

CASO CLINICO

**JOHANNA MILENA MEDINA
DIANA CAROLINA ROJAS
BEATRIZ HELENA SANCHEZ
MARIA FERNANDA PAREDES
ALEXANDER PUERTO**

**DECIMO SEMESTRE
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA, DC**

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PAG
INTRODUCCION	1
1. CASO CLINICO	2
1.1 Información General	2
1.2 Examen Físico	2
1.3 Anamnesis	2
1.4 Historia Odontológica	3
1.5 Historia Estomatológica	3
1.6 Examen Radiográfico	4
1.7 Análisis Facial	4
1.8 Exámenes de Complementarios	5
1.9 Diagnósticos	5
1.10 Plan de Tratamiento ideal	6
1.11 Tratamiento a Realizar	7
2. Marco Teórico	9
CASO CLINICO CENTRO	20
BIBLIOGRAFIA	25

INTRODUCCION

En el diagnostico de pacientes parcialmente edentulos, el examen deberá ser visual, paliatorio, radiográfico, seguido de un interrogatorio preliminar que realiza el odontólogo. Este interrogatorio deberá ser enfocado a la salud oral, dental y general del paciente; generalmente este interrogatorio revela los problemas que el paciente tiene con sus actuales prótesis, esto nos ayuda a los profesionales de la salud a no cometer los mismos errores que la actual prótesis que tiene y también nos ayuda a evaluar el perfil psicológico de nuestros pacientes.

En la prostodoncia removible debemos tener en cuenta que es un tratamiento complejo y de mucha exigencia; pues esta va a estar expuesta al medio oral, que es un medio muy dinámico y rodeada de estructuras anatómicas móviles como la lengua, los músculos etc. Pero hay otros factores los cuales se pueden lograr aprovechar para realizarla.

1. CASO CLINICO

1.1 Información general

Nombre: Estela Ayala

Dirección: Cra. 64 # 31 – 66

Teléfono: 3125920

Edad: 36 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Ocupación: Empleada

Motivo de Consulta: Cambio de los temporales por coronas.

1.2 Examen Físico

Aspecto General: Bueno

Peso: 47 Kg.

Estatura: 1.54 cm.

Presión Arterial: 110/70 mg/hg

Frecuencia Cardiaca: 65 ppm.

1.3 Anamnesis

* Antecedentes familiares:

Hermano: presenta leucemia.

* Antecedentes personales:

Reporta no tener ningún compromiso sistémico relevante.

1.4 Historia Odontológica

* Antecedentes Odontológicos.

Exodoncias

Prostodoncia parcial superior

Operatoria

* Antecedentes psicológicos:

El perfil del paciente es indiferente (según la clasificación del doctor Miles House).

1.5 Historia Estomatológica: Análisis de tejidos blandos

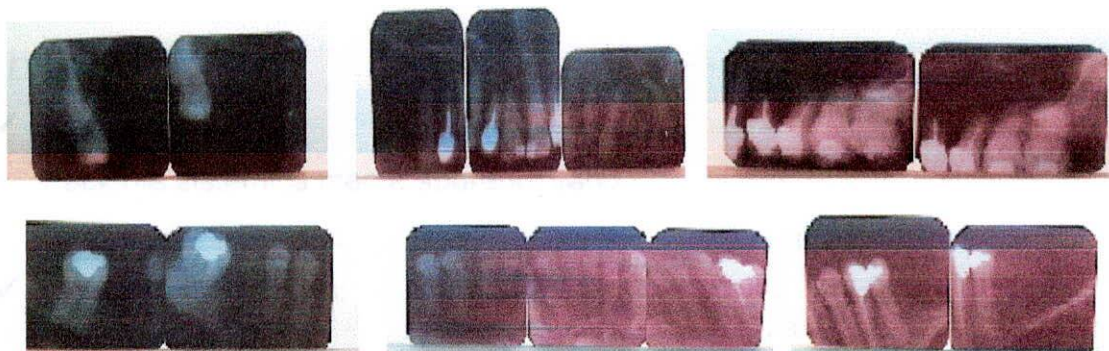
Se observa normalidad en los tejidos orales como labios, carrillos, surco vestibular, lengua, piso de la boca, frenillos.

En la zona de 13 y 14 se observa gingivitis inducida a placa bacteriana por temporalización desadaptada, y en el sextante cinco hay presencia de cálculos supragingivales, inflamación y acumulo de placa bacteriana.



1.6 Examen Radiográfico.

Tipo de Radiografía: Juego Periapical Completo.



* Análisis de tejidos duros:

- Hueso radiomixto aparentemente normal
- Zona radiolucida a nivel del 23(D)
- Zonas radiopacas coronales aparentes restauraciones plásticas o metálicas rígidas.

1.7 Análisis Facial

Línea media coincide

Clase de angle: no aplicable (por ausencias de 16, 26, 36 y 46).

Perfil convexo



1.8 Exámenes complementarios

No se le realizaron.

1.9 Diagnósticos

✓ Generales:

Paciente sistémica mente aparente sano.

✓ Craneomandibulares:

Sano

✓ Orales tejidos blandos y óseos:

Sano

✓ Periodontales:

Gingivorragia generalizada en el maxilar

Violación del espacio Biológico y sobrecontorno en el diente 12

Gingivitis localizada en el sextante cinco

**** Etiología: placa bacteriana

Corona desadaptada

Placa bacteriana

Mala higiene oral

✓ Dentales:

Restauraciones desadaptadas a nivel de

18 oclusal

23 distal

28 oclusal

43 vestibulo cervical

ausencias dentales: 16, 24, 25, 26, 27, 45, 46, 48, 36, 37, 38.

****Etiología: caries secundaria

Restauraciones desadaptadas

✓ Endodónticos:

Pulpitis irreversible asintomática en 13, 14.

Tratamientos de conductos en: 22, 15, 44.

****Etiología: caries extensas

Necrosis pulpar

1.10 Plan de Tratamiento Ideal:

TERAPIA BÁSICA DIRIGIDA A LA CAUSA.

- a) Control de placa bacteriana.
- b) Raspaje y alisado manual y ultrasónico.
- c) Motivación e instrucción de higiene oral.
- d) Control de caries y Restauraciones desadaptadas.
- e) Reevaluación.

ELIMINACION DE FOCOS INFECCIOSOS

TCC con fines protésicos de 13, 14.

FASE CORRECTIVA

- a) Reevaluación.
- b) Tratamiento ortodóntico para cierre de diastema entre 32 y 33.

IMPLANTES

- a) Implantes roscados 10 /3.5 en zona de 24, 25, 26, 46, 47,36.

Con coronas metal cerámica sobre cada implante.

PROSTODONCIA

Núcleos de 13, 14, 44.

Coronas metal cerámica en 13, 14, 44.

OPERATORIA

- a) Amalgamas en 18 oclusal, 28 oclusal.
- b) Resinas en DC de 23 y VC de 43.

10.11 Tratamiento a realizar:

TERAPIA BÁSICA DIRIGIDA A LA CAUSA.

- a) Control de placa bacteriana.
- b) Raspaje y alisado manual y ultrasónico.
- c) Motivación e instrucción de higiene oral.
- d) Control de caries y Restauraciones desadaptadas.
- e) Reevaluación.

ELIMINACION DE FOCOS INFECCIOSOS

TCC con fines protésicos de 13, 14.

FASE CORRECTIVA

- a) Reevaluación.

- b) Tratamiento ortodontico para cierre de diastema entre 32 y 33.

PROSTODONCIA

Núcleos de 13, 14, 44.

Coronas metal cerámica en 13, 14; 44 y 45 van ferulizadas.

Prostodoncia fija de 3 unidades de 34 a 37 (36)

Prostodoncia removible superior e inferior.

OPERATORIA

- a) Amalgamas en 18 oclusal, 28 oclusal.
- b) Resinas en DC de 23 y VC de 43.

2. MARCO TEORICO

COLOCACION DE IMPLANTES DESPUES DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA:

Después de haber completado el tratamiento de ortodoncia, se pueden colocar implantes adicionales para el reemplazo de otros dientes ausentes, en los espacios que se han establecido. Los implantes remanentes a ser colocados son aquellos que no se pudieron colocar antes del tratamiento de ortodoncia debido a la presencia de dientes naturales en las áreas deseadas. El movimiento de estos dientes durante el tratamiento de ortodoncia va a abrir el espacio adorado para la colocación de los implantes. Además el movimiento dentario también puede estimular el desarrollo de áreas edéntulas mediante la aposición de hueso en áreas previamente deficientes, esto por el distanciamiento de los dientes fuera de los sitios susceptibles a ser restaurados con implantes o por estimular la erupción pasiva de dientes comprometidos con defectos óseos hasta llegar al momento de la extracción. Puede ser necesario el aumento de tejido óseo en otras áreas que presenten deficiencias antes de la colocación de implantes. Sitios donde nunca erupcionó un diente o donde fueron extraídos dientes comprometidos periodontalmente.

La colocación de restauraciones definitivas se facilita con las restauraciones provisionales usadas durante el tratamiento de ortodoncia. Dado que fueron confeccionados en el encerado diagnostico inicial, proporcionan una correcta relación para la confección de la restauración definitiva en la relación al tamaño y forma del diente a ser remplazado. La confección y colocación de las restauraciones definitivas es relativamente fácil después de haber corregido la mal oclusión.

El inconveniente mas común para el cierre de espacio ortodontico es que el tratamiento en la retención es dificultosa y que la oclusión funcional puede estar comprometida.

La óseo integración es una conexión directa entre el hueso y el implante sin capas de tejidos blandos interpuestas, no obstante no hay un 100% de conexión entre hueso e implante. Es un proceso por el cual se logra una fijación rígida, clínicamente asintomático, de material aloplástico y que se mantiene en el hueso durante la carga funcional (Zarb y Albrektsson, 1991).

PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE

Clasificación de Kennedy: clase II Presenta una sola zona desdentada posterior unilateral, con ausencia total o parcial de premolares y molares, también presenta cuatro variables de modificación. Teniendo en cuenta las reglas de Applegate.

El ajuste y la adaptación de la prótesis en su base son imprescindibles por lo que es necesaria una impresión individualizada de las bases. Su finalidad será mejorar el soporte y la distribución de las cargas oclusales a una mayor superficie posible.

Puesto que las bases se apoyan sobre tejido gingival blando, resilente y desplazable, se genera un movimiento rotatorio alrededor del pilar extremo mediante el gancho retentivo. Por lo tanto es importante minimizarlo con un buen ajuste de la base y con el diseño de un retenedor directo que se flexionen cuando actúen las fuerzas oclusales sobre la base. Neutralizar estas acciones nocivas es el éxito de una PPR.

Es importante diseñar una potente retención indirecta para compensar el movimiento de despegamiento de las bases. Durante el acto masticatorio se lleva a cabo un primer movimiento de presión contra las bases y un segundo movimiento de despegamiento de éstas debido a la acción adhesiva de los

alimentos a la prótesis. Por este motivo las prótesis se separan de las bases. Esta fuerza aumenta la acción rotatoria alrededor del fulcro a la altura del molar extremo junto a la base.

La retención indirecta estará representada por todos los elementos que están diseñados en la hemiarcada contraria, como son los apoyos oclusales, los ganchos recíprocos, los conectores menores, el conjunto de las zonas modificables etc. Estos elementos contrarrestan la fuerza de despegamiento de la base.

El soporte para la base deberá ser lo más extenso posible y también con el mejor ajuste, principalmente en los casos en que ocupen espacios desdentados muy extensos, por ejemplo, de canino a segundo o tercer molar, o en casos en que exista una movilidad de tipo I, es decir, movilidad menor de un milímetro en sentido transversal. La retención directa será necesaria solo para evitar el despegamiento vertical de la prótesis.

Cuando se estudia el diseño de una PPR debemos considerar las fuerzas que intervienen sobre la prótesis y que serán transmitidas a los dientes pilares. Entre estas fuerzas las más nocivas son las de tipo horizontal y las rotatorias. Su control debe efectuarse en los siguientes elementos:

ELEMENTOS RETENTIVOS DIRECTOS: debemos procurar que una prótesis este minimamente retenida en la boca y no sufra ni un mínimo movimiento expulsivo al comer y al hablar. La punta retentiva del gancho debe estar por debajo del ecuador dentario y de acuerdo con el ángulo de convergencia se situará más o menos, en dirección gingival. Esta posición la determinará la situación de la punta del gancho retentivo del lado contrario de la boca. Esta situación estará determinada en el momento del estudio y la planificación de cada caso.

La acción friccional entre los planos tallados en las caras proximales de premolares y molares, guías de la trayectoria de inserción, y los planos modelados en el aparato, actúan como elementos retentivos directos. Esta fricción entre los

planos guía controlará la movilidad de la prótesis y evitara cualquier intento rotatorio de esta. Finalmente si se le confiere una dimensión vertical correcta, obtenemos el control neuromuscular de la boca.

ELEMENTOS RETENTIVOS INDIRECTOS: Son los elementos de una PPR que evitan el despegamiento de la base a extremo libre y que esta se levante con un movimiento rotatorio alrededor de un línea de fulcro que pasa por ambos pilares de ambos lados situados junto al extremo libre. Los elementos de la retención indirecta debe ir alojados en apoyos bien definidos para que la fuerza que transmiten y que va dirigida a los dientes anteriores continué transmitiéndose por el eje y los ejes axiales de los dientes que la reciben. Ello contribuye a la estabilidad a un mayor soporte de la prótesis.

Diseño triangular o tripodico: es propio de una clase II de Kennedy. Es una situación de apoyo dentomucosoportado. Los ganchos deberán ubicarse en los pilares que están junto a los espacios desdentados. Si hubiera algún espacio modificable habría tres pilares y sino lo hubiere igualmente serán precisos dos puntos de apoyo en el lado dentado, uno a la altura de los molares y otro en el premolar mas anterior. El lado desdentado tendrá el gancho en el pilar extremo. Lo ideal es incluir dentro del triangulo de apoyo la mayor extensión de la superficie de apoyo y dejar la mínima zona de apoyo gingival.

Ganchos colado circuncunferencial: no es aconsejable en los casos de extremos libres salvo en circunstancias muy excepcionales como el gancho RPA. Tiene un efecto traumatizante sobre el pilar distal y ejerce una acción de inclinación distal y torsión sobre éste.

Bases: Deberán diseñarse ocupando la máxima extensión posible no solo en longitud si no también en anchura, pero siempre hasta los limites funcionales que permitan una estabilización de la prótesis.

Conectores mayores y menores: las fuerzas disminuyen en el maxilar al diseñar una placa amplia. Rígida y con soportes en los dientes remanentes . la fuerza aplicada a un lado de la boca que da reducida cuando se transmite al otro lado. Todo ello disminuye la movilidad del aparato, dando su estabilidad y retención en dientes y bases.

En la mandíbula la mayor efectividad para reducir cargas la genera la placa lingual por su gran rigidez, lo cual contribuye a la estabilización en arco cruzado o bilateral.

Entre los conectores menores que tienen una acción más directa se encuentran los que conectan los ganchos al conector mayor y la unión de las bases con los planos guía. Los ganchos deben estar bien reforzados para evitar su rotura, pero los mas importantes son los que conectan los planos guía a las bases. Esta unión íntima metal esmalte da una estabilidad horizontal y neutraliza las fuerzas laterales que llegan a la prótesis.

Como ya sabemos las fuerzas horizontales son las mas destructivas y su control es nuestra primera misión los planos guía tienen una acción muy importante en su neutralización.

Descansos oclusales: Los apoyos alojados en ellos son los elementos que dirigen las fuerzas hacia los pilares y hacia los ejes axiales de estos. Es importante una buena preparación en el diente.

Ferulizacion en dientes remanentes: Existen casos con pilares débiles que poseen una cierta movilidad. En estos casos debemos indicar la Ferulizacion de dos piezas o tres, o incluso la Ferulizacion total de una parte de la arcada. Con ello se aumentara el área del ligamento periodontal y se distribuirán las cargas sobre una gran área de soporte. Conseguiremos una estabilización mesodistal.

COMPONENTES DE UNA PPR

Conector Mayor: es el elemento principal que conecta las partes de una prótesis de un lado de la boca con las del otro lado, su característica principal es la rigidez.

Maxilares clases:

Barra palatina antero posterior

Barra palatina medio posterior

Banda palatina antero posterior

Banda palatina media

Banda anterior en herradura cerrada

Placa palatina completa

Mandibulares clases:

Barra lingual

Doble barra lingual

Placa lingual

Barra singular

Barra labial

CARACTERISTICAS DE LOS PRINCIPALES CONECTORES MAYORES

Maxilar	Soporte	Rigidez
Banda palatina anterior	Escaso	Pobre
Banda palatina posterior	Bueno – excelente	Bueno – excelente
Banda palatina antero posterior	Bueno	Excelente
Barra palatina posterior	Pobre	Pobre

Placa palatina total	Excelente	Excelente
Placa palatina modificada	excelente	excelente

Mandibular	Soporte	Rigidez
Barra lingual	Ninguno	Buena
Placa lingual	Ninguno	Excelente
Barra sublingual	Ninguno	Excelente
Barra labial	Ninguno	Pobre

Conectores Menores: son los elementos que sirven de enlace entre el conector mayor y los demás elementos que constituyen la PPR. Deben ser muy rígidos, reforzados y adaptados a los espacios interdentarios que previamente han sido preparados por una piedra de diamante de grano fino y de forma cilíndrica o ligeramente troncocónica.

Unen las partes de una PPR al conector mayor.

Tipos:

Conector menor que une un gancho circunferencial al CM

Conector menor que une los apoyos oclusales al CM

Conector menor que une las bases de la dentadura al CM

Conector menor que une un gancho a barra o a un gancho reciproco

Conector menor que une los planos guía con la base

Conector menor que une barra Kennedy al CM

Planos guía: Características

Reciben el nombre de planos guía las superficies preparadas en las caras proximales de los dientes pilares. Las placas proximales son los planos colados

en las prótesis que se acoplan a los planos guía. Su misión es marcar las trayectorias de inserción y remoción de la prótesis.

Funciones de planos guía: retención, estabilización, disminución del socavado proximal, estética, reciprocidad.

Localización de los planos guía:

Caras proximales adyacentes a los espacios desdentados.

Superficies linguales de los dientes posteriores tanto maxilares como mandibulares.

ESTUDIO, DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO MEDICO – ODONTOLOGICO DE UN PACIENTE CON PPR.

La primera atención que tiene un paciente para un tratamiento bucal se inicia con la búsqueda del motivo por el que acude a nuestra consulta. Es importante conocer las intenciones del paciente para el enfoque definitivo de su tratamiento.

La historia clínica tendrá una versión médica general u otra odontológica. En cuanto a la parte medica se llevara a cabo una revisión general de los aparatos y sistemas, es decir:

- Enfermedades cardiovasculares, arritmias, hipertensión, marcapasos, crisis angoroides, infarto reciente, etc.
- Enfermedades psíquicas, depresiones, transferencia positiva o negativa hacia un tratamiento odontológico.
- Enfermedades del SNC, parkinson, epilepsia.
- Enfermedades gastrointestinales. Colitis ulcerosa grave, hepatopatias, enfermedades del riñón, diabetes.

- Enfermedades del sistema locomotor, artritis, artrosis, enfermedad de paget (deformación mandibular con alteración oclusal por desplazamiento mandibular).
- Enfermedades infecciosas, sida, tuberculosis, hepatitis.
- Enfermedades cutáneas con manifestaciones bucales, pénfigo vulgar, leucoplasia, eritemas, liquen plano.
- Enfermedades de los ojos, oídos, cefaleas.

En cuanto a los medicamentos:

- Posibles tratamientos con cortisona, anticoagulantes, tranquilizantes, narcóticos, antibióticos.
- Alergias a sustancias tipo polen, a alimentos, medicamentosas.

En la mujer:

- Si esta embarazada, cuando ha tenido la ultima regla y problemas asociados con ella, medicaciones periódicas.

En cuanto a los hábitos:

- Si fuma en pipa, si mastica tabaco.
- Es bruxista, hace apretamientos, es rechinador nocturno.
- Habito protrusivo lingual.
- Si se muerde las uñas.

Finalmente hay que hacer valoración de la higiene bucal llevada a cabo por el paciente.

EXAMEN DEL PACIENTE

Visual y exploratorio

- Numero de dientes, posición y situación en la boca.
- Existencia de caries, susceptibilidad y examen de las restauraciones existentes, así como la necesidad de repetirlas.
- Higiene oral y estado de los tejidos blandos.
- Examen de la oclusión. Dimensión vertical y espacio libre. Observación de la posición de reposo y del espacio fonético anterior.
- Relaciones maxilares horizontales. Discrepancias maxilomandibulares. Control de los movimientos mandibulares. Desviaciones.
- Examen y estudio de las facetas de desgaste.

Exploración digital y manual

- Movilidad dentaria y de las prótesis fijas existentes.
- Si ya lleva prótesis removible, control de su movilidad y ajuste.
- Exploración de bolsas Periodontales: profundidad de estas y previsión de un tratamiento periodontal.
- Caries existentes y su tratamiento. Endodoncias posibles.
- Comprobación de posibles anomalías y planificación de su corrección.
- Palpación de partes blandas: zonas de schroeder y rebordes residuales.

Examen radiográfico

Cantidad de hueso existente y su calidad por la trama ósea y por el grosor de la cortical.

- Confirmación de la enfermedad periodontal y diagnostico de su actividad en este momento para prescribir el tratamiento pertinente antes de instalar la prótesis. Diagnostico de bolsas Periodontales.

- Observar las sobrecargas por el grosor de las corticales y la existencia de reabsorciones en cubeta en los casos avanzados de enfermedad periodontal.
- Diagnostico de valoración para cada pieza dentaria y determinar las posibles extracciones que deben efectuarse.
- Valoración y confirmación de las caries y confirmación de tratamientos conservadores y radicales (endodoncias).
- Otras anomalías y situaciones radiográficas que deben tratarse, como dientes incluidos, quistes radiculares, etc.

Análisis de la oclusión de la boca

- Comprobación de la relación céntrica y su relación con la máxima intercuspidad. Detectar algún deslizamiento en céntrica y si da patología oclusal que obligue a un tratamiento previo equilibrador, y si hay necesidad de efectuarlo.
- Análisis de los contactos prematuros y de las interferencias.
- Comprobar la dimensión vertical, el espacio libre y las pruebas fonéticas.
- Si fuera necesario, llevar a cabo un estudio oclusal y un desgaste selectivo.

Análisis de la ATM y de la neuromusculatura

- Análisis del funcionamiento de la ATM. Existencia de clicking y estudio de la fase bucal en que aparece para prescribir el tratamiento adecuado (en la apertura o cierre).
- Diagnosticar la posible relación de estos síntomas con la oclusión para un tratamiento oportuno.
- Estudio de la repercusión sobre la neuromusculatura.
- Estudio de las lesiones y su diagnostico radiográfico.
- Estudio de su posible repercusión en nuestro tratamiento protésico.

CASO CLINICO CLINICA CENTRO

Después de realizar la correspondiente historia clínica e identificar los diferentes signo y síntomas se llego a un diagnostico en donde se identifico el tratamiento.

Clasificación de Kennedy: Clase III superior

Clase II inferior

Conector mayor:

Superior: *Barra antero posterior*

También llamada doble barra, los límites anteriores y, a veces, los posteriores deberán acabar siempre en los valles entre las rugosidades palatinas, jamás en sus cresta.

La barra antero posterior será mas aplanada en relación con la posterior para evitar que moleste en la lengua o provoque alguna alteración de la dicción. La posterior será mas gruesa, mas oval, para darle resistencia a la torsión, pero menos abultada que la barra simple.

Ambas barras deberán ser simétricas de diseño y cruzar la línea media del paladar en ángulo recto para lograrlo.

Las barras llevarán un sellado periférico.

Ventajas y desventajas:

- Tiene una gran rigidez por su forma arciforme y por su diseño en dos planos distintos.
- Cubre la mínima superficie de paladar, pero a veces debe engrosarse para aumentar su rigidez, lo cual es un grave inconveniente.
- El ser de un tamaño o ancho reducido puede dar lugar a una disminución de su rigidez y soporte.
- El exceso de bordes en contacto con la lengua puede hacerla incomoda, ya que esta tiende a buscarlos y detectarlos.

Indicaciones:

- Siempre que no se precise gran rigidez como en casos de dentosoportados con ausencia de tres o cuatro piezas entre ambos lados.
- En dentosoportados con ausencias de dos o tres dientes en un solo lado y dientes periodontalmente correctos.
- En casos de tours palatinos no quirúrgicos por causas de cualquier tipo.

Inferior: *Barra lingual*

Tiene forma de media pera, con la parte mas ancha al fondo y la parte mas estrecha cerca del margen gingival. Debe ser bastante gruesa y rígida para asegurar la indeformabilidad. Grosor normal: 1.6 mm.

Ventajas y desventajas:

- No cubre los tejidos gingivales y deja los dientes libres.
 - Evita que la lengua pueda sufrir algunas molestias.
 - A veces su escaso tamaño puede dar a un conector mayor poca rigidez.
 - Si no se cumplen los requisitos para su diseño pueden clavarse en la encía.
- Dependerá del buen asentamiento de los apoyos oclusales.

Indicaciones:

Es el conector de elección de todos los casos en que sea posible.

Apoyos Oclusales:

Son los elementos que se apoyan sobre los descansos labrados en los dientes o coronas coladas, que evitan la intrusión de la PPR.

Apoyos en: pm – 13, om – 16, om – 28 y 37 por corona colada con preparación para apoyo mesial por acker simple.

Planos guía:

Están situados en las caras proximales de los dientes junto a los espacios desdentados. Guían la trayectoria de inserción.

En: 23 (d), 45 (d).

Retenedores directos:

Son los ganchos. Su misión es impedir que el aparato se desprenda de su inserción. Son imprescindibles para retener la prótesis.

Ackers:

- Gancho compuesto de un apoyo oclusal y dos brazos, uno retentivo y uno reciproco.
- La retención va en el lado opuesto del apoyo oclusal.
- El gancho retentivo se origina por encima del ecuador dentario y el tercio terminal se ubicara debajo de él.
- Es el más usado.

En : 28, 16, 37.

PROSTODONCIA FIJA

COMPONENTES:

- Dientes pilares: son los que sostiene o soportan la prótesis.
- Retenedores: es la parte de la prótesis fija que se apoya sobre los dientes pilares.
- Ponticos: son los dientes artificiales que sostenidos por los retenedores, ocupan los espacios desdentados.
- Conectores: son los puntos de unión de los retenedores con los Ponticos fijos o móviles.
- Tramo: es el espacio o área desdentada que se encuentra entre los dientes pilares.
- Talla o preparación: es el desgaste que se hace de un diente para dar espacios a los materiales que van a restaurar a anatomía dental perdida.
- Márgenes: línea terminal o terminación. Parte gingival de la talla. Determina el tipo de adaptación de la prótesis.

INDICACIONES:

- Estética.
- Pacientes adultos.
- Dientes pilares suficientes.
- Dientes pilares sanos.

PREPARACION DE DINETES PARA PF

Su razón es dar espacio a los materiales que van a formar parte de la PF, de manera que la anatomía dental varié lo menos posible.

Condiciones:

- Reducción suficiente de tejido dental para el material que forma parte del retenedor.
- Dar retención y forma de resistencia o estabilidad al retenedor protésico.

- Respetar la vitalidad pulpar. En caso de duda endodoncia.
- No lesionar tejidos Periodontales y permitir conservarlos sanos.
- Definir el margen para que el retenedor tenga un ajuste preciso.
- Pulir y acabar la preparación.

BIBLIOGRAFIA

Craig Rg, Farah JW. Stresses from loading distal – extensión removable partial dentures. J Prosther Dent 1995 ; 39: 274 – 277-

Henderson D, Steward TE. Design and force distribution with removable partial dentures. J Prosthet Dent 1996; 17 : 350 – 364.

Lindhe J, periodontologia clínica e implantología odontológica. Tercera Edición. Editorial medica panamericana. España . 2000

Roberts WE. Smith RK. Ziberman Y. Et al . Osseous adaptation to continuous loading of rigid endosseous implant. Am J Orthod Dentoface Orthop 1987; 86 – 95.