



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN PRÓTESIS DENTOBUCOMAXILAR

PROYECTO DE TRABAJO INTEGRADOR FINAL (TIF)

AUTOR: OD. BARRASA EMANUEL HUGO

1. TÍTULO: Rehabilitación con prótesis integrada para establecer armonía, estética y función bucodental.

2. MODALIDAD DE TIF

Vamos a realizar según el artículo 2 del reglamento la modalidad A.

- a) La presentación fundamentada científicamente y desarrollada en la parte clínica
- b) de 3 (tres) casos clínicos rehabilitados integralmente.

A través de la ejecución, de las habilidades donde se genera comparación y análisis; nos referimos a 3 casos clínicos profundizando el desarrollo, ejecución y finalidad de un caso clínico. Artículo 2

INDICE

Resumen.....	4
Objetivos.....	6
Presentación del tema.....	7
Marco teórico.....	9
Material y métodos.....	23
Conclusiones	56
Bibliografía.....	57

3. RESUMEN

El diseño y uso de las ppr (prótesis parciales removibles) y pc (prótesis completa) adquiriendo un tipo de rehabilitación oral integrada que constituye uno de los procedimientos en cuanto a su confección y consecuencia económica para el paciente en odontología.

La posible función y estética a través de prótesis parciales removibles y prótesis completas, es una de las rehabilitaciones más viables y contemporáneas, donde le permite devolver a los maxilares, la correcta funcionalidad, recuperando características anatómo-fisiológicas y estéticas a la cavidad bucal. Una prótesis integrada de acrílico con armazón de cromo-níquel (ppr-pc), es un aparato en el cual encontramos un material biológicamente e íntegramente compatible con los tejidos duros y blandos; la cual mediante su confección otorgaremos al paciente un buen funcionamiento en cuanto a sus tejidos duros y blandos en conjunto con el complejo articular Temporo-Mandibular (ATM). El aparato protésico genera estimulación en el hueso adyacente y mantiene sus dimensiones de manera concreta, ofreciendo estímulo a la base del hueso residual para mantener la altura ósea y haga que el aparato protésico genere la estabilidad deseada; por lo tanto las características faciales no se ven modificadas.

La aparatología protésica integrada, en cuanto a la prótesis parcial removible y prótesis completa son insertados, una vez realizados los actos clínicos preferentemente en cuanto a generar dichas prótesis y que las mismas mantengan un buen soporte, retención y estabilidad (principios biomecánicos), habiendo dejado la cavidad bucal en buena salud. Se realizará: (terapia básica periodontal, operatorias, endodoncias y exodoncias), eliminando todos los focos infecciosos o patológicos en tejidos duros y blandos preferentemente. Entre sus ventajas respecto a los materiales en uso, es de acuerdo al caso (biotipo de paciente) desde su integridad, en donde se emplea la rehabilitación correspondiente obteniendo una rehabilitación integral. Los propósitos son llevar al paciente a una rehabilitación integral, la cual se busque generar en la rehabilitación a través del diagnóstico y pronóstico una buena y pronta rehabilitación integral dando estética, función y protección a todos los tejidos duros y blandos. El abordaje integral también se lo puede llamar multidisciplinar, ya que al rehabilitar la cavidad oral, constituye un proceso articulado que se desarrolla a partir de todos los conocimientos técnicos necesarios para la proyección, la construcción, la incorporación y la

duración del aparato protésico. Se debe estar preparado para el estudio del campo organico interno del paciente, ya que el mismo puede generar un obstáculo en la propia rehabilitacion por contraer enfermedades crónicas de alto riesgo, en cuanto no significa que no puedan estar controladas y al profesional odontólogo le de las herramientas necesarias para poder sobrellevar a cabo dicha finalidad en cuanto a devolver al paciente función, estética y actitud psicosocial bueno.

Y así también asegurar su compromiso en forma fehaciente no solo con el paciente, sino también con su equipo de profesionales los cuales asisten en forma comprometida su trabajo.

4. OBJETIVOS

4.1- GENERALES

- Generar a través de los conocimientos, habilidades y criterios, la resolución de los casos clínicos en prótesis parcial removible y prótesis completa integrada con la posibilidad de otorgar al individuo portador de este tipo de aparatología protésica sus dimensiones faciales, la funcionalidad y estética.

4.2- ESPECÍFICOS

- Trabajar sobre un posible diagnóstico de certeza, en base a la planificar y ejecutar para obtener la finalidad rehabilitadora estético- funcional de casos donde la aparatología protésica tome contacto sobre arcadas edentulas y parcialmente edentulas a partir de los conocimientos y fundamentos básicos en una rehabilitación integral.

- Complementar con los diferentes abordajes y técnicas de gran resolución en ppr (prótesis parcial removible) y pc (Prótesis Completa). Para un tratamiento rehabilitador óptimo.

- Comprometerse profesionalmente y comprender en el proceso emocional que se presenta en el paciente y el generar una rehabilitación completa y parcial de sus piezas dentarias, mediante una aparatología diseñada para sus acciones devolviéndose su función anatomofisiológica, devolviendo así la estética, para una mejor integración a la vida social.

5- PRESENTACIÓN DEL TEMA

Según el artículo 3 del reglamento me focalizaré en la opción b, la profundización en las particularidades de un tipo de caso clínico específico.

En el momento que a un individuo se le presente la causante de pérdida de piezas dentarias por agente patógeno originando enfermedades de los tejidos duros y blandos genera la mala posición al cierre y apertura de los maxilares, donde se genera la pérdida en su totalidad de piezas dentarias en maxilar superior y pérdida parcial en el inferior dando como resultado cierta problemática en cuanto a pérdida de la dimensión vertical, movimientos de piezas dentarias y las mismas con problemáticas a nivel de extrusiones. Mientras que a nivel óseo en cuanto a patologías periodontales con secuestro óseo y alteraciones de la CATM (complejo articular- temporomandibular).

En la clínica diaria, el profesional odontólogo debe lograr generar un diagnóstico completo y luego ejecutar y posteriormente alcanzar así una rehabilitación protésica integral deseada. Donde se va a realizar las diferentes técnicas a modo de una serie de pasos correspondiente donde vamos a encontrar los tipos de alteraciones que existan tanto para su función como estéticas, causantes por lo que se van a realizar en variedad de diferentes tipos de métodos de diagnóstico. Podemos encontrar planos quebrados, reabsorciones de los rebordes residuales edentulos total y parciales, Pérdida de la dimensión vertical y diferentes malposiciones las cuales puedan ser propósitos de no haber portado prótesis por tiempo determinado.

Estos procesos a realizar serían mediante: la anamnesis, observación, inspección, palpación, auscultación, la toma de radiografías intra y extrabucales, (rx periapical, rx panorámica, tac.), fotografías faciales, bucales y obtención de modelos de estudios, acompañados de un seguimiento por parte del profesional en donde vamos a obtener mediante estudios realizados, los datos para poder generar un buen diagnóstico y pronóstico de ese paciente.

Una vez establecido el tratamiento a realizar, se deben programar la secuencia de las preparaciones que hay que realizar en la cavidad oral con el propósito de conseguir el objetivo definido. Todas las rehabilitaciones, a lo largo de su construcción deben cumplir con las cualidades de lograr soporte, retención y estabilidad y otorgar una oclusión en un sólo arco de cierre.

El objetivo de este proyecto consiste en devolverle al paciente la función y estética perdidas a través de la colocación de prótesis parciales removibles y prótesis completas, es decir, se realiza la toma de impresión para el modelo de estudio y luego se realiza la exodoncia dentaria, de aquellas piezas que no presentan patología infecciosa aguda, manteniendo en forma y espacio el lecho lo menos traumatizado posible para evitar una reabsorción severa y generar así una gran pérdida de soporte por parte del hueso en post- extracción y preservar así la biología de lo que sería un futuro hueso residual en donde tomaríamos la impresión definitiva para darle curso a la ejecución del tratamiento y su evolución. En donde tomaremos también impresión en la arcada donde tendríamos solo pura y exclusivamente hueso residual sin ningún pilar y la otra donde se desarrolló el acto quirúrgico en donde esa pieza dentaria podría sufrir no solo un grado de infección aguda sino también, presentar una complicación en donde se presentaría como un obstáculo dando como resultado un plano quebrado fuera del plano de la oclusión propiamente dicha.

6- MARCO TEÓRICO.

Elementos que integran la prótesis parcial removible.

El termino prostodoncia, es una palabra usada en odontología, la cual refiere a zonas donde se rehabilitará a través de prótesis, donde no existen piezas dentarias, las cuales se han perdido por algún motivo, ya sea traumático, infeccioso o edad avanzada. Cuyo fin es devolverle la función, comodidad al paciente y estética a una parte del aparato estomatognatico.

Las prótesis parciales removibles suplen las funciones masticatoria, fonética y estética del individuo. Están compuestas por diferentes partes, las cuales son funcionales a la misma y al desarrollo de estas funciones mencionadas en el individuo.

Esta tipo de aparatología es considerada para todas las edades, ya que tenemos el inconveniente que la pieza dentaria joven en lo que seria la utilización de una protesis fija, en momentos de generar el tallado correspondiente de la misma, puede desarrollar un traumatismo por lo evidente al órgano pulpar el cual tiene una gran cámara de gran volumen en zona coronaria por cuestiones cronológicas del desarrollo del órgano dental en su estadio mas joven. Por eso precisamente se encuentran contraindicadas hasta aproximadamente los 20 años de edad.

La prótesis parcial removible puede estar soportada por piezas pilares de sector anterior (una prótesis dentomucosoportada) y posterior (prótesis dentosoportada). La perdida osea excesiva es una de las situaciones objetivas a las cuales en el sector anterior y superior se le realiza una (ppr) protesis parcial removible. Donde tenemos que saber que la reabsorción enmarcada en zona edentula parcial superior es de origen centripeta y con que tipo de mucosa nos encontramos si es mas bien fluctuante o fijada y fina, bien plegada a la estructura osea. En todas las piezas dentarias con grado de movilidad tipo 1, se considera que el tratamiento oportuno a realizar sea con brecha unilateral o bilateral es una protesis fija estabilizadora con apoyos en ambos dientes nos permite mantener a estos mucho mas tiempo dentro de cada maxilar. Además de que suplen a otros tratamientos rehabilitadores como lo que son las prótesis fijas de las cuales tienen un gran costo económico.

CLASIFICACION DE LAS PPR.

-La clasificación de Kennedy, es la que resulta mas didáctica y mas fácil comprensión.

-La clasificación de Bailyn.

-La clasificación de Skinner.

-La clasificación de Applegate.

- La clasificación de Miller.

-La clasificación de Swenson.

-La clasificación de Friedman.

La que utilizaremos será la clasificación de Edwar Kennedy, desde 1925 por ser la que presenta estas características:

1- Facilita el diagnostico con la simple visión del modelo.

2- Es la clasificación más aceptada.

La misma se divide en 6 clases y van de acuerdo al grado de modificación que existe dentro de cada una de ellas, tiene que ver con los espacios producidos en los modelos que son la reproducción en positivo de la boca del paciente.

Las clasificaciones de Kennedy son las siguientes:

a- Clase 1, donde se obtiene sector anterior con pilares y sector posterior desdentado bilateral. Según el espacio desdentado remanente anterior entre los dientes pilares se subdivide en clase 1 subtipo 1,2,3 o 4.

b- Clase 2, presenta una sola zona desdentada bilateral con ausencia parcial o total de

premolares y molares. Presenta las cuatro formas de variedad como la anteriormente mencionada. Es una prótesis dentomucosoportada.

- c- Clase 3, presenta espacios limitados laterales a nivel mesial y a nivel distal por dientes y esto significa que se apoya sobre dientes en su totalidad y cumple una función parecida a la de una prótesis fija. También encontramos 4 formas diferentes según la cantidad de espacios desdentados que existan.
 - d- Clase 4, presenta espacios edentulos en zonas anteriores las cuales puede tener en falta las piezas de canino a canino o cuatro faltante de la zona anterior. La guía anterior no es prácticamente activa, por lo tanto habrá que transformar esa carga en dentomucosaoportada o medianamente fija con implantes osteo integrados. Lo ideal sería tener presente el grupo canino .lo ideal es devolverle la guía incisal. Lo cual se complica sin ellos.
 - e- Clase 5, tiene presente solamente dos molares de un lado de la arcada, lo cual el tratamiento ideal sería la extracción de los mismos, los cuales generan un punto de contacto fuerte con los molares naturales y generar una prótesis mucosoportada, pero la consecuencia fundamental es perder el punto de apoyo retentivo con la tuberosidad del maxilar.
 - f- Clase 6, obtenemos solo dos piezas dentarias en sector anterior, las cuales serían el grupo incisivo, y desafortunadamente corren el riesgo de ser extraídos a futuro al igual que los molares en la clase 5. Donde se le generara una carga dentosoportada.El doctor Applegate añadió en la clasificación de Kennedy en el año 1960 las clases 5 y 6
- *Agrego también 8 reglas para que fueran aplicadas a la clasificación de Kennedy.
- regla I, toda clasificacion se confeccionara una vez realizadas las extracciones.
 - regla II, si un 3er molar esta ausente, no se lo tomara en cuenta en la clasificación.
 - regla III, si un tercer molar esta en boca debe ser considerado en el momento que se

necesite realizar la clasificación.

-regla IV, si un segundo molar se encuentra ausente y no posee antagonista. No se lo considerara parte de la clasificación.

-regla V, el área o áreas desdentadas posteriores serán las que determinaran la Clasificación.

-regla VI, las zonas desdentadas distintas a las zonas que recibirán la clasificación del Caso y serán llamadas zonas de modificación donde se le asignara un número. Ej:

Modificación 2, dos zona desdentada.

-regla VII, solo se considerara el número de la zona desdentada no su extensión.

- Regla VIII, en la clase IV, no habrá zonas de modificación. Cualquier zona Edentula posterior llevara consigo el cambio de clase.

*Los principios biomecánicos de una PPR (prótesis parcial removible)

Los principios biomecánicos de toda prótesis en boca, son la estabilidad del aparato en boca la cual es directamente generada por la sumatoria de lo que conocemos como soporte y retención. Pero debemos recordar que hay dos tipos de PPR (prótesis parcial removible) las cuales una corresponden a la clase III , las cuales se identifican con cargas dentosoportadas y próximas a lo que es la similitud en algunas características que le dan en boca como la prótesis fija, sabiendo aunque no funcionan iguales ya que unas frente a las fuerzas de la masticación principalmente las fuerzas , desprenden fácilmente la base del Aparato prostodoncico parcial a diferencia de la otra opción que queda fija y distribuye las fuerzas a toda la estructura de sostén y al conjunto óseo muscular.

Estos movimientos deben ser bien neutralizados con un buen dispositivo, generado de forma simétrica y conservadora en cuanto a sus límites que no sobrepasen su estructura funcional anatómica.

La otra forma es la que representa la forma de una mucodentosoportada haciendo referencias a las clases I,II y IV. En estas funcionan 3 sistemas de palanca las cuales se generan tanto en los movimientos funcionales como en los para funcionales y parafuncionales. Las localizamos den los fulcros de las palancas de estos pilares compuesto el mismo dos partes, una se fija en el apoyo de los pilares y el otro se fija sobre la mucosa del reborde residual, seria la parte movil. Los elementos de la prótesis que se fijan en las partes de la boca ya mencionados deben proteger y a su vez resistir las fuerzas rotatorias del aparato. Por eso una de las cuestiones principales es que deben encontrarse en situación periodontal aceptable.

El fulcro en un plano horizontal, actúa moviéndose las bases en un plano sagital. La línea de fulcro pasa por los dos pilares mas importantes que se encuentran cercanos a los espacios edentulos y controlan el movimiento de la prótesis tanto hacia el reborde alveolar como al despegarse del segundo fulcro va en plano sagital y la rotación se efectúa en un plano vertical. Este movimiento tiene lugar sobre los apoyos oclusales e indefinidamente pasa sobre el reborde alveolar ose despega de el tercer fulcro es vertical y esta trazado sobre la cara lingual de los incisivos antero inferiores o cara palatina en los anterosuperiores.

*Control de las fuerzas oclusales con un correcto diseño. Al construir un aparato de prótesis parcial removible hay que conocer las fuerzas que ocasionarían traumas en el momento de la masticación que son las fuerzas rotatorias y las horizontales.

*Elementos que participan en su control:

Elementos retentivos directos.

Cuando estos se construyen de una manera desprolija no adecuada, alcanzan grandes problemas traumáticos donde transmiten las fuerzas destructivas a los pilares en dirección horizontal. Lo que se busca con este tipo de gancho retentivo es fijar a la protesis y evitar que se mueva mediante los movimientos efectuados en el acto masticatorio y de esa manera evitaríamos el trauma. Esto tiene mucho que ver desde el momento que tomamos la resolución del caso con la iniciativa de generar dicha aparatología protésica y la prosecución adecuada de la misma. Es el momento en donde la planificación de la rehabilitación tiene que ser la adecuada al tipo de paciente que se presenta. Dentro de los mecanismos de retención podemos decir que las fuerzas de adhesión y cohesión son partes importantes de los mismos. Una de ellas significa la unión con la mucosa residual(adhesión).

La otra es la unión de las moléculas salivales entre si.

Por eso es importante que uno de los pasos fundamentales para que las impresiones sean lo

mas exactas posibles, es aquí en donde tenemos que utilizar un buen material con buen escurrimiento y tenga las características que no genere presiones sobre la encía marginal y deforme haciendo defectuoso el trabajo.

La acción friccional de los planos tallados en molares y premolares actúan también como agentes retentivos directos.

Actuan tambien en consecuente con estas partes mencionadas, los carrillos mejillas y labios de la cavidad bucal. Si se confiera una buena adaptación del aparato en la boca se confiere un componente neuromuscular bueno.

*Elementos retentivos indirectos de una PPR (prótesis parcial removible) Son aquellos los cuales impiden que se desplace mediante los movimientos rotatorios la base de la prótesis. Se genera alrededor de una línea de fulcro que pasa por los pilares que se encuentran libres a ambos lados. Estos deben diseñarse en momentos que se encuentren extremos libres o a futuro para dicho evento. Los apoyos oclusales tambien estén bien construidos, resuelve que las fuerzas rotatorias sean bien disipadas sin generar destrucción a los dientes anteriores.

Donde se busca una estabilidad aun mayor y un buen soporte.

Se reconoce este motivo en donde debe realizarse en la clase I de Kennedy. Generalmente sobre los primeros premolares (caras oclusales).

*Características del diseño de la estructura.

- Diseño cuadrilátero: indicado para clase III.
- Diseño triangular o tripodico para clase II.
- Diseño lineal para clase I

*características de diseño de los ganchos.

- _ Gancho colado circunferencial
- _ Gancho circunferencial invertido
- _ Gancho en barra

_ Gancho combinado

*Bases

Estas deben cumplir la función de soporte y estabilidad sobre la mucosa residual.

Debe estar bien extendida sobre lo largo y ancho respetando los límites musculares donde existen funciones de los mismos en el habla u acto masticatorio.

La extensión recubrirá el triángulo retromolar o la tuberosidad del maxilar sabiendo que las mismas generan más retención que los rebordes alveolares.

*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 en un lado de la boca queda reducida cuando se transmite al lado opuesto. Disminuye la movilidad del mismo dando estabilidad y retención en dientes y bases protéticas. En la mandíbula, la gran función para reducir cargas es la barra lingual por su gran rigidez la cual contribuye a la localización en arcos cruzados o bilateral. Entre los conectores menores están los planos guías a la unión de la base y los ganchos al conector mayor.

*Descansos Oclusales. Los apoyos tallados en ellos son los que dirigen las fuerzas hacia los pilares y hacia los ejes axiales de estos. Es importante la buena preparación en el diente porque depende de ellos el éxito y fracaso de la prótesis. Es real que al momento de generar el plan de tratamiento es importante tener en mente la planificación según el caso y biotipo de paciente, evaluar todas sus estructuras de sostén, musculares, óseas y articulares (CATM) Por eso tenemos que saber que existen fuerzas verticales, horizontales, rotatorias y axiales que pueden incidir directamente a generar un traumatismo severo en la cavidad bucal del paciente y tener en cuenta y de suma importancia el tiempo en cuenta esa persona no tiene prótesis y que origina un factor desencadenante en cuanto al tipo de pérdida de dimensiones y de registro de mordidas debido a situación de planos quebrados etc.

*cualidades de los ganchos. Estas pueden ser ganchos retentivos con gran flexibilidad menor es la fuerza que se transmite a los dientes pilares pero intervienen con menos fuerza sobre los

distintos tipos de movimientos de tipo lateral, horizontal o axial.

Los que son labrados tienen mayor flexibilidad y menor traumatismo sobre los dientes pero poseen mayor fuerza sobre los rebordes alveolares no solo en sentido vertical sino también en sentido lateral.

***Diseño de los ganchos**

Va a ser adecuado según las condiciones que presenta la boca. Cuando el aparato este en boca la fuerza del retentivo va a ser contrarrestada por el recíproco, pero una vez asentado el aparato en boca todos actuarán de forma pasiva.

***Material utilizado en prótesis parcial removible. Más precisamente en su construcción. El material de elección es el cromo-cobalto o cromo-níquel. Oro platinado donde tenemos el resultado que el primero es más rígido y es igual en cuanto a su diámetro y longitud.**

***Fuerzas que intervienen en la masticación. Si el paciente posee piezas naturales, hablamos de unos 21,09 kg por 2,5cm². Si el paciente posee prótesis completa se reduce hasta 10 veces 3kg por 2,5cm².**

Componentes de una PPR.

La estructura colada de una prótesis parcial removible está compuesta por un metal colado el cual puede ser cromo – níquel o cromo –cobalto.

- Conector mayor: es el elemento principal que nos une a todos los elementos de la prótesis. Todos se unen a él.

- Conector menor: son los que unen los elementos secundarios (apoyos oclusales, ganchos, etc.)

- Apoyos oclusales: son elementos que se apoyan en los descansos labrados en los dientes o coronas coladas y evitan que la prótesis se incruste en la encía cuando aparecen las fuerzas masticatorias.

-Planos guías: 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 e indirectos: los primeros, son los ganchos, su función es prevenir que la prótesis se salga de su inserción. Son medios de anclaje. Los segundos, es el conjunto de elementos secundarios los cuales se encargan de evitar que la prótesis se salga desde el extremo libre y tienden a funcionar como apoyos indirectos.

-Bases: es el elemento que lleva incorporados los dientes y puede apoyarse en la mucosa en clase I Y II y sobre dientes remanentes naturales de clase III. Cada uno de estas partes mencionadas se van a subdividir para distintos tipos de individuo según requiere el aparato protésico.

Prótesis Completa y Prótesis parcial removible.

Esta aparatología la cual se integra a una prótesis parcial removible inferior. Es una aparatología la cual es beneficiosa en cuanto al costo para los pacientes con problemáticas económicas. En cuanto a su función cabe destacar que cumple con requisitos indispensables y de hecho son los que se dan a conocer cuando el aparato fue realizado en forma exitosa:

- Determinación y fijación correctas de la relación céntrica
- Actitud positiva y predisposición a aceptar la prótesis dental por parte del paciente (inclusión del paciente en la cadena del proceso)
- Bases de la prótesis estable (bordes funcionales)
- Contacto de los dientes posteriores con la mejilla
- Posicionamiento correcto de los dientes desde el punto de vista Estático

- Posicionamiento reglamentario de los modelos en el articulador
- Remontaje correcto de la prótesis Si se cumplen estos puntos, ya se está muy cerca del ideal.

Si además se escoge el concepto de oclusión adecuado al caso, no debería ser un trabajo de fracaso. Sin embargo, si no se ha determinado correctamente la relación céntrica, ni tan siquiera el mejor concepto servirá de nada.

En el momento de darle curso a rehabilitación de prótesis parcial sobre una prótesis parcial inferior hay que tener en cuenta ciertos valores entre ellos curvas la cuales van a ser el eje central en cuanto a la planificación de la realización de una aparato protético superior completo, sabiendo que la paciente es una paciente edentula superior.

Si la paciente posee alguna disyuntiva de acuerdo con la mucosa y el propio reborde residual, mediciones con el plano de fox y plano de camper recuperando la horizontalidad de las relaciones intermaxilares y puntos de contactos que se generen en piezas dentarias superiores e inferiores. Los cuales nos van a dar parámetros importantes en tipo de oclusión y buscando el producto final que es la rehabilitación total de la paciente en donde queremos obtener funcionalidad, estética y que estructuras protegidas por la aparatología prostodoncica completa y parcial dando curso a una rehabilitación integral.

Y que a su vez el aparato protésico cumpla con los requisitos biomecánicos de la prótesis completa: soporte, retención y estabilidad.

Respetando la histología de las mucosas y soportes óseos. Y la anatomía en cuanto a las regiones que tenemos que identificar en el momento de dar ejecución a la realización del aparato protético que tiene q ver con musculatura para protética. Evaluar el complejo articular temporomandibular se encuentra sin patologías que provoquen un mal asentamiento de la base protética.

Tipos de rebordes residuales en cuanto a perdidas de peizas en tiempo prolongado sumado a eso, la edad del paciente y porque problemática fue causada la perdida de la totalidad de las piezas dentarias. Agentes etiológicos como caries. Otro tipo puede ser traumatismos o problemas sistémicos.

Según K. Stegelmann, las prótesis parciales sirven para restaurar la función masticatoria, la fonética y la estética, y para prevenir un deterioro grave de los dientes remanentes. Su ámbito de aplicación es la rehabilitación de arcadas parcialmente edéntulas (acortadas o con una brecha edéntula). En los países angloamericanos se utiliza habitualmente la clasificación de brechas edéntulas de Kennedy (1932), que establece una división topográfica de los espacios

edéntulos referida a una sola arcada. Antes de que se popularizaran las rehabilitaciones con implantes el tratamiento habitual para restaurar brechas edéntulas era la colocación de una prótesis parcial. En la actualidad en Europa son pocos los pacientes adultos que utilizan una prótesis parcial (sólo entre el 13% y el 19%), siendo Alemania el país con el porcentaje más elevado (24%) después de Inglaterra (29%). Suecia es el país que registra el menor número de prótesis parciales, con sólo un 13% de pacientes que las utilizan.

Las prótesis removibles están concebidas para sustituir dientes ausentes y dientes que se han perdido. En función del número de dientes perdidos se diferencia entre prótesis parciales y prótesis completas. Se busca analizar los principios básicos de la planificación de prótesis parciales o esqueléticas coladas en una pieza. (Quintessenz. 2009; 60(9):1023-30)

Este tipo de aparatologías, son importantes en cuanto al costo y situación psicosocial y funcional estética del paciente.

Es importante evaluar con un buen método de diagnóstico, una vez realizado la inspección clínica y la anamnesis general, la cual nos va dar el pronóstico con certeza de la rehabilitación oral del paciente.

Se le realizaran preguntas en donde obtendremos su historia natural de vida en cuanto a una buena confección de historia clínica evaluando su complicación anatomo- funcional estética y enfermedad actual en cuanto pueda o no interferir en el plan de tratamiento al cual se elige para dar curso a su rehabilitación.

Para obtener mayor precisión de la estética y funcionalidad prostodoncica, antes de comenzar con la implementación con fines protésicos, hay que tener en cuenta parámetros esenciales:

- Forma y posición dentaria parcial edentula.
- Tipo de reabsorciones del maxilar superior e inferior
- Forma y biotipo del remanente óseo- mucoso, pérdida del soporte labial y dimensión vertical.
- Posición de las las arcadas (Maxilar superior e inferior). Protrusión – Retrusion- lateralidad.
- Evaluar patologías oseas previas o no, que puedan intervenir en apertura y cierre de boca otorgándole la estabilidad necesaria al aparato protésico.

- Edad del paciente y sexo.
- En caso de que exista la posibilidad de generar una prótesis completa en arcadas con piezas dentarias las cuales en su parcialidad o totalidad se requiera extraerlas, generar las exodoncias necesarias para darle un tiempo de sanación correspondiente y rehabilitar dicha arcada sin que me genere un riesgo infeccioso y más aún otorgue un plano quebrado en la mordida del paciente, la cual dificultaría el desempeño no solo de su función sino estética convenientemente.

Hice referencia a la confección de la prótesis inferior respecto a la clase I de Kennedy.

- Conectores mayores: Como sabemos esta clasificación tiene zona dental y ambos lados posteriores edentulos. Será rígido y no lesionara los tejidos blandos, la banda palatina o la doble banda ingual, en el maxilar inferior, la barra lingual reforzada cuanto mas larga sea mejor o la placa lingual.
- Conectores menores: muy reforzados , conicos y ahusados. Estos recibirán grandes cargas y fuertes oclusales. Se dara entre uno o los dos, según el numero de dientes remanentes, si solos faltaran los molares habrá dos, en cada premolar de cada hemiarcada y si falta uno se apoyara en el canino a ambos lados de la boca. Si faltara solo un premolar, el conector estará siempre entre el premolar y el canino. Terminaran en oclusal con apoyos, el apoyo del canino deberá prepararse sobre el cingulum. Si fuera necesario podría desarrollarse un Kennedy en el grupo incisivo para ofrecer la retención directa.

Retención indirecta: la constituye todo el grupo de apoyo que se encuentran en toda la dentición remanente, incluso la barra de Kennedy si estuviera indicada. En estos casos se situará la más anterior posible, si hemos de colocarla perpendicular más lejana a la línea de fulcro. En la mandíbula una placa lingual puede desarrollar la función de retención indirecta si se genera un apoyo en cada extremo de esta siempre que sea uno en forma oclusal o anclaje.

- Retención directa: estará a cargo de los ganchos circunferenciales o a barra situados en los pilares extremos. Junto a los espacios desdentados.

- Planos guía: se diseñaran en las caras oclusales distoproximales en los pilares extremos.
- Bases: serán de acrílico sobre rejilla bien ajustadas y se dara como aceptable, un movimiento máximo de 0,3mm frente a las fuerza



Facultad de
ODONTOLOGÍA
Hospital Odontológico Universitario

7) MATERIAL Y MÉTODOS:

- A) La aplicación metódica específica en cuanto a las diferentes maniobras realizadas a través de la forma de estudio donde se generó la descripción integral, calidad, reflexión de trabajo y contamos con la participación aceptada del paciente en base a lo que se genera en el consentimiento informado, donde obtenemos un caso, el cual se profundizó y este fue llevado a la revisión sistemática bibliográfica y generando un protocolo clínico asistencial.

CASO CLINICO N°1

- B) GENERALIDADES: Se presentó una paciente de sexo femenino de 56 años de edad, donde manifestaba en la consulta odontológica su malestar por cuestiones de falta de piezas dentarias en sector de maxilar superior, donde presenta edentulismo total y en caso del maxilar inferior edentulismo parcial. Y las piezas existentes realizar, rehabilitación básica.
- C) DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: Los estudios complementarios fueron los que delimitaron el plan de tratamiento, mediante la elección de los aparatos protésicos.
- D) ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: se le generó una orden a la paciente en donde se le pidió una radiografía panorámica, siendo la misma un método de estudio complementario, en donde podemos observar regiones de tejidos duros, articulaciones y piezas dentarias que se encuentren en boca con o sin patologías que clínicamente no sean visibles al ojo humano y que no puedan palparse clínicamente.
- E) DIAGNOSTICO DEFINITIVO: La paciente necesita la rehabilitación mediante prótesis completa en maxilar superior y una prótesis parcial removible en maxilar inferior. Las piezas dentarias inferiores deben recibir la terapia básica periodontal y exodoncias respectivamente.
- F) PLAN DE TRATAMIENTO: Se inició, una vez que hicimos la correspondiente

evaluación sobre la radiografía panorámica en donde se evidencia en maxilar superior rebordes residuales y mucosos netamente conservados sin mostrar signos de anomalías. Y en el maxilar inferior algunas piezas dentarias con pérdida de soporte óseo mínima sobre las piezas dentarias en boca y realizar dichas exodoncias correspondientes a la Pd: 44 y 48 con parcialidad de retención ósea y retención total mucosa, ya que la misma iba a generar cierto e traumatismo y dolor sobre la mucosa, la cual iba a ser parte del asentamiento de la prótesis, así como también realizar terapia básica sobre los tejidos de sostén en piezas dentarias en donde observamos enfermedad periodontal leve y en estadio de fase 1 donde se eliminó el agente etiológico y no se obtuvo destrucción del ligamento periodontal, ni del tejido circundante.(35,34,33,32,31,41,42 y 43).

Subsanada dicha secuencia en cuanto a la rehabilitación básica necesaria donde se efectuaron las exodoncias y la terapia básica periodontal, la próxima secuencia de pasos a seguir para la colocación de la prótesis completa en sector superior y prótesis parcial removible en sector inferior, para continuar así con la rehabilitación integral de la paciente.

G) RESOLUCION DEL CASO:

La paciente presento una buena curación de la mucosa, en cuanto a las extracciones que se llevaron a cabo y a la terapia básica periodontal. Podemos decir que presento pronóstico bueno para generar la rehabilitación prostodoncica integral correspondiente una vez superado el tiempo estimativo de recomposición del tejido, aprox. 3 semanas. Se presenta el caso con la (fig.1) y donde muestra la radiografía panorámica de excelente resolución en cuanto a los tejidos normales y que tuvieron que pasar por los tratamientos correspondientes. Una vez estudiado esta situación, comenzamos con la toma de impresiones preliminares (fig.2), correspondientes de ambos maxilares con alginato (hidrocoloide irreversible), donde obtenemos los modelos de estudio (fig.3) para la elaboración de las cubetas individuales de acrílico termocurable color cristal (fig.4) donde a las mismas les generaremos sobre los flancos bajos del maxilar superior un recorte muscular con lápiz verde para justamente obtener el límite de inserción muscular y así poder generar una buena planificación con alivios sobre las zonas donde puede haber desplazamiento del aparato protético por la parafuncion de las inserciones musculares al momento de generar mímica, a través del habla ,pronunciar palabras, letras y llegado al momento de la

deglución. Aun así pueden, generar un roce traumático zonas de bridas y frenillos. Posterior a esto, se generan orificios por sobre la superficie de la misma para dar mejor fluidez al material y tenga mejor grado de expansión y logre una copia con mayor fidelidad. La impresión se va a realizar con silicona fluida del maxilar superior.

De esta manera concluimos con la obtención del modelo definitivo (fig.5) para delimitar zonas que ofrecen retención o una para función la cual puede generar traumas en el momento que colocamos la prótesis sobre la base de asentamiento que ofrecen rebordes residuales del maxilar superior.

Mientras que en el maxilar inferior generamos una impresión con cubeta individual de flancos altos de acero inoxidable por poseer piezas dentarias en sector anterior dando como resultado una clase 1 de Kennedy. (Desdentado bilateral posterior) carga dentomucosoportada. (fig.6)

Una vez adjuntando los modelos definitivos de ambos maxilares, se envía al protesista dental para que nos mande con los rodetes de mordida superior total e inferior parcial en donde la misma recibió el tallado correspondiente de los apoyos en el lugar que van a generarse para dicha función en piezas dentarias 34 y 35. Junto a la pieza dentaria 43 por mesial. Cuando se realice el armazón de cromo con su respectivo rodete para recuperar la dimensión vertical de la paciente ya que se perdió por faltante de las piezas dentarias. Recuperamos también el soporte labial y el tercio inferior del rostro de la paciente. (Fig.7), generamos también el aporte del plano de fox y de camper (fig.8). Para obtener los límites faciales en relación a la horizontalidad de las piezas dentarias superiores con respecto a las inferiores en un plano oclusal, mientras que el plano de camper me va a guiar en un plano oclusal a la relación cráneo-mandibular en relación al ángulo de la platina de fox. Y va desde el vértice del ala externa mas baja de la nariz hasta el conducto auditivo externo. Así generamos la relación intermaxilar correspondiente donde definimos el ELI. (espacio libre interoclusal) que debería ser entre 2 y 4 mm.

Luego se marcara la línea media donde la misma tiene que trazarse en forma vertical por sobre el rodete superior utilizando como referencia la punta o vértice de la nariz, la sonrisa la cual se traza por debajo de la submucosa del labio superior en donde se le pide al paciente que genere una sonrisa, la misma tendría implicancia con la cara cervical de los troqueles

dentarios y línea canina donde se marcan a la altura donde estarían los caninos superiores usando como guía borde externo del ala de la nariz.

Nuevamente una vez alcanzadas las mediciones correspondientes en todos los planos del espacio, se genera la relación intermaxilar y se engrampan las piezas dentarias anteriores sobre las inferiores teniendo en cuenta que el rodete inferior esta sobre un armazón de cromo donde encontramos una barra lingual, apoyos sobre cara mesial de pd. 35 y distal pd. 34 con un RPI por poseer carga dentomucosoportada sin pilar posterior, una barra lingual y un apoyo por mesial del canino y distal a la brecha desdentada la cual se le genera un RPI en complicidad a la hemiarcada apuesta. (fig. 9)

Se toma una muestra de color en donde fijamos: la test de la persona, forma de la plenitud facial para seleccionar los troqueles correspondientes en cuanto a su diámetro, cuando se elija el color tiene que ser expuesta a luz natural y que no incida la propia luz del sillón porque altera la refracción del rayo de luz aumentando el croma y matiz. (fig.10).

Se trabajó sobre el enfilado con el protesista y generando la prueba en boca la cual resulto en perfectas condiciones y se llevó el trabajo nuevamente a la acrilizacion final del mismo

El cual fue instalado a la semana de haber probado el encerado y posteriormente generado chequeo de oclusión con un papel de articular una vez obtenido el trabajo terminar para si en el caso de llegar a aparecer algún contacto prematuro. Se hizo un desgaste selectivo y poniendo en función la armonización oclusal en piezas dentarias posteriores.

La paciente se retira muy contenta donde se la hizo regresar dos veces mas para control de los aparatos protéticos, los cuales no generaron ninguna complicación en cuanto a la fonética y a la deglución propiamente dicha.

A la paciente se le dio una seria de recomendaciones a seguir para acostumbrarse a la prótesis que como ya sabemos es un elemento extraño lo cual genera en algunas complicaciones para portarlo y en especial alteraciones sobre los tejidos donde se posa y se relaciona con los tejidos circundantes que son justamente los que le proveen de la estabilidad exacta. Para que todo lo anterior mencionado no ocurra.

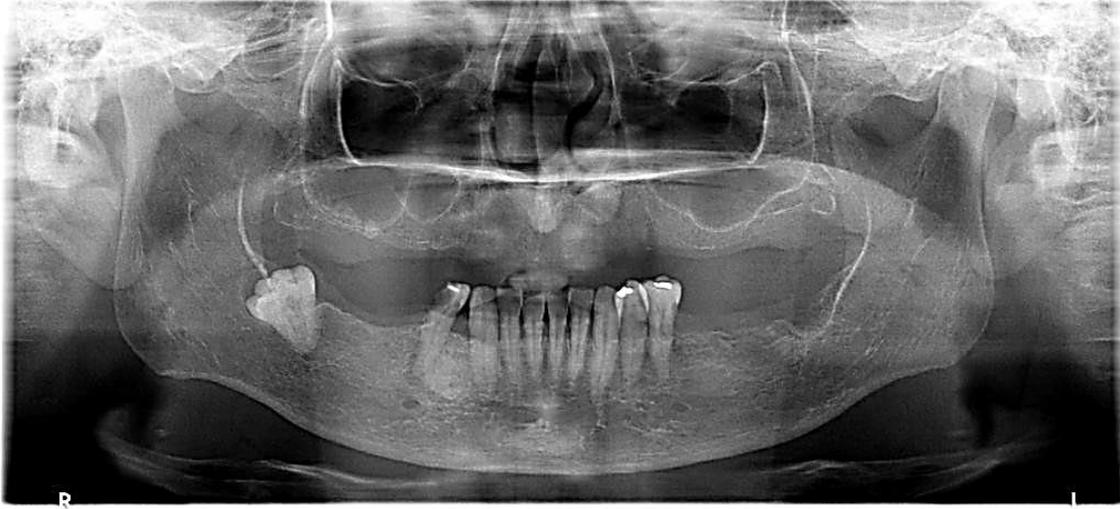


Fig. 1 – Radiografía panorámica de paciente de 56 años de edad, sexo femenino. Concorre al consultorio para obtener una respuesta en cuanto a recuperar su dentición y estética- funcional. Se observa que hay ausencia de piezas dentarias superiores total e inferiores parciales. Se estudió clínicamente y radiográficamente que no posee patologías en relación a los maxilares y a las mucosas.

No hay compromiso a nivel de la CATM.



Fig. 1ª y 1b – Se hace una inspección clínica de donde se observa ya dichas extracciones con el tratamiento periodontal estipulado dando terapia básica pd; 35,34,33,32,31,41,42 y 43 resolución quirúrgica a través de exodoncias pd 44 y 48. No hay complicaciones a nivel de CATM.

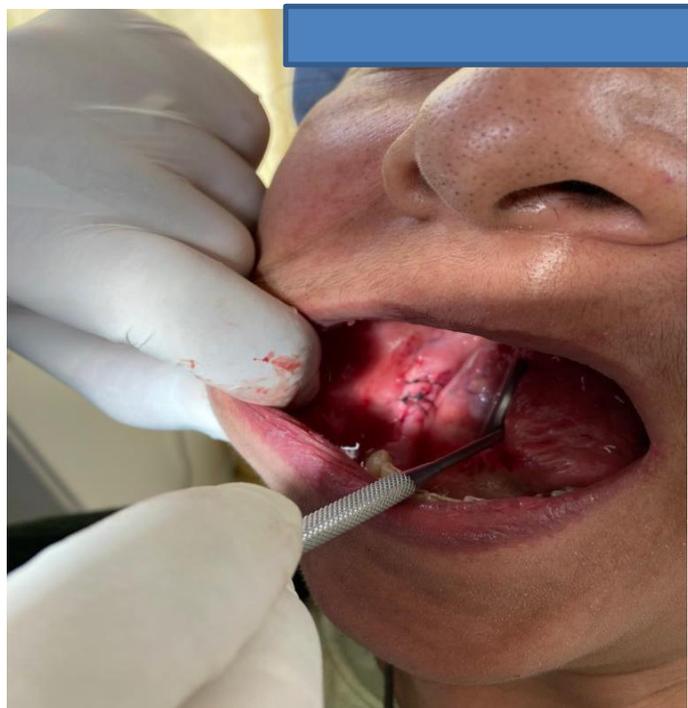




Fig. 1- donde se realizó la extracción correspondiente de la Piezas dentarias 48 y 44.

Fig. 3 donde se prueba la cubeta individual de acrílico de termocurado superior y se genera el correspondiente recorte muscular con lápiz verde en la misma. Donde se genera el posicionamiento en cavidad bucal de la misma y se hace la prueba correspondiente para observar el nivel retentivo de la misma. Luego generamos fenestraciones en su superficie para que el material de impresión discurra y amplifique su dispersión entre la superficie de la cubeta y la mucosa. Antes de la prueba de cubeta en maxilar inferior se generó los tallados correspondientes sobre las piezas pilares donde se generarían los apoyos los cuales no permitirán que la prótesis se intruya en la mucosa adyacente a la base protética.

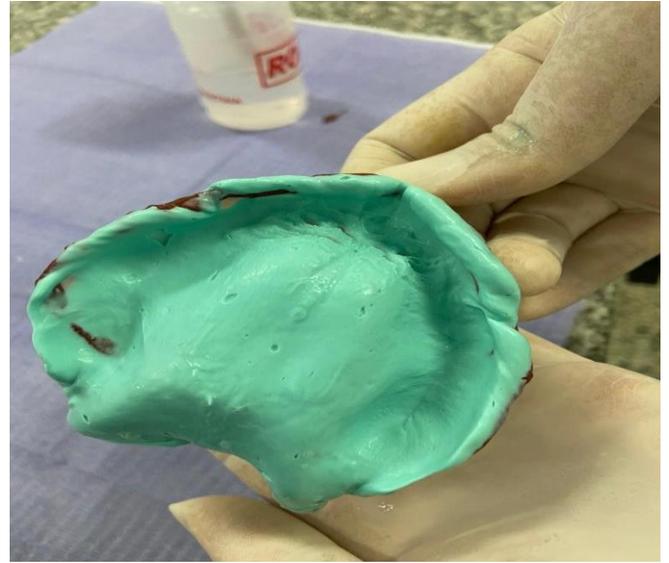


Fig. 4- toma de impresión definitiva con alginato maxilar inferior cubeta individual rimlock lisa y maxilar superior con silicona fluida y cubeta individual de acrílico termopolimerizable cristal con el recorte muscular ya efectuado.

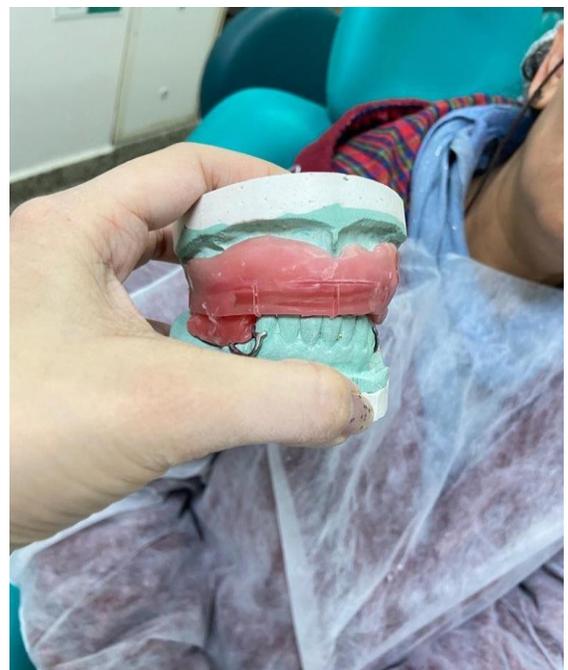


fig. 7-8. Plano de fox y de camper. Donde buscamos la horizontalidad de las caras oclusales en relación a los maxilares en el cierre de boca. Además buscamos normalizar su situación en relación a la dimensión vertical y es por eso que en el maxilar inferior nos manda el rodete de cera superpuesto por el armazón de cromo-niquel con sus respectivas partes retentivas y opositoras, conectores mayores y menores que componen dicho aparato. Mientras que en el maxilar superior, con el rodete de mordida total puesto en boca, se le solicitó un cierre de boca y que contacte con el inferior. Nos permitió también marcar la línea media, línea canina y línea de la sonrisa. Parámetros esenciales para la relación intermaxilar quede bien definida. Se lograron engrampar ambos rodetes superior e inferior y se le generó la toma de color para el encerado y colocación de los troqueles correspondientes a cada maxilar.



Fig. 9- se realiza la prueba de enfilado de maxilar inferior y se coloca el cromo con sus respectivas partes constitutivas a lo que hacen las características estéticas y funcionales al mismo sobre la

paciente.

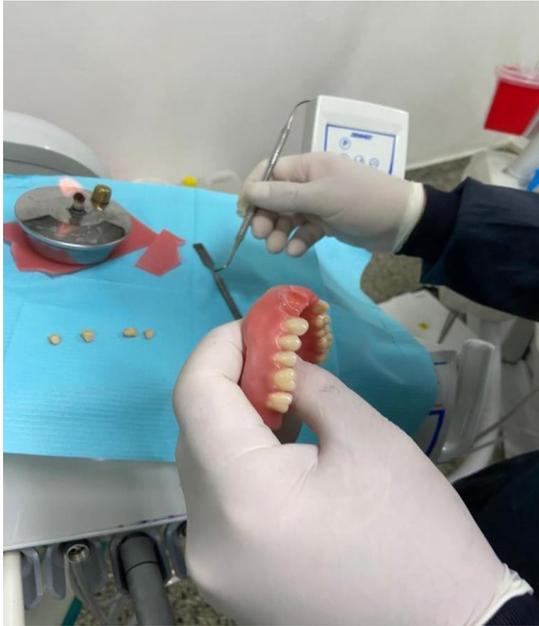


Fig.9 a- prueba de encerado del maxilar superior, el cual se generó el encerado en consultorio donde se realizó la prueba del mismo en forma directa. El cual se obtuvo un nivel de oclusión bueno.





Fig.9b- Se mandó a acrilizar dichos encerados. Para poder instalar definitivamente siempre y cuando en los próximos controles el paciente no acuse ninguna molestia o malestar generado por alguna zona en especial de las prótesis donde pueda aparecer algún tipo de rugosidad en el acrílico, bordes

punzantes o zonas que generen algún tipo de atrofia.

Para subsanar próximo encuentro esa situación traumática. Observamos en estas fotografías la mucosa del maxilar superior y su reborde residual y características anatómicas en perfectas condiciones y el maxilar inferior en plena recuperación de las exodoncias realizadas con operatorias realizadas en piezas dentarias 34 y 35 de larga data y la situación periodontal controlada. Mucosa íntegra y estructuras circundantes sin inconvenientes patológicos.





fig. 9c- prueba enfilado en maxilar superior y maxilar inferior.



Fig 10- acrilizacion e instalación final de ambas prótesis. Donde se le genero una serie de recomendaciones a la paciente e incluso se le hizo pronunciar letras, palabras, ocluir, abrir y cerrar la boca e indicar cuales eran sus dudas y molestias respecto al aparato protésico inferior y superior llevando papel de articular a la boca y chequeando la oclusión en relación céntrica.



Fig.11- el antes y el después. Quedo mas que claro, que la paciente se fue muy feliz y el tratamiento rehabilitador fue generado con éxito en donde la sonrisa lo dice todo.

CASO CLINICO N°2:

- A) GENERALIDADES: Se presenta al consultorio una paciente de 46 años de edad, la cual presentaba como motivo de consulta inquietud por la falta de piezas dentarias las cuales le generaban un inconveniente importante con relación a su trabajo y el medio social donde se desenvuelve entre ellos familia y amistades. En el maxilar superior encontramos la falta de piezas dentarias en su totalidad mientras que en el maxilar inferior encontramos la presencia de piezas dentarias en sector anterior 34, 33, 32, 31, 41 y 43. No posee ninguna patología que pueda perjudicar el tratamiento rehabilitador con prótesis completa superior e inferior prótesis parcial removible.
- B) DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: Se le realizaron estudios complementarios y en base a estos podemos evaluar qué tipo de tratamiento rehabilitador le podemos ofrecer de técnica sencilla y bajo costo, el cual le devolvería al paciente la posibilidad de volver a manejarse libremente en el medio social en el cual se rodea, sea ámbito laboral o familiar.
- C) ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: Se le realizaron estudios complementarios en base a una placa radiográfica panorámica, la cual muestra enfermedad periodontal de evolución lenta pérdida de tejido de inserción y protección de las piezas dentarias entre ellos soporte óseo y tejido de la mucosa alveolar. No involucra al complejo articular temporomandibular, y mediante la observación no se detectan lesiones intraoseas en zonas de maxilares y hueso de soporte.
- D) DIAGNOSTICO DEFINITIVO: De acuerdo a los estudios clínicos y complementarios evaluados se decidió rehabilitar a la paciente con prótesis de acrílico en maxilar superior y cromo- níquel con acrílico en maxilar inferior. Nos encontramos que en maxilar inferior se observa extracción de pieza dentaria 42 la cual fue realizada semana previa a recibir la consulta de la paciente. Se prosigue con la terapia básica periodontal.
- E) PLAN DE TRATAMIENTO: Se inicia una vez que se ha observado la radiografía

panorámica, método complementario de estudios para poder visualizar en el campo en el cual vamos a desarrollar nuestro trabajo en rehabilitación protésica. Presenta un maxilar superior con buen soporte óseo sin patologías de tejidos duros y blandos (hueso residual y mucosa). Mientras que en el sector inferior, se puede observar que hay presencia de piezas dentarias las cuales sufrieron cambios en las zonas de tejido de sostén. Son las piezas dentarias 34, 33, 32, 31, 41,43 y 44. Sin presentar patologías intraoseas ni mucosas en la zona de soporte. Se generó una inspección general de la misma donde se observa y se palpo e interdigitación las zonas de la mucosa se los llevaba hacia vestibular, lingual, mesial y distal. Se generó la correspondiente terapia básica periodontal

Solo desgaste selectivo en los troqueles donde en sector posterior se produjo contacto prematuro en piezas del aparato protético, donde se chequeo con papel de articular y se desgasto con un fresón y pieza de mano inmediatamente hasta que la paciente nos mencione de su comodidad y aceptación de su nueva aparatología.

F) RESOLUCION DEL CASO:

Entra la paciente al consultorio, evaluamos la placa panorámica de la misma donde no poseía ningún tipo de incompatibilidad con respecto a su salud para que el tratamiento no se posible. Iniciamos con la historia clínica sumándole el odontograma y nos pusimos a trabajo primero en la semiología de los tejidos blandos aplicando interdigitación y palpación por los rebordes residuales de la mucosa del paladar mientras que hicimos lo mismo por la zona edetula parcial del sector inferior. Observamos clínicamente que la paciente no posea ningún tipo de enfermedad actual periodontal en curso, caries entre otras.

La paciente se encontraba muy bien y decidimos empezar con las impresiones preeliminares superiores e inferiores para generar así los modelos de estudio a evaluar y generar una cubeta individual en sector superior y una cubeta de acero en sector posterior individualizada.

Hemos mandado a realizar la cubeta individual para la impresión definitiva , pero antes que este paso tallamos en piezas dentarias y realizamos la correspondiente planificación en cuanto a la estructura de cromo con todos sus componentes rejillas conectores mayores menos bases apoyos oclusales brazo retentivos de retención directa brazos opositores y elegimos tambien el subtipo de cada uno de las partes mencionadas según sea el caso. Donde la paciente mostraba tener brecha bilateral desdentada teniendo en boca piezas dentarias 34,33,32,31,41,43 y 44. Con

enfermedad periodontal en suspenso y de grado de movilidad 1 presentando una clase de Kennedy I, desdentado bilateral posterior. Tomamos impresión con la cuneta individual de acrílico de termocurado, donde antes se realizó un recorte muscular y luego se le generaron perforaciones a la cubeta para que el material fluya mejor por toda la extensión de la cubeta. Antes de la impresión se le realizó los tallados correspondientes. Para luego obtener los modelos definitivos con los rodets de mordida en ambos maxilares. Una vez que tenemos los rodets de mordida ahí si buscamos plano de fox y de camper, lo acentamos en articulador con los pasos que requiere el mismo y producimos la mordida del paciente con todos los parámetros obtenidos donde se le marco la línea de la sonrisa, línea media y línea canina. Se tomo el color con dientes de muestrario y se manda a hacer el encerado de prueba.

A la otra semana vuelve la paciente y se le prueba ambos encerados ya con las piezas dentarias en cada maxilar en conjunto con cromo inferior y no supo tener problemática alguna para poder hablar, pronunciar letras y sobre todo dijo de sentirse muy cómoda y feliz de ver solo como le había quedado el encerado.

Vuelve la próxima semana al consultorio y realizamos la instalación definitiva con el acrilizado correspondiente y mencionamos la forma de higienizarla y cuanto al uso para los periodo de adaptación. Generamos un control post instalación y la paciente no mostro ningún signo de incomodidad ni nada que refiera que sucede algo no esperado.

Me agradeció por su sonrisa y por el volver a ser la que era antes de perder la piezas dentarias.

ODONTOGRAMA

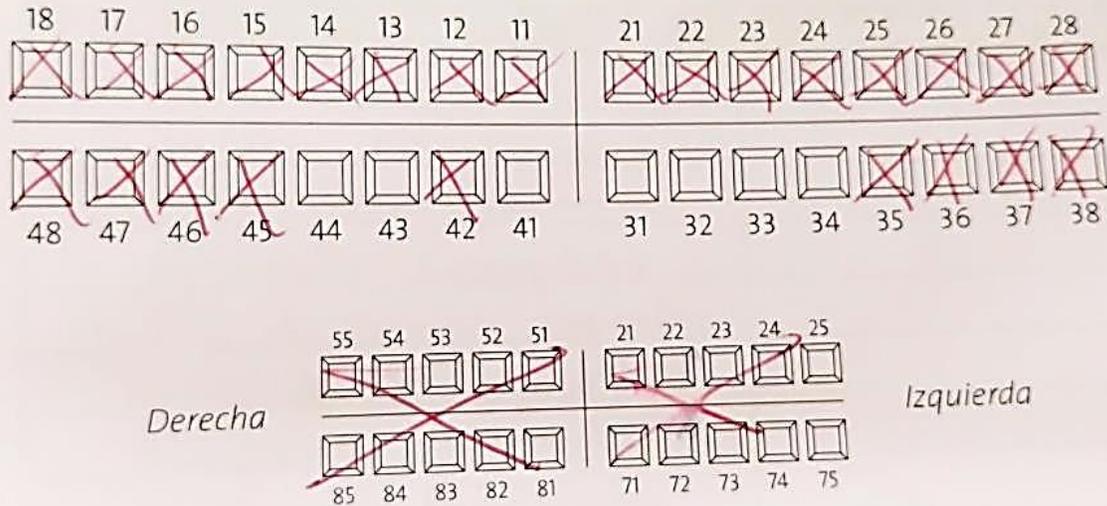


Fig. 1 Odontograma. En donde tenemos solo las piezas dentarias 34,33,32,31,41,43 y 44

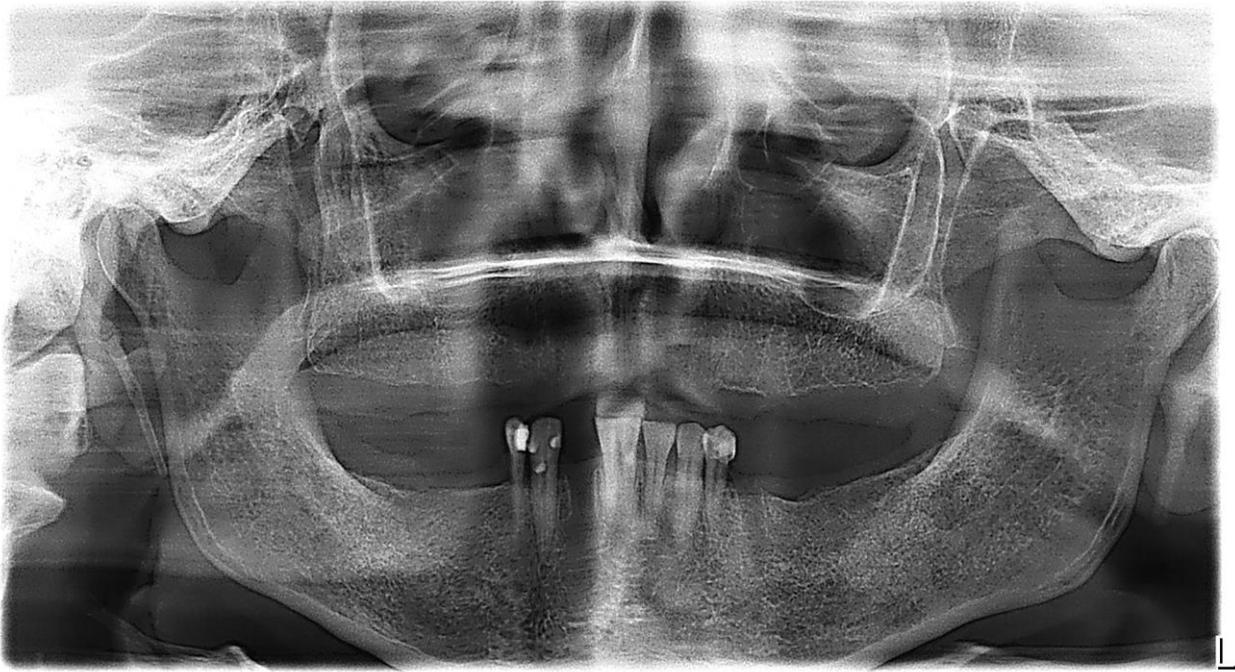


Fig. 2- Radiografía panorámica donde se observa buena conservación y registro óseo. No presenta particularidades.





Fig. 3 donde muestra como llego la paciente al consultorio donde desea volver a tener sus piezas dentarias y poder volver a sonreir, comer, etc. La mucosa superior se observa normal al igual que la mucosa inferior , la cual contiene una perdida minima de inserción por haber registrado enfermedad periodontal leve. Es una clase de Kennedy tipo I.



Fig. 3 impresión preliminar para modelo de estudio superior.



Figura 4 cubeta para impresión definitiva de acrílico de termocurado perforada con recorte muscular superior y cubetas individuales para inferior perforada. Se toma luego después de tallar.



Fig. 5 interdentacion con rodetes de mordida y el esqueleto de cromo inferior en el cual se decidio marcar línea de la sonrisa, línea media y línea canina, luego hacer dos Rpi y con barra lingual y apoyo en canino distal a la brecha y del lado continuó apoyo doble en canino mesial a la brecha y en premolar distal a la brecha.

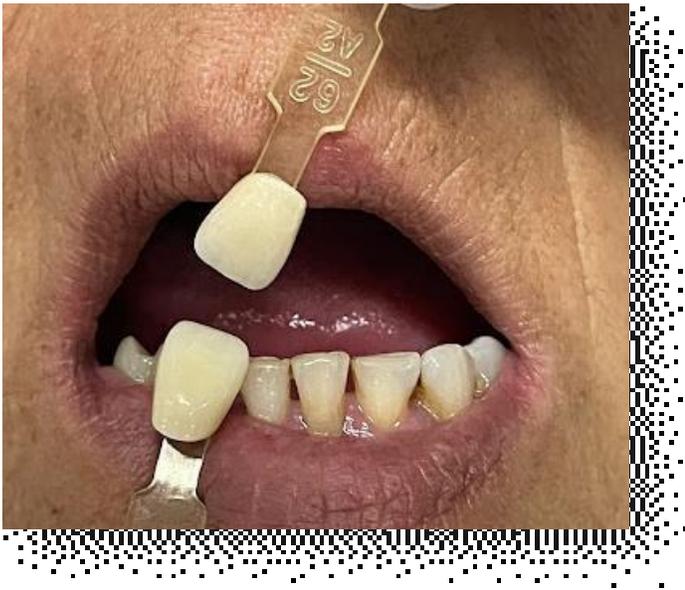


Fig. 6 toma de color y encerado.



Fig. 7
interdentacion
con rodete de
mordida.

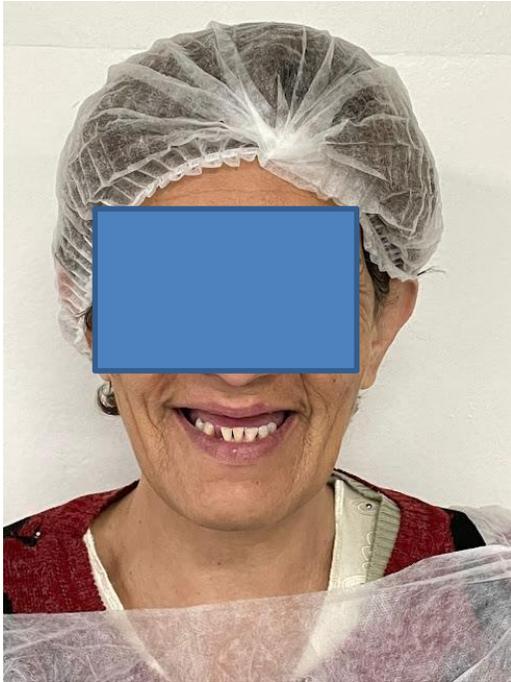


Fig. 8- Antes de la consulta odontológica.



Fig. 9 Después del tratamiento protésico



Fig. 11 – control post instalación.

CASO CLINICO N°3

- A) GENERALIDADES: Se presenta paciente a la consulta de preocupación por su trabajo, en donde me conto que le es imprescindible tener las piezas dentarias donde están faltantes por tratamientos incompletos en cuanto a la rehabilitación protésica. En este caso una prótesis fija de ambos arcadas sobre piezas dentarias 15 y 25. Su motivo de consulta era que quería mantener esas piezas en boca y generar la rehabilitación.
- B) DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: se le autorizo una orden en donde debe realizarse una Rx panorámica para complementar su evaluación clínica y complementaria.
- C) ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: el paciente vuelve al consultorio en donde lo primero que hago es evaluar el estado de la Rx panorámica suscripta en receta la semana anterior, y se ve claramente la necesidad de asistir ambas `piezas dentarias 15 y 25. Anteriormente hemos evaluado que las zonas de inserción están en perfectas condiciones.
- D) DIAGNOSTICO DEFINITIVO: Se decidió avanzar con la rehabilitación protésica del paciente en donde colocaremos pernos coronas en dichas piezas dentarias ya mencionadas. Buscaremos que las mismas cumplan los requisitos esperados ,de una prótesis fija y las características estéticos, funcionales y estructurales.
- E) PLAN DE TRATAMIENTO y RESOLUCION DEL CASO: Se efectua la visualización y estudio del campo a trabajar con el método de la observación e inspección los cuales nos dan la posibilidad de volver a comprobar que se puede realizar un tratamiento de la manera deseada, ya que mediante palpación y

generando golpes verticales y horizontales a los pilares donde se le va a generar dicha rehabilitación, se encuentran en buena salud. Tomaremos una impresión preliminar como con todo tratamiento protésico el cual obtendremos modelo de estudio donde también tomaremos el antagonista para presentar de que manera realizaremos a través del diagnóstico un buen protocolo de atención y ejecutar los pasos en forma ordenada y sistemática.

Una vez obtenido los modelos de estudio, se generara la primer parte de la preparación de dichos pilares dentales. Se percibe que en ambos obtuvieron tratamientos de conductos aproximadamente hace 3 a 4 años de antigüedad. Donde podemos decir que tenemos buen indicio ya que dichos tratamientos no resultaron tortuosos al estar bien realizados. Comenzaremos con el desgaste de paredes defectuosos que quedaron en zona coronaria, tomando una piedra cilíndrica.

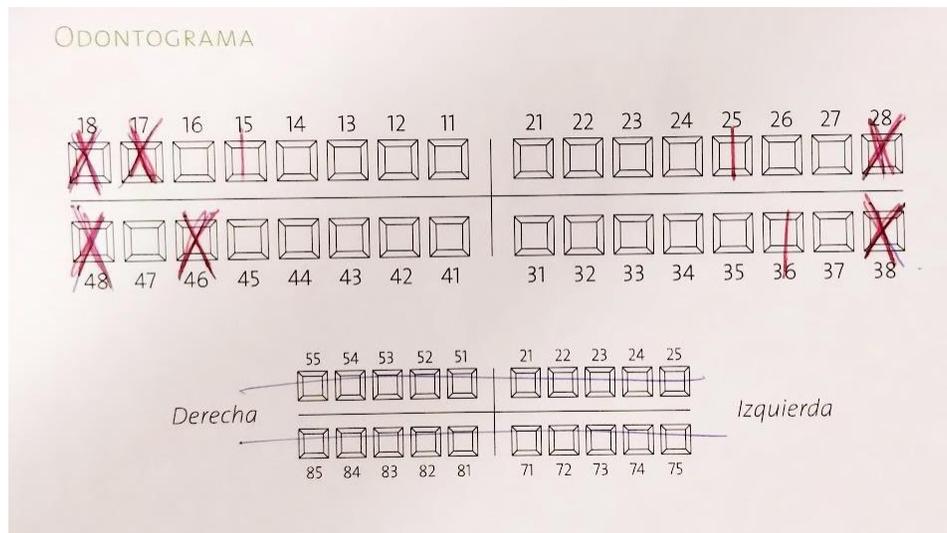
Llevaremos ese desgaste en paralelo entre 2 a 3 milímetros por encima de la mucosa alveolar el desgaste es horizontal y paralelo al ecuador dentario. Una vez realizado este paso, vamos generar la desobstrucción del conducto que debe limitar la misma a una extensión de aproximadamente unos 11 mm desde que entramos con una fresa de gate número 2 hasta 3. Una vez que ingresamos dejamos unos 4 milímetros con gutapercha en la zona de tercio apical, justamente respetar ese espacio biológica sabiendo lo que puede suceder en esos espacios con la aparición de conductos secundarios u accesorios lo que implicaría una complicación para seguir con el tratamiento. Luego usamos en forma creciente fresas de largo de la misma longitud con las que iniciamos la desobstrucción inicial y sacando rx periapicales para hacer el seguimiento correspondiente en el paso a paso de la técnica. Se lava el conducto correspondiente a cada una de esas piezas dentarias y se seca. Siguiendo paso es tomar impresión en forma directa o indirecta de los pilares con silicona masa y fluida en un tiempo o en dos. Una vez obtenidos las impresiones se generan las piezas provisionales de acrílico de autocurado con coronitas de acetato dentro de todas las técnicas y posibilidades que ofrece este paso. Se genera un perno con un resto de alambre se prepara acrílico de autopolimerización para provisional se posiciona en la pieza dentaria y se espera su tiempo de polimerización y endurecimiento. Antes de posicionar la pieza tenemos que tener en cuenta que se debe lubricar el conducto y la pieza tallada para que el componente de esta sustancia evite que el acrílico se pegue a la superficie del mismo. Se mandan las impresiones al protesista el cual nos

genera un perno colado. El cual es cementado al paciente en ambas arcadas. Se realiza con

cemento de ionomero vítreo definitivo o fosfato de zinc. Se espera un tiempo prudencial de días para que el cemento cometa su fraguado final y nos genere grietas ni burbujas en la clínica en el momento de realizar el retallado y la migración del epitelio gingival para preparar la zona y que quede con convergencia hacia oclusal con hombro a filo de cuchillo como en sector anterior objetando a la parte funcional y estética de la corona en boca una vez llegue el momento. La migración gingivalse logra con un producto que tiene adrenalina y se inserta en la encia marginal o libre en contacto con el epitelio del surco, con una espátula para composite donde su extremo activo no posea punta ni sea cortante para no dañar a la misma en el momento de colocar el hilo retractor.

Se vuelve a tomar impresión con silicona masa y fluida para recibir las coronas, en este caso metaloceramica para su estética. El material de cementado fue el cemento ionomero de cementado con propósito a este tipo de rehabilitación. Se chequea la mordida y aparecieron contactos prematuros donde se generó un desgaste selectivo dentro de lo que llamamos una armonización oclusal.

Se realizaron controles post rehabilitación donde el paciente manifestó estar en correctas condiciones y aliviar la ansiedad de tener sus piezas dentarias en función y estética.



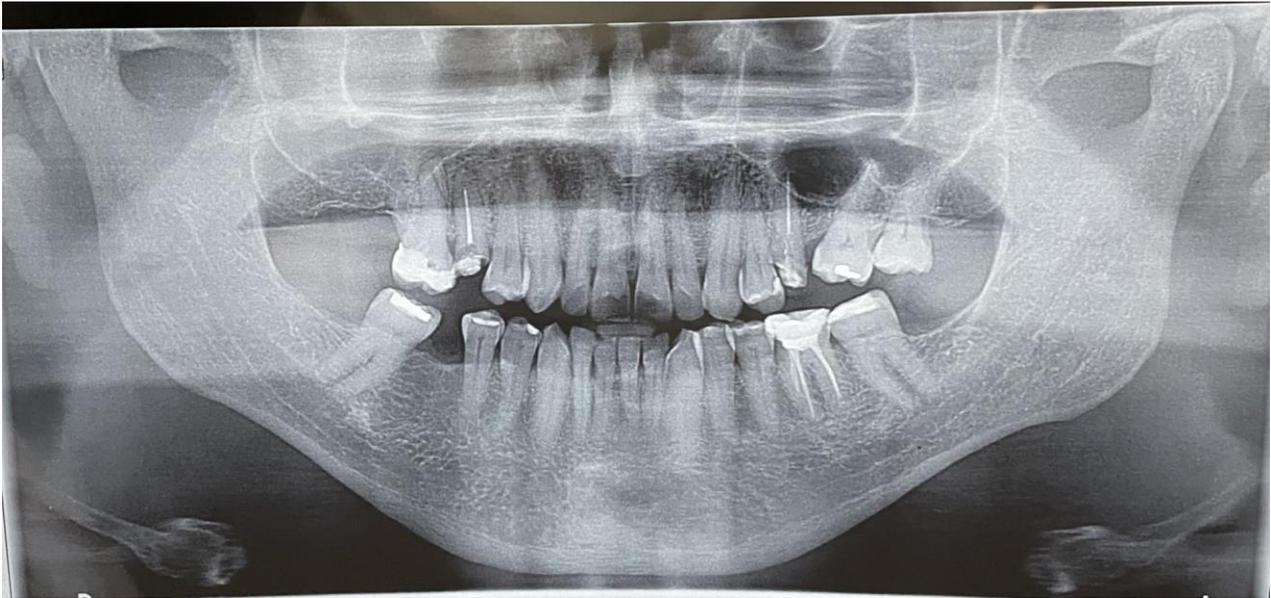


Fig. 1 odontograma e historia clínica

Fig. 2- Radiografía panorámica donde se observa el buen estado de salud y las piezas dentarias 15 y 25, quienes van a recibir perno corona.



Fig. 3 y Fig. 4

Nos muestran las zonas donde vamos a trabajar.



Fig. 5 imagen por palatino de las zonas de piezas dentarias 15 y 25.



Fig. 7 , 8 y 9- pernos y radiografía periapical.



Fig. 10- prueba de casquetes.

Fig. 11- desgaste de casquetes.



Fig. 12-muestra y toma de color.



Fig. 13 instalacion de las coronas metaloceramicas. Fig. 14- instalación y control.

8. DISCUSIÓN:

Siendo mi trabajo de presentación principal en lo que es la rehabilitación oral en prótesis integrada, mencionando una prótesis completa superior y una prótesis

parcial inferior. Estoy a favor de lo que plantea Ernest Mallat Desplasts, Ernest Mallat Callís. Prótesis parcial removible y Sobredentaduras. Tercera Edición .Elsevier España, 2004 PAGINA 3 A PAGINA 15 hasta la 129. De acuerdo con algunos puntos en cuanto a mediciones con Pagina 3-31- US 5498157 A · AU 659964 B2 · EP 0591958 B1 VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co.KG Postfach 1338 · D-79704 Bad Säckingen · Germany Tel. +49(0)7761/562-0 · Fax +49(0)7761/562-299 Hotline: Tel. +49(0)7761/562-222 · Fax +49(0)7761/562-446 www.vita-zahnfabrik.com · info@vita-zahnfabrik.com

Y con el Alonso en cuanto a las curvas, líneas y planos en la cavidad bucal a través de las relaciones intermaxilares. Le dan un objetivo prácticamente común y es buscar las alternativas para la rehabilitación oral según amerite el caso, en esta oportunidad con prótesis integrada.

9- CONCLUSIONES:

De acuerdo a todos los datos obtenidos por las bibliografías y citas de artículos llegue a la conclusión del trabajo que sin teoría no hay practica y sin practica no hay teoría alguna. El tener en cuenta los aspectos de cada autor con respecto a los parámetros establecidos por la función, anatomía, estética y estructura del sistema estomatognatico de gran complejidad y teniendo en cuenta el biotipo de paciente y que tipo de situación genera día a día un interrogatorio y nos obliga en el marco teórico y de la practica a debatir hasta llegar al punto donde el diagnóstico y pronostico van de la mano en una forma fehaciente para lograr que dicha aparatología cumpla el rol rehabilitador.

10- BIBLIOGRAFÍA GENERAL Y ESPECÍFICA

Arthur o. rahn; john r. ivanhoe; kevin d. plummer. Protesis Dental completa. Sexta Edicion. idioma: Español, Año 2011. Zagier & Urruty Pubns.

Ashish T. Un entendimiento en la prótesis dental completa. Ed. Scienza Scripts. Idioma: Español, <https://www.buscalibre.com.ar/libro-un-entendimiento-de-la-fonetica-en-la-protesis-dental-completa/9786200868077/p/53013660>

Baffa Julia, Guillermo Cagnone, José Closas, Massimo del Fabro, Jorge Galante, Sergio Kancyper, Alejandro Rodriguez, Marianela Sierraalta, Tiziano Testori, Miguel Troiano Carga Inmediata en Prótesis Implantoasistida. Bases biológicas y Aplicaciones Terapéuticas. Primera Edición. Providence, 2007

Branemark P.I., Rydevik B. Myers R. Ossiointegration in skeletal reconstruction and rehabilitation. Branemark, 2001

Calderero Suarez, Javier. Protesis Completa. Editorial Sintesis. Año, 2017.

Closas José, Miguel Trolano. Coautores Maricio Benincasa, Patricia Sánchez, Irene Haumuller, Rosario. Carga Inmediata en el Sector Superior y Anterior con Implantes Inmediatos. Rosario, 2000

Ernest Mallat Desplasts, Ernest Mallat Callís. Prótesis parcial removible y Sobredentaduras. Tercera Edición .Elsevier España, 2004

Fernández Bodereau Enrique Jr., Enrique Fernández Bodereau. Prótesis Fija e Implantes, Práctica Clínica. Primera Edición. Avances Médico-Dentales S.L. Madrid, 1996-

Gómez de Ferraris M.E., Campos Muñoz A. Periodonto de Inserción: Cemento, Ligamento Periodontal y Hueso Alveolar en Histología y Embriología Bucodental. Médica Panamericana, Madrid, 2002

Infante Cossio P., Gutierrez Pérez, Torres Lagares, García A., García Perla, González, Padilla. Relleno de Cavidades Oseas en Cirugía Maxilofacial con Materiales Autólogos.

Revista Especialidad Cirugía Oral Maxilofacial, 2007

Jean Francois Gaudy, colaboradores Bernard Cannas, Luc Gillot, Thierry Gorce, Aziz El Haddieoui y Jean –Luc Charrier. Atlas de Anatomía Implantológica. Primera Edición. Elsevier Masson, 2008

Jiménez-López Vicente. Rehabilitación Oral en Prótesis sobre Implantes. Su relación con la estética, oclusión, ATM, ortodoncia, fonética y laboratorio. Quintessence S.L., Barcelona, 1998

McKracken- Glen McGivney, A.B. Car, D.T. Brown. Protesis Parcial Removible. Elsevier España, Edición 11, año 2006

Otto Zurhr, Marc Hurzeler .Cirugía Plástica Estética y Periodontal e
Implantológica.Un enfoque en microcirugía.Quintessence Internacional, 2013

Stephen F. Rosenstiel, Martin F. Land, Junhei Fujimoto. Prótesis Fija Contemporánea.Cuarta
Edición. Elsevier España, 2006

