

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN – León



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

REQUISITO PREVIO PARA OPTAR AL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA.

Estado actual de las Prótesis Parciales Removibles realizadas en la Facultad de Odontología de la UNAN – León en el año, 2005 en pacientes residentes de la ciudad de León. Examinadas en el período de Agosto – Octubre del 2008.

Autoras:

Bra. Glenda Lisette Juárez Blanco.

Bra. Ana Lucía Palacios Tercero.

Tutor de Contenido:

MSc. Walter Salazar.

Tutor Metodológico:

MSc. Humberto Altamirano.

León, Nicaragua, C.A.



AGRADECIMIENTO

A Dios, por habernos dado la sabiduría necesaria para que culmináramos nuestra investigación con esfuerzo, amor y dedicación.

Al Dr. Walter Salazar y al Dr. Humberto Altamirano, nuestros tutores, por su Abnegada disposición dando lo mejor de si para que juntos termináramos con éxito nuestro presente trabajo.

A los pacientes que con mucha amabilidad nos atendieron en sus casas.

A la Dra. Adalila Molina Membreño por brindarnos su tiempo incondicional para la realización de nuestro trabajo monográfico.

A todas las personas que de una u otra forma colaboraron a la realización de este trabajo.

A ellos

Nuestros Sinceros Agradecimientos.

Ana Lucía Palacios Tercero.

Glenda Lissethe Juárez Blanco.



DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la oportunidad, inteligencia y perseverancia para culminar mis estudios.

A mi Madre Lucía Tercero Peralta y a mi Padre Eligio José Palacios Maradiaga por apoyarme siempre de manera incondicional y a quienes les agradezco por haberme educado he inculcado valores para ser una persona de bien.

Al proyecto Chica-Horizonte 3000 por haberme brindado su apoyo incondicional para poder culminar mis estudios.

A todos mis hermanos y a todo el colectivo de la Facultad de Odontología que han sido un soporte en el largo y difícil camino, como es mi carrera universitaria, dándome aliento para seguir avanzando con los consejos que cada uno de ellos me brindaron en todo este tiempo.

A todos ellos con Amor le dedico mi trabajo investigativo.

“Bienaventurado el hombre que ha encontrado la sabiduría, el hombre que ha adquirido la inteligencia, porque adquirirla vale más que adquirir plata y poseerla, más que poseer oro”.

Proverbios 3.13 y 14.

Ana Lucía Palacios Tercero.



DEDICADO A:

DIOS por la oportunidad de existir.

Mis padres Eva María Blanco y Sergio Juárez que con su amor, consejos y apoyo incondicional he logrado todas mis metas hasta hoy propuestas.

Mi hijo TupaK Enrique Espinal Juárez por ser inspiración de todas mis metas y propósitos en la vida.

Mi esposo TupaK Hamaruk Espinal Espinoza por ser pieza fundamental en mi vida y por compartir conmigo sus sueños y metas.

Mis hermanas por estar conmigo en todo momento de mi vida, su entrega me mueve a amarlas más.

Glenda Lissette Juárez Blanco.

ÍNDICE

Resumen	.....	1-2
Introducción	.....	3-5
Objetivos	.....	6-7
Marco Teórico	.....	8-43
Diseño Metodológico	.....	44-50
Resultados	.....	51-55
Discusión	.....	56-57
Conclusiones	.....	58-59
Recomendaciones	.....	60-61
Bibliografía	.....	62-63
Anexos	.....	64-74



RESUMEN



RESUMEN

El tratamiento protodóntico depende en gran parte de la presencia de tejidos periodontales sanos, el paciente que necesita Prótesis Parcial Removible se halla en un estado de salud bucal alterado debido a la pérdida de dientes y destrucción de los tejidos de soporte. Consideramos importante abordar esta problemática elaborando una investigación que tuvo como objetivo; determinar el estado actual de las Prótesis Parciales Removibles realizadas por estudiantes de la Facultad de Odontología UNAN- León en el año 2005, en pacientes residentes de la ciudad de León. El estudio fue Descriptivo de Corte Transversal, con la participación voluntaria de 35 pacientes.

De los 35 pacientes sólo 22 hacen uso de las prótesis parciales removibles, examinando 39 prótesis, también inspeccionamos los dientes pilares de los 22 pacientes encontrando que un 18% estaba en buen estado, un 68% en estado regular con pequeñas lesiones cariosas, fracturas dentales, recesiones gingivales, lesiones cervicales no cariosas, movilidad dental, enfermedad periodontal leve y un 14% se encuentra en mal estado; en cuanto al estado físico de la prótesis parcial removible estaban en estado regular con 44%, es decir que tenían fracturas en los retenedores, apoyos, dientes, acrílico, conectores mayores y menores.

Igualmente se constató que de los 35 pacientes examinados un 63% están satisfechos del trabajo realizado siendo estos los que hacen uso de las prótesis, un 37% no están conforme y actualmente no usan sus prótesis parciales removibles. Al revisar clínicamente los 22 pacientes obtuvimos que 13 de ellos presentaban anomalías en sus prótesis y 13 no hacen uso de ellas, teniendo un 74% de fracaso.

Determinando que el estado clínico de los dientes pilares y el estado físico de las Prótesis Parciales Removibles se encuentran en estado regular, la mayoría de los pacientes están satisfechos del trabajo realizado, por otra parte un 74% representa un fracaso.

The image features a faded, light-colored coat of arms of the University of the Philippines. It consists of a shield with a blue field containing a golden sunburst and a crescent moon. The shield is surrounded by a decorative border and topped with a crest depicting a figure. The word "INTRODUCCIÓN" is written across the center in a black, serif font.

INTRODUCCIÓN



El edentulismo parcial es una deficiencia que se da en todo el mundo, a pesar de que la prevención, los recursos y métodos de tratamiento han progresado considerablemente en las últimas décadas, las piezas dentarias se siguen perdiendo por diversas razones; estudios epidemiológicos en diferentes países, independientemente de la situación socio económica, política y cultural, indican que la falta de piezas dentarias se observa en un 80% de la población sin considerar a los edéntulos totales⁷.

Los recursos para rehabilitar al edéntulo parcial son varios, con alternativas que van desde la restauración con implantes oseointegrados hasta la Prótesis Parcial Removible con retenedores de alambre adaptados a la base de acrílico. Dentro de esta variedad de procedimiento rehabilitadores está la Prótesis Parcial Removible, cuya confección no es complicada y su costo es más bajo que las otras alternativas. La mayoría de las dentaduras parciales removibles se hacen con aleación de cromo-cobalto que fueron introducidas para este propósito en 1932, también se usan aleaciones de níquel-cromo y últimamente aleaciones de titanio. Estas aleaciones son relativamente fáciles de trabajar, tienen alta rigidez, poco peso, resistencia a la corrosión y son más baratas que las otras aleaciones de oro⁷.

Los odontólogos de práctica general han sido formados para conocer los fundamentos y desarrollar una habilidad psicomotriz que los capacita para confeccionar una Prótesis Parcial Removible terapéutica que no sólo reemplace las estructuras que faltan, sino que promueva la conservación y mejoramiento de los tejidos remanentes de la boca. Sin embargo, la revisión de la literatura mundial y la observación del manejo de la Prótesis Parcial Removible en nuestro medio nos permite afirmar que es una de las prácticas de nuestra profesión que se hace con negligencia, delegando con frecuencia la responsabilidad a personal que no conoce del estado de la boca ni de las expectativas de los pacientes⁷.

Los profesores de la Facultad de Odontología son los responsables directos de la enseñanza teórica, práctica y clínica de las Prótesis Parciales Removibles



hacia los estudiantes, por la cual aplican criterios unificados y dominan los principios que norman el diseño de las dentaduras removible⁷.

En Nicaragua se han hechos diferentes tipos de estudios relacionados al área de Prostodoncia, pero no se ha realizado estudio de control de la Prostodoncia Removible luego de ser usadas por años, por los pacientes. Siendo este trabajo el primero que evaluó el “Estado actual de las Prótesis Parciales Removibles realizadas en la Facultad de Odontología de la UNAN –León durante el año 2005, examinándose tres años después (2008), describiendo el estado clínico de los dientes pilares, conociendo el estado físico de las prótesis parciales removibles, evidenciando la satisfacción de los pacientes y determinando el porcentaje de éxito o fracaso.

Con este estudio pretendemos dejar evidencia que sirva de retroalimentación a la Facultad de Odontología, específicamente al departamento de Restaurativa, para que se analicen las Prótesis Parciales Removibles y brinden un tratamiento de mejor calidad con los casos, basados en las complicaciones encontradas.



OBJETIVOS



OBJETIVO GENERAL

1. Determinar el estado actual de las Prótesis Parciales Removibles realizadas por estudiantes de la Facultad de Odontología UNAN – León en el año 2005, en pacientes residentes de la ciudad de León.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el estado clínico de los dientes pilares de las Prótesis Parciales Removibles.
2. Conocer el estado físico de las Prótesis Parciales Removibles.
3. Evidenciar la opinión de satisfacción que tienen los pacientes acerca de las Prótesis Parciales Removibles que se les realizó.
4. Especificar el porcentaje de éxito y fracaso de las Prótesis Parciales Removibles.



*MARCO
TEÓRICO*



El arte o la ciencia del reemplazo de cualquier parte ausente del cuerpo se denominan Prótesis. Aplicados a Odontología se utiliza el término Prostodoncia; es la rama del arte y la ciencia odontológica que se ocupa del reemplazo de los dientes ausentes y tejidos orales para restaurar y mantener la forma, función, apariencia y salud oral. Existen tres grandes diferencias entre sí: Prótesis Fija, Prótesis Maxilofacial y Prótesis Removible⁸.

La Prostodoncia Removible se dedica al reemplazo de dientes perdidos y tejidos que lo rodean mediante prótesis diseñada para ser removida por el paciente. Estas pueden ser extraoral e intraoral dependiendo del tipo de retención que se utiliza para mantenerla en boca. Un método utilizado para diferenciar los tipos de dentadura parcial removible es la forma de mantenerse sobre los dientes naturales remanentes⁸.

La dentadura parcial se denomina dentadura parcial extraoral, ya que la parte retentiva descansa por fuera de la corona clínica anatómica. En la dentadura intraoral la retención depende del paralelismo exacto de las dos unidades retentivas, la retención está dada por el receptáculo hembra, localizado dentro de la corona artificial en el diente remanente⁸.

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY⁸

Clase I: Zona edéntula bilateral, distal a los dientes residuales.

Clase II: Zona edéntula unilateral, distal a los dientes residuales.

Clase III: Zona edéntula unilateral intercalada.

Clase IV: Con edentulismo en anterior.



Reglas de aplicación del método de Kennedy aportadas por Applegate³

Regla 1

La clasificación se debe establecer después de las extracciones de los dientes que podrían alterar la clasificación original.

Regla 2

Si se ha perdido un tercer molar y no se ha reemplazado, no se debe tener en cuenta en la clasificación.

Regla 3

Si existe un tercer molar y se emplea como pilar, se debe tener en cuenta en la clasificación.

Regla 4

Si se pierde un segundo molar y no se reemplaza, no se debe tener en cuenta en la clasificación (en el caso de que el segundo molar opuesto está así mismo ausente y no se haya reemplazado).

Regla 5

El área (o áreas) edéntula más posterior es la que determina la clasificación.

Regla 6

Las áreas edéntulas, que no determinan la clasificación se refieren como modificaciones y se designan por un número.



Regla 7

La extensión de las modificaciones no se tiene en cuenta, solamente el número de áreas edéntulas adicionales.

Regla 8

No puede haber modificaciones en las arcadas de la clase IV. (Otras áreas edéntulas posteriores a las áreas únicas bilaterales que crucen la línea media determinarían).

COMPONENTES DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE. (PPR)

Los elementos constitutivos de una Prótesis Parcial Removible que deben considerarse en secuencia al momento del diseño son: Los apoyos, los retenedores, los conectores mayores, los conectores menores, las retenciones para las bases del acrílico y la extensión de las bases⁷.

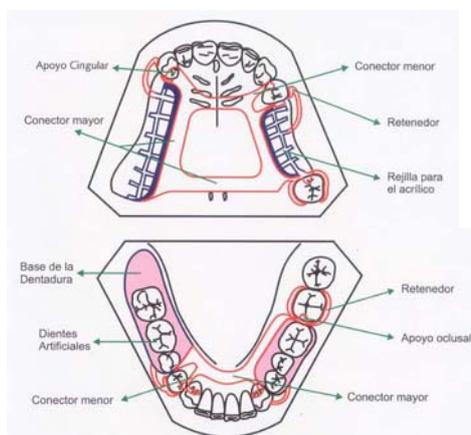


Figura # 1. La imagen gráfica de Prótesis Parcial Removible superior e inferior, en los que se pueden apreciar todos sus elementos constitutivos.



Apoyos

El apoyo es una extensión rígida de la estructura metálica que transmite las fuerzas funcionales a los dientes y previene el movimiento de la prótesis hacia los tejidos blandos. Ha sido demostrado que las fuerzas generadas por una carga positiva de la Prótesis Parcial Removible son transmitidas a los pilares a través de los apoyos oclusales⁷. Se ubica por mesial o distal del diente pilar, dependiendo de la topografía⁴.



Figura # 2



figura # 3

Retenedores

Son los elementos de una prótesis que ofrecen resistencia al desplazamiento de la misma fuera de su sitio.

Requisitos de un retenedor:

Soporte

Evita el desplazamiento de la prótesis hacia los tejidos. El apoyo del retenedor es el que principalmente cumple con esta función. Con un buen soporte se protegen las estructuras periodontales y se distribuyen mejor las fuerzas oclusales⁷.

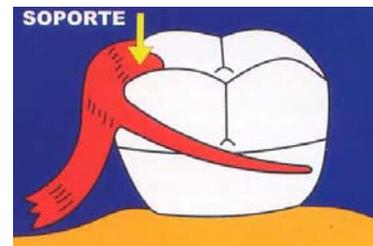


Figura # 4

Retención

Es la resistencia al desplazamiento de la prótesis en sentido oclusal. Esta función la cumplen los extremos de los retenedores que se ubican en la zona retentiva del pilar. La flexibilidad del retenedor determina el nivel de la zona retentiva que se usa. La forma, el volumen, la longitud y el metal que se emplea determinan la flexibilidad del retenedor⁷.

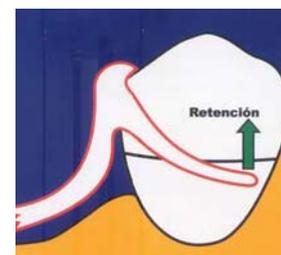


Figura # 5



Estabilidad

Es la resistencia que ofrece el retenedor al componente horizontal de fuerzas. Esta función la cumple los elementos rígidos del retenedor como es el cuerpo del retenedor, el brazo de oposición, los apoyos oclusales, los conectores menores y las placas de contacto proximal⁷.

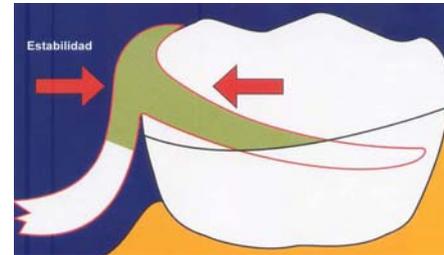


Figura # 6

Reciprocación

Significa que la fuerza ejercida sobre el pilar por el brazo retentivo del retenedor debe ser neutralizada por una fuerza igual y opuesta. Esta función la cumple el brazo opositor o reciproco (flecha verde) del retenedor que no debe penetrar dentro de la zona retentiva. La reciprocación también se consigue con otros elementos rígidos como son los conectores menores, la placa de contacto proximal, el gancho continuo, etc⁷.

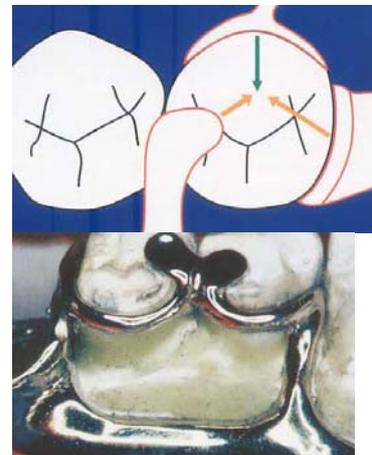


Figura # 7

Circunvalación

Se refiere a la extensión del perímetro del pilar que debe ser cubierta por el retenedor, este debe cubrir las tres cuartas partes de la circunferencia del pilar. De esta manera se evita el movimiento del pilar fuera de la estructura del retenedor, así como el desplazamiento del retenedor fuera del pilar⁷.

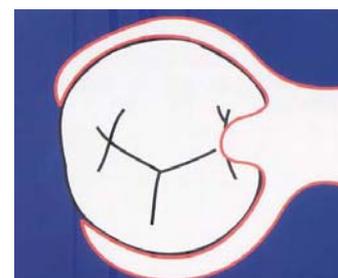


Figura # 8



Pasividad

Significa que cuando el retenedor está en su sitio sobre el pilar, no debe ejercer fuerza activa sobre éste; la función retentiva se debe ejercer sólo cuando se hace presente una fuerza que trata de desplazar a la prótesis de su sitio. Para ser pasivo un retenedor, la punta de su brazo retentivo debe estar en la zona retentiva del pilar en una posición que le permita dar retención estrictamente necesaria cuando se hacen presentes las fuerzas fisiológicas que tratan de hacer sacar la prótesis de su sitio. La ubicación del brazo retentivo está en la zona sub-ecuatorial⁷.

Figura # 9



ELEMENTOS DE UN RETENEDOR

Brazo Retentivo

Tiene una forma que le permite ser flexible. En su inicio es rígido y se ubica por encima del ecuador cerca del cuerpo del retenedor; la punta es más delgada y se ubica en la zona retentiva por debajo del ecuador, esta forma de ir adelgazándose hacia la punta le da flexibilidad y debido a esta propiedad, este brazo se deforma para pasar sobre el ecuador ofreciendo resistencia cuando la prótesis es desplazada en sentido oclusal⁷.

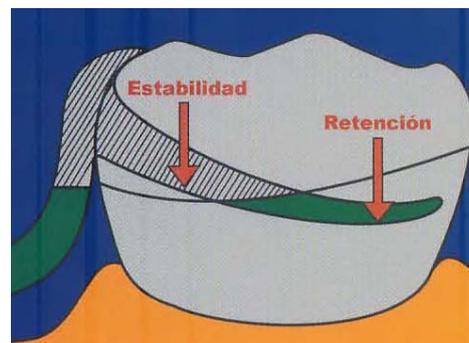


Figura # 10

Brazo opositor o recíproco

Está ubicado en la cara opuesta al brazo retentivo y hacia oclusal del ecuador dentario. Tiene un espesor uniforme en toda su extensión y es más grueso que el brazo retentivo⁷.

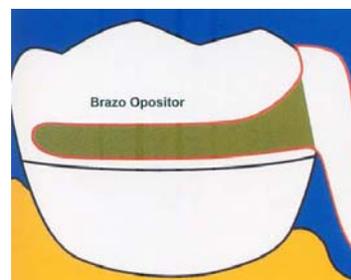


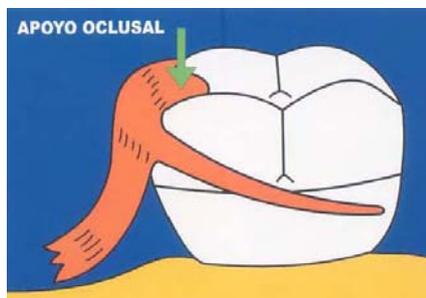
Figura # 11



Apoyo oclusal

Es la porción del retenedor que descansa sobre la superficie del diente (superficie oclusal, cíngulo o borde incisal) y evita el desplazamiento del retenedor en sentido gingival, transmite las fuerzas oclusales que actúan sobre la prótesis a lo largo del eje longitudinal de los pilares, mantiene la relación de posición de los brazos del retenedor con respecto al ecuador y también contribuye a dar estabilidad. El apoyo oclusal debe de ser rígido y para ello debe tener el volumen adecuado sin interferir la oclusión con el antagonista⁷.

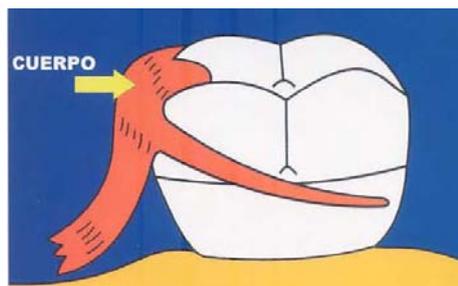
Figura # 12



Cuerpo del retenedor

Es el lugar de donde nacen todos los elementos constitutivos del retenedor, debe ser rígido y estar ubicado por encima del ecuador en la cara proximal vecina del espacio edéntulo, no debe interferir la oclusión con el antagonista⁷.

Figura # 13



Conector menor o conector del retenedor

Es el que une el retenedor al esqueleto metálico.

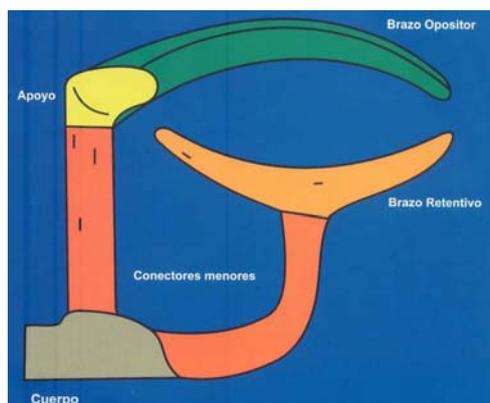


Figura # 14



TIPOS DE RETENEDORES⁷

1- Retenedores Directos: Se ubican en los pilares localizados a cada extremo del espacio edéntulo y producen la retención sobre la pieza pilar en que se ubican.

2- Retenedores Indirectos: Son los que crean la retención en un sitio alejado de la base de la dentadura, su indicación más precisa es el extremo libre.

Hay tres tipos de retenedores directos: Los intracoronales, los retenedores de precisión extracoronales y los retenedores extracoronares.

2.1- Retenedor Intracoronario, es el que se ubica dentro de la corona del pilar para crear retención por fricción de sus elementos. Se le conoce con el nombre de atache de precisión o de semiprecisión⁷.



Figura # 15

2.2- Retenedores de precisión extracoronares, estos retenedores requieren de la fabricación de una corona sobre el pilar en cuya parte externa se ubica uno de sus elementos y la otra dentro de la dentadura removible para dar retención, hay gran diversidad de diseño en el mercado para estos retenedores de precisión extracoronares.



Figura # 16

Retenedor de broche



Figura # 17

ERA broche CEKA.



2.3- Retenedores extracoronaes, se ubican alrededor del pilar, penetran al área cervical por la zona de mayor prominencia del pilar, por la cual debe flexar para salir de la zona retentiva generando resistencia a la remoción; la parte que penetra en esta zona cervical o infraecuatorial es el brazo retentivo del retenedor. La resistencia es proporcional a la flexibilidad del brazo retentivo y debe brindar suficiente retención para resistir fuerzas dislocantes razonables. Estos brazos retentivos que se ubican en el área retentiva del pilar para generar la retención son las partes de la dentadura que más se dañan. Estos retenedores son los que más se usan frecuentemente⁷.

Los retenedores extracoronaes se dividen en:

a) Retenedores Extracoronal Supraecuatorial: Abordan la zona retentiva desde la zona oclusal a la línea ecuatorial, en este grupo están los retenedores circunferenciales y los retenedores de alambre adaptado. Generalmente el retenedor está en la cara proximal vecina del espacio edéntulo y desde allí sus elementos constitutivos se distribuyen alrededor del pilar de acuerdo a la localización del ecuador⁷.

b) Retenedores Extracoronaes Infraecuatorial: Abordan la zona retentiva desde la zona gingival a la línea ecuatorial. En este grupo están los retenedores tipo barra⁷.



RETENEDORES SUPRAECUATORIALES

Retenedor ACKER.

Indicaciones:

El retenedor tipo Acker está indicado en Prótesis Parcial Removible con máxima rigidez y estabilidad en función. La clase III de KENNEDY es su mejor indicación, en los pilares posteriores de la clase IV, en el lado con pilar posterior de la clase II modificación 1 y en la clase II pura entre molares o premolares del lado dentado⁷.

Contraindicaciones:

Está contraindicado en la extensión distal de las clases I y II o cuando el ecuador o la estética no lo permiten⁷.

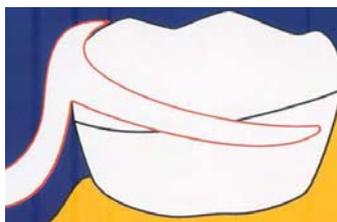


Figura # 18

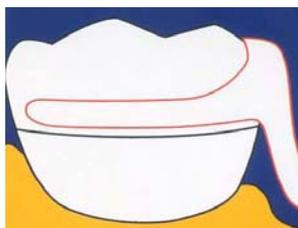


Figura # 19



Figura # 20

Ventajas⁵:

- Buen soporte y estabilidad.
- Diseño simple y fácil de construir.
- Fácil de reparar cuando se rompe y de readaptar cuando se dobla.
- No se deforma fácilmente.
- Se puede usar con base de metal o de acrílico.
- El cuerpo del retenedor y sus elementos que se ubican por encima de ecuador, brindan el soporte conjuntamente con el apoyo oclusal.
- Requiere menos metal que otros retenedores para su construcción.



- Puede ser construido en el laboratorio del consultorio sin necesidad de recurrir a laboratorios comerciales.
- Menos posibilidad de retener alimentos que otros retenedores.

Desventajas⁵:

- Debido a que contacta la superficie del diente en toda la longitud de sus brazos, puede favorecer la caries dental.
- Puede ser menos estético de lo deseable en algunos casos.
- Limitada posibilidad de variación en su diseño.
- 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.
- Su poder de retención es menor que el del retenedor tipo barra.
- Puede traumatizar los pilares cuando está incorrectamente diseñado en el extremo libre.

Retenedor combinado de alambre adaptado

Usa el recíproco y el apoyo oclusal colados, su brazo retentivo en un alambre adaptado calibre 14 de corte redondo, de diferentes aleaciones como las de oro o de acero inoxidable. Se le considera como un liberador de tensión sobre el pilar y sus ventajas son la flexibilidad, la ajustabilidad y la apariencia. Por su acción de rompe fuerzas se usa en el pilar posterior adyacente a la base de extremo libre⁷.

Retenedor Jackson o doble Acker.

Indicaciones⁷:

- Cuando hay necesidad de usar un retenedor en una parte de la boca donde no hay espacio edéntulo (clase III).
- Cuando el espacio edéntulo está entre dos dientes naturales es pequeño para un diente artificial se usa este retenedor para dar retención y para llenar el espacio.
- Cuando no existe suficiente retención en un solo pilar.



Contraindicaciones⁷:

- No debe usarse cuando el retenedor va a traumatizar el pilar.
- Cuando no hay espacio para que el conector menor cruce la superficie oclusal.

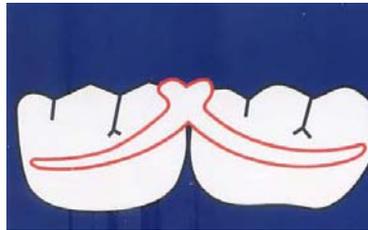


Figura # 21

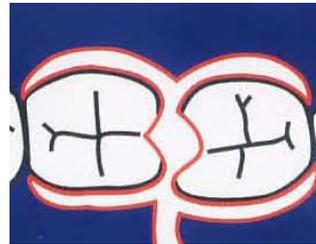


Figura # 22

Ventajas⁷:

- Buen soporte y estabilidad.
- Distribuye el soporte, retención y la estabilidad a varios dientes remanentes.

Desventajas⁷:

- La retención puede ser excesiva.
- El conector menor delgado se rompe fácilmente.
- Hay necesidad de desgastar los pilares para crear espacio para el conector menor en oclusal y no producir interferencias oclusales.

RETENEDORES INFRAECUATORIALES

Retenedores tipo barra⁷

Sus elementos constitutivos nacen de la estructura metálica de la prótesis, cruzan el margen gingival del pilar y toman contacto con él según la ubicación del ecuador. Son retenedores que van de gingival a cervical y toman el nombre "tipo barra" por la barra que los une a la base de la dentadura.

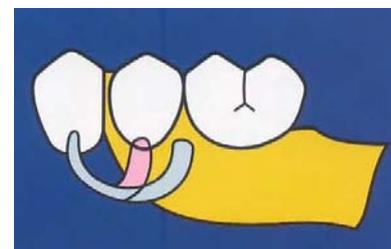


Figura # 23



Los más usados son el “T”, el “C” y el “I”, todos tienen características en común, nacen de la base o de la estructura metálica y se aproximan a la zona retentiva desde gingival del pilar, su conector menor no debe contactar con la superficie del diente ni de los tejidos blandos vecinos, cubren menos superficie dentaria y exhiben menos metal en comparación con los retenedores circunferenciales⁷.

Retenedor en T

Puede usarse en cualquier diente, preferentemente dientes antero inferiores y premolares superiores o inferiores⁴.

Indicaciones⁷:

- En el extremo libre cuando los pilares tienen su retención en distal.
- En pilares posteriores con zonas retentivas adyacentes al espacio edentulo.

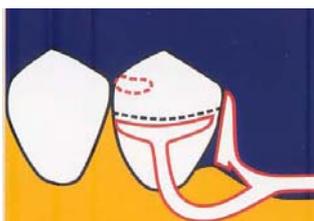


Figura # 23



Figura # 24



Figura # 25

Contraindicaciones⁷:

- Zonas retentivas profundas en los tejidos blandos adyacentes al pilar.
- Caninos y premolares superiores donde el conector menor parece ser muy visible.

Ventajas⁷:

- Al utilizar la zona retentiva del pilar en el extremo libre, evitar que aquel se traumate.
- Buena estética en caninos y premolares inferiores.
- Contacta poca superficie dentaria.
- Más versátil para el diseño.



- Por la forma de la retención, son más flexibles al ponerlos en su sitio que al retirarlos de la boca.

Desventajas⁷:

- Difícil de ajustar.
- La estabilidad no es tan buena como en los retenedores circunferenciales.
- La estética es pobre en el maxilar superior.
- Puede atrapar alimentos donde el conector menor cruza el margen gingival.

Retenedores en C

Por su forma permite ser ubicado en retenciones proximales muy ocultas⁶.

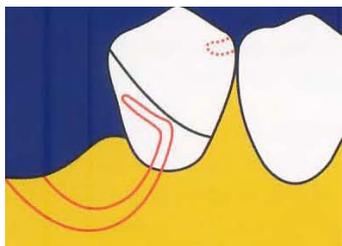


Figura # 26



Figura # 27

Indicaciones⁷:

- Tiene las mismas indicaciones que el retenedor en “T” siendo un poco más estético.
- Se usa más a menudo en los premolares superiores, para mejores resultados estéticos.

Contraindicaciones⁷:

- Las mismas que las del retenedor en T.
- En dientes que tienen el ecuador muy cerca de la cara oclusal porque crea un espacio debajo del conector del brazo retentivo.
- Este problema es común a todos los retenedores tipo barra.

Ventajas⁷:

- Igual que el retenedor en T.



Desventajas⁷:

- Igual que el retenedor en T.

Retenedor en I o de Kratochvil o DPI⁴.

Es un retenedor descrito por el Doctor Arthur J. Krol el año 1973.

Se encuentra en la literatura con otras denominaciones:

- R.P.I.
- R.P.A. (corresponde a una modificación del D.P.I).

SUGÚN Krol, el retenedor D.P.I consta de las siguientes partes:

D.P.I	R.P.I
D: Descanso Oclusal	R: Apoyo mesial
P: Placa proximal	P: Placa proximal
I: Barra en I	I: Barra en I

Indicaciones⁷:

- En el extremo libre, sobre todo en premolares inferiores.
- En bocas con caries rampantes porque cubre el mínimo de esmalte.
- Cuando la zona retentiva es muy pequeña porque obliga a usar un retenedor poco resilente.
- En situaciones donde la estética es la primera consideración.



Figura # 28

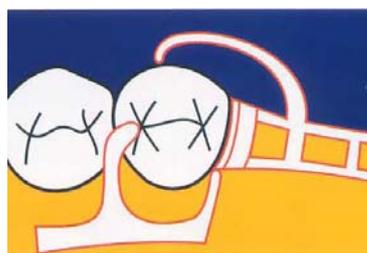


Figura # 29

Contraindicaciones⁷:

- Insuficiente profundidad de vestíbulo para permitir a las base del brazo en “I” tener por lo menos 3mm de separación del fondo.
- Cuando el pilar tiene una severa inclinación a lingual que no presenta retención en bucal.



- Cuando el piso de la boca es alto y no deja para hacer una placa de contacto proximal separada del conector menor del apoyo oclusal. En estos casos se hace una placa lingual.
- Cuando existen ángulos retentivos severos en los tejidos blandos por bucal que no permiten colocar el conector menor del brazo en "I" sin que se atrapen alimentos o se irrite el carrillo.
- Este inconveniente es común en todos los retenedores tipos barra⁷.

Ventajas⁷:

- Permite que la prótesis se mueva la función sin traumatizar al pilar.
- Buena estética.
- Evita la hiperplasia del tejido gingival distal al pilar
- Mínimo contacto con la superficie dentaria.
- No altera el contorno anatómico normal del pilar.

Desventaja⁷:

- No es muy buena la estabilidad.
- El pilar debe ser preparado por el odontólogo.
- Se necesita la colaboración de un técnico del laboratorio eficiente para confeccionar la base metálica.

Retenedor Indirecto

El retenedor indirecto es el tercer apoyo de una dentadura removible que ayuda a los retenedores directos a prevenir el desplazamiento de las bases de extensión distal en sentido oclusal. Una Prótesis Parcial Removible clase I o II se considera como un sube y baja; cuando la fuerza oclusal desplaza la base de la dentadura hacia el tejido, los elementos de las prótesis que están por delante de la línea del fulcrum, se mueve hacia oclusal⁷.



La adición de los retenedores indirectos está indicada por las siguientes razones⁷:

- Para prevenir el asentamiento del conector mayor por delante de la línea de fulcrum causando molestias al paciente.
- Para brindar un punto adicional a tercer punto de referencia para facilitar la colocación exacta de la base metálica cuando se usa la técnica de la impresión modificada.
- Para indicar cuándo se produjo la reabsorción del reborde, el apoyo mesial se levantará del diente cuando la base se asienta y estará indicando la necesidad del rebase.

Los retenedores indirectos pueden ser⁷:

- Apoyos Oclusales.
- Placa Lingual.
- Gancho continuo o barra de Kennedy.
- Brazos linguales de extensión.
- Prolongación anterior de una placa palatina que descansa sobre las rugosidades palatinas por delante de la línea del fulcro.

Los factores que hacen más efectiva la acción de los retenedores indirectos son⁷:

- Buena y eficiente retención directa.
- Buena extensión y adaptación de la base de la dentadura.
- Alojamiento de la línea de fulcro.

Conectores

Son los elementos encargados de unir partes separadas de una prótesis parcial removible. Se dividen en conectores mayores y menores.



Conector Mayor.

Une las partes de la prótesis localizada a un lado de la arcada con las del otro lado¹.

Todo conector mayor debe de ser³:

- Rígido.
- Dar soporte vertical y proteger los tejidos blandos.
- Proveer los medios para obtener retención indirecta en donde estuviese indicado.
- Otorgar espacio para colocar las bases de acrílico en donde se necesitan.
- Mantener la comodidad del paciente.
- Los bordes deben de ubicarse a 3-5 mm alejados del margen gingival.

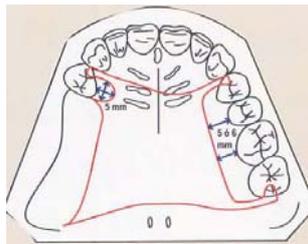


Figura # 30



Figura # 31

Conectores mayores del maxilar superior⁷.

- 1- Barra Palatina Simple.
- 2- Barra Palatina doble.
- 3- Barra o cinta Palatina.
- 4- Placa Palatina en Herradura.
- 5- Placa Palatina Parcial.
- 6- Placa Palatina Total.



BARRA PALATINA SIMPLE³

- Es el más simple.
- Tiene forma de luna con la parte plana íntimo contacto con la mucosa palatina.
- Se ubica entre la cara distal del primer molar y las fóveas palatinas.
- Tiene ligera curvatura de concavidad anterior.
- Debe ser más ancha que alta para que sea rígida y no moleste.
- Debe tener el menor recorrido posible.

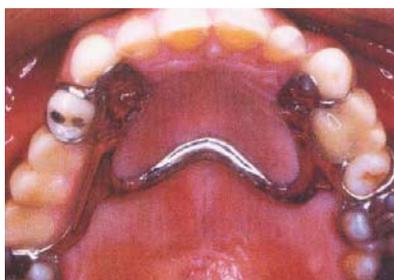


Figura # 32



Figura # 33

BARRA PALATINA ANTEROPOSTERIOR O DOBLE³

- Es un conector rígido consta de una barra anterior y otra posterior que una las bases por ambos extremos⁸.
- La banda anterior debe estar lo más alejado posible de las rugas palatinas y la posterior de forma semi oval situarse sobre el paladar duro sin traspasar la línea de vibración.



Figura # 34



Figura # 35



Indicada⁵

- En casos dentosoportados con brechas largas y mucosoportados.
- En casos de torus palatino no operable y en situaciones donde se quiera reemplazar piezas superiores.
- Su contraindicación es la bóveda palatina alta ya que la barra anterior interfiere en la fonación.

BANDA O CINTA PALATINA

La cinta o banda palatina tiene forma de una franja que generalmente se ubica en la parte central del paladar. Reemplaza satisfactoriamente a la barra palatina simple ubicándose en una parte más anterior del paladar dando rigidez a la prótesis y comodidad al paciente porque es una franja plana y ancha que cruza la línea media palatina en ángulo recto sin causar molestias al paciente por su poco grosor, su borde posterior puede extenderse hasta las foveas palatinas sólo en casos excepcionales, su borde anterior, cuando llega a la zona de las rugas palatinas, debe seguir las depresiones formadas por éstas⁷.



Figura # 36



Figura # 37

Indicada⁷

- Clase III de brecha ancha.
- Clase I y II con buenos rebordes residuales o con paladares en forma de V o de U.
- Con pilares fuertes sin problemas para la retención directa.



PLACA PALATINA EN HERRADURA O EN U

- Es en forma de U⁸.
- No es rígido por lo que no es satisfactorio, el borde anterior debe de estar a menos 6mm del margen gingival de los dientes anteriores y su porción anterior debe de estar encima de las rugas palatinas.
- En caso que entre en contacto con los dientes anteriores nunca debe de hacerlo sobre superficies inclinadas si no sobre descansos especialmente preparados³.
- Los bordes posteriores deben de ser redondeados a excepción del rafe medio prominente.
- Cuando se sustituyen varios dientes anteriores⁷.
- Usado en casos de torus palatinos inoperables, rafes prominentes o cuando no se tolera una barra antero- posterior.
- Es contraindicado porque ante movimientos funcionales, sus porciones posteriores se incrustan y traumatizan tejidos.
- Induce al torque por falta de rigidez.
- Cuando el paciente no tolera un conector posterior.



Figura # 38



Figura # 39



PLACA PALATINA PARCIAL¹

- Cubre una zona más extensa del paladar contribuyendo a darle más soporte a la prótesis, contribuye a darle soporte a la prótesis y aumenta la estabilidad al ofrecer resistencia al movimiento horizontal⁸.
- Debe de ser delgado y reproducir la anatomía del paladar.
- El borde anterior termina sobre un descanso en la cara lingual de los dientes anteriores o se acerca a ellos 6 mm del margen gingival siguiendo los valles de las rugas palatinas y cruzando la línea media en ángulo recto.
- El borde posterior debe de ser sellado y llegar a nivel de los surcos hamulares.



Figura # 40



Figura # 41

Indicada¹

- Clase I y II de Kennedy.
- En extremos libres bilateral.
- En paladares en forma de V o U cuando hay más de 6 dientes anteriores.
- Cuando los rebordes residuales han sufrido reabsorción vertical no muy extensa y cuando los pilares son adecuados para la retención directa.



PLACA PALATINA TOTAL

- Es un conector que cubre todo el paladar⁷.
- La porción anterior se apoya sobre descansos anteriores y toma contacto con todas los dientes remanentes⁸.
- El borde posterior termina en la unión del paladar duro con el blando cruzando la línea media en ángulo recto y llega hasta el nivel de ambos surcos hamulares.



Figura # 42



Figura # 43

Indicada¹

- Clase I de Kennedy en donde los remanentes son todos o algunos dientes anteriores.
- En clase II de Kennedy donde se tenga que reemplazar algunos dientes anteriores además de piezas posteriores del lado opuesto del extremo libre.
- En clase I donde hay de uno a cuatro premolares o todos o algunos de los dientes anteriores.
- Si el soporte de los dientes remanentes no es bueno.
- Cuando el paladar es poco profundo.
- En comunicación buconasal.
- Cuando se hace prótesis transitorias.



Conectores mayores del maxilar inferior⁷

- Barra Lingual.
- Barra Sublingual.
- Doble Barra Lingual.
- Placa Lingual.
- Barra Labial.

BARRA LINGUAL¹

- Es el más usado en Prótesis Parcial Removible inferiores para clases I, II y III de Kennedy⁸.
- Debe existir una profundidad del piso de la boca mínimo de 7-8mm.
- En corte transversal la barra tiene forma de media pera con la parte más gruesa en el borde inferior.
- El borde superior de la barra debe estar separada unos 3-4mm debajo del margen gingival sobre encía adherida.
- No debe obstaculizar la función del frenillo lingual o actividad de la lengua.
- No se indica cuando hay enfermedad periodontal de los dientes remanentes.

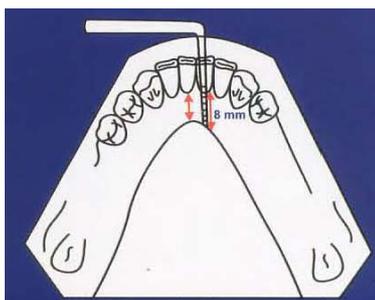


Figura # 44



Figura # 45



BARRA SUBLINGUAL¹

- Es esencialmente una barra lingual rotada 45 – 90 grados⁸.
- Es usada cuando la profundidad funcional del vestíbulo lingual es entre 5 y 7 mm o hay recesión gingival en la encía lingual
- Debe localizarse al menos 3 mm de los bordes marginales de la encía de todos los dientes adyacentes.
- Se usa si el frenillo lingual no interviene.



Figura # 46

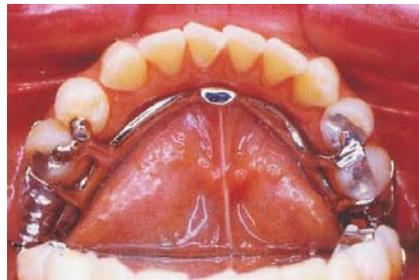


Figura # 47

BARRA LINGUOLAMINAR

Conocida también como barra cerrada de Kennedy, banda lingual o cubierta lingual. Se extiende desde el cingulo de los dientes anteriores hasta el surco lingual. El borde superior debe de contactar íntimamente con la superficie lingual¹.



Figura # 48



Figura # 49



Los sitios sobre el margen gingival deben de ser aliviados⁸.

- Clases I de Kennedy con Clase III de Seibert³.
- Donde es necesaria la distribución adecuada de fuerzas y estabilidad en dientes remanentes.
- Cuando la profundidad del piso es inadecuado.
- Presencia de exostosis, inserción alta de frenillo lingual, recesión gingival⁸.
- Ferulización de dientes móviles.
- La altura oclusolingival linguolaminar de cromo-cobalto debe de ser de mínimo de 4mm para tener rigidez adecuada⁶.
- Una distancia mínima de 3mm esencial entre el borde superior de la placa y los márgenes gingivales.

DOBLE BARRA LINGUAL DE KENNEDY¹

- A la barra lingual se le agrega otra barra a nivel del cíngulo de dientes anteriores sin hacer mucho relieve.
- Tiene forma de media Luna o de Pera.
- Estética en presencia de diastemas.
- Cuando hay separación extensa en cervical de dientes remanentes.
- En casos de retención indirecta.
- En extremos libres puede distribuir fuerzas igual que una placa linguolaminar.
- Ferulizar dientes con secuelas o problemas periodontales activos.

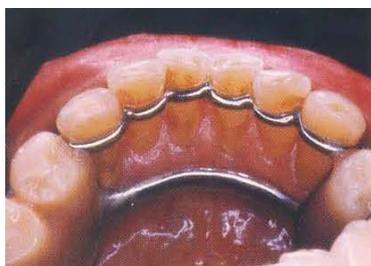


Figura # 50



Figura # 51



BARRA LABIAL¹

- Es muy parecida a la barra lingual sólo que se ubica en la parte bucal⁸.
- Su forma es de ½ caña y se ubica sobre la cresta del hueso alveolar labial.
- No es necesario mucho alivio porque no comprime los tejidos blandos.
- Se indica en dientes inferiores remanentes muy inclinados a lingual o en un torus mandibular grande que no pueda ser removido. **Figura # 52**



Figura # 53

Figura # 54



La extensión de los conectores mayores depende de las siguientes condiciones⁷:

-Extensión del espacio edéntulo:

- | | |
|----------------|-------|
| Si es corto: | Barra |
| Si es extenso: | Placa |

-Condición Periodontal:

- | | |
|----------------|-------|
| Si es buena: | Barra |
| Si es regular: | Cinta |
| Si es mala: | Placa |



–Tipo de reborde alveolar:

Si es prominente:	Barra
Si es normal:	Barra o cinta
Si es reabsorbido:	Placa

–Tipo de mucosa alveolar:

Si es firme y resiliente:	Barra
Si es delgada y desplazable:	Placa

–Tipo de dentadura en el maxilar opuesto:

Si la dentición es natural:	Placa
Si la dentición es artificial:	Menor Cobertura

–Fuerza de la mordida:

Mordida débil:	Barra
Mordida Fuerte:	Placa

CONECTORES MENORES¹

Retenedores Directos.

Los retenedores directos pueden ser 2 tipos:

- Intracoronarios: Ataches de precisión y semiprecisión¹.
- Extracoronarios o ganchos: Son los más usados y pueden ser de forma circular o de proyección vertical.



FUERZAS QUE SE EJERCEN EN UNA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE⁸

Verticales: De asentamiento o levantamiento que ocurre por masticación, parafunción, acción de la musculatura y gravedad.

Horizontal o lateral: Por masticación, acción de lengua, carrillos y bruxismo.

Torsión: Apalancamiento.

Las palancas de una Prótesis Parcial Removible ocurren en zonas edéntulas de extensión distal, las cuales generan movimientos a partir de la línea de fulcro. Existen 3 tipos de palancas, pero en una Prótesis Parcial Removible solo observamos 2 tipos.

Los componentes de la Palanca son:

- Fulcro (F): El fulcro se localiza en el apoyo terminal por donde pasa el eje de rotación que recibe el mismo nombre.
- Resistencia (R): Es proporcionada por el brazo retentivo del retenedor directo.
- Fuerza (P): Es toda fuerza ejercida sobre las bases protésicas.

COMPLICACIONES DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE⁸

Muchos odontólogos recomiendan examinar al paciente dentro de las 24 horas siguientes a la inserción de cualquier prótesis removible. Sin embargo el paciente no siempre percibe la sensación de irritación producida por la prótesis y que sólo el odontólogo puede detectar.

Al ser corregidos y detectados los defectos por anticipado, el paciente jamás estará sometido al dolor y a la molestia, facilitándose considerablemente el tratamiento.



Normalmente son tres las categorías principales de quejas:

1. Dolor a la molestia del tejido blando o del reborde edéntulo subyacente.
2. Sensibilidad al dolor en un diente o en un grupo de dientes.
3. Detalle misceláneos tales como:
 - a. Mordida de la lengua y del carrillo.
 - b. Pérdida de la retención de la prótesis.
 - c. Problemas de fonética.
 - d. Problemas de masticación.

IRRITACIÓN DEL TEJIDO BLANDO⁸

Laceración o Ulceración

La causa de esta lesión se debe a la sobre extensión de la base. El paciente quizás ignora en ese momento el problema o tiene cierta queja de dolor o irritación, señalando el punto del área del tejido comprometido. De cualquier modo se examina con cuidado los tejidos bordeantes.

Signos más comunes ante esta lesión:

1. Área con leve aumento de enrojecimiento.
2. Traslucidez con o sin dolor antes de la ulceración actual.

Se corrobora la presencia de tal lesión mediante un examen visual, el grado de sobre extensión de la base protética. Con la prótesis en posesión, se manipula el carrillo hacia abajo, hacia afuera, hacia arriba y en dirección anteroposterior, la sobre extensión del protético impide el movimiento del tejido bordeante. La extensión del flanco protético se reduce al presentarse interferencia durante el movimiento del tejido libre y cambio de color en el tejido.



EXAMEN VISUAL EN MANDIBULA⁸

La sobre extensión de la base protética sobre el aspecto lingual del revolver edéntulo mandibular, se localiza y se confirma mediante la manipulación de la lengua del paciente. Usualmente se detecta el sitio de la sobre extensión dirigiendo la lengua hacia adelante o hacia el carrillo opuesto, al lado en estudio. Después de la inspección visual se aplica otro método para determinar la sobre extensión de la base protética a través de la cera detectora. También por medio de un lápiz indeleble es un método seguro.

El área del tejido blando en cuestión se seca con una esponja de gasa y se marca con un lápiz indeleble. La prótesis se coloca en posición y se activan los tejidos bordeantes. La prótesis parcial no debe permanecer por largo tiempo en boca ya que la marca de la tinta indeleble se pierde con el flujo de la saliva. Se corrige la sobre extensión del borde protético con una fresa vulcanita o una banda de arbor.

IRRITACIÓN DEL DIENTE⁸

Con al prótesis fuera de la boca, se realizan pruebas sobre los dientes, aplicando presión mesial, distal, bucal y lingual. La presión digital aplicada es mejor que la del instrumento, ya que casi siempre se presenta el riesgo de deslizamiento del instrumento o del mango de este. Al transcurrir un tiempo más largo, el tejido o los dientes se vuelven tan sensibles que es imposible conocer la dirección de las fuerzas inadecuadas y por lo tanto se prueba para evaluar y resolver el problema. En estos casos, la cera detectora es suficiente para señalar con precisión el área del metal de la resina que requiere alivio para impedir movilidad dentaria.

Al remover la prótesis, el área causante de la presión aparece en forma de una transparencia en la cera detectora, siempre aparece en el lado del diente



antagonista, con respuesta de dolor bajo presión digital. Estas áreas de transparencia se remueven o se alivian mediante pieza de mano de alta velocidad con fresas de carburo.

Al demostrar que la causa de la dolencia o malestar dentario no está en la presión de la prótesis, la razón más lógica del dolor sería la interferencia oclusal. Una de las causas más comunes del dolor o malestar en un paciente con prótesis parcial es la interferencia oclusal entre el diente natural de un arco y el metal de la prótesis del arco opuesto.

El papel articular o el indicador oclusal en tiras de cera localizan la porción de la prótesis causante de la interferencia.

PRUEBA CON PAPEL ARTICULAR O INDICADOR OCLUSAL EN TIRAS DE CERA⁸

-Papel articular: Al usarlo se transfiere su tinta al lugar de interferencia de la prótesis.

-Tiras de cera: La punta de la cúspide afectada penetra la cera en el punto de interferencia.

En esta etapa se debe chequear también los contactos oclusales prematuros en posiciones mandibulares excéntricas, estos contactos se corrigen mediante la pieza de mano de alta velocidad con piedras o fresas de carburo al frío.

La corrección se hace con la prótesis fuera de la boca, se debe cuidar no adelgazar el metal en exceso en áreas particularmente críticas, tales como los descansos oclusales y los ganchos retentivos.



QUEJAS MISCELÁNEAS⁸

Náuseas

Son quejas frecuentes del usuario de una prótesis parcial removible. Sin embargo sí es un malestar leve y no se presenta en la actualidad como un problema serio, es consecuente de un factor físico y no psicológico.

La causa se debe a una mala adaptación con poca firmeza del conector mayor maxilar, bien sea del metal o resina acrílica al paladar duro. Con una modificación defectuosa de la cubeta de impresión debemos reducir el espacio entre la cubeta y el paladar, se hunde el material de impresión antes de su fraguado final. El modelo producido es impreciso y resulta en un conector mayor con espacio entre la superficie del metal y el tejido blando palatino, dándose la acumulación de saliva dentro de este espacio el cual produce en algunos pacientes una sensación de náuseas.

La solución a este problema es el rebase del conector mayor y la obliteración del espacio al ser el conector mayor del resina acrílica. Al ser el conector mayor de metal colado se necesita rehacer la prótesis.

PROCEDIMIENTO PARA CORREGIR PROBLEMAS⁸

Con la prótesis fuera de la boca, se marca con el lápiz indeleble a lo largo del borde posterior de la prótesis luego de asentar, la prótesis se retira de la boca, luego se retira la tinta indeleble y se transfiere en forma de línea al tejido blando palatino. Se determina la relación de esta línea con el paladar blando al pronunciar el paciente "AHH". Si ocurre vibración en el tejido blando anterior a esta línea, entonces el borde posterior del conector mayor se debe haber extendido demasiado sobre el paladar blando. Esta sobre extensión provocaría náuseas al paciente, pero con más frecuencia en ulceración de tejidos móviles en contacto



con el borde del metal. Este tipo de sobre extensión se corrige recortando el conector mayor o repitiendo la prótesis.

CAUSA EN MANDIBULA⁸

La causa de náusea después de la inserción de la prótesis parcial se debe a la alteración de la dimensión vertical en oclusión. Este factor junto con la eliminación del espacio libre, produce también una reacción de náuseas prolongada, es probable que los espasmos de los músculos elevadores y tensores del velo palatino los causen. La corrección requiere del restablecimiento de la dimensión vertical en oclusión.

PROBLEMAS DE FONÉTICA⁸

Los problemas de fonética no son frecuentes. Las dificultades que surgen son asociadas con la colocación de los dientes anteriores maxilares y el contorno del conector mayor maxilar sobre el área de las rugosidades palatinas. El problema se atribuye al cambio del contorno del área del habla (parte anterior del paladar) o en la colocación de los dientes posteriores en una posición bastante cercana a la labial. En ocasiones la posición de los premolares maxilares o mandibulares tienen una influencia adversa sobre la fonética. Al colocar estos dientes bastante lejanos lingualmente se impide la acción de la lengua y se cambia la pronunciación.

MORDIDA DEL CARRILLO DE LA LENGUA⁸

La mordida del carrillo, mucosa bucal atrapada entre los dientes posteriores maxilares y mandibulares, se debe generalmente a una posición dentaria con insuficiente sobre posición horizontal.



Esto es posible al enfilear los dientes artificiales demasiado lejos, fácilmente en relación al reborde edéntulo. Se puede corregir, ya sea por reposición de los dientes o por reducción de la altura de las cúspides bucales mandibulares mediante desgastes selectivo.

Otro factor que influye es la pérdida de los dientes naturales posteriores por tiempo prolongado, el músculo bussinador tiende a hundirse en el espacio creado por los dientes faltantes, causando así la mordida del carrillo.

DIFICULTAD DURANTE LA MASTICACIÓN⁸

A la mayoría de los pacientes sin dientes posteriores por tiempo prolongado, se les presentan problemas de masticación. El paciente va perdiendo la habilidad neuromuscular requerida para triturar con los dientes posteriores. Al no restablecerse correctamente la anatomía oclusal de los dientes de resina acrílica o de plástico, el diente permanece sin filo.

Se le aconseja al paciente evitar al principio del ajuste cualquier alimento duro, fibroso o pegajoso. El uso de estos alimentos aumenta las frustraciones del paciente.

PÉRDIDA DE RETENCIÓN DE LA PRÓTESIS⁸

La causa más común es el ajuste defectuoso o incompleto de la punta de los ganchos retentivos dentro de los socavados retentivos. Si al ajustar el gancho no se obtiene la retención requerida, se debe analizar cuidadosamente la posición de la punta retentiva del gancho sobre el diente. Es posible que el gancho no penetre en un verdadero socavado, o sea, un socavado relacionado con la trayectoria de la remoción. En este caso ningún ajuste aumentaría la retención ya que se debe agregar un nuevo gancho a la hipótesis.



*DISEÑO
METODOLÓGICO*



TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo de Corte Transversal.

ÁREA DE ESTUDIO

Residencia de los pacientes atendidos en las clínicas multidisciplinaria de la Facultad de Odontología en el año 2005.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

40 pacientes que se les realizó las Prótesis Parciales Removibles en el año 2005.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes residentes de la ciudad de León que asistieron a las clínicas multidisciplinaria del Campus Médico realizándoles Prótesis Parciales Removible.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes que no se les finalizó el tratamiento según los expedientes clínicos.

Pacientes que no residen en la ciudad de León.

Pacientes que hayan sido atendidos por un odontólogo particular, modificando el trabajo realizado en la Facultad de Odontología.



INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se realizó 40 cuestionarios donde se registró el estado actual de las Prótesis Parciales Removibles realizadas en la Facultad de Odontología, el período de recolección de datos fue durante los meses de Agosto – Octubre del 2008. Utilizamos la fuente secundaria obteniéndola mediante los expedientes clínicos de los pacientes residentes de la ciudad de León atendidos en el año, 2005, tomando los datos generales y cuantas prótesis parciales removibles se les realizó.

La fuente de recolección de datos que se utilizó fue primaria siendo examinado los pacientes directamente por las investigadoras.



OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
ESTADO CLÍNICO DE LOS DIENTES PILARES	Es la situación o condición en que se encuentra las piezas dentales que sirven como pilares en la retención de una Prótesis.	A través del examen clínico inspeccionamos el estado actual de lo dientes pilares. Considerando como: Bueno: Cuando no presenta anomalías en los dientes pilares. Regular: Cuando los dientes pilares presentan: Pequeñas lesiones cariosas, fracturas dentales, recesiones gingivales, lesiones cervicales no cariosas, movilidad dental y enfermedad periodontal leve. Malo: Cuando hay caries extensas, enfermedad periodontal avanzada.	Bueno Regular Malo
ESTADO FÍSICO DE LAS PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES.	Es la condición o aspecto del material y los elementos que constituyen las Prótesis Parciales Removibles.	Observamos el estado actual de las Prótesis parciales Removibles que están siendo usadas por los pacientes. Determinando como: Bueno: Cuando la Prótesis no presente ningún tipo de alteración. Regular: Cuando hay presencia de pequeñas fracturas de los retenedores,	Bueno Regular Malo



		<p>apoyos, dientes,acrílico, conectores mayores y menores.</p> <p>Malo: Cuando hay pérdida de los retenedores, apoyos, dientes, fracturas delacrílico, dientes artificiales, conectores mayores y menores.</p>	
OPINIÓN DE LOS PACIENTES	Es el acto de juzgar o condenar un hecho.	<p>Satisfecho: Todos aquellos pacientes que utilizan las Prótesis Parciales Removibles que se les realizó.</p> <p>Insatisfecho: Todos los pacientes que no usan las prótesis.</p>	<p>Satisfecho</p> <p>Insatisfecho</p>
ÉXITO Y FRACASO DE LAS PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES.	<p>Éxito es cuando hay buena aceptación que se obtiene después de realizar un tratamiento odontológico.</p> <p>Fracaso es cuando hay un resultado negativo luego de realizarle un tratamiento dental.</p>	<p>Se toma como:</p> <p>Éxito: Cuando el paciente usa su Prótesis Parcial Removible y le es útil.</p> <p>Fracaso: Cuando la usa pero se encuentra en mal estado (fracturas o desgastes en algunos de los elementos de la Prótesis Parcial Removible) o cuando no la usa por diversas razones (le lastimaban, no se adaptaron) al momento de la revisión clínica.</p>	<p>Éxito</p> <p>Fracaso</p>



PROCEDIMIENTOS

1- Obtención de Fuente secundaria

En el mes de julio del año, 2008 registramos los datos personales de los pacientes atendidos en las clínicas multidisciplinarias, siendo autorizado con anterioridad por la directora de la clínica. Sacando de nuestro estudio todos aquellos pacientes que no se les terminó el tratamiento y a los que habitan fuera de la ciudad de León.

2- Validación y Estandarización

Se elaboró una entrevista estructurada que fue diseñada mediante un cuestionario de preguntas cerradas aplicadas a 10 personas de nuestra población en estudio y seleccionadas por el método aleatorio simple por conveniencia; Cuya validez de contenido se determinó por medio de la técnica de juicio elaborado por un experto. Con posterioridad a esta prueba se hicieron ajustes a la construcción de las preguntas y las categorías de las variables.

3- Recolección de datos

Establecimos citas previas a los 40 pacientes que se les realizaron Prótesis Parciales Removibles en la Facultad de Odontología en el año, 2005 para que acudieran a las clínicas multidisciplinarias y evaluar el estado actual de las Prótesis Parciales Removibles, no alcanzando los resultados deseados porque los pacientes no asistieron, siendo una de nuestras limitaciones; por lo que visitamos las casas de cada paciente para realizar el llenado de la entrevista estructurada, observación clínica y tomas fotográficas a los pacientes y a las Prótesis Parciales Removibles.



1.1 Materiales

- ✓ Gabachas
- ✓ Dos cajas de guantes Safetouch de MEDICOM
- ✓ Una caja de mascarilla ViaMed
- ✓ Gasas
- ✓ Algodón absorbente hidrófilo
- ✓ Campos operatorios
- ✓ una lámpara manual de Trídent
- ✓ Recipientes plásticos
- ✓ Desinfectante Clear Care
- ✓ Una cámara fotográfica (Cyber-short de 8.1 mega pixels)
- ✓ Diez Equipos Básicos (espejo bucal plano, explorador, cucharilla, pinza de curación)
- ✓ Cinco Sondas Periodontales Calibradas de Hufriedy midiendo la recesión gingival desde la LAC hasta la altura del margen gingival.

La movilidad dental se realizó con el mango del espejo bucal y nuestro dedo índice con movimientos vestibulopalatino o vestibulolingual. Las fracturas de las Prótesis Parciales Removibles y dentales fueron determinadas por medio de la observación clínica.

Los movimientos que realizamos al momento de la observación clínica fueron los Movimientos del brazo y torsión del cuerpo del brazo y torsión del cuerpo.

Los instrumentos fueron esterilizados en el Autoclave STERI-DENT.

4- Procesado de la información y análisis de los resultados.

Se procesaron con el paquete estadístico Statistic Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17.0.

The image features a faded, light-colored coat of arms of the University of the Philippines. It consists of a central shield with a blue field containing a golden sunburst and a white banner. The shield is surrounded by a decorative border and topped with a crest depicting a figure. The word "RESULTADOS" is superimposed over the center of the shield in a bold, black, serif font.

RESULTADOS



Tabla # 1. “Estado Clínico de los dientes pilares en los pacientes que usan las Prótesis Parciales Removibles, examinados en la ciudad de León en el año, 2008.”

Estado Clínico	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	4	18,18%
Regular	15	68,18%
Malo	3	13,64%
Total	22	100,0%

Fuente. Instrumento de recolección de datos. (Anexo N° 1 y 2).

Al inspeccionar clínicamente los dientes pilares se observa un mayor porcentaje que se encontraba en estado regular con un 68%.



Tabla # 2. “Estado físico de las Prótesis Parciales Removibles de los pacientes que hacen uso de ellas en la ciudad de León examinadas en el año, 2008”

Estado físico de las Prótesis Parciales Removibles	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	14	35,90%
Regular	17	43,59%
Malo	8	20,51%
Total	39	100%

Fuente. Instrumento de recolección de datos. (Anexo N° 1 y 2).

De los 22 pacientes, examinamos 39 prótesis parciales removibles, obteniendo un 44% que se encuentra en estado regular.



Tabla # 3. “Opinión considerada por todos los pacientes que se les realizaron las Prótesis Parciales Removibles en la ciudad de León en el año, 2005.”

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecho	22	62.86%
Insatisfecho	13	37.14%
Total	35	100%

Fuente. Instrumento de recolección de datos. (Anexo N° 1 y 2).

De los 35 pacientes examinados obtuvimos un 63% de los pacientes que están satisfechos por las Prótesis Parciales Removibles que se les realizaron, aunque no todos los usan por diversas razones.



Tabla # 4. “Éxito y fracaso de la Prótesis Parciales Removibles que se realizaron en el año, 2005, en la ciudad de León revisadas en el año, 2008.”

	Frecuencia	Porcentaje
Éxito	9	25.71%
Fracaso	26	74.29%
Total	35	100%

Fuente. Instrumento de recolección de datos. (Anexo N° 1 y 2).

De los 35 pacientes examinados obtuvimos un mayor porcentaje de fracaso con un 74% siendo relevante, según los parámetros de nuestro estudio.



DISCUSIÓN



En nuestro estudio se evaluó el estado clínico de los dientes pilares presentándose la mayoría en estado regular con un 68% que tenían pequeñas lesiones cariosas, fracturas dentales, recesiones gingivales, lesiones cervicales no cariosas, movilidad dental y enfermedad periodontal leve. Según la literatura expresa que los dientes pilares son los que proporcionan el soporte total de la prótesis parcial removible y que los dientes adyacentes a las extensiones distales están sujetos a las fuerzas horizontales, verticales y a la torsión que se da por el hundimiento de las prótesis sobre la mucosa, siendo de gran relevancia ya que al momento de la revisión clínica observamos que la mayoría de los dientes que presentaban anomalías eran los dientes pilares con extensión distal, por tal razón debemos examinarlo con mucho cuidado antes de colocarle una Prótesis parcial removible³.

Examinamos el estado actual de las 39 prótesis parciales removibles que portan los 22 pacientes que inspeccionamos, obteniendo en estado regular un 44% con presencia de: Pequeñas fracturas de los retenedores, apoyos, dientes,acrílico, conectores mayores y menores. La literatura explica que existen diversos factores que conllevan al deterioro de las prótesis parciales removibles como: A la flexión repetida hacia adentro y hacia afuera en una zona con socavado excesivo; estructura metálica que no fue correctamente pulida y acabada; manipulación inadecuada por parte del paciente. A la inspección clínica observamos que los que con más frecuencia se habían fracturados eran los retenedores³.

De los 35 pacientes examinados obtuvimos que 22 pacientes que equivale al 63% está satisfecho por las prótesis parciales removibles que se les realizaron en el 2005. También obtuvimos que un 74% se determinó como fracaso, esta diferencia se debe a que lo satisfecho lo determina el paciente y el fracaso las investigadoras, determinando como fracaso todos aquellos pacientes que no hacen uso de las prótesis y los que hacen uso pero presentan algún tipo de alteración en algunos de los elementos de las prótesis.



CONCLUSIONES



1. Con respecto al estado clínico de los dientes pilares la mayoría se encuentra en un estado regular con un 68%.
2. De las 39 Prótesis Parciales Removibles examinadas obtuvimos un 44% que se encuentra en estado regular.
3. Los 35 pacientes que examinados un 63% está satisfecho del trabajo realizado.
4. De los pacientes examinados tenemos un mayor porcentaje de fracaso con un 74% incluyendo los que hacen y no uso de las Prótesis Parciales Removibles.



RECOMENDACIONES



- Hacer citas de control adecuado para verificar el estado físico y funcional de la prótesis parcial removible.

- Considerar que los alumnos les expliquen a los pacientes la importancia que tiene el hacer buen uso y mantenimiento adecuado de las Prótesis Parciales Removibles, para evitar daños en los dientes pilares y en las prótesis.

- Realizar estudios de seguimiento al respecto de este tema, para la prevención, control, y manejo adecuado en las que se refiere a las prótesis parciales removibles.

- Realizar estudios acerca de los diseños de las Prótesis Parciales Removibles.

The image features a faded, light-colored coat of arms of the University of the Philippines. It consists of a shield with a blue field containing a golden sunburst and a white banner. The shield is surrounded by a decorative border and topped with a crest. The word "BIBLIOGRAFÍA" is superimposed over the center of the shield in a bold, black, serif font.

BIBLIOGRAFÍA



1- Brenes Gerrero, Oscar. 2001. Fundación de Educación Continua en Odontología. (FUNDECO).

2- Bortolotti, Lilia. Prótesis Removible clásica e innovaciones/.AMOLCA.

3- Carr, Alan B.; McGivney, Glen P.; Brow, David T. 2006. McCracken PROTESIS PACIAL REMOVIBLE. Undécima edición. Elsevier.

4- García Micheelsen, José Luis. Prótesis Parcial Removible. Secuencia Práctica y Lógica para su Diseño.

5- Krol, Arthur J. 1999. Removable Partial Denture Desing. Fifth Edition.

6- Kaiser Frank. 2003. "Fresado". Editorial MAIO: curitiba 2003.

7- Loza Fernández, David; Valverde Montalva, Rodney. 2006. Diseño de Prótesis Parcial Removible. 1º Edición – (Madrid); Ripano S.A.

8- Stewart, Kenneth L.; Rudd, Kenneth D.; Kuebker, William A. 1993. Prostodoncia Parcial Removible. Dr. Jesús Sierralta, Dra. Myrna Khayan, Dra. Mena L. Valle. Segunda Edición.



ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

Facultad de Odontología

Consentimiento Informado.

Estimado Sr(a)

Somos estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-León. Cursamos V año de la facultad de Odontología, nos dirigimos a usted para realizarle evaluación del **“Estado actual de las Prótesis Parciales Removibles que se realizaron en la clínica multidisciplinaria de la facultad de Odontología en Julio – Octubre del año 2005, examinándose en el año 2008”**.

Por este medio estamos solicitando su consentimiento para revisar su Cavity Bucal y tomarle fotos a usted y a su Removible, que estarán en nuestro trabajo monográfico. Agradeciéndole su tiempo brindado que será de gran utilidad para nosotras y la Facultad.

Número de Cedula: _____

Firma del Paciente _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

Facultad de Odontología

RECOLECCIÓN DE DATOS:

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Número de expediente: _____ Sexo _____

Marcar con un X la alteración encontrada:

➤Cuál es el estado clínico de los dientes pilares:

Bueno _____ Regular _____ Malo _____

➤Cómo está físicamente la estructura y los elementos de la Prótesis Parcial Removible:

Bueno _____ Regular _____ Malo _____

➤Con respecto a la prótesis que se les realizaron a usted en el año 2005 esta:

Satisfecho _____ Insatisfecho _____

➤Es:

Éxito _____ fracaso _____

Observaciones:



“Sexo de las personas que se les realizaron Prótesis Parciales Removibles en la ciudad de León en el año, 2005.”

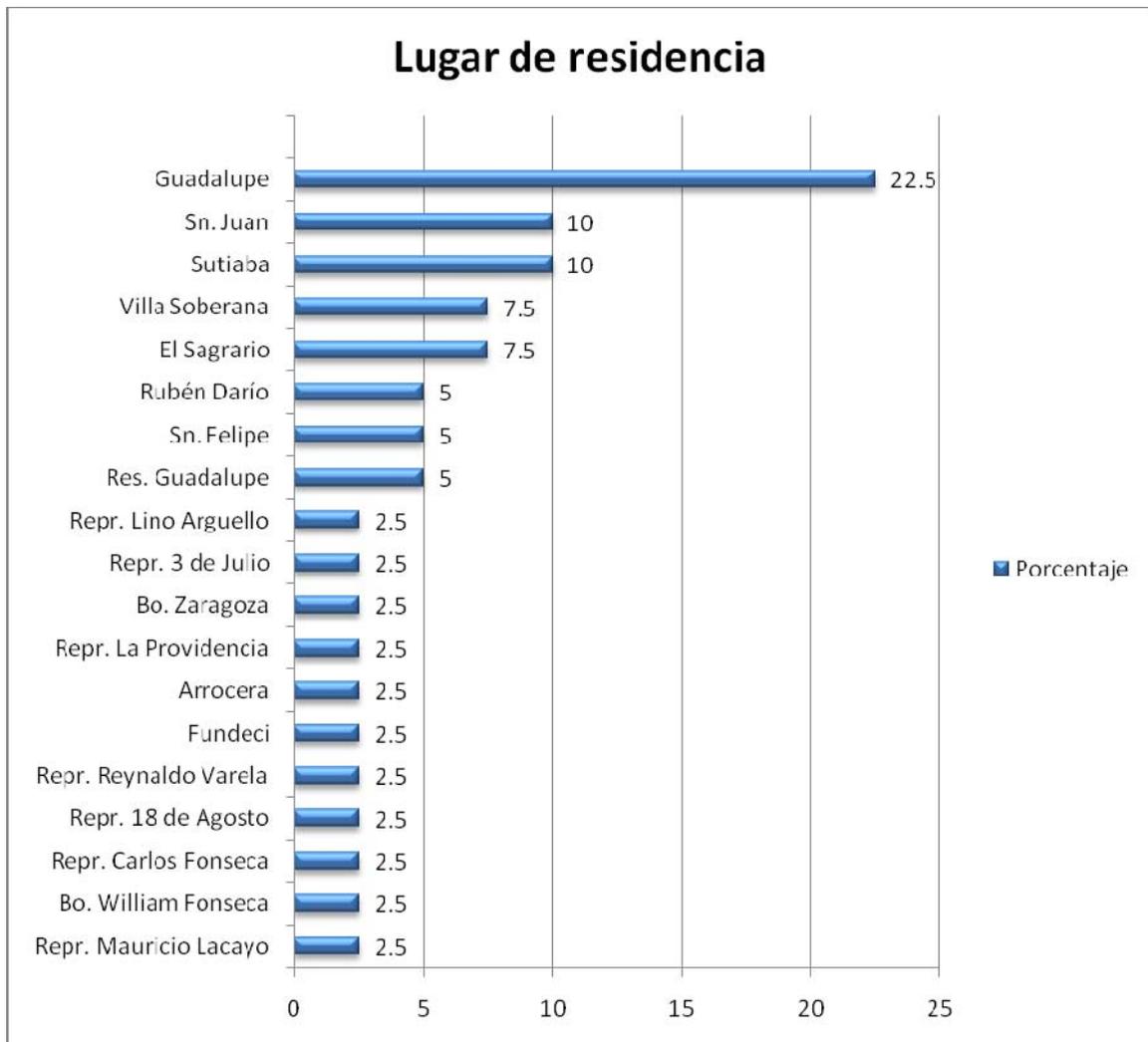
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	3	7,5%
Mujer	37	92,5%
Total	40	100,0%

Fuente. Instrumento de recolección de datos. (Anexo N° 1 y 2).

Del total de pacientes que acudieron a realizarse Prótesis Parciales Removibles en el año 2005, hubo un mayor predominio del sexo femenino con un 92%.



“Residencia de los Pacientes que se les realizó Prótesis Parcial Removible en la ciudad de León en el año, 2005.”



Fuente. Instrumento de recolección de datos. (Anexo N° 1 y 2).

De todos los pacientes que acudieron a la clínica multidisciplinaria de la Facultad de Odontología en el año 2005, hubo más demanda del barrio Guadalupe con un 22%.



“Situaciones especiales observados durante la recopilación”

observaciones	Frecuencia	Porcentaje
No se adaptó a la Prótesis Parcial Removible	11	27,5
Se les perdió las Prótesis Parciales Removibles	2	5
Pacientes no encontrados	5	12,5
Usan las Prótesis Parciales Removibles, presentando Fracturas de algunos de los elementos.	13	32,5
Usan sus Prótesis Parciales Removibles y están en buen estado	9	22,5
Total	40	100,0

El las observaciones tenemos un mayor porcentajes (32,5%) en las personas que hacen uso de las Prótesis Parciales Removibles, pero que tienen presencia de fracturas en algunos de sus elementos.



FOTOS DE PACIENTES









