

CASO CLÍNICO INTERDISCIPLINARIO

**JOHANNA ARNEDO VILLAMIL
LAURA PÉREZ VALDERRAMA
LILIANA REYES ROMERO**

**962005
971284
982113**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
ODONTOLOGÍA
MARZO DE 2.003
BOGOTÁ, D. C.**

INTRODUCCION

La exodoncia y otros procedimientos dentoalveolares intrabucal continúan siendo los pilares del cirujano bucal y maxilofacial y también representan las áreas principales de interés quirúrgico para la mayoría de los odontólogos. En este trabajo nos ocupamos de aspectos de la cirugía preprotésica, exodoncia de método cerrado y abierto, y Prostodoncia de tipo parcial removible y total de medio caso.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: NATIVIDAD RODRÍGUEZ RAMÍREZ
Edad: 50 años
Estado Civil: Casada
H. C. 450512
Ocupación: Ama de Casa
Motivo de Consulta: "Quiero que me arregle la boca"

EXAMEN FÍSICO

Peso: 55 Kg.
Estatura: 1.53 Metros
R.H. A +
Presión Arterial: 110/70 mm Hg
Frecuencia Cardiaca: 70 ppm

ANAMNESIS

Historia médica familiar: Padre falleció a causa de cáncer de estómago.

Historia médica personal: Extirpación de mioma en el seno derecho a los 22 años.

HISTORIA ODONTOLÓGICA PREVIA

No reporta ningún compromiso post anestesia y Exodoncia.

Atención previa recibida: Operatoria, Endodoncia, Prostodoncia.

ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO

Es positiva, paciente colaborador, buena transferencia y contra transferencia.

HISTORIA ESTOMATOLÓGICA

Dolor músculos masticadores. No reporta.

Dolor ATM: No reporta

Ruido ATM.

Desviación al cierre de tipo confluyente.

Desarmonías oclusales: Si presenta ausencias dentales, apiñamiento en dientes inferiores anteriores inferiores.

Hábitos: Ninguna.

Sangrado gingival: Si presenta al cepillado.

EXAMEN FÍSICO ORAL

Labios: Normal

Carrillos: Normal

Surco vestibular: Normal.

Gíngiva: Anormal.

Reborde alveolar: Anormal por ausencias dentales

EXAMEN FÍSICO ORAL

Lengua: Normal

Piso de boca: Normal.

Frenillo: Normal.

Paladar duro: Normal.

Paladar blando: Normal.

Amígdalas/ Orofaringe: Normal.

Glándulas salivares: Normal.

EXAMEN FÍSICO CRANEOMANDIBULAR

Examen de los músculos masticadores: El paciente no reporta ningún dolor en los músculos a la palpación..

Examen ATM: Reporta ruidos articulares tipo chasquido y desviación mandibular de tipo confluyente al cierre.

Examen de movimientos mandibulares:

Apertura: Normal 45mm.

Protrusión : 5 mm.

Lateralidad izquierda: No aplicable.

Lateralidad derecha: No aplicable.

El paciente presenta desviación de tipo confluyente al cierre.

EXAMEN DENTARIO ARMONÍA/DESARMONÍA OCLUSAL

Clasificación de Angle: No aplicable por ausencia de 16, 36 y 46.

Relación canina: No aplicable.

Paciente asimétrico.

Overbite: 0mm.

Overjet: 0mm.

Oclusión cruzada: Anterior izquierda.

Apiñamientos: Dientes anteriores inferiores.

Diastemas: No presenta.

Facetas de desgaste: Dientes anteriores, inferiores.

Ausencia dentarias: 17, 14, 25, 24, 35, 36, 37, 38, 47, 48.

Restos radiculares: 11,12,22,23,26,27,46

Dimensión postural vertical: 65mm.

Dimensión oclusal vertical 65 mm.

Espacio libre: 0mm.

EXAMEN PERIODONTAL

Encía : Color rojo

Margen: Discontinuo

Consistencia: Blanda

Textura: lisa

Grosor: Aumentado

Contorno: Irregular

Encía adherida: Normal

Cálculos: Presenta en zonas linguales de dientes anteriores inferiores.

Sangrado: Al sondaje y al cepillado

Supuración: No presenta.

Movilidad dentaria: Grado III en 13 y 21

RADIOGRAFÍA PANORÁMICA

Zona superior: Se observan zonas radiopacas a nivel intrarradicular de

11,12,22,23, aparentemente obturación con gutapercha, correspondiente a TCC.

Se observa zona radiopaca a nivel distal de la corona del 21 aparentemente compatible con obturación plástica.

Se observan zonas radiopacas a nivel de los dientes 12,11,22,23,26 y 27

correspondientes aparentemente a restos radiculares.

Se observan ausencias dentales de: 18,17,16,15,14,28,25,24.

Zona inferior: Se observa zona radiopaca a nivel del diente 46 correspondiente aparentemente a resto radicular.

Se observan ausencias dentales de: 38,37,36,35,48,47.

DIAGNÓSTICOS

- Generales:

Mioma en el seno derecho.

- Orales, tejidos blandos y óseos:

Colapso del reborde superior tipo III por ausencia de dientes superiores e inferiores.

- Dentales:

Caries activa 32,34,44,45.

Caries recurrente: 21.

- Craneomandibulares:

Desorden craneomandibular de desarrollo y crecimiento adquirido.

- Periodontales:

Periodontitis Crónica

Gingivitis asociada a placa bacteriana

- Endodónticos:

Dientes parcialmente obturados: 12,11,22,23.

DISEÑO DE REMOVIBLE

Clasificación de Kennedy: Clase I límite 34-45.

Conector mayor: Barra Lingual

Apoyos: Compartidos 33-34,44-45.

Retenedores: RPI en 34 y 45.

Plano Guía.

TRATAMIENTO IDEAL

- Periodoncia:

Terapia básica.

Motivación del paciente.

Control de placa bacteriana.

Enseñanza de cepillado e higiene oral

Raspaje coronal y alisado radicular.

Profilaxis.

- Cirugía:

Implantes de oseointegración del 16-26 y a nivel del 36 y 46.

- Operatoria:

Resinas de 32,34,44,45.

- Periodoncia:

Terapia de soporte periodontal

Control post-tratamiento.

TRATAMIENTO A REALIZAR

- Periodoncia:

Terapia básica

Motivación del paciente.

Control de placa bacteriana.

Enseñanza de cepillado e higiene oral

Raspaje coronal y alisado radicular.

Profilaxis

- Cirugía:

Exodoncia método cerrado : 22,23,26,27,46,15,21,

Exodoncia método abierto : 11 y 21.

Cirugía preprotésica del maxilar superior.

- Endodoncia:

No requiere.

- Operatoria:

Resinas de 32 LD,34 D,44 O,45 O.

- Prostodoncia:

Prótesis parcial removible clase de Kennedy I, límite 34-45.

Conector mayor : Barra lingual.

- Mantenimiento :

Terapia de soporte periodontal

ODONTOGRAMA

18 Ausente	38 Ausente
17 Ausente	37 Ausente
16 Ausente	36 Ausente
15 Ausente	35 Ausente
14 Ausente	34 Caries D
13 Caries activa P	33 Sano
12 Resto radicular	32 Caries LD
11 Resto radicular	31 Sano
28 Ausente	48 Ausente
27 Resto radicular	47 Ausente
26 Resto radicular	46 Resto radicular
25 Ausente	45 Caries O
24 Ausente	44 Caries O
23 Resto radicular	43 Sano
22 Resto radicular	42 Sano
21 Resina MP desadaptada	41 Sano

COLAPSO DE REBORDE ALVEOLAR

- Tipo I: Pérdida horizontal
- Tipo II: Pérdida vertical
- Tipo III: Pérdida horizontal y vertical

CIRUGÍA PREPROTÉSICA

La preparación de las dentaduras artificiales satisfactorias empieza con la extracción de los dientes.

La pérdida de dientes y su reemplazo por dentaduras artificiales se asocia con muchos problemas. Estos problemas pueden haber existido antes del estado desdentado. Un ejemplo es la pérdida de hueso alveolar por enfermedad periodontal extensa.

La dentadura completa es una prótesis que intenta restaurar forma y función de la dentadura natural con dientes artificiales sostenidos por estructuras residuales que han quedado después de la extracción de todo el arco.

Es necesario que el paciente esté física y psicológicamente preparado para adaptarse a la prótesis. También hay que tratar todos los estados patológicos de

la boca. Se necesita una radiografía panorámica para describir la enfermedad del hueso.

Otras consideraciones que no se deben descuidar son la edad del paciente y su capacidad para aprender a usar la dentadura, la sensibilidad de los tejidos bucales, en particular en ancianos, las expectativas del paciente; la posición y relación de todo diente remanente; la posición y el tono de los músculos; la cantidad del hueso alveolar remanente y su forma, el seno maxilar y su proximidad con la cresta alveolar, el tamaño y tonicidad de la lengua; el carácter de las crestas de tejido blando y su adaptación al alvéolo; la función de la articulación temporomandibular y todo antecedente de problemas; la relación de los maxilares, y la base anatómica para la dentadura.

Técnicas para tratar el exceso alveolar

La alveoloplastia debe ser una operación familiar para todos los odontólogos que extraen dientes. Es necesario preparar la cresta alveolar para construir una dentadura y no limitarse a alisarla. Aunque puede ser que sólo hay exceso de hueso alveolar en determinadas áreas, siempre es hueso extra en términos de la construcción de una dentadura ideal y es necesario contornearlo debidamente. Por eso técnicamente es más exacto hablar de alveoloplastia (modelar la apófisis alveolar) que de alveolectomía (eliminación de la apófisis alveolar).

En casi todas las extracciones dentarias, sean simples o múltiples, está indicada alguna forma de alveoplastia, pero a veces el procedimiento inicial debe ser mínimo y consistir simplemente en alisar todos los bordes agudos, dejando que el hueso remanente se remodele espontáneamente, en lugar de resecarlo quirúrgicamente. Esta conducta suele acarrear menor pérdida de estructura ósea aunque la reabsorción sea incompleta y con posterioridad hay que hacer otra alveoloplastia.

Extracción de un solo diente

Luego de extraer un solo diente se debe hacer una alveoloplastia conservadora si existen áreas prominentes de hueso alveolar que no favorecerían la futura construcción de una dentadura. Una vez efectuada una anestesia apropiada, se trata una incisión a lo largo de la cresta alveolar que pasa por el sitio de la extracción. Se puede eliminar tejido blando de los lados mesial y distal de la cavidad alveolar para poder hacer un cierre lineal del tejido. El hueso sobresaliente se retira cuidadosamente con una fresa quirúrgica y luego se alisa el área con la fresa o una lima para huesos. Las zonas recortadas deben coincidir en los planos horizontal y vertical con el hueso circundante y no debe haber socavamientos. Irríguese bien el sitio quirúrgico antes del cierre para eliminar todo fragmento óseo. Los márgenes de la herida se pueden aproximar con puntos separados o de colchonero con seda 3-0. Los tejidos blandos deben estar libres

de áreas fibrosas excesivas y adaptarse bien a la apófisis alveolar. Todo el tejido redundante debe retirarse antes de cerrar la herida.

Extracción de dientes adyacentes

Luego de extraer varios dientes se pueden preparar diversos colgajos para exponer el hueso para hacer la alveoloplastia. El tipo de colgajo dependerá del área afectada. La incisión inicial se debe hacer en la cresta alveolar y sólo se efectúan incisiones de descarga verticales u oblicuas si no se puede exponer debidamente el área con un colgajo envolvente. Aunque las incisiones de descarga ocasionarían mayor incomodidad que las crestales durante la cicatrización, es mejor hacer estas incisiones, si están indicadas, que correr el riesgo de que el tejido blando se desgarre. El colgajo mucoperióstico se repliega. Aunque también aquí es primordial la conservación, porque cuanto menos se manipula el tejido menos complicada será la cicatrización, se debe tener una buena visibilidad para realizar la cirugía necesaria y también para evaluar debidamente las áreas socavadas. La herida se puede cerrar con puntos continuos o separados de seda 3-0 para proveer una encía bien adaptada que habrá de construir el área de sostén de la dentadura. Aunque se intenta cerrar la herida sobre las cavidades alveolares, no se aconseja hacerlo si para ello hay que retirar una cantidad excesiva de hueso alveolar porque se limitaría la base de sustentación ósea para la dentadura. Aunque la cicatrización tarde más, dejando áreas abiertas para que granulen se evitará esta situación. Tampoco es

conveniente recortar grandes zonas de encía insertada porque se reduciría la firma cobertura del área de sustentación para la dentadura.

Extracción de dientes en todo el arco

En las extracciones de todo el arco también se debe ser conservador.

La eliminación extensa produjo mejores resultados a corto plazo pero después se produjo una reabsorción mucho más rápida.

La alveoloplastia de todo el arco se hace de manera similar que cuando se trata de un solo cuadrante. En el maxilar superior el extremo distal de la incisión debe llegar al dorso de la tuberosidad. Esto sirve al mismo fin que la incisión de descarga vertical y evita que el colgajo se desgarre. La alveoloplastia entraña la reducción de las proporciones aguzadas o enlongadas de la apófisis alveolar y la eliminación de las áreas socavadas o prominencias, pero hay que evitar la eliminación extensa de tejido blando y óseo aunque esto dificulte el cierre de la herida, porque el resultado final habrá de proveer una base más satisfactoria para la dentadura. Es imprescindible obtener una exposición y visualización adecuadas, pero evítese la elevación excesiva del colgajo mucoperióstico porque no sólo puede ocasionar mayor tumefacción y equimosis sino aumentar el grado de reabsorción ósea.

Los pacientes desdentados con crestas alveolares curadas también pueden requerir alveoloplastia para eliminar áreas socavadas o reducir eminencias vestibulares o labiales. En el maxilar superior y en la mandíbula se hace una incisión crestal. En el maxilar superior la incisión debe comenzar detrás de la tuberosidad para crear una prolongación vertical que facilita la reflexión del mucoperiostio. Una vez replegado el colgajo vestibular, se elimina el exceso de hueso y se alisa la cresta con una lima. Aplicando puntos de sutura corridos para reapproximar los márgenes de la herida, se reduce la cantidad de nudos, el paciente siente menos molestia y se facilita la higiene bucal.

La incisión para reducir la tuberosidad debe planificarse cuidadosamente para tener acceso a toda eminencia de tejido duro, retirar el exceso de tejido blando y hacer el cierre primario final. Se traza una incisión crestal que se lleva verticalmente detrás de la tuberosidad.

Para hacer la parte vertical de este corte puede ser útil una hoja No. 12. Se hace una cuña de tejido para hacer un cierre correcto de los tejidos blandos después de haber retirado el exceso de hueso.

Habiendo hecho la incisiones, repliéguese el colgajo mucoperiostio. El exceso de tuberosidad ósea se recorta para que concuerde con la forma de una dentadura ideal, el recortado se puede hacer con osteótomos, fresas óseas o una combinación de estos instrumentos. El área se alisa con una lima o fresa para

hueso. En caso necesario retírese el exceso de tejido fibroso haciendo una disección submucosa de los colgajos.

Luego irríguese bien la herida y ciérrase con puntos separados o continuos. La complicación más frecuente de la reducción de la tuberosidad es entrar en el seno maxilar. Cuando la perforación se produce en un área que se puede cubrir con facilidad con el colgajo mucoperióstico, no hay mucho problema si el antro no está infectado, pero si la perforación ocurre directamente debajo de la línea de la incisión, socávase el colgajo vestibular y desplácese en dirección más palatina que retorne a su posición original. Esto también se evita con una férula de acrílico o una dentadura inmediata.

Reducción de la tuberosidad

El agrandamiento de la tuberosidad puede tomar hueso, tejido blando, o ambos. La expansión puede hacerse en dirección vestibular o palatina y también vertical. Además hay que descartar procesos patológicos como displasia fibrosa o problemas locales como dientes impactados como causas del agrandamiento de la tuberosidad. La alveoloplastia es el recurso más común para tratar la tuberosidad agrandada, pero si el tejido blando está bien adaptado al hueso maxilar superior y si no hay áreas socavadas, se puede hacer una para que el cierre de la herida se haga sobre el hueso. En ambos casos se deben administrar antibióticos y descongestivos nasales mientras dura la curación.

En ocasiones ocurre la tuberosidad desdentada expandida en la que el seno maxilar ocupa la mayor parte de la apófisis alveolar y el hueso es muy fino. Si hay que reducir la tuberosidad el procedimiento se parece mucho a la alveoloplastia intercortical. Trácese una incisión longitudinal hacia el lado palatino de la cresta alveolar y refléjese un pequeño colgajo mucoperióstico. Luego retírese cuidadosamente una cantidad de hueso alveolar determinada de antemano en un valle de la cresta alveolar para exponer la membrana sinusal pero sin perforarla. A continuación comprímase y fractúrese con la mano la pared lateral del seno para adosar los bordes óseos en el valle de la cresta y reducir así la tuberosidad. El colgajo mucoperióstico se cierra en el lado palatino sobre el hueso. Si se perfora la membrana, prescribanse antibióticos y descongestivos nasales.

EXODONCIA MÉTODO ABIERTO

Es el desalojo del tejido dentario de su alveólo, con previas incisiones y resección de la tabla ósea que le cubre.

SINONIMIA

Extracción a método abierto

Alveolotomía

Operación a colgajo

Extracción con osteotomía

INDICACIONES

Dientes en posición anormales (heterotópicos, ectópicos, en posición viciosa, parcialmente retenidos)

Dientes portadores de piezas protésicas (coronas, núcleos)

Dientes con gran destrucción coronal

Dientes fracturados en intentos quirúrgicos previos

Alveolos hipercalcificados (esclerosis ósea)

Anomalías radicales (Dilasceraciones, Anquilosis, Hipercementosis, Taurodontismo, raíces divergentes, anomalías de número)

Extracción de restos radicales.

CONTRAINDICACIONES

Complejidad del procedimiento quirúrgico en el adulto

Mal estado general

Pacientes adultos con incluidos (valorar riesgo- beneficio)

INDICACIONES POST- OPERATORIAS

Analgésicos, anti-inflamatorios, antibióticos, hielo extraoral por períodos cortos con previa protección de la piel con vaselina en el área, dieta blanda o líquida, reposo, etc.

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Definición

Prótesis aplicada en zonas donde no hay piezas dentarias cuyo fin es la reconstrucción de la función ofrecer comodidad al paciente y devolver la estética a una parte del aparato estomatognático.

Si el número de dientes ausentes es importante, la solución será la prótesis parcial removible, (PPR) o la prótesis total, si falta la totalidad de los dientes de la boca.

Indicaciones de la PPR

En personas de edad avanzadas o jóvenes menores de veinte años, sobre todo en estos últimos, no es aconsejable utilizar la prótesis fija hasta la edad mencionada, puesto que la pulpa está muy desarrollada y no podríamos llevar a cabo un tallado profundo sin entrar en una endodoncia.

Cuando existen grandes espacios desdentados, una prótesis fija puede estar sometida a grandes fuerzas torsionales que facilitan que se desprenda con las consiguientes complicaciones pulpares, igualmente puede sufrir roturas de la estructura metálica y, con más frecuencia, de la porcelana.

En casos de excesiva pérdida ósea principalmente en zonas anteriores y superiores donde una prótesis fija difícilmente repondrá con éxito la pérdida de sustancia, estará indicada la PPR. En casos de extracción recientes de zonas extensas y que precisan largos periodos de cicatrización en caso de colocación de implantes con extracciones previas en los que la espera de una buena osteointegración y el tiempo para hacer la prótesis implantológica nos obliga a efectuar PPR temporal ajustada y equilibrada.

En caso de dientes con movilidad de tipo I generalizada, una PPR estabilizadora con apoyos en ambos lados nos permitirá mantener los dientes que con una prótesis fija se perdería muchos antes.

En todos los casos de extremos libres unilaterales y bilaterales que no puedan ser solucionados por implantes. Por consideraciones económicas.

Componentes de una PPR

La estructura colada de una **PPR**, esta compuesta por una serie de elementos que deberán ser diseñados y colados para que puedan cumplir su función.

Estos elementos son los siguientes: Conector mayor, conectores menores, apoyos oclusales, planos guías, retenedores directos, retenedores indirectos y bases.

Conector Mayor: Es el elemento principal del que parten todos los elementos secundarios que describimos seguidamente. Todos se unen a él.

Conectores Menores: Son los que unen los elementos secundarios (apoyos oclusales, ganchos etc) al conector mayor.

Apoyos Oclusales: Son aquellos elementos que se apoyan sobre los descansos labrados en los dientes o coronas coladas, que evitarán que el aparato de clave o incruste en la encía cuando actúen las fuerzas masticatorias.

Planos Guía: Están situados en las caras proximales de los dientes junto a los espacios desdentados. En los extremos libres se encuentran en la cara distal de los últimos pilares. Guían la trayectoria de inserción.

Retenedores Directos: Son los ganchos. Su misión es impedir que el aparato se desprenda de su inserción. Son imprescindibles para retener la prótesis. Los anclajes pertenecen a este grupo. Son intracoronarios y siempre precisan una corona a la que están soldados.

Retenedores Indirectos: Es el conjunto de elementos secundarios situados en un área de la boca, los cuales actúan como apoyo indirecto del lado contrario y neutralizan fuerza que tiende a despegar la prótesis del extremo libre.

Base: Es el elemento que lleva incorporados los dientes y puede apoyarse sobre la encía en las clases I y II o sobre dientes remanentes naturales en la clase III.

Conectores mayores: Características generales.

La característica principal es la rigidez. Esta cualidad permite que la estructura no se flexione durante los movimientos masticatorios, lo que ejercitará una fuerza contra los pilares de apoyo. Tampoco serían efectivas las acciones de los demás elementos protésicos, es decir, los retenedores directos, los apoyos oclusales, etc., ya que recibirían presiones transversales procedentes del CM.

Debe procurarse no cubrir caras linguales de dientes, lo que también dará lugar a empaquetamiento alimentario.

Nunca deben terminar sobre tejidos gingivales. La encía marginal es muy sensible a cualquier presión por ligera que ésta sea.

En los superiores deberá evitarse la zona de las rugosidades palatinas. Es una zona que al agradarse, provoca alteraciones fonéticas.

Todas las partes metálicas tendrán ángulos suaves; evitaremos los ángulos agudos y las aristas.

Los bordes del aparato deben estar situadas a unos 5-6 mm del reborde gingival, que cuenta con una rica circulación superficial que prohíbe su compresión.

La barra posterior estará lo mas lejos y lo mas atrás posible del paladar duro, pero sin llegar al paladar blanco.

La barra anterior respetará, siempre que sea posible las rigurosidades palatinas.

Barra lingual

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

El nivel del borde inferior estará justamente en un punto en que no interfiera con la fisiología de los tejidos del suelo de la boca.

Sus limitaciones son la altura del suelo de la boca, el frenillo lingual y los torus mandibulares, si existen.

La barra estará ubicada entre el frenillo inferior y un punto a una distancia de 3 o 4 mm del reborde gingival. Si este espacio es excesivamente reducido, estará indicada una placa lingual.

El borde inferior estará situado lo mas inferior posible que permitan los tejidos del suelo de la boca.

El borde superior de la barra se situará a unos 3 o 4 mm del reborde gingival y discurrirá a lo largo de todo su trayecto paralelo a este reborde marginal.

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 puede clavarse en la encía.
Dependerá del buen asentamiento de los apoyos oclusales.

Indicaciones

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

Conectores menores: características

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.

Funciones

Unen las partes de una PPR al conector mayor.

Transfieren las cargas funcionales recibidas a los dientes pilares en que se apoyan. Es el efecto producido de prótesis a pilares.

Transmiten las fuerzas aplicadas a cualquiera de los elementos de la prótesis parcial removible, al conector mayor y a los tejidos blandos que le rodean. Es el efecto producido de pilares a prótesis.

Planos guías: Características

Son 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

Son paralelos entre si y los alojamientos respectivos de los conectores menores de premolares y molares y con las trayectorias de inserción y de remoción del aparato removible.

Los planos que no están presentes en los dientes naturales. hallarse en casi todas las coronas en fase de encerado para que se puedan modelarse en las coronas coladas.

Descansos y apoyos oclusales: Características

Se definen como unas prolongaciones rígidas que procedentes de la estructura protésica, mediante un conector menor se sitúan encima de los dientes, previa separación en el esmalte de éstos para neutralizar las fuerzas verticales que tienden a clavar la prótesis en la mucosa bucal.

Las funciones que llevan a cabo son las siguientes:

- A. Transmitir las fuerzas generadas en la oclusión, a lo largo de los ejes axiales de los dientes en que se apoyan.
- B. Impiden que el aparato se desplace y lesione los tejido blandos en que se apoya la prótesis.
- C. Indirectamente manteen las puntas de los ganchos retentivos en su posición exacta y no varían el punto de retención del gancho.
- D. Los conectores menores de donde proceden los apoyos oclusales reciben y transmiten las fuerzas laterales de la prótesis a los pilares.

- E. También actúa como un retenedor indirecto junto con otros elementos de la prótesis.
- F. En caso de ligeras separaciones dentarias, su ubicación entre los dientes impide el impacto alimentario.
- G. Evita la extrusión y la migración dentaria.

Retenedores directos

Son los elementos diseñados en la prótesis removibles en la mantienen y retienen en la boca, evita que se separe de los dientes y de las bases mucosas durante el acto masticatorio.

El diseño de la prótesis deberá ser lo más simple posible y cubrir un mínimo de la superficie dentaria y un máximo de las superficies mucosas.

Funcionamiento del gancho RPI

Cuando el paciente mastica y presiona sobre la base, ésta desciende hacia la encía y todo el conjunto gira alrededor del tope oclusal. En este momento la placa guía desciende y queda aliviada la presión que ejercía sobre el plano guía preparado en la cara distal del diente capilar.

La barra en el también se separa del apoyo oclusal, éste se inclina un poco hacia la superficie distal junto con su conector menor que está encajonada en la ligera ranura marcada en la cara mesiolingual del diente pilar adyacente. Por esto se labra la ranura para el conector menor, placa proximal y la barra suman un cerclaje de unos 180° necesario para un correcto gancho retentivo circunferencial o a barra.

En la mayoría de los casos, la barra es el I menos visible que cualquier otro gancho. En general, dependerá de la forma y función de las partes blandas de la boca, principalmente de los labios y, a veces de la lengua.

Debido a su forma y diseño, la barra ofrece mayor retención en relación con otros ganchos utilizados.

El contacto dentario y el gingival son mínimos y el resto de la barra se aleja del diente en el momento de funcionamiento.

Si el vestíbulo no es suficiente profundo y por lo tanto no hay sitio para la inflexión de la barra, ni los 3 o 4 precisos de distancia con el margen gingival.

Si hay frenillos.

Si hay un profundo socavado en el tejido gingival. Esto provocaría el almacenaje de alimentos, irritaciones de la mucosa labial y problemas de irritación de las mejillas.

Cuando se usa una placa lingual debido a una inserción gingival alta, que no ofrece el espacio necesario para una barra lingual.

En piezas dentarias excesivamente inclinadas hacia la superficie lingual. Por lo cual no hay retención alguna en sentido vestibular.

En dientes muy cónicos, principalmente por la cara vestibular.

En casos en que no hay retención por la cara vestibular. En estos casos podría labrarse una ligera oquedad a este nivel para la retención de la barra.

Dientes excesivamente vestibulizados, cuyo ecuador dentario podría llegar incluso al borde incisal.

Modificaciones del **RPI** según la disposición de los dientes pilares.

Si hay dos dientes ferulizados.

El apoyo mesial se colocará en el diente más mesial.

La placa proximal estará en el diente más distal junto con la barrera en el I, en su superficie mesiovestibular.

Si hay tres dientes ferulizados

El apoyo mesial se colocará en el pilar más anterior o mesial.

La placa proximal y la barra en I, también el diente mas posterior.

Si en un extremo libre existe un diente aislado.

El **RPI** se colocará en el diente anterior. El diente aislado llevará placas proximales en las superficies mesial y distal, pero sin apoyo oclusal. Ello eliminará cargas sobre el diente aislado.

La placa proximomesial del diente aislado deberá estar algo más baja que el apoyo oclusal mas anterior.

Si hay una barra que feruliza dos caninos anteriores.

La barra actuará como un apoyo oclusal. Los caninos llevarán por la cara distal sendas, placas proximales y las respectivas barras en I en sus superficies mesiobucales.

Diseño del **RPI** sin alivio de función.

La placa proximal que ocupe toda la amplitud del plano guía en sentido oclusogingival.

Estará indicado en casos en que podamos sobrecargar el diente tanto o mas en el reborde alveolar.

PRÓTESIS TOTAL

Definición:

Procedimiento terapéutico de la rehabilitación mediante el cual y por medio de un aparato artificial se reemplaza o repara un órgano perdido total o parcialmente con el fin de reestablecer una función u ocultar una deformidad. 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 reestablecer la función masticatoria y ocultar la deformidad causada por la pérdida de los dientes.

Objetivos:

1. Devolver siquiera en un 40% la función masticatoria cuando el aparato está bien elaborado.
2. Restablecer la estética que puede mejorarse un ciento por ciento con relación a dentaduras naturales, o desmejorar por culpa del operador.
3. La prótesis total debe mejorar y facilitar la fonética.

4. Devolver a la “ normalidad” el estado anímico y psíquico alterado que presenta algunos pacientes por la pérdida de los dientes.
5. Se menciona el “confort” o tolerancia del paciente a los aparatos protésicos.

DIVISIONES DE PRÓTESIS DENTAL

La total puede ser de uno o de ambos maxilares, comprende además la prótesis total inmediata, las sobredentaduras y las prótesis maxilofacial.

La prótesis parcial comprende la fija o dento-soportada y la removible que puede ser dento-mucosoportada, dento-soportada o mucosoportada.

EL APARATO PROTÉSICO

- Una base o placa de unos 3 mm de espesor y que tiene la misma morfología del maxilar respectivo; esta base puede ser metálica o plástica.
- Los dientes correspondientes a cada maxilar en número de 14 para cada aparato.
- Los flancos terminan en un borde o límite de la prótesis.

CUALIDADES FUNCIONALES DEL APARATO PROTÉSICO

Propiedades físicas: Retención, estabilidad y soporte. La retención se refiere a la capacidad del aparato protésico para no dejarse desplazar por las fuerzas de extrusión una vez colocada en la boca. Adhesión y cohesión.

La estabilidad de la prótesis se refiere a la propiedad de no dejarse desplazar por fuerzas transversas y ello se logra mediante un perfecto equilibrio de los de la

oclusión balanceada; contactos en anteriores bilateralmente en cualquier posición de oclusión.

Soporta la superficie anatómica de asiento de la dentaduras que se opone a la fuerza de intrusión, juegan papel importante la “resilencia” de la mucosa que recubre la superficie protésica y la técnica de impresión empleada.

MAXILAR SUPERIOR

La zona principal de soporte la constituye el reborde residual y las zonas secundarias están constituidas por las vertientes vestibulares y palatinas de dichos reborde. La zona límite o de sellado periférico se inicia en el frenillo medio siguiendo un surco formado por el repliegue de las inserciones musculares pasando por la fosa mirtiforme, fosa canina, frenillo lateral, zona molar, fosa retromolar en la tuberosidad y lateralmente terminan el denominado surco hamular detrás de la tuberosidad; de allí la zona límite o de sellado periférico pasa al lado contrario delimitado lo que conocemos con el nombre de “post-damming”, o límite entre paladar óseo y paladar blando. Se divide entre cinco zonas desde el punto de vista de la comprensión: a) Los surcos alveolares con zona 1 y 5; b) la espina nasal posterior como zona 3; c) Las zonas intermedias correspondientes a los agujeros palatinos posteriores se denominan zonas 2 y 4.

MAXILAR INFERIOR

La zona principal de soporte la constituye el reborde residual, que en la mayoría de los casos y en la zona posterior especialmente, es casi nulo confundiendo el piso de la boca y vestibulo. Las zonas protésicas secundarias del maxilar inferior están constituidas por las vertientes de dicho reborde residual. El surco limitante o del sellado periférico se inicia a partir del frenillo medio vestibular, siguiendo el pliegue que forman las inserciones musculares, pasando por la fosa incisiva,

agujero mentonero, frenillo lateral, línea oblicua externa, fosa retromolar, cubriendo la papila retromolar o cuerpo piriforme.

SELLADO PERIFÉRICO

Cierre alrededor de la prótesis que impide la entrada de aire al espacio virtual entre la placa de la prótesis y el maxilar y mantiene el vacío de succión.

Entre la zona de inserción y la zona neutra está el límite hasta donde se puede extender el borde del flanco de la prótesis.

ZONA DE ALIVIO

Son aquellos sitios donde la base protésica no debe presionar o interferir con el fin de que sea tolerable y no produzca patologías. Estos alivios se logran haciendo cortes en los flancos o raspando el acrílico en la superficie noble, de acuerdo a la intensidad de la presión .

ZONAS DE ALIVIO EN EL MAXILAR SUPERIOR

Se consideran zona de alivio los siguientes sitios anatómicos:

Reborde residual cuan es afilado, exostosis, torus palatino, espina nasal anterior y posterior, agujeros palatinos anterior y posterior, surcos hamulares, papila incisiva, rugosidades palatinas pronunciadas, rafe medio profundo o pronunciado, frenillos e inserciones musculares.

ZONA DE ALIVIO EN EL MAXILAR INFERIOR

Son consideradas las siguientes:

El reborde residual cuando es muy afilado, las zonas de exostosis, el torus mandibular cuando existe, el agujero mentonero, la línea oblicua externa, la líneas oblicua interna, la apófisis geni, el frenillo medio vestibular, los frenillos laterales, las inserciones musculares y el frenillo lingual

CONCLUSIONES

- La alveoloplastia debe ser una operación cotidiana para todos los odontólogos que extraen dientes.
- Es necesario preparar la cresta alveolar, y no limitarse a la restauración protésica,
- Para lograr un buen tratamiento el paciente debe ser valorado interdisciplinariamente, teniendo en cuenta cada especialidad de la odontología.

BIBLIOGRAFÍA

- Dr. LASKIN Daniel M., Cirugía Bucal en Maxilofacial, septiembre 1988 pag. 297-315.
- HEARTWELL, CMJR. Syllabus of complete dentures, 3a Edición Filadelfia Lea and Febiger, 1986.
- SKINNER CN A. Classification of removable partial dentures based upon the principles of anatomy and physiology y prosthet Dent 1959 pp 240-246