

16020



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

AMELOPLASTIA: TALLADO SELECTIVO EN PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: CIRUJANO DENTISTA PRESENTA: GUILLERMO GUZMAN VALENZUELA

Guillermo Guzmán Valenzuela

ASESOR: C.D.M.O. IGNACIO VELAZOUEZ NAVA

Ignacio Velázquez Nava



MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON FALLA DE CRIGEN

26 9267



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.

AL DR. IGNACIO VELAZQUEZ NAVA:

POR SU ASESORÍA Y DEDICACIÓN PARA PODER REALIZAR
ESTA TESINA.

AL HONORABLE JURADO.

A MIS AMIGOS DE LA LICENCIATURA:

RENATA, ISRAEL (LELO), ROBERTO H., ALEJANDRO R.
ROMY Y ALE.

A MS AMIGOS DEL SEMINARIO:

BELÉN, ROCIO Y ELIAS, AGUSTÍN, DIETHER, NACHO, CANIVAL,
PECA, ISRAEL, PACO, HUGO.

A DIOS:
POR PERMITIRME ALCANZAR UNA DE MIS METAS

A MI MADRE:
POR EL AMOR Y CONFIANZA QUE DEPOSITO EN MI

A MI PADRE:
POR TODO SU APOYO Y EJEMPLO PARA SEGUIR ADELANTE

A MIS HERMANOS:
MA. ANGELICA, MARIO, JOSÉ, Y YURITZI.

A NASHYELLI Y ARMANDO:
POR TODA LA AYUDA QUE ME BRINDARON

INDICE

INTRODUCCION	1
--------------------	---

CAPITULO I

DEFINICIONES.

• PRÓTESIS	3
• PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	3
• AMELOPLASTÍA	3
• PLANOS GUÍA	4
• DESCANSOS	4
• EJE DE INSERCIÓN	4
• SUSTENTACIÓN	5
• ESTABILIZACIÓN	5
• RETENCIÓN	6

CAPITULO II

ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE DIAGNÓSTICO EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE8

- EL ANALIZADOR DE MODELOS10
- FUNCIONES DEL ANALIZADOR11
- FINALIDAD DEL ANÁLISIS12

CAPITULO III

EJE DE INSERCIÓN Y RETENCIÓN13

- FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA
TRAYECTORIA DE INSERCIÓN.....15
- RETENCIONES16
- INTERFERENCIAS18
- ESTÉTICA20
- PLANOS GUÍA22
- RETENCIÓN DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE24

CAPITULO IV

AMELOPLASTÍA : TALLADO SELECTIVO EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	26
• OBJETIVOS GENERALES	27
• PREPARACION DE PLANOS GUÍA	27
• AMELOPLASTÍA PARA CAMBIAR LA ALTURA DEL ECUADOR PROTESICO	30
• PREPARACIÓN DE ZONAS DE RETENCIÓN	31
• PREPARACIÓN DE DESCANSOS OCLUSALES	33
• CREACIÓN DE UN PLANO OCLUSAL ACEPTABLE	38
• ELIMINACIÓN DE INTERFERENCIAS DENTALES	39
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFIA	42

INTRODUCCIÓN

El tallado selectivo (Ameloplastía), tiene por objeto eliminar una cantidad precisa de estructura dental de áreas específicas que ayudan a mejorar la inserción de la prótesis parcial removible.

Para que el soporte del diente sea efectivo, debe estar provisto de descansos firmes, colocados en nichos elaborados en forma adecuada sobre la superficie de los dientes. La planeación y preparación del tallado debe llevarse a cabo de acuerdo con principios biomecánicos definidos.

El tallado selectivo, se realiza para mejorar o proporcionar planos guía, eliminar interferencias entre las superficies dentales y diversas partes de la prótesis parcial removible durante la inserción y remoción, para mejorar las líneas de análisis, para mejorar la retención del retenedor, así como reducir las cúspides o los bordes incisales de dientes anteriores a fin de mejorar el plano oclusal alterando la estructura dental para preparar descansos para aditamentos. La disminución del ángulo de convergencia cervical asegura una mayor superficie de contacto

entre el diente y los elementos de estabilización, lo cual permite una inserción más fácil de la prótesis, sin provocar efectos de torsión sobre los dientes pilares.

El procedimiento de tallado selectivo de los dientes puede mejorar notablemente el diseño y función de la prótesis parcial removible a tal grado, que el conocimiento de dichas técnicas debe constituir parte fundamental de los conocimientos básicos del odontólogo y no dejarlo a elección del laboratorio.

CAPITULO I

DEFINICIONES

PRÓTESIS

Es un sustituto artificial destinado a reemplazar una parte del cuerpo humano perdida o extraída. (9)

Arte o ciencia que se encarga de reponer las partes perdidas del cuerpo humano.(10)

Toda pieza auto, homo, hetero o aloplástica para reemplazo de un órgano o parte de él. (11)

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

Prótesis que reemplaza uno o más dientes, pero de forma parcial, y que puede ser retirada e insertada por el paciente según lo desee. (10)

AMELOPLASTÍA

También llamada enameloplastía, es una palabra utilizada para describir la remoción de una porción del esmalte de la superficie dentaria para lograr propósitos específicos.(3)

Es la modificación dental que se realiza en las superficies mediante un desgaste selectivo que tiene por objeto eliminar una cantidad específica de la estructura del esmalte logrando así la modificación dental planeada. (6)

PLANOS GUÍA.

Son aquellos que están constituidos por las caras axiales o proximales de los dientes que se encuentran en contacto con los elementos rígidos de la prótesis parcial removible al colocar y retirar esta de la boca. (2)

DESCANSOS

OCLUSALES. Es aquel socavado o preparación que se realizan en las fosetas de molares y premolares según sea el caso, para recibir un apoyo oclusal. (7)

INCISALES. Es la preparación empleada a cualquier diente anterior siempre y cuando no interfiera con la oclusión. (2)

CINGULARES. Es el descanso preparado cerca del eje de rotación del diente localizado en la superficie lingual de los dientes anteriores. (2)

EJE DE INSERCIÓN.

También llamada trayectoria de inserción, que es la dirección según la cual el paciente puede insertar y desinsertar la prótesis parcial removible. (1)

SUSTENTACIÓN

Consiste en la resistencia que se opone a las fuerzas axiales que tratan de impactar la prótesis en sus estructuras de apoyo. Analizando la capacidad de apoyo que ofrecen las estructuras parodontales y osteomucosas; así como la mejor utilización posible de los factores anatómicos de soporte adaptando lo mejor posible la prótesis parcial removible, para oponer a las fuerzas que se generan durante la masticación una resistencia mayor o igual. (1)

ESTABILIZACIÓN

Es la resistencia brindada por el retenedor al desplazamiento de la prótesis en sentido horizontal.(2)

La prótesis parcial removible no puede pretender tener la misma estabilidad que una prótesis fija. En los movimientos de inserción y desinserción, los desplazamientos son siempre posibles por las relaciones entre los dientes y las crestas. Esta posibilidad debe ser evitada o controlada para que la amplitud de estos movimientos sea mínima y la prótesis cumpla con los requisitos de estabilidad.

El análisis nos pone en manifiesto que los desplazamientos están directamente ligados a una serie de factores anátomo-fisiológicos, los cuales son la anatomía de las crestas edentulas, el comportamiento biomecánico diferente de las estructuras de apoyo y el número de dientes pilares. (1)

También se define como la cualidad de una prótesis con una posición firme y balanceada cuando se le aplican fuerzas. Ellas se refieren especialmente a la resistencia contra fuerzas horizontales que implica una relación estable con el hueso que se encuentra por debajo. (3)

RETENCIÓN

La retención es una cualidad inherente a una prótesis que resiste a la fuerza de gravedad, a la adhesión de las comidas y a las fuerzas asociadas con la apertura de los maxilares. En prótesis removible es la resistencia al desplazamiento de su asentamiento; por ello se habla de retención directa y se logra ya sea por ataches internos o por retenedores directos.

La retención implica una relación estática con el tejido blando por debajo.(3)

Se denomina retención al conjunto de fuerzas que se oponen a la separación entre las prótesis y las estructuras de apoyo. Aquí intervienen tres factores importantes:

1.- Factores anatómicos y fisiológicos. La morfología de las crestas alveolares, en particular en la región anterior del maxilar, constituye un obstáculo importante a la desinserción.

2.- Factores físicos. Son responsables por entero de la retención de la prótesis.

3.- Factores mecánicos. Son aquellos elementos mediante los cuales se une la prótesis a los dientes pilares. Estos reciben el nombre de retenedores.(1)

CAPITULO II

ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE DIAGNÓSTICO EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

ANÁLISIS DE LOS MODELOS EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

La práctica actual de la prótesis parcial removible es más exacta, genera menos cansancio físico y ciertamente se disfruta más que cuando las impresiones se tomaban con yeso paris, seccionadas para ser retiradas de la boca y luego unidas para lograr un modelo en donde se confeccionaría la dentadura parcial removible. Hasta los años cincuenta la mayoría de las dentaduras parciales removibles fueron diseñadas y construidas con el método del "ojo por ciento". Una prótesis realizada en la base de intentar adivinar en forma precisa la localización de las retenciones de interferencias requiere de muchas horas de trabajo adicional para tratar de ajustarla a los dientes remanentes.

Partes importantes de metal se cortaban y luego se unían nuevamente hasta que la dentadura parcial se ajustaba a la boca. El cambio en la confección de la prótesis parcial se realizó con la llegada del analizador de modelos en 1918.

Para tener la seguridad de que los componentes de apoyo, retención y conexión de la prótesis parcial removible pueden dirigirse hacia la posición diseñada y conservarse en la misma

cuando se colocan los retenedores en los dientes se debe localizar y delinear su contorno y posición en los dientes pilares y otras estructuras bucales asociadas, ya que se relacionan entre sí. Se debe identificar una posición o línea básica de colocación que ponga a los dientes y tejidos relacionados en la situación más ventajosa para su conservación.

El proceso de análisis se lleva a cabo en dos distintas etapas. En la primera, el examen preliminar del modelo de estudio, con el fin de determinar la trayectoria de inserción más adecuada, así como decidir los diversos tipos de preparaciones bucales necesarias y, la segunda, el diseño definitivo en el cual se marcan las líneas de guía, se miden y se señalan las retenciones, se delinearán estas en los tejidos blandos, y se bosqueja en el modelo de planeación el diseño del esqueleto.

Se puede determinar la posición básica de la prótesis parcial removible al estudiar el modelo con un paralelómetro y establecer así una línea básica para la planeación, diseño y construcción de la prótesis parcial removible.

ANALIZADOR DE MODELOS

El analizador o paralelizador dental, es un instrumento diseñado para determinar el paralelismo relativo de dos o más caras de los dientes u otras partes del modelo de un arco dental, permite una vía de inserción adecuada. Además pueden ser utilizados para paralelizar los apoyos internos y los retenedores intracoronarios.

Con un sostén para pieza de mano agregado estos instrumentos pueden ser empleados para fresar los apoyos internos y para paralelizar las superficies que constituyen los planos de guía de las restauraciones pila



FUNCIONES DEL ANALIZADOR.

El analizador se utiliza para un adecuado estudio de los modelos de diagnóstico, para poder así establecer un plan de tratamiento en el consultorio dental.

Para localizar zonas de retención en dientes a recibir un retenedor.

Para la localización de obstáculos a la inserción a la prótesis: en dientes inclinados, vertientes de las crestas, tubercidades, torus, etc.(1)

Para determinar el aspecto estético requerido por el caso (hacer menos visibles los retenedores).

Interferencia de los tejidos blandos.

Interferencia de los dientes.

Falta de retención de algún pilar.(5)

Para evaluar la necesidad o no de realizar modificaciones en las coronas de los dientes remanentes.

Para tener en cuenta el montaje de un diente artificial.

Para determinar la trayectoria o vía de inserción más aceptable que permita eliminar o reducir al mínimo la interferencia a la instalación o remoción de la prótesis.(2)

FINALIDAD DEL ANÁLISIS.

La finalidad del procedimiento es demostrar aquellas características físicas de la boca que favorecen el diseño de la prótesis, y todos aquellas que lo hacen difíciles.

El estudio nos ayudará a identificar áreas de la boca que se deberán modificar, por medio de procedimientos quirúrgicos o de restauración, para tener como resultado los siguientes puntos

- Que la prótesis pueda ser insertada o retirada con facilidad por el paciente.
- Para obtener una buena apariencia en forma notable (estética).
- Que resista a las fuerzas desplazantes.
- Evitar el empaquetamiento de alimentos. (2)

CAPITULO III

EJE DE INSERCIÓN Y RETENCIÓN

EJE DE INSERCIÓN

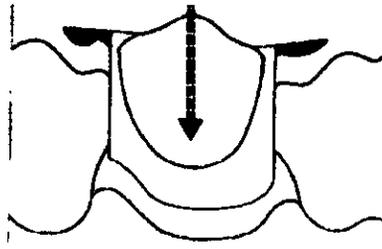
Esta trayectoria de inserción se puede definir como la dirección en la cual se inserta la restauración y se retira del pilar. (2)

Esta vía de inserción es siempre paralela al vástago del analizador. En la mayoría de los diseños de prótesis parcial removible existen dos o más, el elemento decisivo de la cual depende el número de ejes de inserción que posee una prótesis va de acuerdo con el espacio desdentado. Si el espacio esta limitado por dientes la prótesis tendrá una sola trayectoria de inserción. Si la prótesis tiene un espacio limitado por dientes de un lado de la arcada y una base de extensión distal en el arco colateral, la trayectoria de inserción estará regida por el lado limitado por dientes debido a que el conector principal es rígido. La prótesis parcial con dos bases de extensión distal tendrá dos o más trayectorias de inserción.

La prótesis parcial removible con espacio desdentado anterior, por lo general tiene una sola trayectoria, paralela a los planos de guía adjuntos al espacio anterior. La unidad estructural de la prótesis que rige la dirección de inserción y remoción es el retenedor, ya que este es el único elemento de la prótesis que hace contacto con la superficie de los dientes que sirven de plano guía.

El eje de inserción será paralelo a los planos guía de las cara proximales de los dientes a cada lado del espacio.

El componente de la dentadura que gobierna al eje de inserción es el conector menor que une al retenedor con el conector mayor. El conector menor normalmente es la porción de la prótesis que toca los planos guía de los dientes, este debe de estar en contacto continuo con los planos guía durante el proceso de colocación y retiro de la dentadura parcial.(2)



FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA TRAYECTORIA DE INSERCIÓN

Existen cuatro factores que deben ser considerados antes de la selección del eje de inserción de la prótesis parcial removible:

RETENCIONES

	TRAYECTORIA	DISEÑO DE
INTERFERENCIAS	O	LA
	EJE DE INSERCIÓN	PRÓTESIS

ESTÉTICA

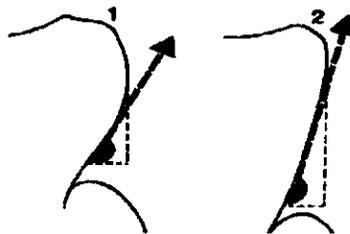
PLANOS GUÍA

Estos cuatro elementos fundamentales del diseño de la prótesis parcial removible, una vez valorados y relacionados entre

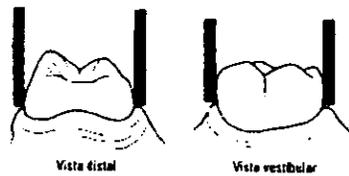
sí, puede elegirse la trayectoria de inserción y llevarse a cabo el diseño de la prótesis. (2)

ZONAS DE RETENCIÓN

El analizador debe de ser usado para determinar los dientes remanentes más convenientes para la colocación de ganchos e identificar la zona del diente que brindan la retención necesaria.



En algunos pacientes jóvenes puede ocurrir que la corona clínica no ofrezca ninguna posibilidad de retención a causa de su morfología: La línea de máximo contorno coincide con el límite cervical.



La solución al problema de las zonas de retención es en algunas ocasiones restaurar el diente, colocando restauraciones retentivas, o bien, modificar la superficie dental con el fin de crear

la retención necesaria para el extremo del gancho o retenedor. Si se lleva a cabo cuidadosamente el proceso de análisis, podrá colocarse la prótesis parcial removible con una ligera presión, y una vez en su lugar resistirá las fuerzas desplazantes en forma razonable.(1)

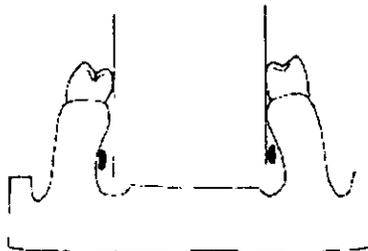
INTERFERENCIAS.

La prótesis parcial removible debe ser insertada sin obtáculos. Al seleccionar el eje de inserción se tiene que tomar en cuenta la existencia de interferencias desfavorables. Algunas zonas de la boca suelen presentar dichas interferencias para insertar y retirar la prótesis fácilmente. Las interferencias se pueden valorar e identificar por medio del analizador de tal forma que pueda integrarse al plan de tratamiento la solución.

Una vez identificadas estas áreas pueden resolverse de varias formas:

- Por medio de la eliminación (extracción).
- Modificándola (desgastes selectivos, cirugía, o restauración).
- Anulándola.
- Aprovechándola (usando una retención que ayude a mantener

Estas interferencias u obstáculos se dividen en zonas de interferencias de tejidos suaves (mucosa y huesos) e interferencias de tejidos duros (los dientes).



Los obstáculos de tejido duro suelen ser dientes desplazados, inclinados y girovertidos, suelen encontrarse en cualquier parte de

las arcadas y pueden interferir con el diseño más adecuado o favorable de la prótesis.

Son comunes los dientes inferiores inclinados hacia lingual, y también hacia la línea media o mesial, así como los molares superiores separados y los premolares que se inclinan hacia vestibular. A demás existen áreas en la superficie de los dientes, ya sea debido a su contorno natural o como resultado de una alineación irregular dentro de la arcada, presentan obstáculos para el diseño ideal de los retenedores. Un problema frecuente es la corona que presenta una altura anormal en una de sus superficies ocasionando la necesidad de poner el cuerpo y hombros del retenedor más arriba en dirección oclusal, de lo que es conveniente desde el punto de vista estético o mecánico. Este problema es frecuente en la cresta disto bucal de premolares superiores, en la mesiobucal y mesiolingual de los molares superiores.(2)

ESTÉTICA

En prótesis parcial removible hay que tomar en cuenta la apariencia estética a la hora de la colocación de los dientes

artificiales, en el posicionamiento de los retenedores y al confeccionar la falsa encía .(1)

Para obtener el máximo de estética : el metal, usualmente en los retenedores, debe ocultarse tanto como sea posible sin comprometer el soporte necesario y la estabilidad de la prótesis.

Los diente artificiales anteriores se deben colocar en la posición más natural posible.

El deseo de hacer una dentadura parcial que tenga la aceptación del paciente no debe de estar por encima de los requerimientos de la prótesis para no dañar los tejidos orales remanentes.

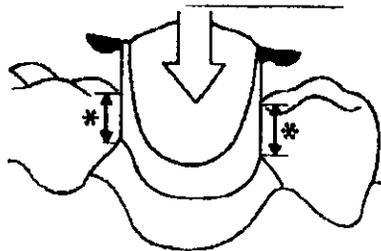
Para satisfacer los requerimientos estéticos hay que evitar mostrar innecesariamente el metal, la posición ideal del retenedor es el tercio gingival de la corona clínica.

El segundo requerimiento para obtener una mejor estética es la colocación de los dientes artificiales anteriores a la posición más natural.

Para que se cumplan con estos requerimientos es de suma importancia la utilización del analizador.(3)

PLANOS GUÍA

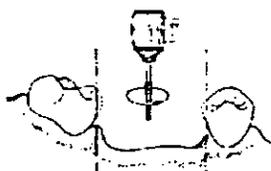
Los planos guía están formados en las caras proximales o axiales de los dientes y están en contacto con el conector menor u otro elemento rígido de la prótesis parcial removible estos planos se encargan de guiar a la prótesis en su inserción y desinserción de la boca sin causar fuerzas dañinas contra los dientes. Estos planos ayudan a estabilizar la prótesis contra las fuerzas laterales una vez asentada la prótesis en boca; también ayudan a proteger los dientes debilitados de fuerzas laterales potencialmente destructivas. La mayoría de los casos los dientes deben soportarse rígidamente, el plano guía no necesita ser más de 2 ó 3 mm. de altura oclusogingival.



El analizador se utiliza para localizar las superficies que pueden convertirse en planos guía mediante desgastes selectivos. Estos planos van a ser siempre paralelos al eje de inserción.

Estos planos guías se pueden preparar rápidamente en las superficies de esmalte o se planean en los dientes con restauraciones coladas, en el patrón que a de encerarse.(3)

También las superficies guías nos permiten la protección de la encía marginal evitando la retención de restos alimenticios . (1)



La creación de planos guía permite mejor protección de la encía marginal.(1)

RETENCIÓN DE LA PRÓTESIS

La retención de una prótesis parcial removible se puede obtener de diferentes formas, una de las más sencillas es la localización de zonas retentivas.

Lo que buscamos con este método es localizar la zona de máximo contorno lo que llamamos en un diente ecuador protésico, si intentamos colocar un retenedor por encima de esta línea no se obtendrá ninguna resistencia y se deslizará fácilmente.

Si colocamos el retenedor por debajo del ecuador protésico encontraremos resistencia a la tracción evitando su expulsión. En prótesis parcial removible, son los retenedores los que se apoyan sobre esta zona retentiva. Construidos de aleaciones con determinadas características de elasticidad, se va deformando, abriéndose su brazo retentivo hasta sobrepasar la línea de máximo contorno a partir de la cual el retenedor se va cerrando hasta recobrar su forma original y quedando, por tanto, inactivado como se observa en las siguientes figuras.

Las fuerzas que se oponen a la desinserción de la prótesis constituyen lo que se denomina retención de la prótesis.

Con esto queremos dar a entender que todos los elementos rígidos de la prótesis parcial removible que no participan en la retención deberán colocarse siempre por encima de la línea de máximo contorno de los dientes, mientras que las partes flexibles de los retenedores, la parte activa estará siempre por debajo de esta línea.(1)

Cabe mencionar que para localizar esta línea de máximo contorno o también llamado ecuador protésico es necesaria la utilización de un analizador.



CAPITULO IV

**AMELOPLASTÍA:
TALLADO SELECTIVO EN
PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE**

Son raros los casos en los que no debemos modificar la estructura dental, como procedimiento previo a la rehabilitación bucal a través de una Prótesis Parcial Removible, particularmente cuando el diente en cuestión sea utilizado como pilar.

Es indispensable hacer uso de todos los auxiliares de diagnóstico comunes (historia clínica, radiografías, modelos de estudio), para elaborar un plan de tratamiento adecuado y eficaz.(8)

El término AMELOPLASTIA se designa al proceso consistente en un remodelado, es decir, una ligera reducción de zonas específicas del diente, sin llegar a su mutilación.(7)

El Cirujano Dentista debe tener un criterio bien fundamentado para decidir en qué casos será apropiado este procedimiento, tomando en cuenta que en todo tratamiento debe tratar de evitarse al máximo el desgaste de una capa de esmalte.]

La ameloplastía es una alternativa en pacientes con formas dentales irregulares, que al ser modificadas, facilitarán la colocación y remoción de la P.P.R., su función fisiológica y el éxito del tratamiento.

OBJETIVOS.

- Preparación de planos guías.
- Elección de la altura ideal del ecuador protésico.
- Mejorar zonas retentivas.
- Preparación de descansos oclusales.
- Lograr un plano oclusal aceptable.
- Eliminar interferencias para la inserción, desinserción y función de la P.P.R.

PREPARACIÓN DE PLANOS GUÍA.

Como ya se ha mencionado antes, son planos labrados en las caras proximales que miran a los espacios desdentados. De igual forma serán llamados los situados en las caras linguales.

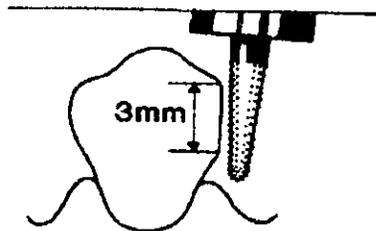
Para llevar a cabo su preparación es necesario contar con modelos de estudio, con las preparaciones indicadas en los mismos.

Se deben colocar cerca del paciente para visualizar nuestros trazos, al momento de estar iniciando el tratamiento en boca.

El tallado en boca se realiza con pieza de mano de alta velocidad y una fresa cilíndrica de diamante, utilizando un suave golpe de barrido siguiendo el contorno del diente desde el ángulo bucal hasta la línea del ángulo lingual o palatino. Repetir este procedimiento de 4 a 6 veces por la misma cara proximal, cuidando de no hacer presión para evitar un desgaste excesivo del esmalte.

Este plano deberá estar a una altura oclusogingival de 2-4 mm. Esta reducción no debe ser un corte recto, sino que debe de seguir la curvatura de la superficie, para que las cantidades eliminadas de esmalte sean uniformes en toda su extensión.

Toda superficie tallada debe pulirse correctamente con una punta de goma, una vez finalizado el desgaste.(3)

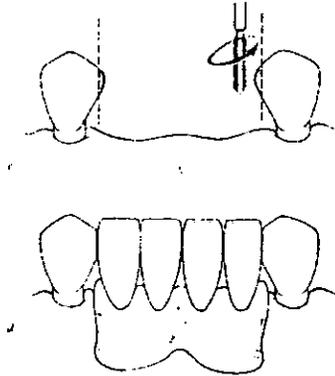


PLANOS GUÍAS EN DIENTES ANTERIORES.

Los planos guías en dientes anteriores dan el paralelismo necesario que asegura la estabilización y disminuye el espacio no deseado entre la dentadura y el diente pilar e incrementa la retención.

Otro propósito de dichos planos es restaurar la anchura normal del espacio edéntulo. Cuando los dientes anteriores se pierden y no son reemplazados de forma inmediata, los dientes adyacentes tienden a desplazarse hacia el espacio desdentado. Esta acción reduce el tamaño del espacio y provoca que el reemplazo estético del diente faltante sea difícil. Además los dientes inclinados muestran un área socavada muy grande por debajo de la altura de contorno en la superficie proximal, si esta altura no está reducida, el socavado parecerá un espacio grande y poco estético entre el diente artificial y el diente restaurado. Este espacio no sólo disminuirá la estética sino que también facilitará el empaquetamiento de alimento.

La reducción de éstas superficies se debe de hacer con la vía de inserción que ha sido planificada para la prótesis ideada.



Los dientes que limitan el espacio desdentado anterior, suelen ser de forma acampanada, esto dificulta la apariencia adecuada, y suele ser causa del empacamiento de comida en la prótesis y los dientes.(13)

AMELOPLASTÍA PARA CAMBIAR LA ALTURA DEL ECUADOR PROTESICO.

La altura del ecuador protésico se puede cambiar para mejorar la posición de los retenedores.

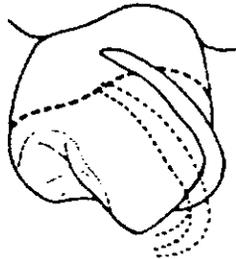
En el mejor de los casos el retenedor debe estar colocado entre la unión del tercio gingival y medio de la corona del diente.

Esta posición mejora la calidad estética del retenedor y proporciona mejor retención.

La cantidad de esmalte que se puede remodelar, es limitada por el grosor del mismo. Se debe tener cuidado de no exponer la dentina porque en este caso se deberá colocar una restauración adicional para proteger el diente.

La altura del ecuador se reduce mejor utilizando fresas de diamante.

No se debe olvidar el pulido de la superficie desgastada.



AMELOPLASTÍA PARA MEJORAR ZONAS RETENTIVAS.

Ocasionalmente un diente pilar no cuenta con un socavado retentivo adecuado por lo que si la higiene bucal del paciente nos lo permite, algunos de estos dientes deberán tratarse para aumentar la cantidad de socavados retentivos haciendo un desgaste en su superficie. Este procedimiento de desarrollo de

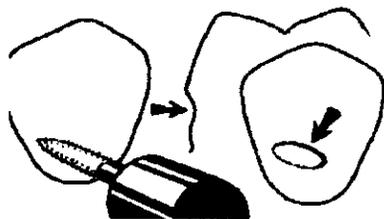
socavados retentivos, no debe ser reemplazado por procedimientos de diseño adecuados.

Para que la técnica de contorneado de las superficies de esmalte produzca un socavado retentivo exitoso, las superficies vestibulares y linguales de los dientes, deben estar casi verticales; si una o ambas superficies tienen una inclinación pronunciada el procedimiento estará contraindicado.

La depresión o socavado se prepara utilizando una pequeña fresa cónica de diamante de punta redonda, colocando la punta de la fresa y moviéndola en sentido anteroposterior. La preparación se hace paralela y lo más cercano posible al margen gingival.

El propósito es crear una ligera concavidad que no sea muy profunda, que deberá ser aproximadamente de 4 mm. de longitud mesiodistal y 2 mm. de ancho.

La preparación debe ser muy bien pulida con una rueda o punta de goma. Una mala técnica de pulido podría obliterar la depresión o el socavado.



PREPARACIÓN DE DESCANSOS OCLUSALES.

Los descansos tienen tres misiones fundamentales:

1. Dirigir las fuerzas a través del eje mayor del pilar en cuestión.
2. Evitar que el aparato se impacte en la encía.
3. Mantener inmóvil el retenedor para que pueda ejercer la misión de soporte de la prótesis.

Existen tres formas de descansos: oclusales, linguales e incisales.

Los descansos oclusales se deben preparar formando un plano cóncavo, haciendo un ángulo de 90° o menor con la cara proximal, lo que le confiará una dirección hacia el centro del diente. En el esmalte se hará una preparación en forma de cuchara, ligeramente triangular de base sobre el reborde marginal y vértice en dirección hacia el centro del diente, aprovechando las formas de las fosas, sea la mesial o la distal, es decir, llevando una inclinación hacia el centro.

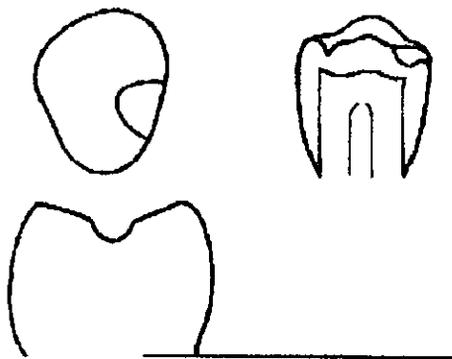
La preparación se hará con una fresa redonda de diamante del número 4, o en forma de pera.

Se crea un canal con la profundidad correcta y el contorno deseado.

Es necesario verificar que la parte más profunda del descanso esté hacia el centro del diente, que la preparación se eleve gradualmente hacia el borde marginal y que la preparación

tenga una profundidad adecuada. El método más preciso para verificar la preparación es colocando cera roja multiusos sobre el reborde.

La preparación del descanso debe estar muy bien pulida. Una forma de asegurar que las barras de esmalte y cualquier otro ángulo agudo estén alisados, es por medio del empleo de una fresa redonda de acero del No. 4, girando en reversa a una velocidad moderada. Esto aplanará la superficie de la preparación y producirá un margen ligeramente bicelado.



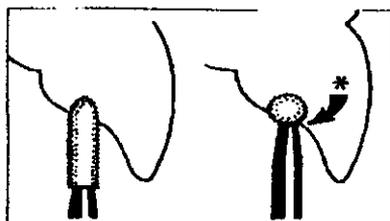
PREPARACIÓN DE DESCANSOS EN LA CARA LINGUAL O PALATINA EN ESMALTE.

Se puede preparar un descanso lingual o palatino en la superficie de esmalte de un diente anterior si éste está sano, el paciente presenta una higiene oral buena y el índice de caries es bajo. El cingulo también debe destacarse por presentar una inclinación gradual hacia la superficie lingual. Esta es la razón principal por la cual los caninos inferiores son malos candidatos para este tipo de descansos. La superficie lingual de los dientes normalmente posee una inclinación vertical muy grande para permitir que el descanso se prepare sin penetrar la dentina.

Para preparar el descanso lingual en esmalte, donde existe espacio para manipular adecuadamente el instrumento, se debe utilizar un disco de diamante con un lado de protección de 1/4 de pulgada. Se debe mantener el disco paralelo o inclinado ligeramente labial a la vía de inserción. El corte con el disco debe comenzar a poca altura en un borde marginal, pasar por el cingulo y después pasar gingivalmente para hacer contacto con el borde marginal opuesto, produciendo un socavado en forma de semiluna.

Cuando el espacio no permita el uso del disco, se podrá utilizar una fresa cilíndrica de diamante larga de punta plana, manteniéndose el ángulo adecuado inclinado gingivalmente desde el ángulo horizontal para que el corte sea hecho por el lado del

cilindro. También se puede usar una fresa de diamante de cono invertido, aunque su control es más difícil y se pueden producir perforaciones en el esmalte.

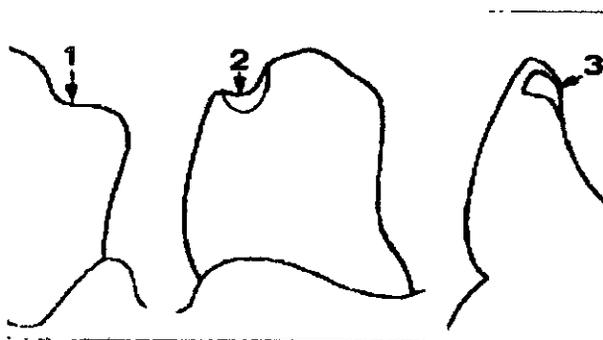


PREPARACIÓN DE DESCANSOS INCISALES.

Aún cuando los descansos incisales son los menos deseables para dientes anteriores, se pueden usar con éxito en dientes pilares sanos, este tipo de preparación, por lo general es colocada cerca de uno de los ángulos incisales de los caninos.

La preparación se comienza con pequeño disco de diamante o con una fresa afilada paralela a la vía de inserción. El primer corte se hace verticalmente de 1.5 a 2 mm. de profundidad en forma de escotadura y aproximadamente. De 2 a 3 mm. del ángulo proximal del diente. Se usa una fresa en forma de flama, para completar la preparación. La escotadura creada por el disco debe ser redondeada.

Después de reducir los ángulos agudos y las puntas, la preparación es pulida con ruedas de goma, las cuales darán el redondeo final de cualquier ángulo agudo.



CREACIÓN DE UN PLANO OCLUSAL ACEPTABLE.

El plano oclusal debe valorarse en los modelos de estudio articulados y en boca.

En la corrección del plano, la ameloplastía consiste en la reducción de alturas cuspidas, para igualar el nivel de la curva del plano oclusal.

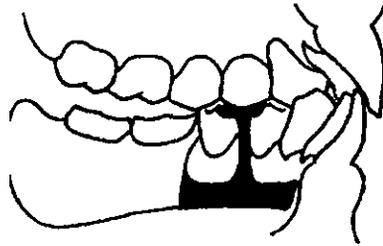
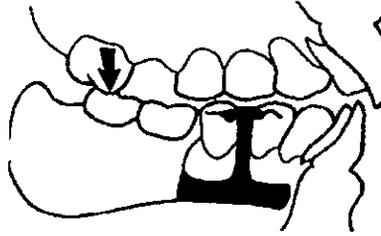
Es obvio que la cantidad de corrección que se pueda lograr con esta técnica es limitada.

Cuando se reduce la altura cuspidas, no se puede mutilar la anatomía de la cara oclusal; las cúspides funcionales con las ranuras accesorias y las vías de escape, se deben restaurar hasta terminar la reducción.

Los molares superiores sin antagonistas tienden a extruirse hacia vestibular. Esta rotación provoca que las cúspide linguales estén por debajo del plano de oclusión y su reducción elimina la presencia de interferencias oclusales.

La reducción de esmalte se logra mediante el uso de fresas cilíndricas de diamante en alta velocidad y con refrigeración.

Es conveniente pulir la superficie desgastada con puntas o ruedas de goma y colocar en la superficie gel de flúor para mejorar la resistencia a la caries.



**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

ELIMINACIÓN DE INTERFERENCIAS DENTALES CON EL EJE DE INSERCIÓN Y REMOCIÓN DE LA PRÓTESIS.

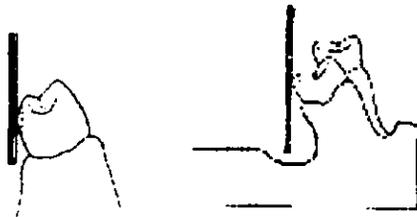
Es necesario valorar de manera cuidadosa las estructuras que interfieren y obstruyen la inserción y remoción de la prótesis.

Las interferencias dentales suelen deberse a dientes cuyo eje longitudinal diverge de la vía de inserción y remoción de la

prótesis. Suelen ser dientes mal colocados, inclinados o con contornos atípicos.

La eliminación se realiza conforme a desgastes selectivos que abarquen esmalte y den una forma aceptable al diente preparado.

Es necesario recordar el pulido de las superficies talladas.



Cuando los dientes inferiores tienen una inclinación pronunciada, suelen obstaculizar la colocación de la barra lingual.(14)

CONCLUSIONES

Con este trabajo se ha demostrado que la ameloplastía o tallado selectivo juega un papel importante en un tratamiento de prótesis parcial removible .

Mediante este procedimiento clínico logra conseguir una mejor retención, un mejor ajuste y estabilidad de la prótesis así como una estética y un plano oclusal favorable para el paciente.

El éxito del tratamiento dependera en gran parte de la habilidad y ética profesional del odontólogo, ya que debemos considerar la gran importancia que tiene el hacer un buen análisis y un mejor diagnostico para llevar acabo este procedimiento.

Si se tiene en cuenta estos pasos, los resultados serán exitosos, recompensadores y remunerativos tanto para el paciente como para el odontólogo.

Espero que este trabajo sirva para la información y formación de los futuros profesionistas

BIBLIOGRAFIA

- 1.- MANUAL DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE
JEAN-CLAUDE BOREL
EDITORIAL MASSON S.A.
1991.

- 2.- PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE
D.R. ERNESTL. MILLER
EDITORIAL INTERAMERICANA
1989.

- 3.- PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE
KENNET L. STEWART
ACTUALIDADES MEDICO ODONTOLOGICAS
LATINOAMERICA
1993.

- 4.- Mc CRACKEN'S REMOVABLE PARTIAL
PROSTHODONTICS
GLEN P. Mc. GIVNEY
MOSBY COMPANY
1989.

- 5.- [http://www.infomed.es/uvd/prótesis removible/princip.html](http://www.infomed.es/uvd/prótesis%20removible/princip.html).

- 6.- REHABILITACIÓN DEL DESDENTADO PARCIAL
D.R. LOUIS J. BOUCHER
EDITORIAL INTERAMERICANA
1984.

- 7.- PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE
ERNEST MALLT DESPLATS
THOMAS P. KEOGH
EDITORIAL HARCOURT BRACE
1998.

- 8.- PRÓTESIS BUCAL REMOVIBLE
FERNANDO ANGELES MEDINA
ENRIQUE NAVARRO BORI
EDITORIAL TRILLAS
1998.

- 9.- EJERCICIO MODERNO DE LA PRÓTESIS PARCIAL
REMOVIBLE
DOROTHY DIKEMA
EDITORIAL MUNDI.

- 10.- DISEÑO EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE
C.D.M.O. FERNANDO ANGELES MEDINA
EDITORIAL ODONTOLIBROS.

- 11.- DICCIONARIO ILUSTRADO DE ODONTOLOGÍA

STANLEY JABLONSKI
EDITORIAL PANAMERICANA
1992.

12.- ATLAS DE PRÓTESIS PARCIAL
GEORGE GRABER
EDITORIAL MASSON-SALVAT ODONTOLOGÍA
1993.

13.- VALUE OF GUIDE PLANES IN PARTIAL DENTURE
RETENTION
AHMAD - WATERS
J-DENT.1992 FEB.20(1) : 59-64.

14.- RENOVABLE PARTIAL PROSTHODONTICS
JOSEPH E. GRASSO
ERNEST L. MILLER
ED.MOSBY YEAR BOOK
1991.

15.- COLOR ATLAS OF REMOVABLE PARTIAL DENTURES
JOHN C. DAVENPORT
ROBIN M. BASKER
B C DECKER INC.

16.- PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE
F. JAMES KRATOCHVI
EDITORIAL INTERAMERICANA.