

**“MANEJO INTEGRAL DE UN PACIENTE ADULTO”
PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO**

INTEGRANTES:

**CESAR SILVA
CLAUDIA CASTELLANOS
MONICA PRIETO
SANDRA DELGADO
SANDRA MORENO**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
X SEMESTRE
BOGOTA D. C. 2003.**

**“MANEJO INTEGRAL DE UN PACIENTE ADULTO”
PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO**

INTEGRANTES:

CLAUDIA CASTELLANOS	COD. 981270
MONICA PRIETO	COD. 981004
SANDRA DELGADO	COD. 952267
SANDRA MORENO	COD. 932107
CESAR SILVA	COD. 982015

**PRESENTADO A:
Dra. NERY VILLOTA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
X SEMESTRE
BOGOTA D. C. 2003.**

CASO CLÍNICO

“MANEJO INTEGRAL DE UN PACIENTE ADULTO”

INFORMACIÓN GENERAL

- Nombre : JESUS HUMBERTO
- Apellidos : ZULUAGA QUINTERO
- Edad : 40 AÑOS
- Sexo : MASCULINO
- Raza : BLANCA
- Estado Civil : CASADO
- Escolaridad : PRIMARIA
- Ocupación : COMERCIANTE

MOTIVO DE CONSULTA : “CAMBIARSE LA CAJA DE DIENTES DE ARRIBA ”

EXAMEN FÍSICO

- Peso : 59 Kg.
- RH : O +
- Estatura : 1.65 Cms.
- Temperatura : 37° C
- Presión Arterial : 120/70 mm /Hg.
- Frecuencia Cardiaca : 75 p/min.

ANAMNESIS

- Historia Médica Familiar: El paciente reporta no tener ningún antecedente de salud familiar.
- Historia Médica Personal: El Paciente reporta a los 4 años de edad un absceso submandibular de origen odontógeno.

HISTORIA ODONTOLÓGICA PREVIA

1. Periodoncia
2. Cirugía
3. Operatoria
4. Prostodoncia

Deficiente Higiene Oral: Cepillo de Cerdas Suaves, Dentífrico.

ANTECEDENTES PSICOLOGICOS

- Actitud ante tratamientos realizados anteriormente: Bueno.
- Actitud ante este tratamiento : Bueno.
- Estado de ánimo : Positivo

HISTORIA ESTOMATOLOGICA

- Desarmonías oclusales
- Sangrado Gingival

EXAMEN FÍSICO ORAL

Gingiva anormal: (inflamada)

Reborde alveolar: Irregular en maxilar superior y lado izquierdo por ausencias dentarias.

Paladar Blando: Inflamado, rojo, brillante, edematoso y granuloso.

ODONTOGRAMA

18 - Ausente	28 – Resto radicular
17 - Ausente	27 – Ausente
16 - Ausente	26 – Ausente
15 - Ausente	25 – Ausente
14 - Ausente	24 – Ausente
13 - Ausente	23 - Ausente
12 - Ausente	22 - Ausente
11 - Ausente	21 - Ausente
41 - Caries recurrente (D)	31 - Caries recurrente (VDL)
42 - Caries recurrente (VML)	32 - Caries recurrente (VML)
43 - Sano	33 - Sano
44 - Sano	34 - Sano
45 - Ausente	35 - Sano
46 - Ausente	36 - Ausente
47 - Ausente	37 - Ausente
48 - Caries activa (o)	38 - Ausente

EXAMEN RADIOGRAFICO

Radiografía Panorámica:

Estructuras anatómicas radiográficamente normales. A nivel superior se observa un resto radicular situado en el seno maxilar, no se observa espacio del ligamento periodontal.

No se observa pérdida ósea significativa a nivel del maxilar superior.

31 - Área radiolúcida a nivel mesial compatible con caries activa.

32 - Área radiolúcida a nivel mesial compatible con caries activa.

38 - Se observa imputado en sentido horizontal, con dilaceración de las raíces y cercanía al nervio dentario inferior.

A nivel inferior derecho entre 44 al 48 se observa pérdida ósea en sentido horizontal y vertical y a nivel inferior izquierdo pérdida ósea en sentido horizontal y vertical.

DIAGNOSTICO

	Diagnóstico definitivo	Etiología	Pronóstico
Generales	Paciente sano		Bueno
Craneomandibulares	Desorden craneomandibular de crecimiento y desarrollo de tipo adquirido y congénito.	Multifactorial	Bueno
Orales tejidos blandos y óseos.	1. Paladar profundo 2. Lengua fisurada 3. Estomatitis por contacto. 4. Colapso tipo III	Genética Multifactorial Multifactorial traumatismo protésico placa dental e infección candidiasis o tabaquismo. Ausencias dentarias	Bueno.
Periodontales	Gingivitis asociada a placa.	Placa bacteriana mala higiene oral	Bueno
Dentales	Ausencias dentarias Diastemas giroversiones. Caries activa, caries recurrente.	Exodoncias múltiples Streptococos mutans del grupo B Hemolítico Placa bacteriana Mala Técnica de cepillado	

	Diente incluido.	Causas locales genéticas y	
--	------------------	----------------------------	--

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

- | | |
|--|--|
| <p>1. PERIODONCIA : Terapia básica y profilaxis</p> <p>2. OPERATORIA : Amalgama y resinas</p> <p>3. IMPLANTE</p> | <p>y</p> <p>1. PERIODONCIA : Terapia básica, profilaxis, motivación y enseñanza de cepillado a las prótesis.</p> <p>2. OPERATORIA : Amalgama y resinas</p> <p>PROSTODONCIA : Prótesis total superior, prostodoncia parcial removible inferior.</p> |
|--|--|

SECUENCIA DEL PLAN DE TRATAMIENTO

- 1). Periodoncia * Motivación al paciente
- Enseñanzas de cepillado a las prótesis
 - Terapia Básica
 - Raspado y alisado coronal
 - Profilaxis
- 2) Operatoria * Amalgama del 48
- Resinas de:
- | | |
|--------|--------|
| 31 VDL | 41 D |
| 32 VML | 42 VML |

3). Prostodoncia: Prótesis total superior

Prostodoncia parcial removible inferior

Clasificación de Kennedy II

Limitación del 44 al 48.

Conector mayor: barra lingual

Apoyos 35-44-RPI

48-eakers simple.

4). Periodoncia : Terapia de soporte periodontal.

Control de prostodoncia total superior y removible inferior

GENERALIDADES

CORDALES INCLUIDOS

Es el que no ha erupcionado total o parcialmente en la arcada dentaria sin el intervalo de tiempo esperado, su etiología puede ser: Causas sistémicas, causas prenatales, causas posnatales y locales.

Estudio preoperatorio del tercer molar.

El estudio preoperatorio del tercer molar es a la vez clínico y radiográfico. El estudio radiográfico es fundamental.

Factores a considerar en la radiografía antes de la exodoncia quirúrgica de un tercer molar:

Angulación. Si se compara el eje axial del tercer molar con el del segundo molar, la impactación podrá clasificarse como horizontal, mesioangular, vertical o distoangular. También se valorara la valoración bucolingual.

Relación con la rama ascendente mandibular. Se valora el espacio existente entre la superficie distal de la corona del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente mandibular, comparándolo con el tamaño mesiodistal de la corona del cordal. Cuanto menor sea este espacio, mayor será la dificultad quirúrgica.

Profundidad de la impactación. Es un factor muy importante a valorar. Se mide en relación con el plano oclusal de los demás dientes mandibulares. Cuanto mayor sea la profundidad, mayor es la dificultad.

Ligamento periodontal. Sin el estudio radiológico se observa un ensanchamiento (pacientes jóvenes), la exodoncia es más fácil. Si es inapreciable en la radiografía la exodoncia será difícil.

Saco folicular. La presencia de un saco folicular amplio facilita la exodoncia.

Morfología radicular. Debe valorarse cada una de las raíces (número, tamaño y dirección). Si su conjunto (tamaño y forma). La presencia de raíces con líneas de retiro se contraponen puede indicar la necesidad de dividir el diente. El momento ideal para la exodoncia es cuando en las raíces están formadas en 2/3 de su longitud.

Forma del tamaño de la corona. A pesar de que la forma de la corona del tercer molar retenido raras veces es motivo de dificultades durante la exodoncia, es más difícil extraer los dientes con coronas cuadradas grandes y cúspides prominentes. Esto es especialmente importante en las impactaciones en las que el camino de salida del tercer molar está obstruido por el segundo. También es importante valorar si existe caries, ya que frecuentemente complica la exodoncia.

Relación con el segundo molar. Es importantes la proximidad al segundo molar, la existencia de hueso interpuesto, si hay espacio entre el tercero y el segundo molares, la extracción será más fácil. Sin embargo, si la impactación es horizontal o mesioangular, a menudo estará en contacto con el segundo molar. Por lo que la dificultad de la exodoncia será mayor ya que es fácil lesionar dicho diente. La posición y la disposición radicular del segundo molar pueden dificultar la extracción del tercer molar, y la inclinación distal del eje longitudinal del segundo molar puede incrementar la retención del tercer molar impactado. Los segundo

molares con raíces fusionadas, cópnicas, pueden ser fácilmente luxados, en particular si falta el primer molar. Los segundos molares con grandes restauraciones también pueden sufrir fácilmente fracturas coronarias.

Canal alveolar inferior. Se debe saber diferenciar en el estudio radiológico la relación que mantiene el conducto denario con las raíces del cordal.

Textura ósea. La densidad ósea alrededor del diente orientará acerca de la mayor o menor dificultad del a exodoncia. Es más fiable determinar la densidad ósea a partir de la edad del paciente. Los pacientes de 18 años o menos presentan densidades óseas más favorable para la exodoncia. Pacientes de edades superiores a 35 años presentan densidades mayores y, por tanto, menor elasticidad ósea.

- Angulación
- Relación con la rama ascendente mandibular
- Profundidad de la impactación
- Ligamento periodontal
- Saco folicular
- Forma radicular
- Forma del tamaño de la corona
- Relación con el segundo molar.
- Segundo molar.
- Conducto alveolar inferior.
- Textura ósea

Técnica quirúrgica básica.

Anestesia.

Tercer molar superior. Anestesia troncular de los nervios alveolares superiores, entrando por vestíbulo a la altura del primer molar superior en dirección posterosuperior, y anestesia troncular el nervio palatino en el agujero palatino posterior.

Tercer molar inferior. Anestesia troncular del nervio dentario inferior y del nervio lingual al nivel de la espina de Spix, y del nervio bucal largo en el fondo del vestíbulo lateral al segundo/ tercer molar inferior.

Técnica quirúrgica

La técnica básica de exodoncia quirúrgica de terceros molares es común a todos los tipos de impactaciones, existiendo diferencias en el tipo de odontosección/ostectomía efectuada.

Colgajo mucoperióstico

Generalidades. El colgajo mucoperiostico debe ser de tamaño suficiente para garantizar un adecuado acceso y una visibilidad del campo quirúrgico sin que su retracción forzada pueda originar desgarros mucosos. Puede tratarse de un colgajo envolvente o de un colgajo triangular con incisión de descarga hacia el fondo del vestíbulo. En este caso, la incisión de descarga debe ser oblicua, de forma que la base del colgajo sea amplia y no comprometa la vascularización de éste. La incisión a lo largo de todo su trazado debe hacerse con el bisturí incidiendo hasta el hueso para conseguir un colgajo mucoperióstico de espesor completo. La prolongación anterior de la incisión garantiza, por una parte, acceso

adecuado y, además que el cierre sea sobre hueso sólido y no sobre el defecto óseo para evitar dehiscencias de la herida.

Tercer molar inferior.

Generalidades

No erupción: El diente no erupcionado es aquel que aún no ha perforado la mucosa oral y no ha adquirido su posición normal en la arcada dentaria en relación con la edad del paciente. Incluye tanto los dientes impactados como los dientes en proceso de erupción.

Impactación: El diente impactado o esclavado es aquel que no ha erupcionado total o parcialmente en la arcada dentaria en el intervalo de tiempo esperado.

El saco pericoronario puede estar, o no, abierto en la boca, pero el trayecto normal de erupción del diente se halla interferido o bloqueado por un obstáculo mecánico (otros dientes , hueso de recubrimiento excesivamente denso o fibrosis o exceso de tejidos blandos). Se sospecha clínicamente cuando el diente antagonista está presente y cuando el mismo diente de la arcada contralateral está erupcionando.

Todo diente impactado es también un diente no erupcionado.

Inclusión: El diente incluido es aquel que ha perdido su fuerza de erupción y se encuentra retenido en el maxilar, rodeado aún de su saco pericoronario intacto y de un lecho óseo. Tanto los dientes impactados como los dientes no erupcionados, son técnicamente dientes incluidos, pero el término se aplica a menudo a dientes mesiodens, a otros dientes supernumerarios y a dientes asociados a patología (p. ej., quistes).

Malposición o ectopia: El término ectopia se refiere al diente incluido en una posición anómala pero cercana a su lugar habitual. La heterotopia es una inclusión en una posición anómala pero más alejada de la localización normal, como órbita, seno, apófisis coronoides o cóndilo mandibular.

Incidencia y localización

El tercer molar tiene la mayor incidencia de impactación dentaria y su extirpación quirúrgica. Es la intervención que con más frecuencia practican los cirujanos maxilofaciales. De hecho, es la intervención en frecuencia en EE.UU. después de la histerectomía.

Aproximadamente un 17% de los pacientes presentan inclusiones dentarias. No todos los autores coinciden en cuanto a la frecuencia de impactación de los distintos dientes. Globalmente, los dientes impactados con mayor frecuencia son los terceros molares mandibulares, los maxilares y los caninos maxilares. A ellos siguen, con menor frecuencia, premolares mandibulares, caninos mandibulares, premolares maxilares, incisivos centrales maxilares e incisivos laterales maxilares.

Etiología

Causas sistémicas

Si el retraso en la erupción afecta a numerosos dientes, debe sospecharse una causa sistémica, encontrándose un trastorno general del crecimiento. No se descubren causas locales predisponentes.

Causas prenatales

Las causas prenatales pueden ser, a su vez, genéticas o congénitas.

Genéticas. Los maxilares y la dentición pueden presentar una serie de trastornos hereditarios o familiares (es decir, por mutaciones o alteraciones genéticas) que cursen con un aumento en la incidencia de inclusiones. algunos ejemplos de estos trastornos son:

1. Trastornos en el desarrollo del cráneo, los maxilares y dientes (p. ej., disostosis cleidocraneal, acondroplasia).
2. Trastornos en el desarrollo de los maxilares (p.ej., micrognatia, fisura palatina).
3. Trastornos en el desarrollo de los dientes (p.ej., macrodoncia, dientes accesorios y supernumerarios).

Congénitas. Debidas a patología materna durante el embarazo(p.ej., varicela, trastornos de metabolismo, traumatismos).

Causas postnatales

Se incluyen todas las causas que pueden influir en el desarrollo del recién nacido (p.ej., anemia, desnutrición, endocrinopatías, sífilis congénita o tuberculosis).

Causas locales

Son las más importantes. Entre ellas figuran:

1. Irregularidad en la posición y la presión de un diente vecino.
2. Aumento de densidad del hueso circundante.
3. Inflamación cónica de largo tiempo de evolución, con el consecuente aumento de densidad de la mucosa de recubrimiento.

4. Falta de espacio en la arcada (debido a maxilares hipodesarrollados, trastornos en el tamaño y la forma de los dientes).

ESTOMATITIS PROTESICA

Se ha identificado con el nombre de estomatitis protésica a ciertos cambios inflamatorios que se hallan debajo de las bases de la PPR o boca protésica dolorida, y se produce a menudo debajo de bases protésicas palatinas. Cuando la lesión se halla confinada al contorno de la base protésica, las causas se atribuyen a prótesis mal adaptadas, desarmonías oclusales, hábitos parafuncionales, higiene bucal deficiente o uso constante de la prótesis. Si bien en algunos casos la lesión fue señalada como respuesta alérgica, Turrel llegó a la conclusión de que los métodos modernos del procesamiento del acrílico muy rara vez darán lugar a una concentración suficiente de resina acrílica mal curada como causar una reacción.

Este autor sugiere que probablemente dichas afecciones puedan atribuirse a una disfunción metabólica subyacente, a una deficiencia nutricional, a problemas psicológicos a una crítica tolerancia de los tejidos bucales o a la incidencia de fuerza de carga protésica. En estas situaciones, el tratamiento médico y el odontológico han de ser concomitantes y llevarse a cabo simultáneamente.

CARACTERISTICAS

La estomatitis por prótesis se produce bajo dentaduras protésicas completas o parciales y es más frecuente en mujeres.

Las lesiones suelen limitarse al paladar y rara vez o nunca afectan a la cresta mandibular. Alrededor del 50% de los pacientes presentan una queilitis angular asociada, con o sin hiperplasia papilar inflamatoria palatina. También se ha establecido una importante correlación entre la incidencia de esta trastorno y el uso nocturno de dentadura protésica.

Las lesiones pueden ser totalmente asintomáticas o bien producir molestias y sequedad de boca, molestias que a veces se describen también como picazón. El tejido palatino aparece como brillante, algo edematoso y granular. Solo de afecta el tejido cubierto por la dentadura protésica. El enrojecimiento suele afectar a toda el área cubierta por la prótesis, aunque su distribución sea a veces focal.

Al microscopio, la lesión resulta bastante inespecífica. El epitelio es atrófico y puede ulcerarse en algunas zonas. Existe un infiltrado inflamatorio crónico intenso en la lámina propia que también afecta el epitelio. No suele aislarse *C. Albicans* en las muestras tisulares. La prueba diagnóstica más exacta es un frotis del área de la lesión teñido con ácido periódico-reactante de Schiff. De ese modo aparecerán las levaduras e hifas de *Cándida*.

Diagnóstico diferencial : el cuadro clínico de estomatitis por prótesis es bastante específico, ya que pocas enfermedades se le asemejan. Sin embargo, infecciones producidas por otros microorganismos pueden producir un enrojecimiento difuso similar, ya sea de forma aislada o en combinación con *Cándida*. En ocasiones se produce alergia de contacto al componente acrílico de la prótesis, en cuyo caso el enrojecimiento no se limitará al tejido subyacente a la prótesis, sino que aparecerá roja toda la superficie mucosa en contacto con el material acrílico. El diagnóstico

suele establecerse mediante pruebas epicutáneas del material. De vez en cuando, mucositis generalizadas afectarán a los tejidos situados bajo la prótesis, aunque la distribución generalizada de éstos los diferenciará de la estomatitis por dentadura protésica. Algunos de estos pacientes pueden infectarse secundariamente por *Cándida*.

Tratamiento: El tratamiento de la estomatitis por dentadura protésica incluye la corrección de los defectos de la prótesis medidas de higiene oral y de la prótesis y tratamiento antifúngico. Las prótesis mal ajustadas deben ser modificadas o sustituidas. El paciente debe quitarse la prótesis al costarse, colocándola en clorhexidina o en solución de nistatina durante la noche mediante tras una limpieza adecuada, aunque profesionales recomiendan guardarla en seco. En un estudio se comunicó que el limpiador protésico de peróxido de hidrógeno era tan eficaz como el empleo de agentes antifúngicos sobre la dentadura protésica. (En ocasiones, los hongos habrán impregnado hasta tal punto la prótesis, que esta deberá ser desechada y sustituida por una nueva), durante el día pueden utilizarse pastas y ungüentos antifúngicos para la prótesis, y emplear colutorios orales antifúngicos, tal vez combinados con agentes sistémico. Un informe reciente comunica un éxito considerable con laca de miconazol aplicada sobre la superficie tisular de la prótesis. Las recidivas son frecuentes y es importante asegurar la reducción de los niveles de placa de la prótesis.

MODIFICACIONES DE LAS PROTESIS EN USO

La prótesis en uso debe evaluarse para determinar la presencia de cualquier deficiencia mecánica que lesione los tejidos blandos. Para ello, el odontólogo hará lo siguiente:

1. Corregir todo contacto desviante evidente, sobre todo del lado de balance.
2. Restaurar la dimensión vertical de la oclusión hasta el nivel adecuado, junto con el uso de resina acrílica autopolimerizable en las caras oclusales de los dientes posteriores, y un acondicionador tisular elástico en la cara tisular de la prótesis.
3. Ubicar y eliminar toda zona protésica que cause presión y deformación excesivas.
4. Corregir la extensión de la base protésica y lograr el máximo de recubrimiento y estabilidad dentro de los límites de tolerancia de los tejidos.
5. Ajustar la ubicación y la actividad de los componentes para evitar la compresión de los tejidos y aumentar la estabilidad de las prótesis.

ELABORACION DE UNA PROTESIS PROVISIONAL

Algunas veces, la evaluación de la prótesis existente sugiere que será más práctico elaborar una prótesis provisional para el periodo de la recuperación tisular. En el pasado, grandes negligencias en el uso de prótesis parciales mucosoportadas causaron más lesiones de tejido blando y periodontales que las ocasionadas por otros motivos.

Si la PPR de base acrílica es la prótesis provisional de elección, se considerará atentamente a su diseño, se suministrará suficiente soporte dentario para asegurar la distribución uniforme de las cargas entre los dientes remanentes naturales y los tejidos blandos. El diseño de la prótesis y el recubrimiento de los tejidos deben ser para la conservación de los tejidos, no para su destrucción.

REMOCION Y LIMPIEZA DE LA PROTESIS DE LA CAVIDAD BUCAL

Lytle hace hincapié en que si se quitan las prótesis mal adaptadas y los tejidos no se hallan desplazados más allá de sus límites fisiológicos normales, estos mejorarán su tono y retornarán a su forma normal de reposo, lo cual se denomina "restablecimiento de los tejidos". Lytle también señaló que si se retiran las prótesis 48 a 72 horas antes de la toma de impresiones nuevas, será suficiente para la normalización de ellos tejidos si estos no han sido dañados más allá de su capacidad natural de recuperación. Kydd y colaboradores subrayaron la diferencia individual significativa de la capacidad de recuperación de los tejidos después de una carga prolongada. Así mismo, destacaron lo imprescindible del restablecimiento tisular previo el inicio de la atención protésica.

Además de no usar la prótesis, se le indicará al paciente que estimule los tejidos afectados mediante masajes con los dedos y que los limpie continuamente con un cepillo de nailon muy blando, con el fin de mantener los tejidos libres de irritantes superficiales.

EMPLEO DE ACONDICIONADORES DE TEJIDOS

Si los tejidos bucales se hallan en un estado muy deficiente, suele requerirse un periodo de recuperación más prolongado de 72 horas. Para ello, se colocará un acondicionador de tejidos elásticos por dentro de la base protésica, dependiendo del diseño y forma de los conectores-base de la prótesis parcial. El acondicionador de tejidos se compone de un polvo polímero y una mezcla de alcohol de éster estérilico (Braden, 1970) y provee un contacto o adhesión a los tejidos subyacentes durante el periodo de recuperación.

Para asegurar el inicio de la recuperación de los tejidos, se recomienda dejarlos reposar por lo menos 24 horas antes de usar el acondicionador de los tejidos.

La mayoría de los acondicionadores poseen la propiedad de "fluir" bajo las fuerzas funcionales y para funcionales generadas. Son plásticos al comienzo, pero finalmente se vuelven elásticos y resistentes y a veces funcionan como almohadilla o diluyen la distribución de las fuerzas a los tejidos subyacentes. Sin embargo, su efectividad es de breve duración y se requiere reemplazarlos con frecuencia.

De 7 a 28 días muchos de los acondicionadores se vuelven ásperos y rígidos, se decoloran y despiden un olor desagradable, probablemente a causa de la contaminación microbiana y fúngica.

PRÓTESIS TOTAL

Definición general

Es un procedimiento terapéutico de la rehabilitación mediante el cual y por medio de un aparato artificial se reemplaza un órgano perdido total o parcialmente.

Definición prótesis total

La prótesis total es el método terapéutico que por medio de un aparato artificial reemplaza los dientes perdidos de uno o ambos maxilares con el fin de restablecer la función masticatoria y ocultar deformidad causada por la pérdida de los dientes.

Objetivos de la prótesis total

- 1). Devolver por lo menos un 40% de la función masticatoria.
- 2). Restablecer la estética.
- 3). Mejorar y facilitar la fonética.
- 4). Devolver a la "normalidad" el estado anímico y psíquico alterado que presentan algunos pacientes por la pérdida de los dientes.
- 5). Darle "confort" o tolerancia al paciente a los aparatos protésicos.

Cualidades funcionales que debe tener una prótesis

Además de la biocompatibilidad que deben tener todos los materiales que componen una prótesis, debe reunir propiedades físicas como son :

Retención: Se refiere a la capacidad del aparato protésico para no dejar desplazar por las fuerzas de extrusión una vez colocada en la boca.

Estabilidad : Propiedad de no dejarse desplazar por fuerzas transversales, ello se logra mediante un perfecto equilibrio de la oclusión con una oclusión bilateral balanceada.

Soporte : Se refiere más que todo a la superficie anatómica de asiento de la dentadura que se opone a las fuerzas de intrusión ; juega papel importante la "resistencia" de la mucosa que recubre la superficie protésica y la técnica de impresión empleada.

ELEMENTOS DE UNA PROTESIS TORTAL

- Una base o placa de unos 3 mm. de espesor y tiene la misma morfología del maxilar respectivo, esta base puede ser metálica o acrílica. Otro ?.
- Los dientes correspondientes a cada maxilar en un número de 14 para cada aparato, los cuales están implantados en la base formando lo que denominamos la arcada dentaria.
- Los flancos terminan en un borde o límite de la prótesis. En la base protésica debemos distinguir una parte interna o noble que es la fiel reproducción anatómica del maxilar y una superficie externa que le operador puede modificar caracterizándola con detalles anatómicos tales como frenillos, punteado gingival, festones gingivales, rebordes. ect.

Los flancos están ubicados en las partes laterales a la arcada que pueden ser vestibulares o palatinas en la superior y vestibulares y linguales en la inferior, además superior existe una bóveda palatina.

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

INDICACIONES:

Aunque la decisión de utilizar una PPR debe tomarse solo cuando está contraindicada la prótesis fija, existen varias indicaciones específicas para colocarla a saber :

1. Cuando por falta de salud del tejido periodontal, el reborde residual debe ayudar al soporte de las fuerzas de masticación.
2. Cuando el espacio edéntulo no posee dientes remanentes posteriores, exceptuando aquellos casos en los cuales no se aconseja reponer los segundos y terceros molares.
3. Cuando en los dientes remanentes existe poco tejido de soporte y necesita ferulizarse a través del arco, la PPR puede actuar como férula estabilizando los dientes debilitados por la enfermedad periodontal subyacente.
4. Cuando las condiciones mentales o físicas del paciente no permiten llevar a cabo los procedimientos necesarios para la adecuada implantación y acción de la prótesis parcial fija.
5. Cuando existe una excesiva pérdida ósea en el área edéntula y, por ende, se requiere una base de acrílico en la prótesis, para de esa forma obtener una posición correcta de los dientes y al mismo tiempo dar soporte a los labios y mejillas.

6. Cuando existe una brecha prótesisica larga, es necesario colocar una PPR que logre la retención, soporte y estabilidad de aquella a partir de los pilares del lado contrario.
7. Para servir de cobertura, soporte o ambos en el tratamiento del paladar fisurado en prótesis maxilofacial, por ejemplo : cuando existe una fisura palatina que se comunica con la cavidad nasal, este defecto puede corregirse por medio del conector mayor de una PPR.

CONTRAINDICACIONES

Debido a las amplias ventajas que ofrece la PPR, sus indicaciones son precisas y con un alto grado de eficacia ; por tanto, sus contraindicaciones son mínimas de las cuales las más importantes son :

- a. Cuando puede tener éxito una prótesis parcial fija.
- b. Cuando no existe una higiene bucal adecuada.
- c. Cuando no existe cooperación por parte del paciente.

CONSIDERACIONES BIOMECANICAS SOBRE LA PPR

Según Maxwell : "la observación clara indica que la capacidad de los tejidos para tolerar fuerzas es directamente proporcional a la cantidad o intensidad de aquella".

Las estructuras de soporte para un PPR : dientes remanentes y tejido residual, están sujetas a diversas fuerzas que derivan del movimiento de masticación. Para mantener la salud de estas estructuras, el cirujano dentista debe considerara también la dirección, duración, frecuencia y magnitud de las fuerzas aplicadas.

Es importante conocer la selección, el diseño y la localización de los componentes, para distribuir en forma adecuada las fuerzas que se acumulan en una PPR.

TIPOS BASICOS DE PROTESIS

Existen dos tipos de prótesis parcial removible : la dentosoportada y la prótesis con base en extensión distal.

PPR dentosoportada : En este tipo de prótesis se encuentran las clases III y IV de Kennedy, en las cuales existen dientes pilares en cada extremo del espacio o espacios edéntulos. Este tipo de prótesis basa su soporte en dientes pilares, así como e gran parte lo hace la prótesis parcial fija.

PPR con base en extensión distal : Un ejemplo de estas son las clases I y II de Kennedy, en las cuales los espacios resultan muy extensos. Esta prótesis debe obtener su apoyo tanto en los dientes pilares como en los tejidos de la cresta alveolar residual.

CARGAS PRODUCIDAS POR PALANCA EN PPR

Cuando existen dientes pilares en cada extremo de los espacios edéntulos, puede elaborarse tanto una prótesis fija como una removible o ambas y por lo general el pronóstico es favorable ; esto se debe a que la prótesis esta completamente apoyada sobre los dientes y las fuerzas de palanca pueden controlarse en forma adecuada. Con esta base debe tenerse en cuenta las siguientes consideraciones :

1. Una prótesis parcial fija esta indicada cuando los espacios edéntulos son pequeños y el soporte periodontal de los dientes pilares es suficiente.

2. Una PPR está indicada cuando existen espacios edéntulos largos en el soporte periodontal de los dientes pilares no es el suficiente para soportar las fuerzas que genera una prótesis fija.
3. En espacios edéntulos unilaterales con extensión distal (por ejemplo la clase II de Kennedy con o sin modificación de espacios). El movimiento de dicha extensión transmite las fuerzas de torsión a todos los dientes pilares.
4. El diente pilar adyacente a la extensión distal es el más vulnerable, en las fuerzas de torsión.
5. En extensiones distales bilaterales es inevitable el movimiento que tiene la prótesis sobre los tejidos, ello produce fuerzas de torsión indeseables que transmiten a los dientes pilares.

FUERZAS QUE ACTUAN EN LA PROTESIS

Durante el diseño de la PPR, el cirujano dentista debe considerar las fuerzas de torsión que actúan en la dentadura, están relacionadas principalmente con los tres planos de rotación de la línea fulcrum, a saber :

Primer Plano:

Se encuentra en dirección horizontal y se extiende a través de dos dientes pilares principales. Este plano controla los movimientos de rotación de la dentadura en un plano sagital, movimiento de la dentadura alrededor y hacia afuera de los tejidos de soporte.

Segundo Plano:

Se encuentra en dirección sagital y se extiende a través de los apoyos oclusales en el diente pilar y la cresta alveolar residual, controlando los movimientos de

rotación de la dentadura en un plano vertical (movimiento de balance sobre la cresta alveolar residual).

Tercer Plano :

Se localiza en la línea media, sobre la cara lingual de los dientes anteriores ; controla los movimientos rotacionales de la dentadura en un plano horizontal.

FACTORES DETERMINANTES EN LA CANTIDAD DE CARGAS

La cantidad de cargas que se transmiten a los dientes pilares está determinada por varios factores :

- a. Longitud del espacio edéntulo.
- b. Cantidad y calidad de los soportes óseo y mucoso.
- c. Características generales de los retenedores directos.
 - Tipo
 - Diseño
 - Longitud
 - Calidad del material
 - Superficie útil del diente pilar.
- d. Oclusión :
 - Armonía o disarmonía oclusal
 - Oclusión con el antagonista (patrón oclusal)
 - Area de la base en al cual se aplican las cargas oclusales.

DISEÑO PARA EL CONTROL DE CARGAS

Deben tenerse en cuenta varios elementos necesarios para obtener un control óptimo, a saber:

a. Factores que actúan en la retención de una dentadura :

- Fuerza de adhesión y cohesión
- Control en la superficie interproximal de fricción
- Control neuromuscular

b. Configuración del conector mayor :

- Configuración cuadrilátera.
- Configuración triangular.
- Configuración bilateral.

c. Diseño de los retenedores directos :

- Retenedores coladores circulares
- Retenedores tipo barra.
- Retenedores combinados

d. Ferulización de dientes pilares :

- Ferulización por medio de prótesis fija.
- Ferulización por medio de retenedores directos.

e. Retención indirecta (depende del tipo de PPR)

f. Conector mayor

- Conectores mayores mandibulares y maxilares.

DIVERSOS CONCEPTOS PARA CONSTRUIR UNA PPR

Según la revisión bibliográfica existen tres conceptos o corrientes principales en relación con el diseño correcto de la PPR con extensión distal : a). obtención del soporte por medio de rompefuerza, b). base funcional, y c). distribución amplia de las cargas.

Obtención del soporte por medio de rompefuerzas :

La resiliencia del ligamento periodontal no es comparable con la gran resiliencia y desplazamiento de la mucosa ; elimina la conexión rígida de los retenedores directos a la base de la dentadura e insiste en utilizar algún tipo de rompefuerzas entre el retenedor directo y la base de la dentadura.

Base funcional :

Destaca la relativa inmovilidad de los dientes en dirección apical y la necesidad de aplicar rompefuerzas. Así mismo, recomienda el uso de un retenedor directo, relativamente móvil, que proporcione una cantidad limitada de retención.

Distribución amplia de las cargas :

Puede prevenirse el traumatismo excesivo tanto a los pilares como a la cresta residual, distribuyendo las fuerzas de oclusión a tantos dientes como sea posible, para utilizar apoyos oclusales y retenedores directos ; por tanto, se reducen las fuerzas de oclusión en cualquier diente o área de la cresta marginal dentaria.

CLASIFICACION DE LOS ARCOS PARCIALMENTE EDENTULOS

En la actualidad se aplican y se siguen proponiendo diferentes métodos de clasificación de los arcos o espacios parcialmente edéntulos. Esto origina

confusión y desacuerdos en relación con el método que debería aceptarse y con el que clasifique mejor todas las combinaciones posibles.

Se calcula que existen más de 65.000 combinaciones entre dientes con espacios edéntulos de un solo arco. Resulta obvio que ningún método de clasificación puede aplicarse en todos los casos, salvo aquellos más básicos. Actualmente la clasificación propuesta por Kennedy en 1923, es la más aceptada.

A fin de simplificar el problema y hacer más comprensibles los principios necesarios para el diseño de una PPR, Kennedy dividió en cuatro clases principales los arcos parcialmente edéntulos. Las zonas edéntulas que no se describen en estas cuatro clases se designan como modificaciones.

Quienes están familiarizados con esta clasificación y los principios para el diseño de la prótesis, pueden imaginar rápidamente el diseño básico que se emplea para cada tipo de prótesis ; así mismo se facilita la aplicación de los principios para el diseño definitivo de la prótesis.

CLASIFICACION DE KENNEDY

Esta clasificación es la más aceptada, debido a que define con precisión las zonas del arco parcialmente edéntulo.

Al hacer las modificaciones aplicadas, a las clases I, II, III debe tenerse en cuenta el número de zonas edéntulas en la clasificación original. El Dr. Oliver C. Applegate propuso varias reglas para usar en forma adecuada la clasificación original del Dr. Kennedy, sin las cuales dicha clasificación es difícil de aplicar en cada caso a saber :

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 reponerse, no se le considerará dentro de la clasificación.

Tercera regla : Si existe un tercer molar y se le va a utilizar como pilar, entonces se le considerará dentro de ella clasificación.

Cuarta regla : Si un segundo molar está ausente y no va a reponerse, no se le considerará dentro de ella clasificación.

Quinta regla : La zona o zonas edéntulas más posteriores siempre determinan la clasificación.

Sexta regla : Las zonas edéntulas que no determinan la clasificación solo se señalan como modificaciones y se designan por su número.

Séptima regla : No se considera el tamaño o la extensión de la modificación, sino el número de zonas edéntulas adicionales.

Octava regla : No pueden existir zonas modificadoras en la clase IV (toda zona edéntula posterior a la zona bilateral que cruza la línea media, determina a su vez la clasificación).

La prótesis parcial de clase I se diseña como prótesis mucodentosoportada, cuyas características necesarias para su éxito son : un soporte adecuado para las bases de extensión distal, una retención directa y flexible, y brindar los elementos necesarios para la retención indirecta.

La prótesis parcial de clase III se diseña como prótesis dentosoportada de retención indirecta sin soporte para la base y con retención directa, cuya única

función es retener la prótesis. Sin embargo, la prótesis parcial de clase II incluye ambas características cuando está presente la modificación dentosoportada con una base de extensión distal libre.

DETALLES CLINICOS EN EL DISEÑO DE LA PROTESIS

Para lograr el éxito en el diseño de una prótesis, deben considerarse varios detalles, los cuales nos permiten integrar la prótesis al sistema odontoestomatognático, de modo que funcione eficazmente a lo largo de los años, lo cual significa por parte del profesional un profundo conocimiento de lo siguiente :

1. El estado actual del paciente protésico-periodontal (clínico-radiográfico) y de modelos relacionados oclusalmente.
2. El papel que desempeña cada parte constitutiva de la prótesis., individualmente y como parte de una unidad funcional de alta complejidad.
3. La forma en que los esfuerzos generados se ejercen y distribuyen sobre los distintos elementos de sustentación (dientes pilares, periodonto, rebordes marginales, ect.).
4. La posibilidad, por parte de dientes con estructuras disminuidas de soporte, de absorber las fuerzas y compensar los requerimientos extra a que se ven sometidos, sin que ello produzca daño o lesión en aquellas.
5. La manera de regular al cantidad y calidad de esfuerzos generados mediante el establecimiento de una oclusión orgánica funcional.

Por otra parte, es de fundamental importancia en el enfermo periodontalmente tratado que presenta disminución en el soporte del hueso alveolar lo siguiente.

1. Que sus apoyos sean amplios y múltiples, a fin de que le brinden estabilidad vertical y le permitan orientar y redistribuir los esfuerzos en la mayor cantidad de dientes pilares posibles.
2. Que las superficies guía estén bien marcadas, a fin de que se determine un solo eje de entrada y salida del aparato, lo cual da estabilidad horizontal y contribuye a aumentar la retención por fricción.

Así mismo, es importante recordar que la combinación de apoyos múltiples y planos de guía coadyuvan a posibilitar la ferulización de los dientes remanentes.

En la prótesis a extremo libre adquiere gran importancia que las bases sean amplias y perfectamente bien adaptadas al reborde. Esto se logra a partir de impresiones funcionales con materiales plásticos y obtenidas en forma independiente de las correspondientes áreas dentadas.

Si lo anterior se lleva a cabo y el paciente recibe los cuidados requeridos a través del tiempo, el éxito será el resultado final del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Diccionario ilustrado de odontología JABLONSKI

Prótesis bucal removible procedimientos clínicos y diseño, FERNANDO ANGELES
MEDINA y ENRIQUE NAVARRO BARI, editorial Trillas.

Diagnóstico diferencial de las lesiones oral y maxilofaciales NORMAN K WOOD
editorial Harcourt Brace. V edición.

Cirugía Oral Raspall, Editorial Medica Panamericana.