

**UNIVERSIDAD AUTONOMA  
DE GUADALAJARA**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

**ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

---



**"LA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE COMO  
ALTERNATIVA DE SOLUCION EN CASOS DE  
PERDIDA DENTAL PREMATURA DE DIENTES  
TEMPORARIOS".**

**T E S I S   P R O F E S I O N A L**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**CIRUJANO      DENTISTA**

**P R E S E N T A**

FATIMA NORA HERNANDEZ CARRILLO

Asesor: Dr. GUILLERMO HERNANDEZ ORTIZ

GUADALAJARA, JAL. 1988.

FALLA DE ORIGEN



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.

# I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I.	
EFECTOS ESPECIFICOS DE LA PERDIDA DENTAL PREMATURA.	3
A).- Cambios de Longitud del Arco y Oclusión.	4
B).- Retención Dentaria.	8
C).- Hábitos orales perjudiciales.	10
D).- Efectos Psicológicos Negati- vos.	14
-- Traumatismo Psicológico.	15
CAPITULO II.	
CONSIDERACIONES EN LA CONFECCION- DE UNA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE INFANTIL.	16
A).- Requisitos que menciona FINN para una Ventadura Parcial - Removible.	17
-- Diseño de la Ventadura Parcial Removible para Niños.	18
-- Clase I Kennedy, II, III, IV.	20
-- Sistema de clasificación de - Kennedy.	21

--	<i>Modificación de la Clase I.</i>	22
--	<i>Modificación de la Clase II, III</i>	23
--	<i>Modificación de la Clase III.</i>	24
--	<i>Modificación I, II, III, IV.</i>	25
B).-	<i>Construcción de la Prótesis Parcial Removible Infantil.</i>	26
--	<i>Elección del portaimpresiones.</i>	26
--	<i>Individuales y usuales.</i>	26
--	<i>Materiales de Impresión.</i>	28
--	<i>Materiales Elásticos o Plásticos.</i>	28
--	<i>Materiales No Elásticos y No Plásticos.</i>	28
--	<i>Mancjo del Reflejo Nauseoso.</i>	30
--	<i>Impresión de los Maxilares Superiores.</i>	31
--	<i>Registro de Mordida.</i>	32
--	<i>Modelos de Trabajo.</i>	32
--	<i>Tipos de Dentaduras.</i>	33
--	<i>Partes de una Dentadura Parcial Removible.</i>	34
--	<i>Selección del Color.</i>	35
--	<i>Elección de la forma de los dientes.</i>	36
C).-	<i>Ventajas, Desventajas e Indicaciones.</i>	37
--	<i>Ventajas de la Dentadura Parcial Removible.</i>	38

--	<i>Desventajas</i>	38
--	<i>Indicaciones</i>	38
	CASUISTICA	40
	CONCLUSIONES	48
	BIBLIOGRAFIA	49

## I N T R O D U C C I O N

Es de gran importancia para el Odontólogo ver que la Prótesis Parcial Removible es la alternativa de solución más común para contrarrestar los efectos nocivos de la pérdida prematura de dientes temporarios.

La necesidad de una dentadura parcial removible es de gran ayuda ya que previene la sobre erupción y extrusión de los dientes antagonista del espacio desdentado, ayuda a mantener el espacio y permite la erupción de los dientes permanentes. Cuando se han perdido los dientes anteriores sirve para que el niño tenga buena pronunciación y estética, al mismo tiempo que es de gran ayuda en el funcionamiento de la masticación.

Previene el desarrollo de hábitos indeseables, como morderse o chuparse el labio y adelantar la lengua hacia donde no hay dientes, lo que puede presionar sobre los dientes en desarrollo y causar el mal alineamiento de los dientes temporales en desarrollo y causar el mal alineamiento de los dientes temporarios al igual que los futuros permanentes, o incluso influir en la posición de ambos maxilares.

Es de gran ayuda la prótesis parcial removible --

por los beneficios que trae al restaurar la cavidad bucal, -  
al ser perdidos los dientes prematuramente.

Uno de los requisitos tanto para el Odentólogo co  
mo para el Pacientito es que se puede adaptar fácilmente el  
aparato removible y puede limpiarlo también fácilmente.

CAPITULO I



## LOS EFECTOS ESPECIFICOS DE LA PERDIDA DENTAL PRE-MATURA.

La vida normalmente corta de los diente primarios es engañosa con respecto a su importancia en el mantenimiento de la integridad de la arcada dentaria.

Su pérdida puede ser por:

- 1.- Accidente.
- 2.- Enfermedad. (Displasia ectodérmica).
- 3.- Anodoncia ideopática.
- 4.- Odontogénesis imperfecta.
- 5.- Traumatismo.
- 6.- Síndrome de biberón.
- 7.- Caries rampante.

Estos efectos pueden ser el primer paso de una serie de maloclusiones y en una vida reducida para toda la dentición. (3).

La pérdida de los dientes anteriores no tiene --- efecto serio para los dientes adyacentes, no requiere del mantenedor de espacio. (10).

El espacio que dejó un diente expulsado cuya reim

plantación no haya estado indicada debe ser llenado con un aparato protético, cuando haya apiñamiento o probable falta de longitud. (3).

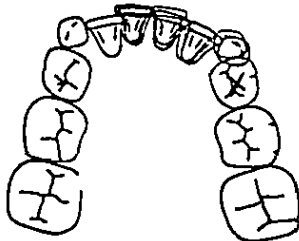
La pérdida temprana de los primeros molares primarios tampoco tiene mayor efecto sobre el espacio. La mayor parte de la pérdida de espacio en estos casos es el resultado del desplazamiento distal de los dientes anteriores apiñados, lo cual es solo una redistribución del espacio sin pérdida neta de la longitud de la arcada, naturalmente no es en sí una contraindicación para los mantenedores de espacio. Estos son una forma de seguro, y la incidencia de cierre de espacio es muy superior a la mayoría de los riesgos-asegurables. Cuando exista alguna duda sobre la necesidad de mantener un espacio, el procedimiento más seguro es hacerlo. Por otra parte, las necesidades deben ser evaluadas tan cuidadosamente como con cualquier otro seguro (10).

#### CAMBIOS DE LONGITUD DEL ARCO DENTAL Y OCLUSIÓN.

Es de conocimiento general que la pérdida prematura de piezas primarias conduce a la ruptura de la integridad de los arcos dentales y de la oclusión. El tratamiento deficiente de este problema puede llevar a que se cierren los espacios y las piezas sucedaneas se malposicionen en los segmentos anteriores y posteriores de los arcos dentales.

Los primeros molares no se reemplazan enseguida - y los mantenedores de espacio se colocan al instante. En cambio se produce a la medición del espacio creado por el molar ausente. También se hace la medición del espacio -- creado por el molar ausente al mismo tiempo que se hace la medición mesiodistal del mismo diente en el lado opuesto. Al paciente se le ve con intervalos de tres meses. En este tiempo se notará cualquier cambio en esta dimensión una ligera disminución de 1 mm. en el maxilar superior, ó de 2.5 mm. en el maxilar inferior, no se debe provocar alarma si existe problema de espacio, por que hay desplazamiento, deberá insertarse enseguida un mantenedor de espacio remanente dejado por el primer molar primario ausente.

La dimensión mediodistal promedio de los incisivos permanentes es de  $30 \pm 2$  mm. en el maxilar superior y de  $22 \pm 2$  mm. en la mandíbula.



La pérdida prematura de un primer molar inferior suele tener escaso efecto a largo plazo sobre la longitud de la arcada. La mayor parte del cierre es meramente un --reacomodamiento de los dientes anteriores en ese mismo espacio.

Tales espacios deben ser estrechamente vigilados, y si el margen de espacio fuera escaso, se deberá colocar un mantenedor. El mantenimiento del espacio para el primer molar temporal con un dispositivo que dependa del canino --primario para el soporte anterior rara vez es el adecuado, porque estos dientes pueden no tener contacto efectivo con el incisivo lateral. La pérdida de los caninos primarios destruiría la eficacia de estos mantenedores de espacio justo en el momento en que más se les necesita.

Los espacios de los segundos molares primarios inferiores constituyen un problema distinto y deben ser conservados por rutina. Los primeros molares permanentes pueden moverse hacia este espacio con sorprendente rapidez, y los segundos molares permanentes en formación tienden a seguirlos tan de cerca que toda recuperación de espacio ulterior puede tornarse imposible.

El movimiento de los molares superiores depende de la oclusión, con necesidad de una cuidadosa planifica---

ción y supervisión individual. El que algunos espacios no se cierran en la mandíbula. Así el espacio entre los caninos tiende a ser pequeño aún, después de tomar en consideración el crecimiento potencial, esto sugiere que habrá una discrepancia entre el tamaño de los dientes y la longitud de arco. En una fecha posterior podemos desear entonces -- utilizar el espacio que en general se pierde por el desplazamiento mesial. Además cuando existe dicha discrepancia -- los primeros molares permanentes a menudo erupciona de manera tal con cierto grado de migración mesial de los molares primarios aún antes de su exfoliación. Esto por lo regular ocurre sobre todo en la dentición primaria cuando hay un importante espaciamiento interdentario a los tres años.

Sí se sospecha que habrá una discrepancia entre -- el tamaño de los dientes y la longitud del arco, debe colocarse un mantenedor de espacio, cuando se pierda prematuramente un primer molar primario.

Cuando se pierden los segundos molares primarios, el mantenedor de espacio se coloca como rutina. A las edades de 3 a 5 años los primeros molares permanentes no han erupcionado, por tanto, se utiliza un mantenedor de espacio con una extensión distal proyectado dentro de la encía y se pone en contacto con la cara mesial del primer molar permanente (2).

## RETENCION DENTARIA.

No hay que pasar por alto que la reposición de --  
dientes ausentes primarios en un niño pequeño sirve para --  
conservar el espacio. También sirve para ayudar a prevenir  
hábitos indeseables linguales o del habla. Estos hábitos --  
empujan al diente permanente y lo colocan en una disposi--  
ción inadecuada y muchas veces provocan la retención de --  
dientes permanentes.

El primer diente en retención es el tercer molar,  
ya que es el último en erupcionar.

El segundo diente en retención es el canino a cau--  
sa de su posición singular en la pauta de erupción, el cani--  
no superior en su posición más alta que sus vecinos y retra--  
sado significativamente en su erupción entre los 7 y 11 ---  
años de vida, con lo cual se puede encontrar un déficit en--  
el lado existente de la arcada, contrariamente a la rela--  
ción de mantenimiento del espacio entre los molares prima--  
rios y los premolares, el pequeño canino primario reserva --  
muy poco lugar para el canino permanente de tardía erupción,  
o por la pérdida prematura del canino primario, el cual no--  
fue reemplazado por un mantenedor de espacio (3).

Un problema especial de los caninos retenidos es-

que tanto funcional como estéticamente son útiles para la oclusión.

La retención de un primer molar será el resultado de una discrepancia mesio-distal siga la relación primaria-suele ser un síntoma de apiñamiento o del segundo premolar-congénitamente ausente.

La pérdida del molar primario por caída espontánea o por extracción precipitada esto precipitará un movimiento rápido mesial del ya inclinado primer molar. Puede llegar a tal extremo, por la inclinación mesial del diente, que hasta amenace el espacio del primer premolar. Si ya está el segundo premolar, se encontrará así mismo seriamente retenido por la inclusión del molar de cualquier movimiento mesial causado por la extracción.

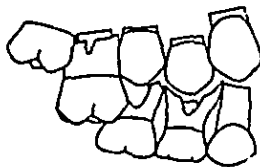
Hacia distal, el segundo molar permanente en formación seguirá rápidamente al primer molar hacia cualquier espacio recientemente disponible.

La retención del primer molar superior puede registrar varias secuelas:

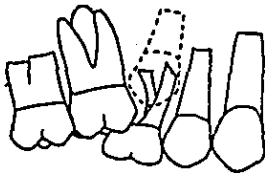
(A)



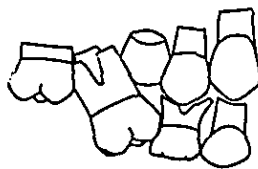
(B)



(C)



(D)



A).- Erupción inferior exagerada e interferencia oclusal.

B).- Retención del segundo premolar.

C y D).- Cierre excesivo del espacio del segundo premolar - con presencia de ese diente o no (10).

#### HABITOS ORALES PERJUDICIALES.

La pérdida prematura de piezas anteriores y posteriores pueden favorecer a: expulsiones linguales en el espacio creado. La persistencia de este comportamiento después de la erupción de piezas sucedaneas puede llevar a mal posición dental debido a presiones linguales excesivas.



LOS HABITOS ORALES PUEDEN CALSIFICARSE EN:

A).- HABITOS DE PRESION:

- Succión (del pulgar, de un juguete, de una frazada), etc.
- Hábitos con los labios (succión, morderse, etc.)
- Hábitos con la lengua (chuparla, sacarla, anormalidad al tragar, etc.)
- Hábitos de malas posiciones (encorvarse, apoyar la mano en el mentón, hábitos al dormir, etc.)

B).- HABITOS DE RESPIRAR POR LA BOCA.

C).- HABITOS MASTICATORIOS (morderse las uñas, morderse los labios, mascar goma, etc.) (9).

SUCCION. Su importancia y efecto depende de la edad, erupción de los dientes y por sobre todo, de la intensidad y duración del acto. Si tiene lugar entre los 3 meses y el año, durante breves instantes, es considerado normal; pero si perdura hasta los 4 a los 6 años, con intensidad y duración es probablemente un síntoma de anormalidad en el niño, pudiendo tener consecuencia serias en la dentición.

La mejor terapia es la educación y comprensión de los padres.

**HABITOS DE LOS LABIOS.** El más perjudicial es de colocar el labio inferior hacia adentro, mordiendo con los incisivos superiores e inferiores, originándose un prognatismo más o menos acentuado. Los efectos son más graves si el hábito es practicado durante la época de la erupción.

Si hay protusión, hay que corregirlo lo antes posible tratando de ganar la voluntad y cooperación del niño. La terapia muscular es la más eficaz.

**HABITOS CON LA LENGUA.** Empujar la lengua contra los incisivos es uno de los hábitos que originan más trastornos en la dentición. Estos consisten en la protusión de los incisivos superiores, mordida abierta anterior y ceceo.

El método más efectivo es la colocación de una canastilla de alambre adherida a un arco paladar con bandas en los molares para su fijación. Este aparato controla la lengua y le impide su protusión contra los incisivos.

**HABITOS DE MALAS POSICIONES.** Son los provocados con una presión sobre los dientes en los momentos de descanso. Como durante el descanso se cambia de postura con frecuencia, este hábito acarrea intensidad y duración. Entonces se produce una deformación del segmento bucal del maxilar superior. Los malos hábitos al dormir se presentan ge-

neralmente en los niños de edad preescolar. Es a los pa---dres a quienes les corresponde observar las posiciones de -- los niños durante el descanso, pudiendo así idear alguna me-- dida que los ayude a corregirse.

B) HABITOS DE RESPIRACION POR LA BOCA. Es fre---cuenta en los niños de 5 a 15 años de edad. Se estima que-- el 85% de los niños sufren algún grado de obstrucción nasal. Se presenta en distintas formas; obstructivo o habitual; to-- tal o parcial; continuo o intermitente. Los efecto de la - dentición son:

- Al dejar caer la mandíbula, la lengua se apoya-- contra los incisivos superiores, el labio inferior al estar separado de estos dientes, deja de ejercer una acción de -- presión contra ellos quedando el labio superior flácido e - hipotónico, por lo que no puede oponerse a la presión de la lengua.

- El resultado es que los incisivos son empujados hacia adelante.

El tratamiento.

- Remitirlo al otorrinolaringólogo.
- Colocación de una pantalla bucal.

C) HABITOS DE MASTICACION. Se encuentran con frecuencia en la adolescencia. El masticar el lápiz, puede perjudicar al periodonto; el usar como palanca el lápiz o la pipa si se trata de un adulto, puede originar el movimiento de uno o más dientes. El morderse las uñas es un hábito muy frecuente en los jóvenes y niños. La mejor terapéutica es el autocontrol (9).

#### TRAUMATISMO PSICOLOGICO.

La pérdida prematura de piezas primarias, especialmente la anteriores, es a menudo causa de considerables trastornos psicológicos y pueden deberse a observaciones -- no intencionadas, pero desagradables de los amigos y parientes del paciente. Estas observaciones desagradables junto con las comparaciones de los amigos y parientes pueden hacer que el niño desarrolle complejos de inferioridad con respecto a su aspecto personal.

La sonrisa es la respuesta más constante del niño y eventualmente significa placer, la falta de piezas dentarias sobre todo las anteriores hace que el niño manifieste sentimiento de inferioridad; este sentimiento es un estado complejo, doloroso y emocional. Caracterizado por una sensación de incompetencia, inadecuación y depresión de varios grados. Estos sentimientos de inferioridad son una parte -

significativa de la propia imagen del paciente, y por lo -- tanto, el deseo del tratamiento y de su expectativa de los- que el tratamiento puede conseguir (6).

El paciente siente que no es aceptado por la so- ciedad le da miedo hablar y por lo tanto, busca medios de - encubrimiento o manifiesta ocultar su boca.

El paciente piensa que no es aceptado intelectual mente.

Su orgullo se ve lastimado ya que piensa que no - puede hacer nada para remediarlo.

Otro motivo que le hace sentirse mal es la falta- de beneficios biológicos como: Comer o masticar de buena ma- nera, lo cual lo incomoda (6).

CAPITULO II

CONSIDERACIONES EN LA CONFECCION DE UNA PROTESIS-PARCIAL REMOVIBLE INFANTIL.

1.- En dentaduras parciales removibles superiores, la base acrílica deberá proporcionar recubrimiento palatino completo.

2.- Si se utiliza rebordes labiales o bucales, -- deberán ser relativamente cortos y del color de los tejidos blandos circundantes.

3.- Se ha sugerido que si se utilizan grapas en caninos primarios, se retiren en el momento adecuado para -- que los caninos emigren lateral y distalmente para acomodar los incisivos permanentes en erupción.

4.- En dentaduras parciales inferiores en la mayoría de los casos serán adecuadas las bases acrílicas, aunque si se prevé uso prolongado, es aconsejable utilizar estructura metálica o barra lingual forjada. Esta barra lingual deberá adaptarse a unos 2 mm. del tejido blando, para acomodarse a los cambios en el arco dental por el desarrollo cuando las piezas siguientes hagan erupción.

Cuando sea necesario, deberán fabricarse las dentaduras antes de extraer las piezas, y deberá utilizarse co

mo dentadura parcial inmediata y como mantenedor de espacio inmediato (5).

LOS REQUISITOS QUE MENCIONA FINN PARA UNA DENTADURA PARCIAL REMOVIBLE SON LOS SIGUIENTES:

1.- Deberá restaurar o mejorar la función masticatoria.

2.- Deberá restaurar o mejorar la estética.

3.- Deberá mejorar o restaurar los contornos faciales.

4.- No deberá interferir en el crecimiento normal de las dentaduras o de los arcos dentales.

5.- Su volumen no deberá constituir un impedimento para hablar adecuadamente.

6.- Estará diseñado para poder ser insertada y extraída fácilmente.

7.- Su diseño deberá permitir ajuste, alteraciones u reparación fácil.



8.- Deberá poderse limpiar fácilmente.

9.- Su diseño requerirá poca o ninguna preparación de las piezas de sostén o soporte.

10.- La buena función de una prótesis no solo en constituir un buen aparato para masticar, sino también, el mejoramiento de la posición de los maxilares aumento de la distancia vertical y estimulación de crecimiento de los maxilares.

11.- La dentadura debe poseer la más reducida zona de acumulación de residuos en torno a los dientes.

12.- Facilidad para repararla, adaptarla, modificarla y mínima preparación de los pilares (5).

#### DISEÑO DE LA DENTADURA PARCIAL REMOVIBLE PARA NIÑOS.

El diseño de dentaduras parciales removibles debe debe rá satisfacer los principios básicos aceptados de diseño de dentaduras parciales en general. En este diseño deberá influir también las necesidades de cada instrumento particular. Al tratar a niños, es muy importante considera cuánto tiempo se le llevará la dentadura parcial y la naturaleza -

cambiante de los arcos dentales. (5)

Un principio de diseño muy importante que deberá de observarse en toda dentadura parcial es la inclusión de medios para las piezas y tejidos que sostengan la dentadura. Si, al diseñar la dentadura, se olvida este principio, se puede atrofiar el tejido blando con el uso prolongado.

Es muy importante para el diseño de la dentadura parcial removible tomar en cuenta:

1.- El examen clínico el cual debe incluir una minuciosa inspección visual de los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal y una evaluación de la oclusión.

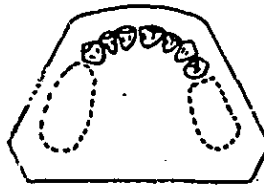
Las observaciones serán completas con un examen radiográfico bucal (1).

2.- La radiografía deseable completadas sería la Panorámica para poder descubrir las diferentes etapas de desarrollo que presentan en ese momento las diferentes piezas sucedáneas. Esta información puede ayudar al operador a predecir el momento aproximado y la secuencia de erupción de las piezas sucedáneas, también a decidir si un paciente determinado podrá llevar dentadura parcial removible. Así tomaremos en cuenta desdentados existentes y la causa que -

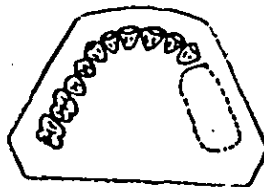
provoca que no erupcionen los permanentes. Para esto es recomendable hacer el interrogatorio detallado al paciente -- acompañado de sus padres (5).

### 3.- Análisis de modelos de estudio (1).

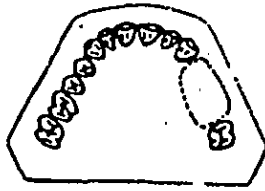
Para el diseño de las dentaduras parciales removibles podemos aplicar la clasificación de Kennedy que se compone de 4 grupos y 3 de ellos con subgrupos.



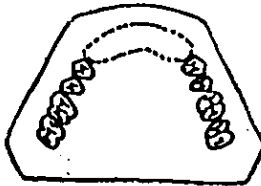
'CLASE I KENNEDY.- Zonas desdentadas bilaterales posteriores a los dientes remanentes.



CLASE II.- Zona desdentada unilateral posteriores a los ---  
dientes remanentes.

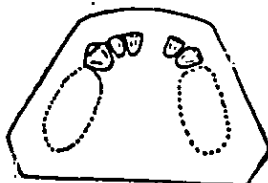


CLASE III.- Zona desdentada unilateral con dientes anteriores y posteriores a ella.

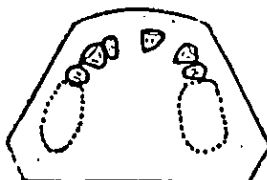


CLASE IV.- Zona desdentada anterior a los dientes remanentes.

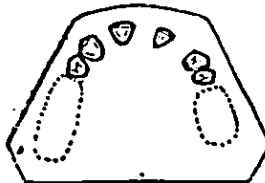
SISTEMA DE CLASIFICACION DE KENNEDY, MODIFICACION DE LA CLASE I.



CLASE I MODIFICACION I.- Un espacio desdentado con la clasificación original.

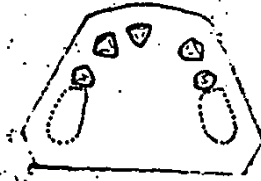


MODIFICACION II.- Dos espacios desdentados con la clasificación original.



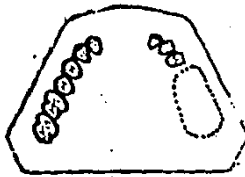
MODIFICACION III.- Tres espacios desdentados con la clase básica.

MODIFICACION DE CLASE IV.- Cuatro espacios desdentados con la clase básica.

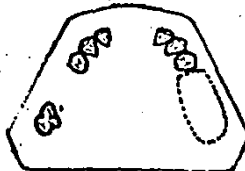


MODIFICACION DE LA CLASE II.

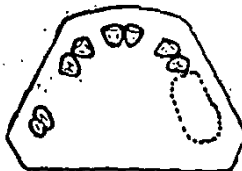
MODIFICACION I.- Un espacio desdentado con la clasificación básica.

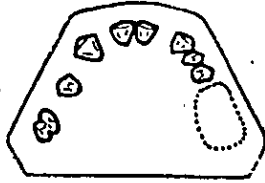


MODIFICACION II.- Dos espacios desdentados con la clase básica.



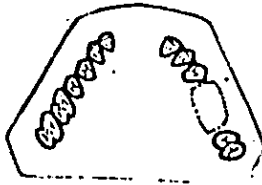
MODIFICACION III.- Tres espacios desdentados con la clase básica.



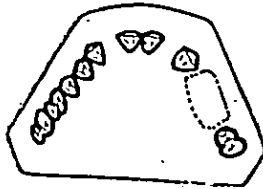


MODIFICACION IV. Cuatro espacios desdentados con la clase -  
básica.

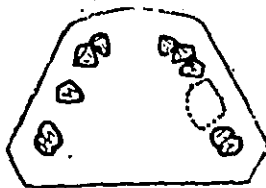
MODIFICACION DE LA CLASE III



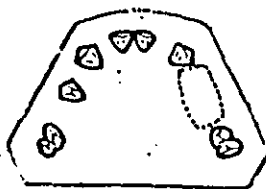
MODIFICACION I.- Un espacio desdentado con la clase básica.



MODIFICACION II.- Dos espacios desdentados con la clase bá-  
sica.



MODIFICACION III.- Tres espacios desdentados con la clase -  
básica.



MODIFICACION IV. Cuatro espacios desdentados con la clase -  
básica (7).



## CONSTRUCCION DE LA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE INFANTIL.

Hay que tomar en cuenta varios pasos para la construcción de la prótesis parcial removible.

### 1.- ELECCION DEL PORTAIMPRESIONES.

Los portaimpresiones se clasifican en individuales y usuales.

a).- Los portaimpresiones individuales. Suelen usarse en bocas demasiado grandes o pequeñas, o en forma poco común. La cucharilla individual se puede hacer en una sola cita, y el sellado posterior se hace con exactitud (7).

b).- Los portaimpresiones usuales. Son los elaborados por los fabricantes dentales y suelen ser de metal de diversos tamaños. Los hay para dentados parciales y dentados y hay otros tipos que tiene una depresión en la parte anterior diseñados especialmente para procesos que conserven solo los dientes anteriores. Los portaimpresiones usuales deben ser perforados para retener el material de impresión en el lugar adecuado, en el caso de impresiones para prótesis parcial, o bien, debe elaborarse con un borde retentivo el cual, retiene el material de impresión en su lugar por medio de una saliente que lo atrapa.

- Otro tipo de portaimpresiones usual es el diseñado para emplear hidrocoloide reversible, con sistema de enfriamiento con agua con el fin de enfriar el agar (7).

- Portaimpresiones usual modificado.- (Cucharilla individual): Puede ser modificada con modelina o cera con el fin de obtener un portaimpresiones exacto, y se le da el nombre de "Cucharilla individual", está indicada en espacios desdentados no limitado por dientes (7).

La elección del portaimpresiones es fundamental de probarse en la boca, para el procedimiento de impresión la elección del portaimpresiones que mejor ajuste brinde a la boca.

El portaimpresiones debe ser humedecido con agua antes de probarse en la boca del paciente, para reducir la fricción con los labios y mucosa bucal.

Los costados del portaimpresiones no deben entrar en contacto con la superficie bucal y lingual de los dientes, sino debe estar separados aproximadamente unos 6 mm. (7).

El portaimpresiones superior debe abarcar las escotaduras hamulares. El inferior debe extenderse hasta los espacios retromolares (5).

## 2.- MATERIALES DE IMPRESION.

Los materiales para impresión se emplean para hacer réplica de las estructuras orales. Todos los materiales para impresión debe estar en un estado fluido o plástico mientras se está haciendo esta réplica. Una vez fraguado pueden distinguirse dos clases generales de materiales para impresión: Elásticos o Plásticos y los No Elásticos o No Plásticos (8).

1.- MATERIALES ELASTICOS O PLASTICOS. En uso actual son:

- a).- Hidrocolohide de agara.
- b).- Los alginatos.
- c).- Los mercaptanos.
- d).- Las siliconas.
- e).- Los poliéteres.

.- LOS MATERIALES NO ELASTICOS O NO PLASTICOS SON:

- a).- Oxido de cinc y eugenol.
- b).- Yeso

El material más utilizado para impresión es el al

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ginato entre sus propiedades encontramos: Da un valor de recuperación de 97.3%, lo que indica su elasticidad menor y por lo tanto menos exactitud que en el caso de los hidrocolohides de agar y los materiales de impresión a base de mercaptanos.

**SU MANIPULACION.** El espatulado para la mezcla -- adecuada debe dar una mezcla suave y cremosa con un mínimo de burbujas. En general se recomienda un mínimo de espatulado enérgico para el material de fraguado regular y 45 segundos para el grafuado rápido. El tiempo de fraguado es -- aproximadamente de 3.5 minutos después de mezclado. Los -- alginatos tienen un tiempo relativamente corto de 2.5 minutos.

Los alginatos según ganen o pierdan agua son inestables y sufren contracción. Por lo tanto el modelo debe -- vaciarse inmediatamente después del retiro y lavado de la -- impresión.

### 3.- MANEJO DEL REFLEJO NAUSEOSO.

Al paciente con reflejo nauseoso hay que colocarlo erguido como el sillón lo permita. Si el reflejo nauseoso es demasiado agudo es conveniente inclinar la cabeza hacia adentro y abajo, de modo que el mentón haga contacto --

con el pecho tan pronto como el portaimpresiones sea colocado y deba mantenerse esta posición hasta que el material haya gelificado. Esta manera debe ser explicada al paciente antes de tomar la impresión con el fin de que no se extrañe ante esta posición poco común. Salvo casos extremos, esta posición no es indispensable para tomar la impresión inferior.

Hay varios métodos para el manejo del reflejo nauseoso:

1.- *Acondicionamiento Fisiológico.*- Se le explica al paciente que el procedimiento de toma de impresión ya se ha realizado en otros niños y de hecho, los niños no encuentran extraño el procedimiento y les parece común. Esto suele provocar enojo al paciente con la consiguiente secreción de adrenalina que le hace capaz de enfrentarse con desafío y soportar con serenidad.

2.- *ANESTESICOS.* Colocar anestesia tópica en la parte del paladar que no sea sensible o en otro caso colocar anestesia inyectando unas gotas en el conducto palatino posterior.

3.- *DISTRACCION.* Es necesario que algo desvíe la atención del paciente de su boca y garganta para dirigirla-

hacia otro lado disminuyendo así la tendencia del vómito y-nauseas. Esta concentración del paciente en otra parte del cuerpo elimina el reflejo nauseoso por lo menos transitoria-mente.

4.- CONTROL DE LA POSICION DE LA LENGUA. Para -- combatir esta tendencia, el paciente debe ser adiestrado pa-  
ra llevar la lengua hacia abajo y recargarla en los dientes anteriores inferiores. Esto posee un valor psicológico con- siderable y que distrae al paciente (7).

#### 4.- IMPRESION DE LOS MAXILARES SUPERIORES E INFE- RIORES.

Se obtiene de la manera acostumbrada, sin embar-- go, pueden evitarse molestias al paciente en particular al- obtener impresiones de los maxilares superiores por intro-- ducción del portaimpresiones en el plano sagital ablicuo y- asentándolo en posición hacia arriba y hacia atrás, para - el que el exceso de material de impresión fluya hacia ade-- lante en vez de fluir por la garganta del paciente (5).

Al terminar el procedimiento, deberá enjuagarse - cuidadosamente las impresiones. Deberá enjuagarse de todo exceso de saliva o sangre antes de vertir la impresión (5).

### 5.- REGISTRO DE MORDIDA.

Es necesario un registro de mordida en centríca - para establecer relación exacta entre los modelos superior- e inferior antes de montarlos sobre el articulador. Esto - se logra pidiendo al paciente que cierre en oclusión centríca sobre una tablilla de cera, previamente calentada y re- blandecida. En ciertos niños que muestran tendencia a apro- ximar sus incisivos en relación borde a borde cuando cie- rran, pueden ser convenientes que el operador muestre como- ocluir sus piezas en oclusión centríca. Las huellas de re- gistro de mordida deberán ser cuidadosamente observadas y - son satisfechas se dejan junto a los modelos (5).

6.- MODELOS DE TRABAJO. Deberá usarse agua y ye- so recomendada la cantidad por el fabricante, si la mezcla- es demasiado fluida, produce un modelo débil y fácil de - fracturarse, dispuesto a ruptura en el laboratorio. Si es- muy densa, puede provocar distorsión del alginato al intro- ducir el yeso en la impresión, haciéndola que el modelo sea inexacto. Deberá procurarse no vibrar demasiado al mate- rial, ya que esto puede distorsionar al alginato (5).

Cuando se ha completado el modelo de trabajo, el- odontólogo podrá fabricar la dentadura parcial, el mismo - puede enviar el modelo de trabajo a un laboratorio odontoló- gico comercial. En este el odontólogo deberá explicar cui-

*dadosamente los requisitos y el diseño que desea para esa dentadura.*

#### 7.- TIPOS DE DENTADURAS.

*Según la naturaleza de sus partes la dentadura -- parcial se divide en:*

##### DENTADURAS DEL MAXILAR:

- + Acrílica.*
- + Acrílica con grapa de hilo metálico forjado.*
- + Acrílica con grapa de metal fundido.*
- + Silla acrílica con estructura de metal fundido.*

##### DENTADURAS MANDIBULARES:

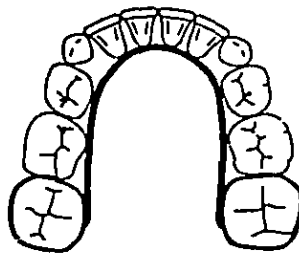
- + Acrílica.*
- + Acrílica con grapa de hilo forjado.*
- + Acrílica con barra lingual y grapa de hilo metálico forjado.*
- + Acrílica con grapa de metal fundido conteniendo descansos oclusales.*
- + Grapas de hilo metálico forjado soldadas a barras linguales con sillas acrílicas.*
- + Estructura de metal fundido y grapas con sillas acrílicas. (5)*

*El mantenedor de espacio parcial removible es el-*



*tipo de aparato con modificaciones, es adaptable a la conservación de los espacios superiores.*

*Un aparato similar en forma de herradura y adaptados a las caras linguales de todos los dientes, podría -- ser útil en la arcada inferior, en particular para las pérdidas dentarias múltiples y donde las relaciones oclusales exijan tope oclusal para evitar el alojamiento de los dientes superiores. Esa función es fácilmente provista por un bloque de plástico en el espacio antes ocupado por el diente ausente. (10).*



*Un arco lingual puede servir para mantener el espacio todo lo largo de la arcada inferior. (10).*

#### 8.- PARTES DE UNA DENTADURA PARCIAL REMOVIBLE.

*Generalmente una dentadura parcial removible para niños consta de las siguientes partes:*

1.- BASE DE LA DENTADURA.- La base se hace con -

resina acrílica, aunque a veces puede consistir en metal solo o en metal y resina acrílica. Proporciona medios para fijar las grapas y las piezas artificiales. La base de la dentadura deberá ser ligera y poseer suficiente fuerza para cumplir con sus requisitos funcionales.

2.- GRAPAS O GANCHOS.- Se utiliza para proporcionar fijación adecuada o retención de la base y complementar el soporte que recibe de los tejidos blandos.

En la dentadura parcial infantil se utilizan grapas de hilo forjado. Pueden utilizarse diferentes tipos de grapas para distintas ocasiones.

3.- PIEZAS ARTIFICIALES.\_ En los últimos años -- han salido al mercado piezas artificiales para dentaduras primarias.

Habrà veces en que el odontólogo tenga que fabricarlos. Un método sugerido es utilizar impresiones de alginate de aproximadamente la misma edad como moldes. Se viene en estos modelos una mezcla de tono adecuado de resina acrílica de curación en frío, para lograr las piezas primarias artificiales requeridas (5).

#### 9.\_ SELECCION DEL COLOR.

Si existen dientes anteriores naturales, el color

de los dientes protéticos se elige comparando la guía de colores con los dientes naturales, de preferencia los adyacentes al espacio desdentado. Los dientes de la guía de color deben ser humedecidos con saliva y la elección debe ser con luz natural. (7)

#### 10.- ELECCION DE LA FORMA DE LOS DIENTES.

Los dientes anteriores deben ser seleccionados de manera que armonicen con las características del paciente, así como con los dientes naturales remanentes, debe tenerse en cuenta, que un diente puede ser anormal individual y resulta agradable cuando se encuentra en armonía con el conjunto general. Los dientes opuestos, así como los desdentados, se emplean como guía para elegir el tamaño y el contorno adecuado. Por lo general, el espacio desdentado anterior resultará ligeramente más pequeño con respecto a los dientes naturales que reemplazan. (7)

#### VENTAJAS DE LA DENTADURA PARCIAL REMOVIBLE.

1.- mantenedor de espacio.

2.- Se puede prevenir la formación de tejido fibroso que podría interferir con la erupción de los dientes permanentes.

3.- Fomentar la erupción de los dientes permanentes.

4.- Se previene la extrucción de los dientes del arco antagonista.

5.- Mantienen la función de la dentición normal, balance facial y mejoramiento de la apariencia.

6.- Mantenedor del patrón normal de pronunciación.

7.- Conservación de los dientes remanentes y del tejido de sostén. (4).

8.- Es fácil de limpiar el aparato protésico.

9.- Mantiene y restablece la dimensión vertical.

10.- Se evitan hábitos perniciosos comunes.

11.- Puede hacerse lugar para la erupción de piezas sin necesidad de construir un aparato nuevo.

12.- Puede ser llevado la mayor parte del tiempo, permitiendo la circulación de la sangre a los tejidos blandos (5).

#### ENTRE LAS DESVENTAJAS ENCONTRAMOS:

- 1.- Incremento del nivel carioso.
- 2.- Puede romperse.
- 3.- Puede perderse.
- 4.- El paciente puede decidir no llevarlo puesto.
- 5.- La falta de cooperación por parte del paciente y de sus padres puede anular el valor del tratamiento (5).

#### INDICACIONES DEL MANTENIMIENTO DE LA PROTESIS.

Es necesario indicar al paciente la forma de como cuidar su nuevo aparato protésico, ya que el paciente no es está familiarizado con tal aparato.

1.- La forma de insertar y retirar adecuadamente la prótesis de la boca. (7).

2.- Deberá retirarse la dentadura parcial cada -- noche y conservarse en un vaso con agua. Deberá limpiarse cada día con cepillo y pasta dental (5).

3.- Se le muestra al paciente y a los padres, la forma de mantener los dientes de soporte, y los artificiales en un estado escrupuloso de limpieza (7).

4.- Si la dentadura se ajusta mal o causa irritación se pedirá a los padres que llamen al odontólogo y le informen. (5)

5.- Se instruye al paciente sobre como retirar su dentadura parcial en actividades atléticas como natación o algún otro deporte. Se les pide a los padres que le den al niño una pequeña caja de plástico para que conserve su dentadura en momentos como éstos (5).

6.- La importancia de mantenimiento periódico de la prótesis.

7.- El odontólogo deberá proporcionar a los padres y al niño una copia de las instrucciones sobre la utilización y cuidados en caso de las dentaduras parciales. --  
(5)

C A S U I S T I C A

## CASO CLINICO NUM. 1

NOMBRE: E.M.G.

EDAD: 4 años.

SEXO: Femenino.

ESCOLARIDAD: Kinder.

NIVEL SOCIOECONOMICO: Alto.

## PROBLEMA ODONTOLÓGICO ACTUAL:

El paciente se presentó a consulta privada, con pérdida del Incisivo Central Superior Izquierdo a causa de caries por biberón.

## MANEJO CLINICO:

Una vez hecha la Historia Clínica y la inspección visual, se procedió a la rehabilitación oral siguiente:

Se le colocaron Coronas de Acero en los incisivos central y lateral superior derecho, al igual que en el incisivo lateral izquierdo; se tuvo que extraer el incisivo central superior izquierdo, por lo tanto se indicó una prótesis "Fija Removible".

Tomamos impresiones con alginato, el registro de mordida en cera y se vaciaron los modelos y se procedió a la confección de la prótesis de la forma siguiente:



El Incisivo Central Superior Izquierdo fue hecho con resina fotocurable se colocaron bandas de ortodoncia en los segundos molares primarios, para dar mayor retención -- a la prótesis.

La Adaptación fue magnífica, y se obtuvo buena tolerancia por parte del paciente.

Se dieron las instrucciones al paciente y por escrito a los padres sobre el cuidado y uso de la dentadura.

## CASI CLINICO NUM. II

NOMBRE: P.M.G.

SEXO: Femenino.

EDAD: 3 años.

ESCOLARIDAD: Ninguna.

NIVEL SOCIOECONOMICO: Alto.

## SITUACION ODONTOLOGICA:

Pérdida por extracción de Incisivos Centrales Superiores por caries de biberón.

## MANEJO CLINICO:

Se hizo la historia clínica y la inspección visual.

La paciente fue sometida a tratamiento integral con auxilio de medicación a base de Hidrato de Cloral.

Se colocaron coronas de acero en el Incisivo Lateral Superior Izquierdo y Derecho, segundo molar superior izquierdo y primer molar inferior derecho; y en todas las otras piezas se colocaron selladores a base de resina fotocurada; se tomó la impresión con alginato previo a la extracción de los incisivos centrales superiores, se corren los modelos eliminando los dientes y confeccionando la pró-

*tesis con los dientes hechos con resina fotocurable y se --  
sujetaron de los segundos molares con bandas de ortodoncia.*

*Una vez extraídos los dientes y adaptada la próte  
sis se obtuvo buena tolerancia por parte del paciente.*

*Se le dieron las instrucciones a los padres sobre  
el cuidado y uso de la dentadura.*

## CASO CLINICO NUM. III

NOMBRE: C.S.T.

SEXO: Femenino.

EDAD: 5 años.

ESCOLARIDAD: Preprimaria.

NIVEL SOCIOECONOMICO: Medio alto.

## SITUACION DENTAL:

Se presentó la paciente a la práctica por pérdida del Incisivo Central Superior Derecho por traumatismo.

## MANEJO CLINICO:

Se realizó la historia clínica y se confeccionó una dentadura parcial.

Se procedió a la toma de impresión con alginato, - Se corrió el modelo y se confeccionó con ganchos tipo adams para lograr mejor retención en segundos molares se confeccionó la dentadura parcial en acrílico rosa en la zona palatina y acrílico blanco Núm. 62 el diente.

Dicha prótesis fue bien aceptada y adaptada por el paciente y sus familiares, ofreciéndole beneficios estéticos y psicológicos.

Se dieron instrucciones escritas a los padres y a la paciente sobre el cuidado de la prótesis.

## CASO CLINICO NUM. IV

NOMBRE: C.J.C.

SEXO: Masculino.

EDAD: 5 años.

ESCOLARIDAD: Preprimaria.

NIVEL SOCIOECONOMICO: Alto.

## SITUACION ODONTOLÓGICA.

Pérdida por traumatismo de Incisivos Laterales Superiores (derecho e izquierdo) y los Centrales Superiores - (derecho e izquierdo).

## MANEJO CLINICO:

El paciente perdió e un accidente de tránsito los cuatro incisivos superiores.

Se confeccionó una placa removible con los dientes y paladar en acrílico.

Como aditamento de retención se colocaron ganchos tipo Adams y se puso tornillo de expansión con la prótesis dividida para aprovecharlo como expansor; ya que el paciente presentaba paladar estrecho como consecuencia de hábitos de succión digital.

La adaptación fue magnífica, y se obtuvo buena to

*lencia por parte del paciente.*

*Se dieron las instrucciones al paciente, y por escrito a los padres sobre el cuidado y uso de la dentadura.*

## CASO CLINICO NUM. V.

NOMBRE: S. L. N.

SEXO: Femenino.

EDAD: 12 años.

ESCOLARIDAD: Primero de Secundaria.

NIVEL SOCIOECONOMICO: Alto.

## SITUACION ODONTOLÓGICA:

Pérdida prematura del segundo molar inferior izquierdo por caries con pérdida de espacio.

## CONDUCTA CLINICA:

Se tomó impresión con Optosil y Xantopren, se co-  
rrió el modelo y se confeccionó recuperador de espacio de -  
presión mediante bandas de ortodoncia sujeta al Primer Mo-  
lar Permanente Inferior Izquierdo, extensión y omega con --  
alambre número 30 y apoyo acrílico en tejido gingival.

La adaptación fue magnífica, y se obtuvo buena to-  
lerancia por parte del paciente.

Se dieron: las instrucciones al paciente y por es-  
crita a los padres sobre el cuidado y uso de la dentadura.

Una vez erupcinado el premolar, se retiró la pró-  
tesis al paciente.

## CONCLUSIONES

El Odontólogo debe tener un conocimiento eficaz - antes de aplicar una prótesis parcial removible en niños, - para esto se deberá valer de un examen clínico, radiográfico y de los modelos de estudio, y así poder dar un diagnóstico correcto.

La prótesis parcial removible está indicada en niños que han perdido prematuramente los dientes, en los cuales se desea conservar el espacio, la estética, armonía --- oclusal, conservar la buena función masticatoria y que sea fácil de ser retirada y sobre todo que no acumule restos -- alimenticios.

El Pacientito se adapta fácilmente a la prótesis - y le permite tener buena estética, y sobretodo no lo perjudica psicológicamente. El paciente se siente como un individuo normal, ya que las piezas perdidas son colocadas por medio de un aparato protésico.



BIBLIOGRAFIA

- 1.- ASHTON PETER. B.D.S.  
JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN.  
VOLUMEN III? No. 6.  
NOVEMBER-DECEMBRE.  
PAGINAS: 67-70
  
- 2.- BARNETT EDWARD M.  
TERAPIA OCLUSAL EN ODONTOPEDIATRIA.  
EDITORIAL PANAMERICANA .  
1era. EDICION.  
BUENOS AIRES, ARGENTINA. 1978.  
PAGINAS: 110-111-112.
  
- 3.- BRAHAM MERLEN RAYMOND/MORRIS E.  
ODONTOLOGIA PEDIATRICA.  
EDITORIAL PANAMERICANA.  
1era. EDICION.  
BUENOS AIRES, ARGENTINA.  
PAGINAS: 326-327.
  
- 4.- BORJIAN: EN EL ARTICULO DR:  
JOHO JEAN - PIERRE, DR. MED. DENT. M.S.  
SABINE C. MALECHAUX., JOURNAL OF DENTISTRY FOR  
CHILDREN., JANUARY-FEBRUARY, 1980.  
PAGINAS: 50, 51, 52.

- 5.- FINN B. SIDNEY  
ODONTOLOGIA PEDIATRICA.  
EDITORIAL INTERAMERICANA.  
4ta. EDICION.  
PAGINAS: DE LA 2444 A LA 252
- 6.- GOLDSTEIN E. RONALD.  
ESTETICA ODONTOLOGICA.  
EDITORIAL INTER-MEDICA.  
1ra. EDICION.  
BUENOS AIRES, ARGENTINA.  
PAGINAS: 1, 2, 3, 4.
- 7.- MILLER ERNEST. L.  
PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE.  
EDITORIAL INTERAMERICANA.  
1ra. EDICION  
PAGINAS: 67, 71, 80, 86, 242, 243, 303, 304, 305, 308.
- 8.- O'BRIEN WILLIAMS/RYGGER G.  
MATERIALES DENTALES Y SU SELECCION.  
EDITORIAL PANAMERICANA.  
1ra. EDICION.  
BUENOS AIRES, ARGENTINA  
PAGINAS: 101, 104, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113.

9.- TENNENBAUM LEON.

PROGRESO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA.

SERIE VII. VOLUMEN V.

EDITORIAL MUNDI. S.R.L.

PAGINAS: 24, 25, 29, 30, 31, 32.

10.- THUROW. C. RAYMOND.

ATLAS DE PRINCIPIOS ORTODONCICOS.

1<sup>ra</sup>. EDICION, MARZO 1984.

LA HABANA, CUBA.

PAGINAS: 188, 189, 190, 191, 212, 213, 214, 215, 244,-

245.