

253
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**"SELECCION Y ESTUDIO DEL PACIENTE
PARA PROTESIS REMOVIBLE"**

T E S I N A

QUE PRESENTA:

LOZANO MARTINEZ MARIA DEL CARMEN

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

ASESOR:

DR. ENRIQUE NAVARRO BORI



MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

A la Universidad Nacional Autónoma de México

A la Facultad de Odontología.

Al C.D. Enrique Navarro Bori.
Por su apoyo y colaboración para la
realización de esta Tesina.

Al Honorable Jurado

A DIOS por darme todo lo que tengo

A mis padres

Por su cariño y comprensión en todos los momentos de mi vida

**JOSE CARMEN LOZANO VILLAFAÑA
YOLANDA MARTINEZ MARQUEZ**

A mi esposo

Por su amor y apoyo para poder lograr la culminación de mis estudios.

MARIO ALBERTO PATIÑO SOTO

A mis hermanos

**JUAN FRANCISCO LOZANO MARTINEZ
ANGELICA YOLANDA LOZANO MARTINEZ**

A mis suegros

**IRMA SOTO REYES
FLORENCIO PATIÑO**

INDICE

	Pagina
INTRODUCCION.....	1
 CAPITULO I	
Historia Clínica.....	3
Historia Dental.....	15
Estudio Radiográfico.....	19
Modelos de Estudio.....	23
 CAPITULO II	
Plan de Tratamiento.....	26
Procedimientos Quirúrgicos.....	28
Tratamiento Parodontal.....	33
Tratamiento Endodóntico.....	36
Tratamiento Ortodóntico.....	37
Apoyos y Lechos para Apoyos Oclusales.....	38
Modelos de diagnóstico montados en articulador.....	41

CAPITULO III

Clasificación de los arcos parcialmente desdentados..... 44

CAPITULO IV

Analisis en el paralelizador..... 48

Conclusiones..... 53

Bibliografía..... 54

**"SELECCIÓN Y ESTUDIO DEL
PACIENTE
PARA PRÓTESIS REMOVIBLE"**

INTRODUCCIÓN

La selección y estudio del paciente para prótesis parcial removible es un tema de gran interés para el odontólogo, ya que los factores que involucran el seleccionar a un paciente para prótesis parcial removible determinarán el éxito de la misma a largo plazo.

La relación de un buen diagnóstico con todo lo que este implica como una buena historia clínica, un examen radiológico adecuado, etc. Serán unas bases muy importantes para lograr el éxito en un tratamiento de prótesis removible.

No sólo es importante para la prótesis parcial removible el sustituir los dientes faltantes y devolver la armonía a su aparato masticatorio sino también la preservación de los dientes existentes en boca a través de los diferentes tratamientos pre-próticos existentes en nuestros días, los cuales son de gran ayuda para el protesista consciente de la importancia de una rehabilitación total y armoniosa de todo el aparato masticatorio.

En la presente tesina se explicarán los pasos necesarios que se deben llevar a cabo para poder obtener un buen Pronóstico de la prótesis parcial removible.

SELECCIÓN Y ESTUDIO DEL PACIENTE PARA PRÓTESIS REMOVIBLE

HISTORIA CLÍNICA

La elaboración de una historia clínica, constituye una fuente valiosa de información que puede afectar en forma directa el éxito del tratamiento.

La información proporcionada por una historia clínica a menudo brinda los datos complementarios que llevan a una decisión prudente acerca del tipo de prótesis que el paciente puede usar con tranquilidad y bienestar; por conveniencia puede dividirse en historia clínica e historia dental.

La elaboración de la historia clínica tendrá probablemente mayor éxito si va precedida de una explicación sencilla al paciente.

mayor éxito si va precedida de una explicación sencilla al paciente.

Datos tales como la edad del paciente es útil dada que proporciona un punto de referencia para su estado funcional, factores de índole de la pubertad, menopausia, embarazo y senectud están relacionados con la edad y cada uno de ellos puede tener relación con el tipo de prótesis que el paciente tolere en forma más adecuada. A medida que avanza la edad disminuye la destreza del paciente.

La finalidad primordial de la historia clínica es establecer el estado de salud general del paciente.

Algunas de las enfermedades más comunes que pueden presentar los pacientes tienen manifestaciones bucales y afectar la capacidad del paciente para usar una prótesis.

Anemia

La anemia se define como una reducción anormal en el número y volumen de glóbulos rojos, y en la cantidad de hemoglobina de una unidad de sangre.

Anemia Perniciosa.

La anemia perniciosa es una enfermedad crónica, se debe a la atrofia de la mucosa gástrica que da lugar a una falla para secretar el aún no identificado “factor intrínseco”, es una sustancia que está presente en el jugo gástrico normal que es el responsable de la absorción intestinal del “factor intrínseco” (vitamina B12), una sustancia que es sinónimo del “factor de maduración” o “factor hematopoyético”, y que está presente en muchos alimentos principalmente en el hígado, carne de res, leche y productos lácteos. Las personas que sufren anemia perniciosa su jugo gástrico no contiene el factor intrínseco y por tanto, no pueden absorber la vitamina B12 dietética.

Aspectos Bucales.

La glositis es uno de los síntomas más comunes de la anemia perniciosa. En algunos casos la lengua tiene úlceras pequeñas superficiales que semejan las úlceras aftosas, existe un atrofia gradual de las papilas que finaliza con una lengua lisa que se conoce como glositis de Unke y glositis de Moeller.

Algunas veces acompaña a estos cambios la pérdida o la distorsión del sabor. En ocasiones la sensación de inflamación y de quemadura se extiende hasta afectar toda la mucosa bucal, pero con más frecuencia, el resto de la mucosa muestra solo un color amarillo pálido que se nota sobre la piel.

No es raro que las mucosas bucales en los pacientes con esta enfermedad no toleren la prótesis bucal.

Tratamiento.

Consiste en la administración de vitamina B12.

Anemia Aplástica.

La anemia aplástica es una enfermedad que se caracteriza por una falta general de actividad de la médula ósea; puede afectar no sólo a los glóbulos rojos sino también a los leucocitos y a las plaquetas, dando como resultado una pancitopenia.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad varían de acuerdo al tipo de la célula afectada.

Aspectos Bucales.

Se pueden presentar en cualquier lugar petequias, manchas purpúricas o hematomas francos de la mucosa bucal, mientras que la hemorragia dentro de la cavidad bucal, en especial la gingival espontánea, sólo aparece en algunos casos.

Dichos hallazgos están relacionados con la deficiencia de plaquetas.

Tratamiento.

No existe un tratamiento específico para la anemia aplásica, aunque por lo regular se puede atenuar la gravedad y el curso rápido de la enfermedad mediante la administración de antibióticos y transfusiones de sangre.

Diabetes.

La diabetes es un trastorno del metabolismo de los carbohidratos que se caracteriza por hiperglucemia y glucosuria, que refleja una distorsión en el balance entre la utilización de la glucosa en los tejidos; su liberación por el hígado y la producción-liberación de hormonas pancreáticas anterior y adrenocorticales. Este trastorno metabólico disminuye la resistencia del tejido a la infección.

Debido a la disminución de la resistencia tisular , los pacientes con diabetes no tratada o controlada en forma inadecuada algunas veces tienen periodontitis fulminante con formación de abscesos periodontales y papilas gingivales inflamadas, dolorosas e incluso hemorrágicas.

Debido a la pérdida excesiva de líquido, los pacientes diabéticos comúnmente se quejan de tener la boca seca.

Aún la cirugía bucal menor está contraindicada en las personas diabéticas no controladas Russell informó que los pacientes diabéticos presentan cambios vasculares en la pulpa dental, en la encía y en el ligamento periodontal.

Los pacientes diabéticos controlados pueden someterse a operaciones dentales sólo después de consultarlo con el médico que los trata.

Artritis.

La artritis o inflamación de las articulaciones, es una de las enfermedades que afectan la articulación temporomandibular.

Esta articulación en particular puede sufrir de cualquier forma de artritis, pero existen tres tipos comunes con los que el dentista debe estar familiarizado:

- 1) artritis debida a una infección específica.
- 2) artritis reumatoide.
- 3) osteoartritis o enfermedad degenerativa de la articulación.

Artritis debida a una infección específica.

Existe una gama de infecciones (como las producidas por gonococos, estreptococos, estafilococos, neumococos y bacilo tuberculosos) los cuales pueden producir lesión articular, ya sea por el torrente circulatorio, o metástasis linfática, o por extensión directa a partir de una infección focal.

La forma infecciosa más común de la articulación temporomandibular es la causada por la extensión directa de la infección dentro de la articulación como resultado de celulitis o de osteomielitis vecinas. Dicha extensión puede seguir a la infección dental, a la infección

de la glándula parótida o incluso a una infección facial o del oído.

Los pacientes que sufren de artritis infecciosa aguda, se quejan principalmente de dolor intenso en la articulación, con hipersensibilidad extrema a la palpación o a la manipulación sobre zona de la articulación. El dolor es de tal intensidad que el movimiento está limitado.

Tratamiento.

La terapéutica de una artritis infecciosa , fundamentalmente es la administración de antibióticos.

Artritis reumatoide.

La artritis reumatoide es una enfermedad de etiología desconocida que comúnmente se observa al principio de la edad adulta y que afecta a las mujeres con más frecuencia que a los hombres. La distribución de la afección articular casi siempre es poliarticular y a menudo es simétrica y bilateral. Los pacientes casi siempre manifiestan una larga serie de exacer-

baciones y remisiones episódicas.

El movimiento de la articulación como el que se realiza en la masticación o al hablar, causa dolor y puede estar limitado por la rigidez, que comúnmente es más pronunciada en las mañanas, y tiende a disminuir conforme pasa el día, con el uso continuo del maxilar.

Tratamiento.

No existe un tratamiento específico para la artritis reumatoide, aunque puede resultar un beneficio notable de la administración de ACTH o cortisona. Una vez que se ha presentado la limitación de movimiento y la deformidad, puede ser necesaria la intervención quirúrgica en forma de codilectomía para volver a ganar movimiento.

Osteoartritis

La osteoartritis es el tipo más común de artritis y se dice que se

desarrolla, al menos en cierto grado, en todas las personas mayores de 40 años. Aunque no se conoce su etiología es una enfermedad asociada con el proceso de envejecimiento.

Los pacientes con osteoartritis de otras articulaciones se pueden quejar de un chasquido en la articulación temporomandibular pero no siempre hay dolor. Este ruido en la articulación probablemente se debe a un movimiento atípico del disco que resulta de la de la función del cóndilo mandibular-disco discordante en base a los cambios que se presentan en el cartilago articular. Casi muy rara vez se presenta limitación del movimiento.

La protuberancias o exostosis óseas son hallazgos comunes en la osteoartritis y se desarrollan tanto en la periferia del cartilago como en la porción central del plato articular, y agrandan el cóndilo en su eje longitudinal. Las alteraciones que se encuentran en el disco articular son similares a los que ocurren en el cartilago articular.

El disco puede mostrar grietas y fisuras e hialinizarse ó incluso calcificarse en algunos casos. A veces hay necrosis o destrucción del disco, sobre todo el opuesto a la exostosis; se ha visto la destrucción completa del disco.

Tratamiento.

No existe terapéutica para este tipo lentamente progresivo de artritis, excepto la condilectomía.

HISTORIA DENTAL

La elaboración de una historia clínica dental brinda una oportunidad incomparable de conocer con exactitud de lo que el paciente espera del tratamiento que solicita.

El hecho de que el tratamiento por medio de prótesis bucal es un esfuerzo mutuo de dentista y paciente que debe determinarse en las primeras etapas de sus relaciones.

Un enfoque adecuado para conocer la actitud del paciente hacia el tratamiento propuesto; es investigar sus experiencias anteriores con el tratamiento dental en general y con el protético en particular.

La parte principal de un examen dental está constituida por la inspección visual y palpación minuciosa y completa, debe llevarse al cabo

con luz suficiente y adecuada, espejo, explorador y sonda parodontal.

El examen también consiste en la exploración de lesiones cariosas y anotación y clasificación de la calidad y condiciones de las restauraciones existentes. Estos datos serán verificados y complementados con radiografías. Es importante identificar cualquier diente en el que existen datos de cambios degenerativos que puedan llevar a la pérdida de vitalidad en el futuro comprometiendo en esta forma la duración de la prótesis.

Un diente sin pulpa en estado normal de salud puede servir como pilar para una prótesis parcial removible en la misma forma que un diente con pulpa vital, siempre que satisfaga los requisitos que suelen aplicarse a los dientes pilares y reciba el tratamiento endodóntico adecuado. Un diente infectado es un foco séptico y debe ser tratado o eliminado.

La higiene bucal del paciente debe ser valorada al iniciarse el examen ya que este factor es de suma importancia en la elección del tipo

de aparato protético que va a prescribir el paciente cuyos hábitos de higiene son deficientes y no puede mejorarlos , no es un candidato prometedor para una prótesis parcial removible.

El proceso residual de todas las áreas desdentadas debe ser investigado tanto visualmente como por medio de la palpación con el fin de determinar su contorno y valorar su capacidad para soportar cargas. Si se hace palpación frecuente, el examinador desarrollará fácilmente una sensación que lo familiarizará con la estructura que explora una mejor forma que por medio del examen visual. Debe presionarse firmemente la mucosa contra el hueso de soporte para determinar su grosor y elasticidad así como el contorno del hueso. Si el paciente indica dolor al palpar el proceso residual con presión ligera, se pone en duda la capacidad para usar la prótesis y debe encontrarse la causa del dolor, y que se lleve a cabo un tratamiento preoperatorio antes de comenzar la elaboración de la prótesis.

Debe palpase el área del proceso milohioideo para precisar su contorno. La anatomía ideal para esta parte de la mandíbula desde el punto de vista de soporte de la prótesis debe ser una superficie lingual que descienda en línea recta hacia la cresta del proceso residual, con ambos lados de la boca más o menos paralelos. En esta forma los rebordes de la prótesis pueden extenderse lo suficiente dentro del surco lingual alveolar para hacer contacto con la superficie lingual de la mandíbula y el piso de la boca, de esta contribuyen notablemente a la estabilidad y retención de la prótesis.

Los vestíbulos labial y bucal de las áreas desdentadas a las que van adaptarse los rebordes de la prótesis, deben tener suficiente profundidad para permitir que el límite se extienda en grado razonable y contribuir de este modo a su soporte y estabilidad. El frenillo labial puede interferir con la extensión adecuada del borde labial de la prótesis superior cuando se sustituyen los dientes anteriores.

Esta estructura puede modificarse mediante cirugía para mejorar el ajuste, y en algunos , casos la estética de la prótesis.

ESTUDIO RADIOGRÁFICO

Los datos que pueden obtenerse de una interpretación adecuada de las radiografías dentales es uno de los elementos más importantes del examen dental.

El soporte alveolar de un diente pilar son de importancia porque el diente debe resistir mayores cargas tensionales cuando soporte una prótesis dental.

Los dientes pilares que brindan soporte total a prótesis fijas o removibles tendrán que resistir mayor carga que antes y especialmente mayores fuerzas. Estas podrán ser minimizadas estableciendo una oclusión armoniosa y distribuyendo las fuerzas entre varios dientes

mediante conectores rígidos. La estabilización bilateral contra las fuerzas es uno de los atributos de una prótesis removible dentosoportada correctamente diseñada. La evaluación radiográfica de la calidad de hueso es azarosa pero a menudo necesaria. Resulta esencial destacar que los cambios en la calcificación ósea de hasta el 25% a menudo no pueden ser reconocidos por medios radiográficos ordinarios. Las cualidades óptimas del hueso se expresan habitualmente por espacios trabeculares de tamaño normal, que comunmente tienden a decrecer levemente el tamaño a medida que el examen del hueso va desde el ápice radicular hacia la porción coronaria. La cresta interproximal normal se ve como una línea blanca delgada que cruza desde la lámina dura de un diente hasta la lámina dura de la pieza adyacente. El aumento del espesor del espacio periodontal comunmente sugiere diversos grados de movilidad dentaria.

Esto debe ser evaluado clínicamente. Las evidencias radiográficas sumadas a los hallazgos clínicos sugerirán al odontólogo la inconvenien-

cia de usar esa pieza como pilar. Además, una superficie ósea irregular entre crestas debe hacer sospechar al odontólogo un deterioro óseo activo.

Las observaciones radiográficas deben servir al odontólogo como auxiliar de los hallazgos clínicos. Con demasiada frecuencia se utiliza sólo el aspecto radiográfico para arribar a un diagnóstico. La interpretación radiográfica tendrá también importancia si se emplea periódicamente después de la instalación de la prótesis. Debe examinarse cualquier radiopacidad o radiolucidez que no pueda identificarse y trate ó se determine su inocuidad.

La longitud de la raíz no constituye el elemento más importante para pronosticar la posible estabilidad y duración de un diente pilar, sino que también debe tomarse en cuenta la cantidad de raíz que está rodeada de hueso. Por otra parte un diente considerado inadecuado para funcionar como pilar por carecer de la proporción apropiada corona-raíz , puede aceptarse ferulizándolo a uno o varios dientes contiguos. En caso de que

el hueso responda a una mayor demanda funcional haciéndose más denso, puede considerarse como manifestación excelente del éxito de una prótesis bucal.

Puede considerarse como base para pronosticar su posible reacción ante fuerzas posteriores, la reacción del hueso que rodea los dientes sometidos a presiones mayores de lo normal, que han perdido el sostén de los dientes contiguos o han servido como pilares de prótesis fijas o removibles.

El hueso formado por trabéculas pequeñas y estrechamente agrupadas con espacios intertrabeculares mínimos se considera bien mineralizado, fuerte y sano.

MODELOS DE ESTUDIO

Un modelo de estudio para diagnóstico debe ser una reproducción precisa de los dientes y tejidos adyacentes en un arco parcialmente desdentado esto debe incluir los espacios desdentados, dado que también ellos deben ser evaluados para determinar el tipo de base a usar y la extensión del área disponible para el soporte de la prótesis

Un modelo para diagnóstico se hace con yeso piedra debido a su resistencia y por el hecho de que se erosiona menos que el yeso dental común.

La impresión para el modelo de diagnóstico comúnmente se hace con hidrocoloide irreversible (Alginato) en una cubeta para impresión perforada ó no perforada para prótesis parcial .

El tamaño de la cubeta a emplear será determinada por el arco, la cubeta

debe ser lo bastante grande como para asegurar un espesor óptimo del material de impresión, para evitar distorsiones o roturas en el momento de retirarla de la boca y que sea fiel.

Los modelos para diagnóstico cumplen con diferentes finalidades como auxiliares para el diagnóstico y Plan de Tratamiento.

1.- Los modelos para diagnóstico se emplean para complementar el examen bucal permitiendo una vista de la oclusión.

El análisis de la oclusión existente se torna posible cuando se hacen ocluir los modelos antagonistas, así como también el estudio de las posibilidades de mejorarla, ya sea por Ajuste Oclusal, por reconstrucción oclusal, o por ambos. El espacio interoclusal necesario, y las posibilidades de interferencia a la ubicación de apoyos también deben ser determinadas.

2.- Los modelos para diagnóstico se usan para permitir un análisis topográfico del arco dental que debe ser restaurado por medio de una prótesis parcial removible. El modelo del arco en cuestión puede ser ana-

lizado individualmente mediante un paralelizador de modelos.

3.- Los modelos de diagnóstico se usan para permitir una presentación lógica e integral al paciente de las necesidades de restauraciones presentes y futuras así como de los riesgos que pueden presentarse en caso de no hacerlas. Es posible usar los modelos individualmente o en oclusión, para señalar al paciente:

a) Evidencias de migración dental y resultados de esa migración ya existente.

b) Efectos de una migración dental adicional.

c) Pérdida de soporte oclusal y sus consecuencias.

d) Riesgos de los contactos oclusales traumáticos.

e) Implicaciones cariogénicas y periodontales de una omisión de tratamiento adicional.

En vista de que los procedimientos de rehabilitación oral a menudo son prolongados, debe existir completo acuerdo entre el odontólogo y el

paciente antes de comenzar un tratamiento extenso.

4.- Sobre los modelos de diagnóstico se pueden fabricar las cubetas para impresión individuales .

5.- Los modelos de diagnóstico pueden ser usados con referencia constante a medida que progresa el trabajo.

PLAN DE TRATAMIENTO

Cuando se ha decidido finalmente el tipo y el diseño de la prótesis prescrita, basándose en un análisis de los datos reunidos, puede formularse el plan de tratamiento.

Este procedimiento consiste en señalar en términos claros y concisos cada uno de los pasos clínicos que deben llevarse a cabo y en el orden en que van a desarrollarse con el fin de preparar la cavidad bucal para la colocación de la prótesis.

Una técnica recomendable para llevar a cabo la elaboración y

presentación del plan de tratamiento es la de dejar pasar un período razonable entre cada cita, durante el cual puedan revisarse y analizarse sin apresuramiento los modelos de estudio, radiografías y antecedentes.

Aún en los casos más difíciles, es posible elaborar un plan de tratamiento provisional con los datos clínicos reunidos. En la cita siguiente, cuando se realice una inspección para confirmar dichos datos, el plan de tratamiento no necesariamente es inalterable. Exigencias imprevistas pueden modificar el enfoque clínico conforme avanza el tratamiento y en algunos casos, puede prescribirse un cambio en la prótesis sin embargo, estos casos se presentan con menos frecuencia.

En términos generales, las etapas clínicas suelen desarrollarse en el orden prescrito en el plan de tratamiento. Existen muchos procedimientos clínicos que pueden llevarse a la práctica para mejorar el pronóstico de la prótesis parcial removible.

La verdadera finalidad de un plan de tratamiento es idear una

secuencia de procedimientos clínicos mediante la cual se lleve a cabo el tratamiento integral de la forma más rápida y eficaz. Cada paso debe preceder a otro en forma lógica.

Procedimientos Quirúrgicos.

En muchos pacientes que necesitan prótesis parcial removible se requiere diversos procedimientos quirúrgicos. La extracción de dientes, es tal vez el procedimiento más común y debe llevarse a cabo en las primeras etapas del tratamiento. Pueden indicarse varios procedimientos quirúrgicos que puedan mejorar el pronóstico de la prótesis. El conocimiento de las numerosas técnicas quirúrgicas que pueden llevarse a cabo, aunado al de las circunstancias, son requisitos indispensables del plan prostodóntico.

La cirugía debe ser planeada, en lo posible, con la finalidad de

llevar a cabo simultáneamente todos los procedimientos necesarios en un cuadrante, y reducir al mínimo, el número de veces que el paciente tenga que someterse a una intervención quirúrgica.

Paciente y prostodoncista comparten mutuos intereses en contar en lo posible con un soporte óseo durante un período de tiempo prolongado. Sin embargo, la conservación de las estructuras bucales residuales es un objetivo fundamental de la prostodoncia parcial.

Por regla general, deben eliminarse los dientes dañados en forma irreparable o tan destruidos que no puedan rehabilitarse. Asimismo deberán extraerse los dientes que no están alineados y que por lo tanto no contribuyan al aspecto estético del paciente e impidan el diseño ideal.

Los dientes impactados y no erupcionados deben eliminarse antes de elaborar la prótesis por tres motivos principalmente: El diente puede hacer erupción por debajo de la prótesis; puede ser un diente con alguna

patología; puede manifestar síntomas después de un tiempo de usar la prótesis. Al valorar los dientes impactados o no erupcionados desde el punto de vista patológico no debe pasar inadvertida la posibilidad de que se formen quistes dentígeros a partir del saco folicular que rodea al diente durante su desarrollo la formación de quistes es más frecuente alrededor del tercer molar y más común en la mandíbula que en los maxilares. Cuando se decide dejar el diente impactado, es conveniente examinar periódicamente este sitio valiéndose de placas radiográficas.

Torus Palatino y Mandibular.

El torus palatino es una protuberancia o excrecencia ósea de lento crecimiento, de base plana; se presenta en la línea media del paladar duro y toma diversas formas. Se ha clasificado clínicamente en esta base como plano, de forma fusiforme, nodular o lobular. La mucosa que lo cubre está intacta pero en ocasiones aparece pálida, se ulcera y se traumatiza. El torus esta compuesto de hueso compacto denso o de una concha de hueso

compacto y un centro de hueso esponjoso.

Esta lesión tiene poca importancia clínica, porque es benigna y nunca maligna. En ocasiones puede ser de tal tamaño y forma que es imposible o impráctico elaborar una prótesis sobre la estructura, a causa de los socavados hay posibilidad de producir traumatismo a la mucosa que los cubre, o de la incapacidad de acentar la prótesis. En dichos casos se debe apreciar la situación y quitar el torus quirúrgicamente antes de hacer la prótesis.

El torus mandibular es una exostosis o crecimiento exterior óseo que se encuentra en la superficie lingual de la mandíbula se presenta por arriba de la línea milohioidea, por lo regular opuesta a los premolares.

Como el torus palatino, puede variar considerablemente en forma y tamaño.

Puede ser necesaria la excisión quirúrgica del torus mandibular debido a la dificultad que se encuentra para la elaboración de una prótesis

sobre el crecimiento exterior.

Eliminación del tejido hiperplásico.

Una de las reacciones tisulares más comunes a una prótesis total crónicamente mal ajustada es la presencia de hiperplasia de tejido a lo largo del borde de la dentadura, pero que no se restringe a su lugar sino que se presenta en muchas zonas donde existe una irritación crónica de cualquier tipo, como en la encía, en la mucosa bucal y en el ángulo de la boca. Esta proliferación de tejido por lo regular se desarrolla en forma lenta y probablemente es el resultado de la resorción del reborde alveolar por el traumatismo de la prótesis si la prótesis es remplazada, la lesión no debe recurrir.

Biopsia.

Cualquier lesión sospechosa que no pueda diagnosticarse en forma precisa, debe ser investigada por medio de la biopsia y referir al paciente a la clínica correspondiente para el examen. La finalidad de la biopsia es determinar un diagnóstico exacto para instaurar el tratamiento adecuado a la mayor brevedad.

Tratamiento Parodontal.

El propósito del tratamiento parodontal es eliminar, o cuando menos controlar los factores predisponentes de la enfermedad. La frecuencia de enfermedad parodontal es muy elevada, esto tiene un profundo significado en la elaboración de prótesis parciales ya que es un principio básico que la prótesis bucal colocada en presencia de enfermedad parodontal es un fracaso seguro y casi siempre a breve plazo.

Por lo mismo una prótesis correctamente diseñada es un eslabón

indispensable en la cadena del tratamiento de una boca parcialmente desdentada que ha sido sometida a tratamiento parodontal. Una prótesis diseñada en forma adecuada evitará que los dientes restantes tengan movilidad o extrusiones.

El examen parodontal debe iniciarse con una exploración del borde gingival y las papilas interdetales para descubrir si existe inflamación o infección y la presencia de materia alba, placa bacteriana o sarro. La determinación del estado de salud del parodonto debe basarse en el grado de desviación de lo normal. Una mucosa sana es firme, aunque ligeramente elástica y de color rosa coral. El borde gingival es de textura suave y adquiere forma de filo de cuchillo con forma estrecha para cubrir el diente. Se extiende en sentido oclusal en los espacios interproximales hasta los puntos de contacto para formar la papila interdental. El borde libre está protegido del fuerte impacto del bolo alimenticio por el contorno de la corona del diente estando expuesto solo al estímulo suave

y fisiológico que recibe al resbalar los alimentos durante la masticación.

Inmediatamente proximal al borde libre, se encuentra la encía adherida. Su superficie es de aspecto punteado y, como su nombre lo indica, está estrechamente sujeta en su parte interna al hueso de sostén.

Es importante la evidencia de movilidad y formación de bolsas, y la profundidad de estas entre encía y diente o entre encía y hueso debe medirse cuidadosamente con la sonda deben observarse las superficies en las que se impactan los alimentos ya que suele deberse a puntos de contacto interproximales defectuosos que por lo general pueden corregirse. Debe llevarse a cabo el tratamiento parodontal antes de colocar una prótesis.

TRATAMIENTO ENDODÓNTICO

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

Puede considerarse el empleo de dientes con tratamiento endodóntico como pilares de prótesis parcial removible bajo las siguientes circunstancias: el diente que ha sido tratado endodónticamente se presenta como pilar del paciente a quien va a colocarse una prótesis removible. El pilar con pulpa infectada se encuentra en un candidato a prótesis parcial.

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

Tratamiento Ortodóntico.

Las anomalías de la posición de los dientes que interfieren con el diseño ideal de la prótesis, son muy frecuentes en candidatos a prótesis parcial removible. Aunque la ortodoncia debe ser practicada exclusivamente por especialistas pueden lograrse buenos resultados al tratar de volver a su lugar dientes extruidos, girovertidos o inclinados, valiéndose de técnicas de movimientos dentales mínimos que no requieren mucho tiempo, en caso de que se necesite un tratamiento ortodóntico más complicado, debe enviarse con un especialista.

' APOYOS Y LECHOS PARA APOYOS OCLUSALES

El apoyo puede ser ubicado sobre la cara oclusal de algún molar o premolar, sobre la cara lingual de un diente anterior preparado para recibirlo y capaz de soportar las fuerzas aplicadas o sobre una superficie incisal.

Regla básicas para el apoyo.

1.- Un apoyo debe ser diseñado de manera que las fuerzas recibidas sean transmitidas en dirección del eje longitudinal del diente de soporte, lo más cerca que sea posible de este.

2.- Un apoyo debe ser ubicado de modo que prevenga el movimiento de la prótesis en dirección cervical.(1)

Funciones de un Apoyo.

1.- Dirigir las fuerzas de la masticación paralelas al eje longitudinal del diente pilar.

(1) Fernando Angeles Medina
Diseño en Prótesis Parcial Removible
1985

2.- Actuar como un tope, previniendo lesiones y sobre extensiones en los tejidos blandos situados por debajo de la prótesis parcial removible.

3.- Mantener los retenedores directos, los cuales están usualmente unidos al descanso en su posición previamente establecida.

4.- Funcionar como retenedor indirecto en extensiones distales. Descansos adicionales son colocados anterior o posteriormente al eje de rotación para que actúen como retenedores indirectos.

5.- Transmitir a los dientes pilares algunas fuerzas laterales ejercidas a la prótesis parcial durante la masticación, esta acción se logra aumentando la profundización del descanso.

6.- Prevenir la acumulación de comida en el retenedor y superficie proximal del diente pilar.

7.- Cerrar pequeños espacios entre los dientes por medio de

descansos oclusales y restablecer la continuidad del arco.

8.- Actuar como brazo recíproco, en ciertos casos, en oposición al brazo retentivo del retenedor.

9.- Construir un diente pilar con un apoyo oclusal largo para estabilizar un mejor y más aceptable plano de oclusión .

10.- Prevenir la extrusión del diente.

MODELOS DE DIAGNÓSTICO MONTADOS EN ARTICULADOR

Los modelos de diagnóstico montados en articulador son una ayuda fundamental para el diagnóstico en odontología. Estos tienen un papel importante en la evaluación del paciente parcialmente desdentado. Su uso incluye lo siguiente:

- Los dientes extruídos, tuberosidades, falta de espacio intermaxilar, dientes e mal posición y restauraciones defectuosas son muy aparentes si los modelos son exactos y montados en un articulador adecuado.

_ Se mejora el análisis detallado de la oclusión del paciente. Ya que los labios, mejillas y el cráneo bloquean el buen acceso visual a los dientes del paciente y a la relación entre los dientes en las diversas posiciones oclusales, los modelos montados convenientemente dan una

buena visión desde todas las direcciones . La información que se obtiene puede utilizarse para determinar el diseño apropiado para restarurar la boca.

-Son de gran ayuda en la educación del paciente y en la presentación del plan de tratamiento.

El objetivo para el montaje de diagnóstico es posicionar los modelos de las arcadas en un articulador .que tenga la misma relación del maxilar superior con el inferior en el cráneo. Existen tres fases distintas para el procedimiento:

1.- Orientación del modelo superior a los elementos condilares del articulador por medio de la transferencia con el arco-facial.

2.- Orientación del modelo inferior con respecto al superior mediante la relación céntrica del paciente, por medio de un registro exacto de la relación céntrica.

3.- Verificación de estas relaciones mediante registros de relación céntrica y comparación de los contactos oclusales con los de la boca en el articulador.

CLASIFICACIÓN DE LOS ARCOS PARCIALMENTE DESDENTADOS

Distintos métodos de clasificación de los arcos parcialmente desdentados han sido propuestos y se encuentran en uso actualmene. Esto ha originado mucha confusión y desacuerdos en relación al método que debería aceptarse y al que mejor clasifique a todas las combinaciones posibles.

Actualmente, el método de Kennedy es posiblemente el más aceptado para la clasificación de los arcos parcialmente desdentados. Kennedy dividió todos los arcos parcialmente desdentados en cuatro clases principales. Las zonas desdentadas que no están descritas en las clases principales, fueron designadas como modificaciones.

ventajas del método de Kennedy es que permite la rápida visualización del arco parcialmente desdentado(1)

Clasificación de Kennedy.

Clase I. Zonas desdentadas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes remanentes.

Clase II. Zona desdentada unilateral ubicada posteriormente a los dientes remanentes.

Clase III. Zona desdentada unilateral con dientes remanentes anterior y posteriormente a ella.

Clase IV. Zona desdentada única pero bilateral (que cruza la línea media) ubicada anteriormente a los dientes remanentes.

Las modificaciones aplicadas a la clase I,II,III, se harán tomando en cuenta el número de zonas desdentadas extras a la clasificación original.

Reglas del Dr. Applegate, para la aplicación de la clasificación de

(1) Fernando Angeles Medina
Diseño en Prótesis Parcial Removible
1985

Kennedy sería difícil de aplicar a cada caso sin la existencia de ciertas reglas de aplicación . Applegate ha brindado las siguientes ocho reglas para la aplicación del método Kennedy.

Primera regla.- Más que preceder, la clasificación debe seguir a toda extracción dentaria que pueda alterar la clasificación original.

Segunda regla.- Si falta el tercer molar y no va a ser repuesto, no se le considera en la clasificación .

Tercera regla.- Si un tercer molar está presente y va a ser utilizado como pilar, se le considera en la clasificación.

Quinta regla.- La zona o zonas desdentadas más posteriores siempre determinan la clasificación.

Sexta regla.- Las zonas desdentadas que no sean aquellas que determinan la clasificación, se señalan como modificaciones y son designadas por su número.

Séptima regla.- La extensión de la modificación no es considerada sólo se

toma en cuenta el número de zonas desdentadas adicionales.

Octava regla.- No pueden existir zonas modificadoras en la clase IV (toda otra zona desdentada posterior a la única zona bilateral que cruza la línea media, determina a la vez la clasificación).

ANÁLISIS EN EL PARALELIZADOR

Los paralelizadores mas usados son el de Ney y el de Jelenko. Los dos son básicamente lo mismo, difieren principalmente en que el brazo de Ney está fijo y el de Jelenko gira sobre su eje.

Descripción de los Paralelizadores.

- a) Plataforma sobre la que se mueve la base.
- b) Brazo vertical que sostiene la superestructura.
- c) Brazo horizontal del que prende el instrumento analizado.
- d) Soporte en el que se fina el modelo.
- e) Base sobre la que gira el soporte.
- f) Instrumento o marcador del lineador. Este instrumento contacta con la cara convexa que estudia de manera tangencial.
- g) Mandril para sostener instrumentos especiales.

Recortado de Modelos.

1.- Se moja el modelo sumergiéndolo en agua ionizada durante cinco minutos previos al recorte del mismo.

2.- Se recorta la parte posterior del modelo. Este debe de formar un ángulo de 90 grados con la base y debe ser perpendicular a la línea que pasa en el centro de los incisivos centrales.

3.- La base del modelo se recortará hasta lograr que quede paralela a la superficie oclusal de los dientes, y al mismo tiempo se determinará el grosor del modelo.

4.- Los lados del modelo deben ser recortados de manera que queden paralelos a las superficies bucales de los dientes posteriores o de la cresta del reborde residual. No se debe recortar muy cerca del fondo de saco, por lo menos se deben dejar 3mm del fondo de saco hacia afuera para no mutilar el modelo.

Los lados de los bordes posteriores se unen recortando los modelos

por atrás de la escotadura hamular o de la zona retromolar. Los bordes anteriores del modelo superior se forman recortando del área de caninos de cada lado hacia el punto interpoximal del los incisivos centrales. Teniendo cuidado de mantener el vestibulo íntegro.

El borde anterior en el modelo inferior se forma haciendo una pared curveada de canino a canino. La curva debe ser constante y armónica.

Factores que determinan la guía de inserción y remoción de la prótesis.

Estos factores están dados por:

- 1.- Los planos guía.
- 2.- Las zonas retentivas.
- 3.- Las interferencias.
- 4.- La estética.

Planos guía.

Las caras proximales de los dientes pilares que guardan una posición paralela entre si, deben ser creadas para que actúen como planos de guía durante la colocación y remoción de la prótesis. Además de evitar que durante estos movimientos ésta se deforme o ejerza demasiada presión sobre los dientes con los que contacta.

Zonas retentivas.

Para dar una vía de inserción deben existir zonas retentivas que serán las que entren en contacto con los brazos retentivos que deben flexionarse sobre la superficie convexa durante su colocación y retiro.

Interferencia.

La prótesis debe ser diseñada de modo que no encuentre interferencia dentaria al colocarla y retirarla, así como tampoco interferencia tisular. La interferencia puede ser eliminada durante la

preparación bucal mediante cirugía, extracciones o con desgaste por medio de discos de las superficies dentarias que presenten interferencia. O recontorneado los dientes mediante restauraciones colocadas.

Estética .

Mediante la guía de inserción y remoción de la prótesis es posible ubicar tanto los dientes artificiales , los retenedores y el material de base en la posición más estética.

Cuando se van a realizar restauraciones, por otro motivo ajeno a la prótesis, estas deben ser construidas en su contorno de manera que no se vea el retenedor metálico.

Cuando deben reponerse dientes anteriores perdidos, se buscará una guía de inserción mas vertical, de manera que los dientes adyacentes a la zona edéntula no tengan que ser retocados excesivamente.

CONCLUSIONES

Actualmente para la odontología es indispensable el conocimiento de los pasos a seguir para obtener un buen diagnóstico y pronóstico de la prótesis parcial removible.

Realizando un buen análisis del paciente que es candidato para prótesis parcial removible, tendremos mayores posibilidades de hacer prótesis que devuelvan función y estética al aparato masticatorio.

El odontólogo debe hacer uso de su habilidad manual y de sus conocimientos para valorar las condiciones del estado bucal del paciente y así lograr una rehabilitación con el máximo de funcionalidad así como el evitar que se produzcan alteraciones o trastornos que puedan comprometer no sólo la prótesis, sino también las estructuras adyacentes a la misma.

BIBLIOGRAFIA

Angeles Medina Fernando
Diseño en Prótesis Parcial Removible
Ed. Odontolibros
México
1985

Borel Jean Claude, Exbrayat Joseph, Achittly Jean
Manual de Prótesis Parcial Removible
Ed. Masson, S. A.
España
1985

Graber George, Haensler Vrs, Wiehl Pete,
Atlas de Prótesis Parcial
De. Salvat
España
1988

Kratochvil James F.
Prótesis Parcia Removible
De. Interamericana
México
1989

Mc Cracken, Castleberry, Mc Givney
Prótesis Parcial Removible
De. Panamericana
Argentina
1992

Milki Ernest L.
Prótesis Parcial Removible
Ed. Interamericana
México
1975

Shafer Williams G., Hine Maynard K., Levy Barnett M.
Tratado de Patología Bucal
Ed. Interamericana
México
1986