preparan primero las superficies guía como lo determina y contornea la vía de inserción en el modelo diagnóstico. Las superficies guía no tienen que ser planos raros: el objetivo es eliminar las socavaduras dentales. Por lo regular, se redondea la superficie del diente siguiendo la curvatura con forma cilíndrica, junto con agua y aire, casi en el mismo procedimiento de formación y desgaste usado para establecer el paralelismo en la preparación de los soportes para las prótesis fijas.

Las superficies interproximales pueden requerir modificación a fin de proveer espacio para el vaciado metálico y conservarlo en los contornos dentales.

Las superficies dentales linguales pueden requerir reducción si los dientes están inclinados e impiden la vía de inserción de la barra lingual. Puede requerirse la eliminación de las socavaduras excesivas en las zonas del retenedor vestibular para que los retenedores no se alejen de la mucosa y produzcan interferencia con el carrillo.

Se preparan los descansos después de terminar las superficies guía. Esto garantiza la ubicación adecuada de las crestas marginales y de los contornos de los descansos.

Los requerimientos fundamentales en la preparación de los descansos son los siguientes.

- 1.- Todas las superficies deben ser redondeadas y uniformes sin ángulos agudos.



- 2.- El asiento debe quedar mas abajo, en la mitad del diente que en la cresta marginal.
- 3.- Es indispensable un espesor mínimo de 1 mm.
- 4.- La preparación del descanso tiene que ser mas ancha en la zona de la cresta marginal que hacia el centro del diente.
- 5.- Las uniones con las otras porciones del vaciado deben ser redondeadas para disminuir las posibilidades de fractura.
- 6.- Todas las partes de la preparación del descanso deben ubicarse en estructura dental sana o sobre restauraciones adecuadas.

Los instrumentos empleados para preparar los descansos en los dientes posteriores son una fresa redonda de diamante número 6 u 8 o una de carburo, con agua y aire. Si el descanso es parte de una prótesis de extensión vinculada con un eje de rotación puro.

Si se prepara el descanso como una inclinación en el punto de rotación parcial pudiera tender a deslizarse hacia abajo por la pendiente, generando fuerzas laterales o de torsión sobre el diente.

Es limitada la preparación de los descansos anteriores en la estructura dental natural por la anatomía del diente y el espesor del esmalte. Los intentos por labrar los descansos anteriores en el esmalte pueden causar:

- 1.- Una preparación inadecuada que proveerá un asiento positivo para el descanso y estabilización.
 - 2.- Penetración de la unión amelodentaria con la posibilidad de caries
- Si se perfora la dentina, es posible sellar la unión con amalgama.



Se logra la preparación en la estructura dental natural usando una pequeña fresa piramidal de diamante, que se coloca con angulación de 45° al eje longitudinal del diente. La mayor parte del descanso se prepara en el esmalte grueso de la cresta marginal. (9)

El examen de los modelos de diagnóstico montados, que muestra la relación de, los dientes anteriores, determinan la colocación de los descansos anteriores. La preparación del descanso se debe ubicar de tal modo que no impida el esquema oclusal planeado en las posiciones céntricas y excéntricas. En algunas situaciones los descansos pueden servir para reponer la dimensión vertical y la guía anterior.

La preparación de los descansos incisales puede ser mínima, pues con frecuencia hay extenso desgaste en la superficie incisal y disminución de la dimensión vertical de oclusión.

Se diseña y prepara el descanso para cubrir la mayor parte del ancho mesiodistal del diente y restaurar la altura oclusal determinada diagnósticamente. Es imperativo que la porción vestibular del descanso se extienda sobre la superficie vestibular del diente para formar un asiento posicional positivo. En muchos casos, todo lo necesario para preparar el descanso incisal en un disco de papel de lija para pulir y eliminar el ángulo linguoincisal agudo.

Todas las superficies preparadas son redondeadas y uniformes a fin de proveer volumen y resistencia al vaciado y facilitar la fabricación y limpieza.



Se atersan y pulen las superficies con discos de papel lija de grano fino y medio, seguidos de ruedas de hule para pulir, y finalmente, con pasta pómez.

Si las preparaciones ponen en riesgo la integridad de cualquier dientes, pudiera requerirse colocar restauraciones, como las coronas totales. (9)



CONCLUSIONES

La preparación adecuada de la cavidad oral antes de la colocación de la prótesis parcial removible, se debe tomar en cuenta siempre, y debe ser del todo completa, para el buen funcionamiento y éxito de la prótesis.

La prótesis removible esta en íntima relación con las demás especialidades de la odontología, ya que todas deben ser tomadas en cuenta al momento de diagnosticar y planear la colocación de una prótesis parcial removible

Generalmente todas las áreas de la odontología son practicadas al momento de hacer preparaciones bucales, entre las que mas frecuentemente se emplean están: la cirugía, la periodoncia, la endodóncia, la operatoria dental, y aún la prótesis fija.

Al momento de observar la boca por vez primera debemos verla desde un punto de vista integral, y no debemos limitarnos únicamente a la confección de la prótesis, sino que debemos de tomar en cuenta el estado de salud en que se encuentran los tejidos que estarán en contacto y soportan la prótesis parcial removible.

El buen funcionamiento y una larga presencia de la prótesis dentro de la cavidad oral, dependerá de la adecuada preparación de la boca, con todos

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGICA



los órganos y tejidos que la componen, antes de la inserción de la prótesis parcial removible.



GLOSARIO

1._ Alveolo: Nombre de las cavidades en los maxilares, para la implantación de las raíces dentales.

2._ Biopsia: Extracción y examen ordinariamente microscópico, de tejidos u otras materias procedentes del organismo vivo, con fines de diagnóstico.
Examen del organismo vivo en aposición o necropsia.

3._ Dentina: Sustancia principal o marfil de los dientes, que rodea la pulpa dentaria y está cubierta de los dientes que rodea la pulpa dentaria y esta cubierta por el esmalte en la corona y por el cemento en la raíz.

4._ Exostosis: Hipertrofia parcial, circunscrita a la superficie de un hueso o diente.

5._ Excrecencia: Tumor de cualquier naturaleza saliente en la superficie de un órgano o parte, especialmente de piel o mucosas

6._ Flacidez._ Debilidad muscular.

7._ Mucosa palatina._ Tejido mucoso que recubre el paladar óseo.

8._ Osteoporosis._ Formación de espacios anormales en el hueso.



9._ Pulpa._ Tejido blando conjuntivo vascular y nervioso, del que depende la vida del diente, que ocupa la cavidad central y conductos radiculares.

10._ Patología._ Rama de la medicina que estudia las enfermedades y los trastornos que producen en el organismo.



REFERENCIAS

- 1.- Antonio Zimbrón , **Odontología Preventiva**, Editorial Centro Regional de investigaciones Multidisciplinarias, México ,1993.
- 2.- Boucher o, Carl. **Prótesis para el desdentado total**, Editorial Mundi, Buenos Aires, 1975.
- 3.- **Dentista y Paciente**, vol 8 N.. 88 Editorial Carma,México D. F, **Octubre 1999**.
- 4.- Dykema Roland. **Ejercicio moderno de la prótesis removible**, Editorial Mundi, Buenos Aires, 1970.
- 5.- Graber George . **Atlas de prótesis parcial** , Editorial Salvat, Barcolona ,1988.
- 6.- Kruger Gustav.**Tratado de cirugía Bucal**, Editorial Interamericana, México 1989.
- 7.- Lindhe Juan, **Periodontología Clínica**, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1992.
- 8.- Miller Ernest. **Prótesis parcial Removible**,Editorial Interamericana, México 1975.
- 9.-Stewart Kenneth. **Prótesis Parcial Removible**, Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latino América , Venezuela, 1993
- 10.- Zarb George. **Tratamiento Prostodóntico para el parcialmente desdentado**, Editorial Mundi, Bueno Aires, 1985.