

# PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE SINONIMO DE PREPARACION DE BOCA

*Dr. Gerardo Ayala de la Vega<sup>(1)</sup>*

## INTRODUCCION

En la actualidad la rehabilitación de un paciente desdentado parcial, sea ésta con prótesis fija o removible, -sobre todo ésta última, -requiere de procedimientos previos que facilitan el tratamiento protésico final. Sumado a esto, la preocupación de las distintas especialidades odontológicas por restablecer relaciones de trabajo en equipo en un área común, como es el sistema oral, ha permitido mejorar cada día, el pronóstico de nuestros procedimientos clínicos, que redundan directamente en beneficio de nuestros pacientes.

## ANTECEDENTES

En todo edéntulo parcial, las estructuras orales remanentes han sufrido modificaciones tanto de posición y contorno, e inclusive la formación de un componente anatómico nuevo: el reborde desdentado.

El estudio ordenado y minucioso de cada uno de los elementos que conforman el arco desdentado parcial, permitirá al clínico establecer el diagnóstico y el consiguiente plan de tratamiento adecuado para la solución de cada caso.

Por estas razones, es necesario plantearnos las siguientes interrogantes:

- 1.- ¿Ha ocurrido cambios en los tejidos orales?.
- 2.- ¿Porqué ha ocurrido estos cambios?.
- 3.- ¿Cómo restaurar la "Normalidad"?

Las respuestas obtenidas establecerán el orden de procedimientos clínicos necesarios previos, antes de la elaboración de la prótesis parcial removible, como son: Cirugía, tratamiento periodontal, endodoncia, ortodoncia, restauraciones, y preparación biostática (reducción de sobre contornos, planos guías y lechos para apoyos), siendo entonces necesaria la participación de un equipo multidisciplinario para la resolución protésica final.

Estos conceptos previos, nos permitirán definir la preparación de boca: como la serie de procedimientos clínicos para modificar las estructuras orales, con la finalidad de mejorar el diseño y la función de la futura prótesis parcial removible.

La preparación de boca, más que ningún otro factor, contribuye a hacer realidad el hecho de que las prótesis indicadas no sólo deben de reponer lo que ha sido perdido, sino, quizá de mayor importancia, también preservar lo que ha quedado.

(fig. 1)

## PREPARACION QUIRURGICA

Esta debe realizarse lo antes posible para permitir un máximo período de cicatrización, antes de elaborar la prótesis final.

Debemos considerar tres áreas de preparación quirúrgica: dientes, hueso y mucosa.

Piezas dentarias seriamente comprometidas con patología pulpar y periodontal no tratable; o aquellas en mala posición dentro del arco que dificultan el diseño de la futura prótesis, deben ser eliminadas. (Fig. 2)

<sup>1</sup> Profesor Asociado Sección de Oclusión y Prótesis, Facultad de Odontología. UNMSM.



Cuando los problemas óseos obstaculizan el buen éxito del tratamiento, como por ejemplo: las exóstosis maxilares que impiden la extensión y función de los conectores mayores; la falta de espacio entre la tuberosidad y la papila retromolar, las grandes zonas retentivas en los rebordes desdentados que interfieren en el ingreso y retiro de la base acrílica con comodidad; se requieren procedimientos quirúrgicos correctores.

(Fig. 3)

En ocasiones es necesario eliminar el tejido blando redundante o reubicar las inserciones musculares (frenillos), generando espacios adecuados para elementos rígidos.

## TRATAMIENTO PERIODONTAL

Durante esta etapa debe de existir un control prioritario de la placa bacteriana, raspados y alisados radiculares para eliminar bolsas periodontales. Puede haber la necesidad de un tratamiento quirúrgico periodontal como injertos óseos, mucosos, recuperación de espacio biológico y regeneración tisular guiada.

El objetivo final de todos estos procedimientos, es la restauración de la salud de estructuras de soporte y revestimiento de los dientes, de modo que la dentición remanente pueda mantenerse sana y funcional.

(Fig. 4).

## ENDODONCIA

Frecuentemente los dientes elegidos como pilares, presentan lesiones cariosas amplias y profundas, que a pesar de no dar indicios de problemas pulpares, -tanto clínicos como radiográficos, -requerirán tratamiento de conductos, debido a la escasa solidez estructural que presentan, para ser rehabilitados posteriormente con una restauración colada individual. (Fig. 5).

## ORTODONCIA

Corregir migraciones, cerrar espacios, verticalizar y extruir piezas dentarias pueden mejorar considerablemente los resultados protéticos removibles.

(Fig. 6)

## RESTAURACIONES

Las obturaciones de amalgama son satisfactorias para el soporte de la prótesis parcial, siempre que exista suficiente volumen de estructura dental para el sostén conveniente de la obturación; se prefieren éstas, en razón a su resistencia a la compresión, en comparación a las propiedades de las resinas.

Cuando se va a emplear coronas o incrustaciones para restaurar dientes individuales se hace con los siguientes objetivos:

- 1.- Restaurar coronas clínicas demasiado destruidas.
- 2.- Reubicar el plano oclusal.
- 3.- Mejorar el contorno de los dientes.
- 4.- Proveer descansos adecuados, sobre todo en piezas anteriores.

La corona clínica restaurada mediante una estructura colada no tendrá los contornos del diente original, se altera la forma dentaria dando lugar a planos guías y descansos, para una mayor compatibilidad con la futura prótesis parcial removible.

(Fig. 7,8,9)

## PREPARACION BIOSTATICA

Algunos de los procedimientos antes descritos, no son aplicables a todos los casos, sin embargo la preparación biostática es necesaria e imprescindible en el edéntulo parcial antes de la confección de la prótesis.

Durante la fase del examen clínico hemos observado los cambios de posición e inclinaciones de las piezas dentarias remanentes, pero



es con los análisis de los modelos de estudio en el paralelizador, que podemos elegir el eje de inserción más favorable, con relación a factores mecánicos y estéticos. A su vez, con el trazado del ecuador protético, obtenemos información que nos indica la necesidad de modificar los contornos dentarios, para poder definir la ubicación de elementos rígidos sobre la superficie dentaria.

Modificar los contornos dentarios para poder definir la ubicación de elementos rígidos sobre la superficie dentaria.

Las modificaciones en los dientes siguen el siguiente orden, y consiste en preparar:

**1.- Planos guías:** Son preparados en las superficies proximales que miran a los espacios desdentados, y son paralelos entre sí y a su vez paralelos al eje de inserción, elegido en los modelos de estudio. Se puede lograr el paralelismo utilizando unas líneas de orientación en los dientes pilares. El objetivo es generar una única vía ingreso y salida de la prótesis.

(Fig. 10)

**2.- Descansos oclusales:** Estas superficies se preparan con la finalidad de garantizar que las fuerzas oclusales que transmite el apoyo oclusal, sigan el eje longitudinal del pilar; evitando que el aparato se impacte en la encía lesionándola, y finalmente mantener, por su inmovilidad, el brazo retentivo en su sitio.

En dientes anteriores superiores debe ser preparado sobre el cúngulo, debido a las mejores condiciones anatómicas de los caninos, éstos son preferidos a los incisivos. La forma de un descanso palatino, es de media luna, que se inicia ligeramente en un reborde marginal, va profundizándose hasta llegar al centro del cúngulo y vuelve a difuminarse hasta el otro reborde marginal. La parte más profunda, estará en centro del cúngulo en cuyo punto tendrá un ancho aproximado de un milímetro y será en forma redondeada, con aristas y rebordes completamente pulidos.

Los descansos en el grupo incisivo inferior se preparan cerca de los ángulos y bordes incisales, de preferencia en la cara distal para su menor visibilidad. La preparación se hará con una piedra troncocónica de punta redonda, con una trayectoria paralela al eje de inserción y una profundidad de 1.5 a 2 mm.

En dientes posteriores, será una preparación en forma de cuchara, ligeramente triangular, de base sobre el reborde marginal y vértice en dirección hacia el centro del diente, aprovechando la forma de las fosas donde va alojado, inclinándola hacia el centro del diente. La preparación debe hacerse con una piedra diamantada redonda y con una profundidad de 1.5 a 2 mm.

Hay que recordar que todo descanso va, recibir un apoyo, y que este no debe interferir en la oclusión, es por ésta razón que la elección de la ubicación, se realiza con los modelos montados en el articulador.

(Fig. 11)

**3.-** Existen otras modificaciones de la anatomía de los pilares, debido a que presentan un ecuador protético cercano a la cara oclusal, y no hay espacio suficiente para diseñar adecuadamente los elementos de retenedor, que deben estar en la zona expulsiva del pilar sin interferir la oclusión.

En el caso que la pieza pilar no presente zona retentiva, la retención puede conseguirse preparando ligero socavado en el esmalte, justo donde terminará el brazo retentivo.

Recalcando que sería lo ideal confeccionar una estructura colada.

## CONCLUSIONES

**1.-** Los odontólogos debemos estar preparados para reconocer la patología presente en cada una de las entidades que forman el sistema oral, su etiología y poder plantear alternativas de tratamiento.

**2.-** La interrelación entre las distintas especialidades brinda al clínico la posibilidad de desarrollar procedimientos protésicos con mejor pronóstico, ya que la preparación previa de las estructuras que se relacionan directa e indirectamente con la prótesis parcial removible, presentarán condiciones de salud más favorables.

**3.-** La preparación biostática, sigue siendo un procedimiento importante e imprescindible, sin el cual no se logra el objetivo de orientar las fuerzas generadas durante la función, hacia estructuras preparadas para asumir dicha responsabilidad, de forma tal que se preserven los tejidos orales remanentes.



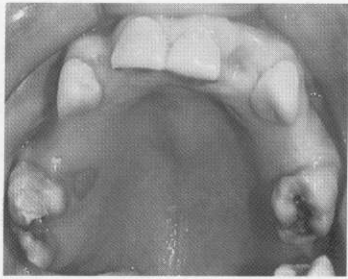


Fig. 1

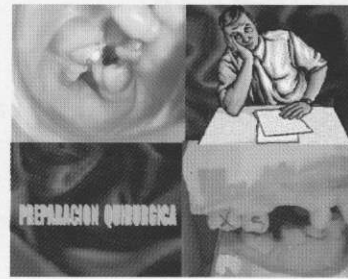


Fig. 2

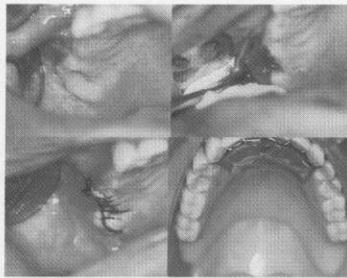


Fig. 3

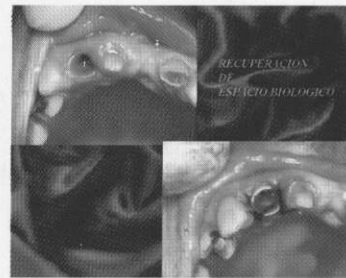


Fig. 4

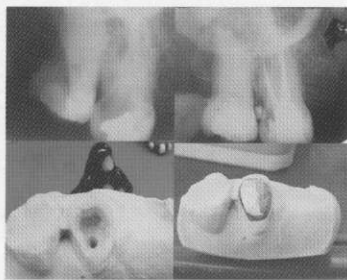


Fig. 5

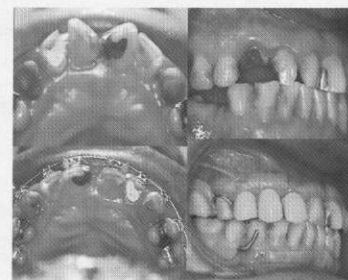


Fig. 6

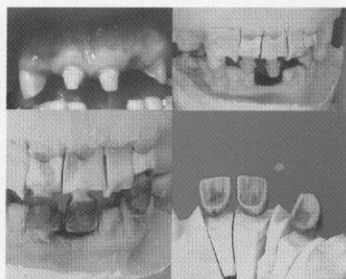


Fig. 7

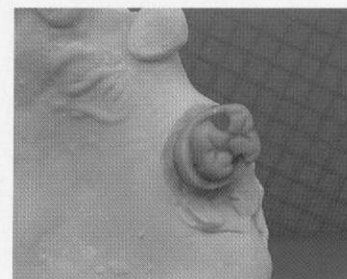


Fig. 8

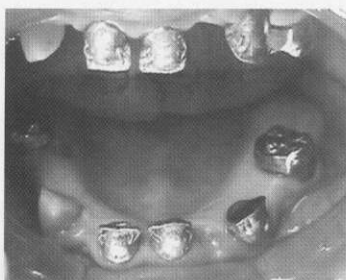


Fig. 9

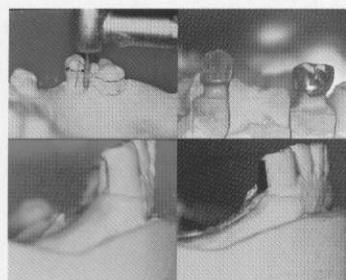


Fig. 10

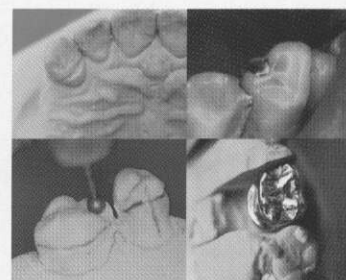


Fig. 11

## BIBLIOGRAFIA

1. APPLÉGATE. Evaluation of oral structures for removable dentures. *J. Prosthet. Dent.* 20:387. 1968.
2. HENDERSON. Prótesis Parcial Removible según McCracken. Editorial Mundi. Argentina 1985.
- 3.- KRATOCHVIL. Prótesis Parcial Removible. Editorial Interamericana. México 1989.
4. KRIKOS. Preparing guide planes for removable partial dentures. *J. Prosth. Dent.* 34:152-155. 1975.
5. LOZA. Prótesis Parcial Removible. Editorial Actualidades Médico Odontológicas. Venezuela 1992.
6. MALLAT. Prótesis Parcial Removible. Editorial Mosby/Doyma. España 1995.
7. MENÉNDEZ. Corrección de mal posiciones dentarias en la dentición permanente antes de la prótesis. *Carta Odontológica* Vol. 33 N 10 enero-diciembre 1994.
8. MILLS. Mouth preparation for removable partial dentature. *J. Am Den. Assoc.* 60:154-159; 1961.
9. STEFFEL. Concepts in removable partial dentature service. *J. Prosth. Dent.* 20:387, 1961.
10. STWART. Prostodoncia Parcial Removible. Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas. España 1992.

