

*Agradecimiento al Doctor Antonio Escobar por
su colaboración en la realización de éste trabajo*

53501

78
23

564

3-7-01-00

*Prótesis Parcial Removable
y Manual de Diseños*

*Adriana Palacio Torres. 921034
Miguel Ángel Pulido A. 921036
John Harry Mejía M. 921048
Angela Adriana Baquero V. 921073
Gloria Amparo Losada G. 921077*

*Profesor
Freddy Osorio Gegenherz
Director Clínica de Centro*

*Colegio Odontológico Colombiano
Facultad De Odontología
Santafé de Bogotá, D.C.
Septiembre 5 de 1996*



Introducción

Con este trabajo queremos resumir:

El manejo odontológico de pacientes que van a ser rehabilitados con prótesis parcial removible retenidos por ganchos.

Dando a conocer un protocolo con el cual realizamos un buen tratamiento a dichos pacientes evitando los riesgos, y posibles fracasos.

Buscando también dar una mejor información para un manejo integral.

Los autores:

Tabla de Contenido

	<i>pág.</i>
<i>Objetivo General</i>	7
<i>Objetivos Específicos</i>	8
<i>Plan de Trabajo</i>	9
<i>Justificación</i>	11
<i>Prótesis Parcial Removable</i>	13
1. <i>Definición</i>	13
2. <i>Elementos Que Componen La Prótesis Parcial Removable</i>	13
2.1. <i>Conectores mayores</i>	14
2.1.1. <i>Características</i>	14
2.1.2. <i>Conectores Mayores Maxilares</i>	15
2.1.2.1. <i>Características:</i>	15
2.1.2.2. <i>Tipos de Conectores Mayores Maxilares</i>	15
2.1.2.2.1. <i>Banda Palatina Única</i>	16
2.1.2.2.2. <i>Conector palatino en forma de U</i>	17
2.1.2.2.3. <i>Conector palatino tipo combinación de bandas anterior y posterior.</i>	17
2.1.2.2.4. <i>Conector tipo placa palatina. Pueden ser de tres tipos:</i>	18
2.1.3. <i>Conectores Mayores Mandibulares</i>	19
2.1.3.1. <i>Tipos de Conectores Mayores mandibulares</i>	19
2.1.3.1.1. <i>Barra lingual.</i>	20
2.1.3.1.2. <i>Doble barra lingual o con retenedor continuo.</i>	21
2.1.3.1.3. <i>Placa lingual.</i>	22
2.1.3.1.4. <i>Barra vestibular o de Swing-lock.</i>	23
2.2. <i>Conector Menor</i>	24
2.3. <i>Apoyos</i>	27
2.3.1. <i>Funciones del apoyo</i>	27

	<i>pág.</i>
2.3.2. <i>Parámetros a tener en cuenta</i>	27
2.3.3. <i>Oclusales.</i>	28
2.3.4. <i>Incisales.</i>	29
2.4. <i>Retenedores Directos</i>	30
2.4.1. <i>Anclajes colados con la estructura "Ganchos".</i>	31
2.4.2. <i>Componentes de un gancho.</i>	31
2.4.3. <i>Requerimientos Funcionales Exigidos a los Ganchos</i>	32
2.4.3.1. <i>Retención.</i>	32
2.4.3.2. <i>Soporte.</i>	33
2.4.3.3. <i>Estabilidad.</i>	34
2.4.3.4. <i>Reciprocidad.</i>	34
2.4.3.5. <i>Cerclaje de 180°.</i>	34
2.4.3.6. <i>Pasividad.</i>	35
2.4.4. <i>Tipo de Ganchos. Los ganchos pueden ser:</i>	35
2.4.4.1. <i>Ganchos Circunferenciales.</i>	35
2.4.4.2. <i>Gancho Ackers.</i>	35
2.4.4.3. <i>Gancho en Horquilla.</i>	36
2.4.4.4. <i>Ganchos en Anillo.</i>	36
2.4.4.5. <i>Gancho de Acción Posterior.</i>	37
2.4.4.6. <i>Gancho Incrustación.</i>	37
2.4.4.7. <i>Gancho en abrazadera.</i>	37
2.4.4.8. <i>Gancho Múltiple.</i>	37
2.4.4.9. <i>Gancho a Barra.</i>	38
2.4.4.10. <i>Gancho en C.</i>	38
2.4.4.11. <i>Gancho en V.</i>	38
2.4.4.12. <i>Gancho en Y.</i>	38
2.4.4.13. <i>Gancho RLT.</i>	39
2.4.4.14. <i>Gancho RTI.</i>	39
2.5. <i>Retenedores Indirectos</i>	39
2.5.1. <i>Función</i>	39
2.5.2. <i>Tipos de Retenedores indirectos.</i>	40
2.5.2.1. <i>Apoyos Oclusales.</i>	40
2.5.2.2. <i>Apoyos Incisales.</i>	41
2.5.2.3. <i>Apoyos en caninos.</i>	41
2.5.2.4. <i>Apoyo Continuo Lingual.</i>	41
2.6. <i>Base Protésica</i>	41
2.6.1. <i>Funciones de las bases.</i>	42
2.6.2. <i>Condiciones de una base ideal.</i>	43



	<i>pág.</i>
<i>2.6.3. Tipos de estabilidad de una base protésica.</i>	<i>43</i>
<i>2.6.4. Tipos de bases protésicas.</i>	<i>44</i>
<i>2.6.4.1. Bases metálicas</i>	<i>44</i>
<i>2.6.4.2. Bases de Acrílico.</i>	<i>46</i>
<i>3. Diseño de La Prótesis Parcial Removible</i>	<i>46</i>
<i>3.1. Diseño del Armazón</i>	<i>46</i>
<i>3.2. Diseño de Los Puntos de Soporte</i>	<i>49</i>
<i>3.2.1. Función</i>	<i>49</i>
<i>3.2.2. Posición.</i>	<i>49</i>
<i>3.3. Diseño de Los Ganchos</i>	<i>50</i>
<i>3.3.1. Función</i>	<i>50</i>
<i>3.3.2. Ubicación de los ganchos</i>	<i>50</i>
<i>3.3.3. Tipos de ganchos.</i>	<i>51</i>
<i>3.4. Clasificación de Los Ganchos</i>	<i>52</i>
<i>3.5. Diseño de La Montura</i>	<i>53</i>
<i>3.5.1. Montura Cerrada.</i>	<i>53</i>
<i>3.5.2. Montura de unión.</i>	<i>53</i>
<i>3.5.3. Montura removible.</i>	<i>53</i>
<i>5.5.4. Consecuencias de un inadecuado diseño.</i>	<i>54</i>
<i>6. Clasificación de Kennedy</i>	<i>55</i>
<i>6.1. Clases</i>	<i>55</i>
<i>6.2. Cálculos Sobre El Equilibrio</i>	<i>56</i>
<i>6.2.1. ¿Qué significan fuerzas y cargas en una prótesis dental?</i>	<i>56</i>
<i>6.2.2. Determinación de los puntos de apoyo dependiendo de la clasificación.</i>	<i>57</i>
<i>6.3. Líneas de ayuda.</i>	<i>58</i>
<i>7. Estudio del Paciente</i>	<i>59</i>
<i>7.1. Objetivo</i>	<i>59</i>
<i>7.2. Ventajas de Las Dentaduras Parciales</i>	<i>59</i>
<i>7.2.1. Aspecto.</i>	<i>60</i>
<i>7.2.2. Pronunciación.</i>	<i>60</i>
<i>7.2.3. Masticación.</i>	<i>60</i>
<i>7.2.4. Evita movimientos dentales.</i>	<i>61</i>
<i>7.2.5. Distribución de las cargas oclusales.</i>	<i>61</i>
<i>7.3. Desventajas de Las Dentaduras Parciales</i>	<i>61</i>

	<i>pág.</i>
8. <i>Esfuerzo del Odontólogo</i>	62
8.1. <i>Esfuerzo del Técnico</i>	62
8.2. <i>Esfuerzo del Paciente</i>	63
9. <i>Historia Clínica</i>	63
9.1. <i>Historia Clínica Y Examen</i>	63
9.2. <i>Historia Dental Previa</i>	64
9.3. <i>Historia Medica Previa</i>	64
9.4. <i>Examen</i>	65
9.4.1. <i>Examen Extraoral</i>	65
9.4.2. <i>Examen Intraoral</i>	65
9.5. <i>Diagnostico</i>	66
10. <i>Plan de Tratamiento</i>	66
10.1. <i>Desarrollo del Plan de Tratamiento</i>	67
<i>Conclusiones</i>	71
<i>Bibliografía</i>	73

Objetivo General

Presentar en un manual práctico y de fácil consulta para el odontólogo; unas pautas y principios de constitución y diseño casi universales para la elaboración de una prótesis parcial removible; retenida por ganchos y de igual forma dar un realce a la importancia de una comunicación directa entre el odontólogo y el laboratorista para el éxito de todo tipo de tratamiento protésico.

Objetivos Específicos

Devolver la confianza del odontólogo en los tratamientos con Prostodoncia Parcial Removible para evaluar el término que decía: “Una dentadura parcial removible es un aparato para perder los propios dientes de forma cara, lenta y dolorosa”.

Mostrar resultados de estudios que indican que el uso adecuado de una prótesis parcial removible desvirtúa toda mala creencia sobre ellas.

Demostrar que el éxito en el tratamiento y en el mantenimiento de la salud oral depende directamente de un procedimiento en equipo entre el odontólogo, técnico y paciente.

Fijar responsabilidades de cada una de las partes; odontólogo, técnico y paciente, en el resultado y éxito de una tratamiento con prostodoncia parcial removible.



Plan de Trabajo

Con base a los objetivos tratados anteriormente y teniendo en cuenta todas las variables que posiblemente se pueden presentar en un trabajo de investigación y consulta, para el bien de el paciente y el operador, se ha propuesto el siguiente plan de trabajo:

- 1. Definición del tema a tratar.*
- 2. Fijación de objetivos (tanto generales como específicos).*
- 3. Estudio del tema: basado en artículos de literatura científica y en pruebas clínicas (casos de la journal).*

4. *Consulta con el técnico dental: Analizando inquietudes y requisitos básicos para el buen desempeño de su trabajo.*
5. *Consulta con el paciente: No solo clínicamente sino tratando de mejorar su estado psicológico frente al tratamiento sugerido.*
6. *Diseño del manual guía mediante la colaboración de un profesional en el campo del diseño.*

Justificación

Se ha visto que los estudiantes de odontología tienden a orientarse por un solo tipo de diseño, sin tomar en cuenta que son muchas las variables y las técnicas que se pueden utilizar para realizar una Prótesis Parcial Removable retenida por ganchos, que satisfaga al paciente y a la vez que no produzca injurias a nivel de los tejidos duros y blandos.

Es de tomar en cuenta que se debe iniciar el tratamiento desde la preparación de los tejidos para así eliminar toda situación que pudiera ser perjudicial para el éxito de la prótesis parcial removable.

Es de preocuparnos entonces que la terapia y la restauración por su parte no represente una noxa y no comprometa la higiene oral.

Todos estos factores naturalmente se tocan y se condicionan mutuamente así es que tenemos nuevamente que recalcar que la prótesis parcial removible es un artículo de masas, sino una terapia individual y diferenciada de alto grado.

Por lo tanto es de gran valor la comunicación entre el odontólogo y el laboratorista, por consiguiente se quiere facilitar esta comunicación diseñando un folleto que sirva de intermediario entre estos.

Además orientará al odontólogo para que escoja cual es el diseño más adecuado para restaurar los diferentes casos clínicos que se pueden presentar.

El lector será capaz de dar al laboratorista el estudio adecuado y los modelos diseñados junto con las instrucciones escritas las cuales reflejan las necesidades de cada paciente en particular.

Prótesis Parcial Removable

1. Definición

Una dentadura parcial es la suma de un número de componentes individuales cuyo único fin es trabajar en conjunto para devolver la funcionalidad, estética y confort de un paciente parcialmente desdentado.

2. Elementos Que Componen La Prótesis Parcial Removable

Entre los elementos que componen una Prótesis Parcial Removable tenemos:

1. Conector mayor

2. Conector menor

3. Apoyos

4. Retenedores directos

5. Retenedores indirectos

6. Estabilizadores

7. Base protésica

2.1. Conectores mayores

Son las unidades de la Prótesis Parcial Removable que conecta todas las partes que la componen:

2.1.1. Características

- *Reúna todos los elementos que componen la removable*
- *Deben ser rígidos.*
- *Deben ser resistentes a la torsión.*
- *Deben respetar los tejidos blandos y óseos subyacentes.*

2.1.2. Conectores Mayores Maxilares

2.1.2.1. Características:

- *Debe ser rígida.*
- *Cubrirá el mínimo del paladar sin perder su rigidez.*
- *Debe ser liso y pulido en la parte que mira hacia la boca.*
- *El borde debe ubicarse a unos 5 a 6 mm del reborde gingival.*
- *La barra posterior no debe llegar al paladar blando.*
- *La barra anterior, respetará siempre que sea posible las rugas palatinas.*
- *Los conectores mayores maxilares se dividen en barras o bandas, la diferencia está en el tamaño. Hasta 6 mm es una barra y por encima de esta dimensión es una banda.*

2.1.2.2. Tipos de Conectores Mayores Maxilares

A) Banda Palatina Única.

B) Conector palatino en forma de U.

C) Conector palatino tipo combinación de bandas anterior y posterior.

D) Conector tipo placa palatina.

2.1.2.2.1. Banda Palatina Única. Ubicado centralmente entre las dos mitades de la prótesis, con un volumen concentrado.

Las restauraciones dentosoportadas bilaterales con tramos cortos pueden ser conectadas con una banda ancha como conector palatino. No debe usarse para hacer reemplazo de dientes anteriores.

Características:

- Es la banda que se usa con mayor frecuencia.*
- Es apenas perceptible por la lengua.*
- Distribuye las fuerzas en un área muy amplia.*

2.1.2.2.2. Conector palatino en forma de U. Es el menos deseable. Se usa cuando existe un torus palatino inoperable o cuando deben ser reemplazados varios dientes anteriores.

Principales objetivos:

- *Falta de rigidez.*
- *Poco soporte permitiendo la incrustación en tejidos.*
- *Su espesor es amplio en áreas frecuentadas por la lengua,*

2.1.2.2.3. Conector palatino tipo combinación de bandas anterior y posterior. Es el más rígido de todos y puede ser usado en prótesis parcial para el maxilar superior.

Deben estar bajos en los dientes para evitar acciones de palanca y prevenir interferencia incisal en los cúngulos.

La regla fundamental para la ubicación del conector mayor en relación con los dientes es: Que brinde soporte al conector por medio de apoyos definidos en los



dientes contactados, recubriendo la encía con adecuado alivio, o ubicar el conector alejado de la encía para impedir la restricción de irrigación.

Este diseño de conector mayor es el que se usa frecuentemente en la clasificación de Kennedy, más a menudo en Clase II y IV.

2.1.2.2.4. Conector tipo placa palatina. Pueden ser de tres tipos:

- 1. Paladar total colado: Se utiliza en casos de gran extensión, con piezas remanentes débiles, pues se aconseja buscar la adhesión a las partes blandas de la boca.*
- 2. Paladar combinado de metal y acrílico: Consta de una parte anterior que cubre las rugosidades hasta la mitad del paladar y luego se acopla al resto del paladar en acrílico.*
- 3. Paladar exclusivamente en acrílico: Sólo se usa para prótesis temporales.*

Desventajas

- *Ejerce un exceso de fuerza sobre los dientes que se toman como pilares.*
- *En caso de mala higiene puede aparecer inflamación e hiperplasias tisulares.*
- *Puede ocasionar problemas de fonética.*
- *No se puede utilizar cuando hay torus palatino.*

Indicaciones

- *En casos de Clase I con una posible y futura pérdida parcial o total del grupo anterior de dientes.*
- *Cuando existen extensos espacios desdentados bilaterales.*

2.1.3. Conectores Mayores Mandibulares

2.1.3.1. Tipos de Conectores Mayores mandibulares

a. Barra lingual.

b. Doble barra lingual o con retenedor continuo.

c. Placa lingual.

d. Barra vestibular o de Swing-lock

2.1.3.1.1. Barra lingual. Está ubicada sobre tejidos móviles pero alejada de la encía. El borde superior de este conector debe ser disminuido dando una forma de media pera, o sea plano hacia los tejidos y con su mayor volumen en el 1/3 inferior.

El borde inferior de este conector no debe invadir los tejidos del piso de boca.

Ventajas y desventajas

- No cubre los tejidos gingivales y deja los dientes libres.*
- Evita que la lengua pueda tener algunas molestias.*
- Su escaso tamaño puede dar un conector mayor poco rígido.*
- Si no se cumplen los requisitos para su diseño puede clavarle en la encía.*



Indicaciones

- *En todos los casos que sea posible, es el conector de elección.*

2.1.3.1.2. Doble barra lingual o con retenedor continuo. Se encuentra ubicado en el cingulo de anteriores o ligeramente por encima.

Tiene que prepararse un pequeño surco en el cingulo, de los anteriores inferiores y labrar un apoyo en los extremos bien sea a nivel de caninos o en la superficie mesial de los premolares. Esto evitará que resbale por la superficie lingual y se clave en la encía.

Ventajas

- *Contribuye a la estabilización horizontal.*
- *Es favorable para los tejidos gingivales pues deja el margen descubierto.*

Indicaciones

- *Poco usado en los diseños actuales.*
- *Puede actuar como retenedor indirecto para los casos de extremos libres unilaterales o bilaterales.*

2.1.3.1.3. Placa lingual. Debe ser lo más delgada posible. El borde superior de la placa sigue las superficies supracingulares de los dientes.

Ventajas y desventajas

- *Tiene una mayor rigidez.*
- *Si no está bien diseñada puede producir irritaciones y empaquetamiento de comida.*
- *Cubre demasiada superficie dentaria y tisular.*

Indicaciones

- *Para estabilizar dientes debilitados periodontalmente.*
- *En Case I en los que los rebordes residuales hayan sufrido excesiva reabsorción vertical.*
- *En casos de frenillo lingual alto*
- *En casos de grandes extensiones desdentadas bilaterales con considerable pérdida de hueso.*
- *En casos de torus mandibulares.*

2.1.3.1.4. Barra vestibular o de Swing-lock. Su mayor extensión obliga a un mayor grosor, para aumentar su rigidez y evitar la deformación.

Ventajas y desventajas

- *Evita intervenciones quirúrgicas*
- *Tiene difícil adaptación del metal con el labio y la encía.*

Indicaciones

- *Cuando hay linguoversión acentuada de los incisivos inferiores.*
- *En caso de grandes torus laterales inferiores.*

El diseño de Swinh-Lock consiste en una barra vestibular vinculada al conector mayor, esta indicada cuando:

- *Faltan pilares claves.*
- *Contornos dentales desfavorables.*
- *Contornos desfavorables de tejidos blandos.*
- *Dientes con pronóstico cuestionable.*

Contraindicaciones

- *Higiene bucal deficiente.*
- *Vestíbulo poco profundo o inserción del frenillo alta.*

2.2. Conector Menor



Son elementos que sirven de enlace entre el conector mayor y los demás elementos que constituyen la Prótesis Parcial Removible.

Funciones

- *Unir las partes de la Prótesis Parcial Removible al conector mayor.*
- *Transmitir el stress funcional a los dientes pilares.*
- *Transmitir las fuerzas aplicadas al conector mayor y a los tejidos blandos.*

Forma y Ubicación

- *Debe tener un volumen suficiente para su rigidez.*
- *Estarán situados en las superficies proximales y junto a áreas desdentadas.*
- *Debe formar un ángulo recto con el conector mayor.*
- *Debe estar ubicado de manera que pasen verticalmente a través de una tronera interdental (Si el diente esta rotado no).*

Planos Guías

Son distintos planos preparados en las caras proximales de los dientes pilares donde se apoya la prótesis. Son paralelos entre sí, con los alojamientos respectivos de los conectores menores.

Funciones

- *Retención*
- *Estabilización horizontal*
- *Disminución del socavado proximal*
- *Estética*
- *Reciprocidad*

Localización

- *Caras proximales adyacentes a los espacios desdentados*
- *Superficies linguales de los dientes inferiores.*

2.3. Apoyos

Es toda unidad de una Prótesis Parcial Removible sobre una superficie dental para brindar soporte vertical.

El lecho para apoyo es la superficie preparada del pilar que recibe el apoyo.

2.3.1. Funciones del apoyo

- *Brinda soporte vertical para la Prótesis Parcial Removible.*
- *Mantiene los componentes en su posición proyectada.*
- *Mantiene las relaciones oclusales establecidas al prevenir el hundimiento de la prótesis.*
- *Evita la invasión y daño de tejidos blandos.*
- *Dirige y distribuye cargas oclusales a los dientes pilares.*

2.3.2. Parámetros a tener en cuenta

- *Las fuerzas que transmitan deben ir lo más cerca posible al eje axial del diente.*
- *Jamás debe colocarse en un diente que no haya sido previamente preparado.*
- *En Premolares y molares tendrán forma de cuchara ligeramente triangular.*

Los descansos oclusales pueden clasificarse según su ubicación y el material en que se apoyan.

Según su ubicación:

a. Oclusales.

b. Incisales.

2.3.3. Oclusales. Estos son labrados sobre premolares y molares, el ancho debe ser de un tercio del ancho bucolingual de la corona o bien la mitad de la distancia entre las puntas cuspideas bucal y lingual. El suelo de la preparación tendrá forma de cuchara o triangular, deben evitarse las aristas o ángulos agudos en la preparación para poder pulirlo minuciosamente.

Recuérdese que siempre debe estar en el grosor del esmalte. En casos de extremos libres y diseños de RPT se labrará en forma de nola, para facilitar el movimiento de la prótesis.

En los casos que llegue a atravesarse el esmalte debe hacerse una amalgama, un composite o mejor aún una incrustación, si el diente estuviese inclinado deben dirigirse las fuerzas al centro del diente siguiendo su eje axial.

En casos que preparemos una corona, el descanso debe tener un plano guía mesial de 2-3 mm de altura, una superficie oclusal plana perpendicular al eje axial del diente, con dos biseles largos y amplios para conseguir una estabilización bilateral.

2.3.4. Incisales. Se localizan en el grupo incisivo unitarios o bien múltiples, el apoyo ideal es a nivel de los caninos el cual puede ser o individual o como apoyo reforzante del apoyo incisal.

El descanso angular o en silla de montar se tallara a nivel del ángulo, más ancho en el centro y difuminandose hacia las caras proximales del diente, este es más frecuente en los caninos superiores.

El apoyo angular es preferible al incisal no solamente por su situación sino también por su estético.

En casos de dientes muy unidos pueden transformarse en una ligera uña interdientaria.

Estos apoyos no son muy aconsejables en el maxilar interciar dado que el grosor adomantino es muy escaso, estaba principalmente indicadas en el maxilar superior y en caninos, en caso de que estén ausentes los caninos podemos distribuirlos en los incisivos y así repartir las fuerzas, en la mandíbula es más indicado un descanso incisal, en los ángulos DT a una distancia entre 1,5 y 2 mm de este ángulo y su preparación deberá ser de forma cóncava aplanada con una ligera desviación hacia la cara lingual para tener más refuerzo.

2.4. Retenedores Directos

2.4.1. Anclajes colados con la estructura “Ganchos”. Elementos diseñados con la PR que la mantienen y retienen en boca. El diseño deberá ser lo más simple posible cubriendo un mínimo de la superficie dentaria y un máximo de las superficies mucuosas.

2.4.2. Componentes de un gancho.

- *Apoyo: Parte del gancho que se apoya sobre la superficie dental.*
- *Cuerpo: Parte de l gancho que conecta los apoyos y brazos del gancho al conectar menor del mismo. Tanto el apoyo como el cuerpo deben ser gruesos y rígidos.*
- *Reciproco o brazo rígido del gancho: que situado por encima del ecuador dentario es oponente al gancho retentivo situado en la cara opuesta. Su acción es contrarrestar las fuerzas horizontales ejercidas por el gancho retentivo.*
- *Brazo retentivo: compuesto de una parte rígida situada por encima del ecuador dentario y una parte flexible situada por debajo del ecuador dentario.*

- *Conector menor: es la parte del gancho que lo une al armazón del aparato, deberá ser completamente rígida.*
- *Brazo de acceso del gancho de barra: es la parte de un gancho de barra que actuando como un conector menor proyecta el gancho de barra del armazón metálico a través de la mucosa, cruza el margen gingival y se aloja en la zona retentiva correspondiente del diente.*

2.4.3. Requerimientos Funcionales Exigidos a los Ganchos

2.4.3.1. Retención. Propiedad que deben tener los ganchos para mantener la prótesis en boca y evitar que las fuerzas de dislocación puedan expulsarla de la misma.

Esta depende de:

- *Distancia existente entre el ecuador dentario y la punta del gancho retentivo.*

- *Longitud MD o DM del gancho que esta situado por debajo del ecuador dentario.*
- *Angulo de convergencia cervical.*

Una propiedad importante de la retención es la flexibilidad la cual esta determinada por los siguientes factores:

1. *Longitud del brazo del gancho (entre más longitud más flexibilidad es de considerar que si aumenta más la flexibilidad reducimos la fuerza o sobre carga horizontal contra el diente pilar, pero si la aumentamos excesivamente perdemos retención.*
2. *Diámetro del gancho: la flexibilidad es inversamente proporcional al mismo.*
3. *El material.*

2.4.3.2. Soporte. Propiedad que debe reunir un gancho para resistir las fuerzas masticatorias que inducen a la prótesis a desplazarse hacia gingival, deben ser suficientemente rígidas y gruesa para evitar su ruptura y destabilización de la

prótesis, deben estar distribuidas al máximo número de pilares de la boca en forma de apoyos.

2.4.3.3. Estabilidad. Es la resistencia frente al componente horizontal de la prótesis que la induce a un desplazamiento en este sentido. Todos los componentes de la prótesis contribuyen a neutralizar estas fuerzas, excepto los ganchos retentivos.

2.4.3.4. Reciprocidad. Propiedad que permite contrarrestar la fuerza horizontal ejercida por los ganchos retentivos. Cada gancho retentivo deberá tener otro gancho recíproco capaz de contrarrestar estas fuerzas y deberá entrar en contacto con el diente en el mismo instante.

2.4.3.5. Cerclaje de 180°. Propiedad que debe reunir un gancho en el sentido de que la suma de todos los contactos de todos los elementos que lo integran, es decir, el apoyo oclusal, la longitud del recíproco y todo el contacto del retentivo deberá sumar los 180°, el contacto puede ser continuado o por zonas. Su misión consiste en prevenir que el diente pilar se desplace frente a las fuerzas ejercidas sobre la prótesis.

2.4.3.6. Pasividad. Propiedad que permite mantener inactivos todos los elementos del gancho una vez la prótesis está instalada y asentada completamente en la boca.

2.4.4. Tipo de Ganchos. Los ganchos pueden ser:

1. Circunferenciales.

2. A barra.

3. Combinados.

2.4.4.1. Ganchos Circunferenciales. Compuestos por un apoyo oclusal y dos brazos, uno retentivo y uno recíproco. Cubren más superficie dentaria que uno o barra, tienen forma de mediacaña, cuanto más apical es, mejor es la acción contra las palancas y más estético.

2.4.4.2. Gancho Ackers. Típico gancho circunferencial compuesto de un apoyo oclusal y dos ganchos, suministra al conjunto una nueva estabilización.



2.4.4.3. Gancho en Horquilla. Es una variedad de Ackers diseñado para poder colocar el gancho en una retención proximal procedente de una dirección oclusal.

Tiene una acción inversa que va de M a D, cubre excesiva superficie dentaria lo cual puede retener alimentos y facilitar la caries. Bajo el punto de vista estético cubre demasiado metal.

2.4.4.4. Ganchos en Anillo. Compuesto por dos apoyos oclusales uno en M y en D unidos por un recíproco en general por lingual.

Este rodea el diente cubriendo gran superficie del diente por lo que es aconsejable tallar coronas en los pilares que lleven gancho en anillo.

Sólo está indicado cuando la retención esta situada en Mesiobucal y el gancho retentivo no puede venir.

2.4.4.5. Gancho de Acción Posterior. No es aconsejable, es semejante al gancho de anillo, pero con menos recubrimiento dentario, y, por tanto menos visible, puede tener apoyo tanto en mesial como en distal. Suministra una simple estabilización unilateral.

2.4.4.6. Gancho Incrustación. Es una prolongación retentiva desde una cara oclusal colada, y que presenta un gancho por vestibular y por lingual. No está indicado en casos con gran incidencia de caries.

2.4.4.7. Gancho en abrazadera. Indicado cuando hay ausencia de dientes de un lado pero en el opuesto están todos. Pueden estar tanto por vestibular como por distal. Se usa en dientes sanos y con poca incidencia de caries.

En la superficie oclusal presenta dos apoyos uno Mesial y otro distal.

2.4.4.8. Gancho Múltiple. Es un doble gancho circunferencial en C, son retentivos por vestibular, los cuales dan dos apoyos oclusales uno mesial y uno distal. Tienen dos conectores menores.

2.4.4.9. Gancho a Barra. Son aquellos ganchos que originándose en el conector mayor o en la base se dirigen a la zona retentiva del diente desde gingival.

- *Cubren la menor superficie dentaria.*
- *No deben ulcerar el tejido blando subyacente. Esta indicado principalmente junto a las zonas de extremo libre.*

2.4.4.10. Gancho en C. Describe una curva por encima del ecuador dentario.

Indicando en molares con retención en mesial y buen vestibulo y también en premolares.

2.4.4.11. Gancho en V. Ambas puntas retentivas se alojan cada una de ellas en las zonas vestibulares, una a mesial y la otra a distal.

2.4.4.12. Gancho en Y. Indicando en los casos de ecuador dentario alto en sentido oclusal a nivel de los ángulos mesial y distal.

2.4.4.13. Gancho RLT. Se compone de los siguientes elementos:

R - Apoyo oclusal o descanso en mesiolinguoclusal.

P - Plano guía

I - Barra en I.

2.4.4.14. Gancho RTI. Se compone de los siguientes elementos:

R - Apoyo o descanso oclusal.

I - Dos barras en I, una por vestibular y la otra por lingual

2.5. Retenedores Indirectos

2.5.1. Función

- *Evita el movimiento de la base a extremo libre que tiende a separarse de la encía, por la acción de los alimentos.*
- *Disminuye la palanca que se ejerce sobre los pilares extremos.*
- *Dar estabilización horizontal a la prótesis.*
- *Actúa como soporte de un conector mayor y coadyuva a su estabilización.*

2.5.2. Tipos de Retenedores indirectos.

2.5.2.1. Apoyos Oclusales.

- *Ubicados en superficies oclusales de molares y premolares.*
- *Se sitúan en el diente más distante de la línea de flucro que suponga una mejor estabilidad.*
- *En Clase I se harán los apoyos bilaterales.*



2.5.2.2. Apoyos Incisales.

- *Sólo se utilizan si los clientes están bien periodontalmente.*
- *La preparación se hace en el cúngulo o a nivel del ángulo inciso-distal.*

2.5.2.3. Apoyos en caninos.

- *Se tallan en el cúngulo y tienen forma de semiluna.*
- *Cuanto más anterior se coloque más eficaz será.*

2.5.2.4. Apoyo Continuo Lingual. Apoyo lineal situado desde distal del lateral de un lado hasta distal del lateral del otro lado pasando por el cúngulo de todos los incisivos anteriores.

2.6. Base Protésica

Las bases protésicas son las partes de una prótesis parcial removible que descansan sobre los rebordes residuales desdentados y a las cuales van adheridos los dientes artificiales.

Se dividen en:

- 1. Dentosoportadas*
- 2. Dentomucosoportadas*

2.6.1. Funciones de las bases.

- *Soportar los dientes y las cargas ejercidas en ellas.*
- *Función ferulizadora de la hemiarcada correspondiente evitando que los dientes tiendan a migrar en sentido horizontal y vertical.*
- *Función masticatoria.*
- *Estimulación funcional de los tejidos subyacentes.*
- *Estética.*
- *Tiene que presentar una futura posibilidad de ser rebasado.*

2.6.2. Condiciones de una base ideal.

- *Perfecta adaptación a los tejidos.*
- *No debe injuriar los tejidos subyacentes.*
- *Tener una buena condición térmica para mantener un buen estímulo tisular.*
- *Debe ser ligera de peso y tener un diseño eficaz y lo más simple posible.*
- *Ser resistente a la fractura y a la deformación.*
- *Dar buena estética en las zonas que lo precise.*
- *Poder rebasarse.*
- *Ser de bajo costo económico.*

2.6.3. Tipos de estabilidad de una base protésica.

a) Estabilidad funcional frente al movimiento mandibular. Si la base es estable tendrá poca variación, tanto en reposo como en funcionamiento. El paciente se sentirá cómodo aunque se presione sobre ella con el dedo.

b) Estabilidad a la deformación de la base. Una base no se debe deformar. Una base en acrílico se deforma y dobla por las fuerzas masticatorias y comparándolas con un aparato metálico, este es nueve veces más rígido que la primera.

c) Estabilidad tisular. Los cambios tisulares no tienen lugar si la base es estable y no varía.

2.6.4. Tipos de bases protésicas.

2.6.4.1. Bases metálicas

Ventajas

- Mejor conducción térmica.*



- *Exactitud y estabilidad dimensional.*
- *Ajustar mejor.*
- *Mantienen la forma exacta, no cambiando en boca.*
- *Tiene contacto íntimo con la mucosa.*
- *No se abrasiona con el tiempo por el cepillado.*

Desventajas

- *No se puede rebasar*

Indicaciones

- *Dentaduras dentosoportadas.*
- *Rebordes alveolares firmes, potentes con factor óseo positivo.*
- *En tramas desdentadas cortas.*

2.6.4.2. Bases de Acrílico.

Indicaciones

- *Dentaduras dentomucosoportadas.*
- *Rebordes alveolares irregulares, reabsorbidos, extracciones recientes.*
- *En los casos en que la estética sea un factor importante.*
- *Si están bien ajustadas y pulidas presentan buena aceptación por parte de las encías.*
- *Indicadas en extremos libres unilaterales y bilaterales.*
- *En caso de dentaduras dentosoportadas pero en espacios desdentados amplios.*

3. Diseño de La Prótesis Parcial Removable

3.1. Diseño del Armazón

Para construir una prótesis parcial removible es necesario tener en cuenta cada detalle si se quiere lograr un resultado óptimo. Debemos incluir en el diseño:

1. Reconstrucción de la estética

2. Reconstrucción de la función masticatoria

3. Reconstrucción de la función fonética

4. Establecer un estado higiénico mediante

a) Espacios interdetales adecuados

b) Riego sanguíneo normal

c) Masaje normal de la mucosa

d) Dejar libres los cuellos de los dientes remanentes

5. La estructura debe:

a) Captar fuerzas activas y pasivas, tanto horizontales como verticales

b) Evitar rotación de los dientes de soporte

- c) Evitar un vuelco de los dientes remanentes por la presión al masticar*
- d) Evitar una atrofia*
- e) Evitar el acumulo de placa*
- f) Disminuir los efectos negativos del bruxismo*

Esta lista anterior pone de manifiesto que el diseño de la prótesis no se basa en la improvisación y que con el cumplimiento de los pasos anteriores se puede conseguir una prótesis parcial removible cómoda y estética.



3.2. Diseño de Los Puntos de Soporte

3.2.1. Función

- a) Captar fuerzas positivas*
- b) Firmeza del diente en la posición deseada*
- c) Determinar la línea de rotación*
- d) Conseguir una distribución óptima de las presiones.*

3.2.2. Posición. Primero se debe diseñar el armazón de la prótesis. Cuando se sabe donde se van a colocar los elementos de sostén, debe controlarse si:

- a) El antagonista permite la colocación*
- b) El diente pilar tiene la estabilidad necesaria*
- c) La posibilidad de que se tenga que crear más sitio mediante:*

- 1. Tallar una cavidad en un diente natural.*
- 2. Colocación de una corona en un diente pilar.*

3.3. Diseño de Los Ganchos

3.3.1. Función

- a) Absorber las fuerzas pasivas, en casos normales*
- b) En caso de exceso de carga por un diseño inadecuado, absorber las fuerzas activas.*
- c) Mantiene la posición deseada del diente.*

3.3.2. Ubicación de los ganchos

- a) El gancho rodea al diente en uno o varios sitios en un total de 270°*
- b) El brazo retenedor del gancho ha de contar con un brazo reciproco*
- c) La punta del brazo activo, cerca de la décima parte de su extremo libre tiene que quedar bajo la línea del ecuador de la prótesis.*
- d) El brazo retenedor del gancho debe tener la longitud suficiente para asegurar la elasticidad.*
- e) Los ganchos deben quedar sujetos*

- f) Los ganchos deben responder a la estética*
- g) Los ganchos no deben molestar ni herir al paciente*
- h) Los ganchos deben acabar en forma cónica*
- i) Los ganchos no pueden ser desiguales porque las fuerzas se concentrarían en el punto más flojo y se rompería el gancho.*
- j) Determinar la profundidad del socavado retentivo según la longitud del gancho.*
La longitud mínima del brazo retenedor del gancho debe ser de 8 mm.

3.3.3. Tipos de ganchos. Para que un gancho sea completo debe disponer de los siguientes elementos:

- a) Un brazo retenedor o activo*
- b) Un brazo de apoyo o reciproco*
- c) Uno o dos soportes*
- d) El gancho debe rodear al diente en una $\frac{3}{4}$ partes.*

3.4. Clasificación de Los Ganchos

- *Gancho tribranquial - No es la medida ideal*
- *Gancho Bibranquial - Tiene un brazo retentivo y un soporte. El brazo recíproco lo constituye la base de la prótesis.*
- *Gancho Circular - Se utiliza en molares inferiores. Rodea al diente en 250° y termina en el socavado retentivo.*
- *Gancho libre - Se utiliza poco, pues es demasiado firme y antiestético.*
- *Gancho continuo - Se utiliza como punto de soporte. Sale de la base del armazón entre dos dientes situados uno al lado del otro, para volver a los dientes siguientes.*
- *Ganchos invisibles - Estéticamente son muy útiles, pero extremadamente difíciles de realizar, y requieren gran exactitud en su elaboración en cuanto a su función.*

- *Ganchos de bola* - Van desde la base de la superficie masticatoria de los dientes próximos, para terminar en el socavado retentivo o en el espacio interdental.

3.5. Diseño de La Montura

3.5.1. Montura Gerrada. Se usa cuando falta uno o dos dientes incisivos.

3.5.2. Montura de unión. Montura en forma de red entre los dientes pilares, en los límites de una brecha; está colocada sobre la encía sin presión.

3.5.3. Montura removible. Se usa en prótesis a extremo libre, tanto en la zona molar como en la zona frontal.

Requiere más atención porque:



- a) *No puede estar unida con los ganchos para no afectar la movilidad entre base y montura.*
- b) *Tiene que elaborarse en forma de red.*
- c) *Tiene que apoyarse con un punto de soporte sobre el maxilar, para evitar un hundimiento al acrílico.*

5.5.4. Consecuencias de un inadecuado diseño.

- 1. *El brazo retentivo puede elevar al diente de los alvéolos.*
- 2. *Aceleración de la atrofia maxilar*
- 3. *El paciente no puede llevar a cabo la función deseada debido a la presión traumática.*
- 4. *La prótesis se desprende.*

6. Clasificación de Kennedy

6.1. Clases

Clase 1

Prótesis de extremo libre. Presenta zona desdentada posterior bilateral, y puede presentar eventuales pérdidas en zona anterior.

Clase 2

Presenta zona desdentada posterior unilateral, desde canino hacia atrás. Puede presentar pérdidas contralaterales insignificantes.

Clase 3

Presenta zona desdentada posterior con diente remanente, y puede presentar pérdida en zona anterior.

Clase 4

Presenta zona desdentada a nivel del grupo anterior.

Clase 5

Solamente están presentes dos molares extremos en una sola arcada, el resto esta totalmente desdentado.

Clase 6

Persisten solo los dos incisivos centrales superiores.

6.2. Cálculos Sobre El Equilibrio

6.2.1. ¿Qué significan fuerzas y cargas en una prótesis dental? Tenemos que todas las fuerzas están reunidas en un lado y las cargas en otro. Ambas se mueven alrededor de un punto de rotación, situado en el eje de rotación.

Tres (3) son los puntos importantes al tratar una palanca:

- 1. Punto de apoyo de la palanca.*
- 2. Brazo de carga.*
- 3. Brazo de fuerza.*



El punto de apoyo debe situarse lo más cerca posible del brazo de carga. También se debe tener en cuenta la situación correcta de los puntos de apoyo en la construcción de una prótesis parcial removible.

6.2.2. Determinación de los puntos de apoyo dependiendo de la clasificación.

Clase 1

En prótesis a extremo libre en la región molar, los puntos de apoyo se deben situar hacia mesial del último diente pilar.

Clase 2

Para la prótesis de extremo libre unilateral en la zona molar se debe colocar el apoyo en medio del último diente pilar. En el otro lado del maxilar escogemos el apoyo de manera que la línea de rotación este lo más horizontal posible respecto al lado derecho e Izquierdo del maxilar.

Clase 3

Debemos mantener los puntos de apoyo que forman la línea de rotación lo más cerca posible de la zona anterior.

Clase 4

Aquí debemos buscar los puntos de apoyo en el lugar donde se da la mayor pérdida de dientes.

*6.3. Líneas de ayuda.**A: Línea media*

Corta el paladar longitudinalmente en dos partes iguales

B: Línea Eje

Va en la mitad de la superficie masticatoria desde el 1^{er} premolar hasta el segundo molar.

C: Líneas del paladar

Son las líneas de ayuda para dibujar la base de la prótesis parcial removible.

R. Líneas de rotación

Línea de unión entre el punto de apoyo derecho y el izquierdo.

7. Estudio del Paciente

7.1. Objetivo

Analizar los aspectos positivos y negativos de que derivan del ajuste de una dentadura parcial, teniendo en cuenta los aspectos importantes de la anatomía intraoral, de las relaciones intermaxiliares y de los planos oclusales; para dar satisfacción tanto funcional como estética al paciente.

7.2. Ventajas de Las Dentaduras Parciales

7.2.1. Aspecto. Una dentadura parcial no solo puede restituir el aspecto perdido, sino incluso mejorarlo principalmente en los casos de dientes anteriores perdidos.

7.2.2. Pronunciación. La pérdida de los dientes superiores puede impedir la clara reproducción de ciertos sonidos particularmente la “F” y “V”, que se articulan con el labio inferior contactando los bordes de los incisivos superiores.

7.2.3. Masticación. Cuando un paciente pierde una gran cantidad de piezas dentales y se forman espacios edentulos se ve alterada la masticación permitiendo que el bolo alimenticio escape a la acción cortadora y rompedora. Una dentadura ajustada evitara este escape y contribuirá a la eficacia masticatoria.

7.2.4. Evita movimientos dentales. Cuando se pierden dientes los vecinos en el arco pueden inclinarse hacia el espacio vacío, una prótesis parcial removible diagnosticada y colocada a tiempo puede evitar este desplazamiento.

7.2.5. Distribución de las cargas oclusales. Cuando hay pérdida de un gran número de dientes se produce un aumento en las cargas funcionales sobre los restantes, la utilización de una dentadura parcial removible puede no sólo distribuir sino solo mejorar la resistencia que poseen los restantes.

7.3. Desventajas de Las Dentaduras Parciales

- 1. Acumulación de placa bacteriana: Generalmente alrededor de los retenedores y bajo la base protésica.*
- 2. Fuerzas funcionales mal transmitidas*
- 3. Errores en la oclusión*
- 4. Trauma directo por los componentes de la prótesis*

8. Esfuerzo del Odontólogo

La primera responsabilidad del odontólogo es asegurarse de que los dientes remanentes y los tejidos de soporte han alcanzado una condición saludable y que el paciente está efectivamente motivado e instruido sobre como mantener esta situación.

La segunda responsabilidad del odontólogo se relaciona con la construcción de la dentadura; y asegurar la exactitud de los procedimientos clínicos así como elaborar un muy buen diseño basado en los criterios clínicos para obtener una salud oral buena.

8.1. Esfuerzo del Técnico

El esfuerzo del técnico está dirigido al a transcripción exacta del diseño de la prótesis prescrita en la efectivamente terminada y en la cuidadosa construcción y posición de sus componentes.



8.2. Esfuerzo del Paciente

Todo se basa en el cuidado y mantenimiento que el paciente le preste no solo a la prótesis sino también a la cavidad oral que soporta la prótesis y a la respuesta tisular que es la encargada directa del soporte de las estructuras.

9. Historia Clínica

9.1. Historia Clínica Y Examen

El propósito al registrar la historia y hacer el examen clínico es reunir los hechos que ayudarán a establecer el diagnóstico de cualquier problema presente y a formular un plan de tratamiento.

9.2. Historia Dental Previa

Es muy importante tomar nota de los tratamientos anteriores, prestando especial atención a cualquier comentario favorable o desfavorable sobre las dentaduras parciales que pudieran haberse llevado en el pasado y comprobar los comentarios en relación con el funcionamiento de cualquier dentadura parcial que lleve en el presente.

9.3. Historia Medica Previa

La historia clínica detallada y cuidadosa es una parte esencial para la planificación de cualquier forma de tratamiento dental. Hay muy pocas contraindicaciones absolutas para la provisión de una prótesis removible, pero la salud general del paciente ha de ser cuidadosamente examinado especialmente en el caso en donde se limita la capacidad del paciente para llevar a cabo sus hábitos de higiene oral adecuados.

9.4. Examen

9.4.1. Examen Extraoral

El examen debe empezar por la comprobación extraoral de la forma y simetría facial y el estudio de los movimientos de apertura y de cierre simultáneos en la palpación de las articulaciones temporomandibulares y de los músculos masticadores.

9.4.2. Examen Intraoral

- * Evaluación de la higiene oral,*
- * Evaluación de la susceptibilidad a la caries,*
- * Evaluación de las restauraciones presentes,*
- * Evaluación de los tejidos blandos.*

9.5. Diagnostico

Si la razón inicial del paciente para acudir a una cita está centrada en una queja concreta entonces el penúltimo estadio de la historia clínica será establecer un diagnóstico a partir del que pueda empezarse un plan de tratamiento. Las quejas pueden presentarse de muchas formas y relacionarse con cuestiones como dolor en los dientes, dolor facial, dificultad para masticar, el aspecto deteriorado o una dentadura parcial existente poco satisfactoria.

10. Plan de Tratamiento

- Habrán de solucionarse de antemano las necesidades urgentes del paciente (estética, funcionabilidad).*
- Toma de modelos de estudio.*
- Sugerencias del tratamiento inicial al paciente.*
- Definición por criterio clínico y de mutuo acuerdo con el paciente del tipo de tratamiento que se realizara definitivamente.*

10.1. Desarrollo del Plan de Tratamiento

1. Impresiones preliminares. Estas impresiones se obtendrán utilizando las cubetas que se encuentran en el comercio o con cubetas elaboradas previamente por el odontólogo. También se pueden usar aditivos para el mejoramiento de la impresión como la cera utilizada para los flacos, la godiva para las zonas eventuales, etc.

Los modelos obtenidos de estas impresiones nos servirán para la elaboración de cubetas individuales y para la elaboración de diseños y planes de tratamiento.

Una buena cubeta debe cumplir con una serie de requisitos como son: que la arcada de los dientes quede centrada en la cubeta, si es posible que entre la cubeta y los dientes quede un espacio de 4 mm, que cubra las superficies labiales y oclusales de todos los dientes presentes en boca.

La impresión terminada se comprueba basándose en tres aspectos:

a) Las zonas de los vestíbulos que estarán relacionadas con los bordes de las futuras prótesis

b) Las zonas de las sillas

c) Las zonas de los dientes

Los materiales de impresión más usados son:

- *Alginatos*
- *Hidrocoloides*
- *Polisulfuros*
- *Poliesteres*
- *Siliconas (de condensación y adición)*

Las características de estos materiales son:

- *Exactitud*
- *Elasticidad*
- *Estabilidad*
- *Fluidez*
- *Compatibilidad*
- *Precio*

2. *Vaciado de la impresión: debe ser inmediato y se empleará un yeso tipo V y se debe emplear una ligera vibración.*
3. *Análisis del modelo definitivo: Se debe colocar el modelo en un paralelizador con el fin de orientar la vía de inserción y remoción de la prótesis.*
4. *Diseño de la prótesis en el modelo: después de haber analizado la vía de inserción en el modelo se pasa a elaborar el diseño de acuerdo con las necesidades estéticas y funcionales del paciente y teniendo en cuenta todas las partes constitutivas de la prótesis.*
5. *Descripción del diseño de la prótesis en un volante para el laboratorista: este tipo de descripción de forma escrita es muy importante tanto para el laboratorista como para el odontólogo pues facilita la comunicación entre los dos y la presencia de futuras fallas en el tratamiento. Además de el volante debe ir también un tipo de ayudas como el registro de máxima intercuspidad, color de los dientes, etc.*

6. *Prueba de la estructura en metal:* Se realiza sobre el paciente y de manera clínica. En esta prueba se observa que los componentes se soporte de la prótesis estén en contacto funcional y fisiológico con los componentes del sistema estomatológico.
7. *Prueba de oclusión:* se realiza con el enfilado de los dientes sobre la prótesis, también clínicamente; en esta prueba se constata que la oclusión del paciente sea óptima y funcional.
8. *Entrega final de la prótesis parcial removible.*

Conclusiones

Hay que conocer a fondo todos los componentes de una Prótesis Parcial Removable y los casos clínicos para así realizar un adecuado diseño y un buen tratamiento.

Se tiene que tener conciencia que no todo paciente desdentado es buen candidato para recibir una prótesis parcial removable ya sea por sus condiciones orales o económicas.

De suma importancia es establecer una comunicación directa tanto con el paciente como con el laboratorista para asegurar el éxito del tratamiento realizado.

No siempre una prótesis parcial removable es un instrumento que ocasiona fuerzas patológicas sobre las estructuras del sistema estomatognático como se tenía pensado;

si el diseño es apropiado y las fuerzas bien distribuidas las prótesis parcial removible resulta ser un tratamiento excelente y económico.

El estudio periodontal es primordial para realizar este tipo de tratamientos, hay que concientizar al paciente de mantener una higiene adecuada aún después de haber terminado el periodo clínico.

Todas las preparaciones deben ser redondeadas sin ángulos agudos y extraordinariamente pulidas antes de instaurar el aparato en boca.

Bibliografía

Davenport, John C., Basker, Robin M., Heath, John R. Y Ralph James L. Atlas de prótesis parcial removible. Editorial Labor, S.A. Barcelona. 1992.

Lucien Kénens, Isidore Emmanuel. Construcción de la prótesis parcial removible colada. Ediciones Doyma. Barcelona. 1991.

Mallat Desplats, Ernest. La prótesis parcial removible en la práctica diaria. Editorial Labor. S.A. Barcelona. 1986.

McCraken, W. L. Oclusión funcional en las dentaduras parciales removibles. 1958.