

I. NOMBRE DEL TRATAMIENTO Y CODIGO – CIE 10: ELABORACIÓN DE PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE – 23.4.3.01-02

II. DEFINICION

Aparato protésico removible que reemplaza artificialmente dientes en un paciente edéntulo parcial de uno o ambos arcos dentales.

III. OBJETIVO

Construir una guía que suministre al profesional una orientación que le brinde la posibilidad de dar una atención segura a sus pacientes en lo relacionado con la elaboración de prótesis parcial removible

IV. JUSTIFICACIÓN

Una causa frecuente de consulta es la pérdida de dientes asociada a diferentes factores. A partir de esta situación, se han propuesto diversas técnicas de restauración, pero es importante que cada técnica trate de promulgarse con un uso racional y responsable de la misma, con una base diagnóstica sólida y aplicándola con un fundamento académico basado en la evidencia. Por lo que se considera necesario, organizar y socializar una guía de manejo para la elaboración de prótesis parcial removible para la rehabilitación de pacientes edéntulos parciales

V. POBLACION OBJETO

Pacientes edéntulos parciales de uno o ambos arcos dentales

VI. ALCANCE

Tendrá un alcance completo en el diagnóstico y terapéutica a todos los pacientes adultos que consulten para valoración y tratamiento que presenten alguna de estas condiciones y entre las opciones de tratamiento sea éste el más indicado:

1. Pacientes con dientes naturales remanentes, y que algunos de ellos tengan extracción indicada por razones dentales o periodontales y no está indicado realizar procedimientos de prótesis fija, por la longitud de l tramo edéntulo, por el estado de los dientes pilares, o por factores económicos
2. Pacientes que no presentan rehabilitación de los espacios edéntulos y está indicado rehabilitarse con prótesis parcial removible por el tamaño del tramo a restaurar
3. Pacientes que presentan rehabilitación con prótesis parcial removible que debe ser reemplazada por razones de estabilidad, soporte, retención, falta de estética o función masticatoria
4. Pacientes a los que se les van a realizar tratamientos de óseo-integración y requieren prótesis transicionales parciales removibles

Estas condiciones pueden ser diagnosticadas y tratadas en las clínicas de pre-grado en la Clínica III y IV de Adulto, en la clínica de geronte y post-grado de Rehabilitación Oral de la facultad, al cumplir con los criterios de alta expuestos en esta guía.

Si el paciente va a ser restaurado con prótesis implantosoportadas o implantoretenida, ya sea sobredentadura o prótesis fija, será remitido a post-grado de Rehabilitación Oral y cirugía oral y maxilofacial.

VII. NIVEL DE ATENCIÓN:

- Primer Nivel de Atención I 1, I 2, I 3, I 4 – Ambulatoria

Recurso Humano

Personal Responsable: Docente Odontólogo

VIII. CONSIDERACIONES GENERALES

OBJETIVOS QUE DEBEN CUMPLIR

- Devolver la anatomía y fisiología de la estructura dental
- Contribuir a la salud oral y general del paciente
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Proveer soporte al labio y fonética
- Recuperar la función oclusal
- Recuperar dimensión vertical, si este fuese el caso
- Establecer un adecuado plano oclusal
- Recuperar estéticas

IX. INSTRUMENTAL REQUERIDO

Micromotor

Contrángulo

Espejo de Boca plano No 5

Espátula llana

Espátula Contorneadora de cera

Espátula Siete A

Espátula para mezclar cemento

Pimpollos gruesos

2 Vasos Dappen plásticos

Rodetes de cera rosada

Loseta de vidrio

Cubetas metálicas para toma de impresión

Tasa de caucho

Espátula de alginato

Platina de Fox

Puntas de caucho de baja velocidad para acrílicos, de tres tipos de abrasión alta, media y baja

Regla flexible

Carta para selección de dientes

Guía de color acrílica

X. PROCEDIMIENTO CLÍNICO

- a. Toma de impresiones preliminares en alginato
- b. Elaboración del diseño de la estructura metálica guiándose por el análisis del modelo y de los dientes pilares de las zonas de retención y vía de inserción en el paralelómetro
- c. Si es necesario se hacen planos guía y nichos para apoyos oclusales.
- d. Toma de impresión definitiva con alginato siliconado o silicona de adición de mediana viscosidad o con mercaptano.
- e. Adaptación y prueba de estructura metálica según diseño planteado al laboratorio
- f. Orientación del rodete en cera con las referencias de oclusión, fonética y estética
- g. Hacer montaje en articulador con la toma del registro de relación bicóndilo y de oclusión con los rodetes en cera ya orientados
- h. Hacer el enfilado de dientes según la selección hecha previamente
- i. Hacer las pruebas de dientes para corroborar oclusión, estética, dimensión vertical y fonación
- j. Toma de impresión definitiva con pasta zinquenólica o con silicona liviana en la zona de los rebordes edéntulos sobretodo en prótesis a extremo libre
- k. Acrilado preferiblemente en acrílico de alto impacto
- l. Adaptación de la prótesis en boca haciendo los ajustes oclusales y de la base protésica necesarios
- m. Se deben realizar controles inmediatos y periódicos luego de la colocación de la prótesis para hacer los ajustes necesarios

Si se deben hacer ajustes o desgastes selectivos se pueden lograr superficies lisas y brillantes con el uso de puntas de caucho abrasivas de baja velocidad puliendo progresivamente de la más abrasiva a la menos abrasiva. Seguidas por cepillos duros impregnados con tiza francesa o felpas que van a dar el brillo final.

XI. RECOMENDACIONES

- ✓ **Debe hacerse un análisis previo de cada caso para su planeación en diseño**

ANÁLISIS DE MODELOS ARTICULADOS

Todo diagnóstico oclusal y el análisis de los dientes pilares deberá ir acompañado de los modelos de la boca del paciente con sus respectivos registros y montaje en el articulador. Se fundamentará en un análisis estático y uno dinámico o funcional.

Análisis Estático

Este examen consiste en la observación de las áreas desdentadas y dentadas sobre los modelos y su ventaja radica en la ausencia de tejidos blandos que permite la visualización de diferentes detalles en los tres planos del espacio.

La evaluación incluye:

- Forma del arco
- Áreas edéntulas
- Altura del reborde marginal
- Forma: contorno coronal y su relación con las estructuras de soporte
- Posición dental: alineación con respecto al arco e inclinaciones
- Facetas de desgaste
- Fracturas

- Sobremordida vertical y horizontal
- Línea media dental
- Relación canina y molar

Análisis Funcional

Es importante para el reconocimiento de todos los aspectos oclusales a los cuales está sometido el diente pilar y su interrelación en el diagnóstico, plan de tratamiento y ejecución, sirviendo como instrumento de estudio, registro pre-tratamiento y para realizar encerados diagnósticos, que permitan una mejor visualización de las posibles soluciones restaurativas.

Se evaluarán los siguientes aspectos:

- Relación Inter-arco
- Relación diente-diente
- Relación entre la oclusión en relación céntrica y máxima intercuspidación
- Movimientos excursivos
- Contactos prematuros e interferencias
- Patrones de desgaste

✓ **Se debe hacer una valoración de un diente como pilar de prótesis removable**

- En algunas circunstancias está indicado el uso de los pilares para la confección de una restauración removable cuando:
- Se requiere soporte vertical en un reborde edéntulo, en ausencia de un pilar distal para hacer prótesis fija
- Se necesita resistencia a movimientos laterales y se requiere de dientes contralaterales y tejidos blandos para asegurar la estabilidad en un espacio edéntulo largo
- Cuando la pérdida de hueso en la región anterior afectaría la estética de los púnticos con una prótesis parcial fija y generaría una apariencia inaceptable para el paciente

- Cuando se desea realizar el mínimo de desgaste en los dientes remanentes
- ✓ **Se deben conocer los mecanismos de retención extracoronal de una Prótesis Removible**

PRÓTESIS REMOVIBLE CON AJUSTES

El uso de ajustes tiene dos ventajas, una, es la eliminación de un componente retentivo visible y de un soporte vertical visible por medio de un lecho para apoyo ubicado más favorablemente en relación con el eje horizontal del diente pilar ofrece cierta estabilidad horizontal, similar a un apoyo, pero, por lo general, es deseable contar con cierta estabilización adicional extracoronaria.

Este tipo de retenedores puede ser ajustes extracoronales fijados en el diente pilar o retenedores de abrazadera adaptados a la superficie exterior de la corona del diente pilar y son colados con la estructura de la prótesis.

- **Ajustes extracoronarios**
 - Son los retenedores que generan más tensión sobre el diente pilar por lo que es deseable que el mismo esté ferulizado a otro diente adicional, por lo tanto, deben prepararse en dos dientes contiguos, según el tipo de reborde marginal y la movilidad de los dientes pilares en que se va a apoyar la prótesis.
 - Requieren de una altura adecuada, ya que su ubicación debe ser estratégica en la zona lateral del diente pilar. Se dificulta su ubicación en dientes cortos
 - Se debe analizar el tamaño de la cámara pulpar, pues quizá se requiera tratamiento de endodoncia profiláctico, pues está contraindicado el uso de ajustes sobre pilares con retenedores intrarradiculares, por eso es importante tratar de conservar la vitalidad pulpar o de lo contrario, deba elegirse otro tipo de retenedor.

- Anclajes resilientes que trabajan como rompefuerzas, pero pueden generarle al diente pilar fuerzas por fuera de su eje axial, produciendo palancas que pueden ser deletéreas para su soporte periodontal.
 - Requieren de una altura mínima de la corona clínica
 - Se debe prever la posibilidad de intrusión en los tejidos blandos distales y agrandamientos gingivales diente pilar en el área desdentada
 - Mayor dificultad para la higiene del diente pilar y sus tejidos adyacentes
- **Retenedores extracoronarios tipo abrazadera**
 - Puede requerir o no la modificación del diente pilar, por contorno y para los nichos para los apoyos
 - Aumenta la circunferencia del pilar que hace que la carga que recibe el diente sea mayor y priva al tejido gingival del estímulo que le da el alimento al deslizarse sobre la superficie del diente
 - Puede traumatizar el diente pilar cuando no está diseñado correctamente en el extremo libre
 - Puede generarse retención de alimentos alrededor del diente pilar
 - Pobre estática en pilares anteriores

La elección de los pilares es importante en la planeación del diseño de las dentaduras parciales removibles. En una situación de extensión distal bilateral la elección de los apoyos se hace eligiendo el diente más distal adyacente al espacio desdentado. En una dentadura parcial a extensión distal unilateral se analiza el diente adyacente al espacio desdentado y el otro retenedor deberá colocarse lo más distal posible, en el lado contralateral, pero no necesariamente en el diente más distal.

XII. CRITERIOS DE ALTA

Se considerara de alta cuando el paciente se haya restaurado y se encuentre en capacidad de realizar la función oclusal adecuadamente con la prótesis, el paciente no refiera sintomatología dolorosa o inestabilidad de la prótesis.

XIII. INDICADORES

Indicador de éxito: # prótesis mantenidas en boca durante 5 años/
prótesis entregadas

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. Rosenstiel S. Contemporary Fixed Prosthodontics. Mosby Company. 1988
2. Alvarez Cantoni H. Fundamentos, técnicas y clínica en rehabilitación bucal. Editorial HACHEACE. 1999
3. Gross M. La oclusión en odontología restauradora. Editorial Labor. 1987
4. Mallat E. La prótesis parcial removible en la práctica diaria. Editorial labor. 1986
5. Owall B. Prosthodontics, Principles and Management strategies. Mosby-Wolfe. 1996
6. Alonso, Albertini y Bechelli. Oclusión y diagnóstico en rehabilitación Oral. Editorial Médica Panamericana. 1999
7. Echeverría P y Roldán M. Rehabilitación del paciente edentado Ed. U. De A. 1997
8. Martínez-Ross E Disfunción temporomandibular; Ed Monserrate 1983
9. Silverman M Determination of vertical dimension by phonetics J Prosthet Dent 1956, 6 (4) : 465 – 471
10. Rugh JD and Drago CJ Vertical dimension: A study of clinical rest position and jaw muscle activity J Prosthet Dent; 1981 45 (6): 670 – 675
11. Echeverri E. y Sencherman G. Neurofisiología de la oclusión. 1.995
12. Villamizar M y otros. Manual de prótesis total. Facultad de Odontología Universidad Nacional de Colombia Cap 6 1.993

13. Schudy F. The history of the discovery of the vertical dimension and the mechanism of jaw growth. [www. Altavista / Digital pag / dimension vertical](http://www.Altavista.com/Digital/pag/dimension%20vertical) pp. 1997
14. Dawson P Evaluación y tratamiento de los problemas oclusales . Ed. Mosby 1991
15. Harper R. Clinical indications for altering vertical dimension of occlusion. Quintessence Int; 2000 31 (4) : 275 – 282
16. Mack R. Vertical dimension: A dynamic concept based on facial form and oropharyngeal function J Prosthet Dent 1991; 66 (4): 478 – 485
17. Kawave S, Kawave's total dentures pag 55 – 65 1993
18. Kelleher M and Bishop K Tooth surface loss. An Overview. Brit. Dent. J; 1999 186 (2)