

TRABAJO DE SUFICIENCIA 2DA VEZ

por Chinchay Porras

Fecha de entrega: 09-nov-2022 08:26a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1949167994

Nombre del archivo: Suficiencia_Profesional__CHINCHAY_PORRAS_NICOLE_SHYRLEY_1.docx (3.1M)

Total de palabras: 6830

Total de caracteres: 36269

DEDICATORIA

A Dios, a mis progenitores y familiares que hicieron lo imposible para culminar mis anhelos de ser profesional.

Nicole Shyrley

AGRADECIMIENTO

A mis amados padres, familiares, amistades que permitieron con sus consejos alcanzar mis metas trazadas de alcanzar ser una profesional de la Odontología; Así mismo quiero agradecer a mis docentes que impartieron conocimiento en las aulas universitarias.

Nicole Shyrley

RESUMEN

En el presente resumen pretenderé explicar el procedimiento clínico de la confección de una prótesis parcial removible. voy a describir las indicaciones, contraindicaciones, procedimiento y preparación, tipos de prótesis parciales removibles. Entonces lo que vamos a hacer es hacer el procedimiento clínico de la confección de una ppr. Secuencia clínica. en una prótesis parcial removible, entonces, lo primero que tenemos que tener en cuenta es como todo tratamiento odontológico es una buena historia clínica, una buena historia clínica para llegar a un diagnóstico y un mejor plan de tratamiento eso es importante. entonces el procedimiento que vamos a tener en la secuencia clínica de una confección de una ppr son los siguientes: área de modelo de estudio. el paralelizado el diseño de ppr, el montaje de los modelos de estudios en asa, preparación biostática, impresión definitiva y modelos de trabajo. registros intermaxilares, re montaje del modelo inferior, selección de los dientes artificiales, instalación de la prótesis, controles e instrucción al paciente. aquí la clasificación de Kennedy: clase I. áreas desdentadas bilaterales ubicadas posteriormente. clase II un área desdentada unilateral y posterior a los dientes naturales. un área desdentada unilateral con dientes naturales remanentes anteriores y posteriores a ella clase III. y la clase IV, un área desdentada única pero bilateral por atravesar la línea media, ubicada en posición anterior con respecto a los dientes naturales, remanentes, información previa lo que tenemos que ver es el estado de salud general del paciente, alguna enfermedad de fondo alergia, medicamentos de consumo, etc. dentro de la historia clínica vamos a tener la historia odontológica, a ver frecuencia del del paciente al consultorio se ha tenido traumas en el consultorio. malas experiencias si ya uso prótesis removibles. si ha

tenido hemorragia post cirugía, todos los antecedentes odontológicos luego el diagnóstico que permite determinar la naturaleza de una enfermedad teniendo como base la identificación de sus signos y síntomas, examen clínico vamos a observar los labios, los carrillos, la lengua tipo de labio carrillo, la lengua es grande, es pequeña. las piezas dentarias remanentes, sí que hay piezas en buen estado, no está buen estado, sí hay que restaurar convencionalmente, hay que ver el periodonto de las piezas dentales, sobre todo de los pilares que vamos a utilizar para un pilar, cómo se encuentra el reborde residual, que cómo se encuentra el reborde marginal, es muy importante también la higiene, la higiene y el tipo de saliva del paciente, También tendremos un examen radiográfico y el estudio de modelos montados en articulador semi ajustable. Historia clínica, diagnóstico, plan de tratamiento, examen radiográfico.

decidir qué piezas son las que van a quedar en la boca del paciente y cuáles son las que deben ser extraídas, que, porque si por ejemplo nosotros no hacemos un buen diagnóstico, una pieza y utilizamos esa pieza como pilar de la ppr, no tiene un buen soporte óseo las fuerzas de palanca. a fuerza de masticación, van a terminar expulsando ese diente del hueso y habremos fracasado a mediano plazo o corto plazo nuestra ppr, por eso es que es importante el examen radiográfico previo a la construcción de una ppr. el modelo de estudio debe ser articulado. en asa. a los modelos de estudio se le confecciona placa base rodets para poder tomar registro intermaxilar y luego montarlo en el articulador. el plan tiene una secuencia ordenada, lógica procedimental, tomar en cuenta la fase preventiva y correctiva y fase de mantenimiento, paralelizado de los modelos de estudio. hay que posicionar

el modelo partiendo de un plano inicial horizontal ideal, determinar el eje de inserción y también nos permite ubicar los demás componentes de la base. lo que vamos a lograr es el paralelizado del modelo de estudio y los factores que determinan la trayectoria de inserción de la ppr, los planos, guías, todos deben ser paralelos, el paralelizador se monta el modelo el modelo se monta en la platina, se fija y luego se coloca una superficie plana sobre el modelo. puede ser este vidrio, puede ser cualquier objeto plano, porque este objeto que ustedes utilizan en este caso utilizamos un vidrio. debe estar paralelo al piso. Mesa movable, entonces pueden moverla el objetivo es que este vidrio este paralelo al piso bien una vez que ya está paralelo al piso, lo que vamos a hacer es el trazado del ecuador, protésico para ver las zonas retentivas y las zonas exclusivas del diente para poder diseñar la ppr. correctamente con retención y estabilidad. Con el grafito, hacemos el trazado de todas las piezas que van a hacer pilares, trazado del ecuador protésico contacto tangencial con la parte más prominente del pilar. localizar interferencias dentarias y tisulares, por ejemplo, pueden tener torus palatino o migración de las piezas de vestibulización. Lingualización. También lo que vamos a hacer en este proceso es la tripodización. para que nosotros podamos montar nuevamente el modelo en el parador, en la misma posición que se hizo en un primer estudio, hacemos la tripodización también. cuando retiramos este modelo del procesador, lo colocamos nuevamente y este grafito lo colocamos en los 3 puntos y debe coincidir igual, eso quiere decir que tiene la misma posición que la primera vez que analizamos el modelo. muy bien. entonces, una vez que nosotros hemos ubicado la parte más prominente de los dientes, pilares o cualquier interferencia no, ya sea dentaria o tisular, recién nosotros podemos seguir con la secuencia clínica de la ppr, **diseño de**

la ppr en el diseño de la ppr lo que tenemos que tener es la retención, la resistencia, la fuerza, ese sentido oclusal, o sea, que no se salga en sentido oclusal. o sea, si fuera maxilar inferior hacia arriba. o si por el maxilar superior hacia abajo, y como le damos a retención a través de los retenedores directos e indirectos. es la resistencia a la fuerza en sentido gingival el soporte los dará los apoyos de la ppr. no confundir apoyo con descanso. el descanso es el hecho que se crea en la superficie del diente, donde va a estar, en íntimo contacto, con el apoyo de la estructura de la ppr, que no confundirse. soporte. Resistencia a la fuerza y sentido gingival. quien nos la da los apoyos de la estructura de la ppr, el descanso está en el diente pilar, estabilidad es resistencia a la fuerza en sentido horizontal. ² elementos rígidos que toman contacto con las superficies verticales de los dientes hay un brazo reciproco y horizontal estabilidad. entonces en el diseño de la ppr básicamente tenemos los apoyos oclusales, los retenedores, el conector menor, el conector mayor y las bases la rejilla. funciones de los apoyos oclusales, transmitimos ³ fuerzas verticales a los pilares y evitar el movimiento de la ppr en sentido gingival. otros autores dicen apoyo mantiene ³ los retenedores en su posición correcta, evita la impactación de alimentos y evita el hundimiento de la prótesis ejemplo: MacGregor y Stewart dicen: los apoyos no solamente se pueden hacer en la superficie de los dientes naturales. también se puede hacer apoyos o rieleras. Se le llama otro tipo de diseño que se hace en las coronas, con apoyo directo, cuando estábamos hablando de historia clínica, nosotros hablábamos de un plan de tratamiento lógico secuencial y eso es muy importante. por qué hacer una ppr es como hacer un edificio, no puedes hacer el 10° piso del edificio si es que no has hecho todavía el primero. entonces retenedores, requisitos, resistencia a la fuerza, sentido crucial. 1/3 distal del brazo,

retentivo y flexible. Estabilidad, resistencia a la fuerza y sentido horizontal, cuerpo del retenedor brazo opositor, apoyos, conectores menores y placas próximas. El hacker siempre tiene un brazo retentivo que va por debajo del ecuador, en el en el tercio mesial va por encima en el tercio medio, va por la línea ecuatorial en el extremo distal del brazo. retentivo va por debajo del Ecuador. Eso le da la elasticidad y del lado opositor. este es el brazo retentivo y este es el brazo opositor, el brazo opositor. el borde nunca termina en el margen, después de este proceso también mencionamos el diseño en alto relieve el cual será el encerado en el modelo de encerado para la posterior fundición (colado) del cromo cobalto en cilindros el cual nos dará una mejor flexibilidad, posterior a ello aremos el encerado para prueba en boca, seguido del acrilizado para la instalación y posteriores controles.

Palabras claves: ppr, rehabilitación, edéntulo parcial, prótesis parcial removible, dento mucu soportada

ABSTRACT

In this summary I will try to explain the clinical procedure for the fabrication of a removable partial denture. We will describe the indications, contraindications, procedure and preparation, types of removable partial dentures. So what we are going to do is carry out the clinical procedure of making a ppr. clinical sequence. In a removable partial denture, then, the first thing we have to take into account is, like all dental treatment, a good clinical history, a good clinical history to arrive at a diagnosis and a better treatment plan, that is important. then the procedure that we are going to have in the clinical sequence of a ppr preparation are the following: study model area. the parallelization of the ppr design, the assembly of the study models in the loop, biostatic preparation, final impression and working models. intermaxillary registrations, reassembly of the lower model, selection of artificial teeth, installation of the prosthesis, controls and patient instruction. here the Kennedy classification: class I. Bilateral edentulous areas located posteriorly. class II a unilateral edentulous area posterior to the natural teeth. a unilateral edentulous area with remaining natural teeth anterior and posterior to it class III. and class IV, a single but bilateral edentulous area by crossing the midline, located in an anterior position with respect to the natural teeth, remnants, previous information what we have to see is the general health status of the patient, some underlying disease allergies, consumer medications, etc. Within the clinical history we are going to have the dental history, to see how often the patient has had traumas in the office. Bad experiences if I already wear removable prostheses. if you have had post-surgery hemorrhage, all the dental history then the dx. that allows to determine the

nature of a disease based on the identification of its signs and symptoms, clinical examination we are going to observe the lips, the cheeks, the tongue type of cheek lip, the tongue is large, it is small. the remaining dental pieces, yes, there are pieces in good condition, they are not in good condition, yes, it is necessary to restore conventionally, we must see the periodontium of the dental pieces, especially of the pillars that we are going to use for a pillar, how is it located the residual ridge, how the marginal ridge is located, hygiene, hygiene and the type of saliva of the patient is also very important. We will also have a radiographic examination and the study of models mounted on a semi-adjustable articulator. Clinical history, diagnosis, treatment plan, radiographic examination.

decide which pieces are going to remain in the patient's mouth and which ones must be extracted, because if, for example, we do not make a good diagnosis, a piece and use that piece as a pillar of the PPR, we have good bone support lever forces. By force of chewing, they will end up expelling that tooth from the bone and we will have failed our ppr in the medium or short term, that is why the radiographic examination prior to the construction of a ppr is important. the study model must be articulated. in handle the study models are made with base plate rims to be able to take intermaxillary registration and then mount it in the articulator. The plan has an orderly sequence, procedural logic, taking into account the preventive and corrective phase and the maintenance phase, parallelizing the study models. You have to position the model starting from an ideal horizontal initial plane, determine the insertion axis and it also allows us to locate the other components of the base. what we are going to achieve is the parallelization of the study model and the factors

that determine the path of insertion of the ppr, the planes, guides, all must be parallel, the parallelize mounts the model the model is mounted on the platen, it is fixed and then a flat surface is placed on the model. it can be this glass, it can be any flat object, because this object that you use in this case, we use a glass. It should be parallel to the floor. Movable table, then they can move it the objective is that this glass is parallel to the floor well once it is already parallel to the floor, what we are going to do is trace the equator, prosthetic to see the retentive areas and the exclusive areas of the tooth to be able to design the ppr. correctly with retention and stability. With the graphite, we trace all the pieces that are going to make abutments, tracing the prosthetic equator, tangential contact with the most prominent part of the abutment. locate dental and tissue interferences, for example, they may have palatine torus or migration of vestibulization pieces. Lingualization. Also, what we are going to do in this process is tripodización. so that we can mount the model again in the parador, in the same position that was done in a first study, we also do the tripodización. when we remove this model from the processor, we place it again and we place this graphite in the 3 points and it must match the same, that means that it has the same position as the first time we analyzed the model. very well. then, once we have located the most prominent part of the teeth, abutments or any other interference, be it dental or tissue, only we can continue with the clinical sequence of the ppr, design ¹⁸ of the ppr in the design of the ppr what we have to have is retention, resistance, strength, that occlusal sense, that is, that it does not come out in an occlusal sense. that is, if it were the lower jaw upwards. or if through the upper jaw downwards, and as we give retention through direct and indirect retainers, it is the resistance to force in the gingival direction, the support will ¹⁸ be provided by the

supports of the ppr. Don't confuse support with rest. the rest is the fact that it is created on the surface of the tooth, where it will be, in intimate contact, with the support of the ppr structure, not to be confused. medium. Strength resistance and gingival sense. who gives us the supports of the ppr structure, the rest is in the abutment tooth, stability is resistance to force in the horizontal direction rigid elements that make contact with the vertical surfaces of the teeth there is a reciprocal arm and horizontal stability so, in the design of the ppr we basically have the occlusal supports, the retainers, the minor connector, the major connector and the grid bases functions of the occlusal supports, we transmit vertical forces to the abutments and prevent the movement of the ppr in the gingival direction. other authors say support keeps retainers in their correct position, prevents food impaction and prevents sinking of the prosthesis example: MacGregor and Stewart say: supports can not only be made on the surface of natural teeth. supports or rails can also be made. It is called another type of design that is done in crowns, with direct support, when we were talking about clinical history, we were talking about a logical sequential treatment plan and that is very important. why doing a ppr is like doing a building, you can't do the 10th floor of the building if you haven't done the first one yet. so retainers, requirements, strength resistance, crucial sense. Distal 1/3 of the arm, retentive and flexible. Stability, resistance to force and horizontal direction, opposing arm retainer body, supports, minor connectors and proximal plates. The hacker always has a retentive arm that goes below the equator, in the mesial third it goes above in the middle third, it goes along the equatorial line at the distal end of the arm. retentive goes below the equator. That gives him the elasticity and on the opposing side. this is the holding arm and this is the opposing arm, the

opposing arm. the edge never ends in the margin, after this process we also mention the high relief design which will be waxed on the waxed model for the subsequent casting (casting) of the cobalt chrome in cylinders which will give us a better flexibility, later to this we will do the waxing for the test in the mouth, followed by the acrylic for the installation and subsequent controls.

Keywords: ppr, rehabilitation, partial edentulous, removable partial denture, dento mucosupported

CAPÍTULO II

2.1 INTRODUCCIÓN

prótesis parcial removible metálica también denominadas esqueléticos son prótesis removibles que están compuestas por una estructura metálica puede ser cromo, cobalto o titanio, una base donde se apoyan las piezas de resina. y los dientes acrílicos para llevar a cabo esta estructura metálica previamente se puede realizar toda esa estructura en cera. todo se realiza en cera y luego a través del proceso de colado, es decir de transformar esta cera en metal se termina. las partes que tiene este tipo de prótesis se denominan. a la estructura principal o base del cuerpo, conector mayor. Cuáles Retenedor, que va por la cara vestibular se denomina tenedor retentivo. y el que va por la cara palatina o lingual del diente se le denomina retenedor recíproco. Igualmente consta de una rejilla donde se va a sentar el acrílico, conector menor y topes oclusal es a nivel inferior, lo mismo conector mayor conector menor. tope oclusal. Retenedor retentivo retenedor recíproco.

Las partes de la PPR son el conector mayor que va a ser la parte más importante de la PPR. rejillas y retención del acrílico, conectores menores y descansos oclusales para llevar a cabo un buen diseño de nuestra ppr es importante que nosotros conozcamos las clasificaciones de Kennedy con modificaciones, la clase uno va a ser un edéntulo ⁸ bilateral posterior a los dientes naturales, la clase 2 clase edéntulo unilateral Localizado ⁷ posterior a los dientes naturales. Clase III es un edéntulo unilateral con dientes naturales en anterior y posterior una clase cuatro de Kennedy es un evento bilateral localizado en la zona ³ anterior a los dientes naturales. Debe

cruzar la línea media en esta clasificación no existen modificaciones. Para el diseño de una removible necesitamos tomar en cuenta las siguientes consideraciones, la primera es la retención, que es la resistencia al desplazamiento en sentido oclusal. La segunda es el soporte, que es la resistencia al desplazamiento asociado hacia los tejidos. La tercera es la estabilidad que es la resistencia al desplazamiento en sentido mesio lateral y antero posterior, las partes de la ppr son conector mayor, este va a servir para unir los componentes de un lado al otro. El conector mayor debe ser rígido, ya que ese protege los tejidos blandos asociados. Provee soporte al desplazamiento y promueve la comodidad del paciente. Hay varios tipos de conectores mayores, puede haber doble barra palatina. Barra palatina completa el en el caso de inferior tenemos un conector mayor en forma de herradura, cada uno sirve para diferentes cosas. Sin embargo, entre más grande sea este conector mayor le vamos a dar mucha más retención a nuestro removible y le vamos a brindar, pues mucho más. Fortaleza al aparato que nosotros estamos utilizando. Sin embargo, entre más grande sea este conector mayor le podemos ocasionar mayor pérdida de hueso a nuestro paciente y le podemos ocasionar incomodidad, El descanso oclusal va a funcionar como tope para brindarle soporte a las prótesis y disminuir o disipar las fuerzas oclusales. Muchas veces necesitamos hacer un nicho para que descanso no quede alto o que funcione de una mejor manera. El nicho debe de realizarse con una presa de bola del número cuatro y tener una profundidad aproximada de punto 5, apuntó. 7 mm como mínimo deben existir 3 descansos sucursales 2 posteriores y uno. o 2 posteriores y 2 anteriores. Esto sirve para darle mayor estabilidad a nuestra prótesis y generalmente se ocupan los dientes de mayor área, pueden ser molares premolares o caminos y por último tenemos los retenedores que van a hacer ganchos

ataches o aditamento. En el caso de los ganchos vamos a tener un gancho activo que va a ser el que le va a dar la retención a las prótesis y el recíproco que va a ser el que le da la estabilidad a las prótesis. En el caso de los aditamentos extra coronarios. vamos a tener diferentes tipos, como son ataques en forma de bola ataches.

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

es imposible colocar una prótesis fija sin el auxiliar de los implantes o sin tallar dientes, así que algunas veces los pacientes prefieren el asentamiento de una prótesis removible, algunas contraindicaciones para prótesis fijas son la edad del paciente, la longitud amplia del espacio edéntulo y, además, la pérdida de tejido de soporte. Es por eso que las indicaciones para prótesis parcial removibles son longitud amplia de espacios edéntulos, falta de dientes en la zona posterior, soporte periodontal reducido y necesidad de estabilización de arco cruzado.

2.3 MARCO TEÓRICO

1. O.D Jorge Vieira- Acta odontol. venez v.45 n.2 Caracas 2007. realizo un estudio del Análisis de las técnicas de impresión en prótesis parcial removible, donde brinda la **Definición de impresión de prótesis parcial removible** :Se define como la reproducción negativa de una arcada parcialmente edéntula o alguna sección de ella, con la finalidad de construir una prótesis parcial removible, Los materiales de impresión utilizados para tal fin deben replicar las estructuras bucales con exactitud, la impresión final es el resultado de la combinación de un grupo de propiedades físicas del material de impresión y del grado de deformación de los tejidos, **Materiales de impresión en prótesis parcial removible** Estos materiales deben

reproducir los dientes y rebordes residuales de una forma exacta y para esto necesitan cumplir con una serie de requisitos, Entre estos materiales de impresión y que son utilizados con más frecuencia para la construcción de prótesis parciales removibles son: **-Hidrocoloide irreversible.** El alginato es un material de impresión que no es capaz de reproducir finos detalles superficiales, por lo tanto, para que este material sea una representación real de los tejidos por eso debe manipularse correctamente. **-Pasta zinquenólica** Se fabrican en varias viscosidades, pero en general son bastantes bajas, por lo tanto, no desplazan, ni distorsionan los tejidos blandos de forma significativa. **-Polisulfuro** Es ideal para reproducir socavados o zonas de retención profundas en los rebordes edéntulos. Este es uno de los materiales de impresión de mayor utilización para impresiones de prótesis parciales removibles. **-Silicona** Este es uno de los materiales de impresión con mayor estabilidad dimensional, debido a la ausencia de algún producto volátil y a la casi ausente deformación, llegando a las **Conclusión** que durante la construcción de una prótesis parcial removible, la impresión es un procedimiento que permite registrar de una forma precisa las estructuras de las arcadas parcialmente edéntulas, permitiendo que estas prótesis puedan brindar función. Las características de los materiales que influyen en la calidad de la impresión final y en los objetivos que se persiguen con los mismos son: viscosidad del material, tiempo de trabajo y fraguado del material, estabilidad dimensional y reproducción de detalles del mismo. Todos los materiales tienen propiedades y características de manipulación.

2.-LUCIA GIRALDO A. “COMO EVITAR FRACASOS EN UNA PROTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLE” ANTIOQUIA 2008. Donde percibe que una PPR debe estar diseñada para poder colocar y retirar de la boca por el mismo paciente. Puede afectar las estructuras orales de los pacientes. Para evitar fracasos en la prótesis parcial removible se tiene que tener en cuenta algunos pasos:

Diagnóstico correcto. Para formular un diagnóstico correcto se deben tener en cuenta las principales indicaciones para este tipo de prótesis. Para pacientes con espacios edéntulos cuya longitud contraindique la utilización de una prótesis parcial fija convencional. En casos de excesiva pérdida ósea que no puedan ser reconstruido por medio de injertos o regeneración ósea. En sitios de exodoncias recientes y en zonas extensas desdentadas como consecuencia de un traumatismo con largos periodos de cicatrización. En todos los casos de extremos libres unilateral o bilaterales en los que se contraindiquen los implantes. Cuando existen limitaciones económicas para una alternativa protésica fija.

Utilización del paralelizador: Es un instrumento necesario en el diagnóstico, la planificación para mejorar el soporte, la retención, la estabilidad y la estética de la futura prótesis.

Secuencia en los procedimientos de preparación de la boca. Es el paso más importante para la elaboración de una PPR. Nivelación del plano oclusal, Recontorneado de superficies proximales de los dientes posteriores. Preparación de la superficie vestibular y lingual. Pulido y brillo de todas las superficies modificadas.

Salud de los tejidos de soporte. Para realizar una PPR es muy importante evaluar periodontalmente los pilares que soportaran las prótesis.

Selección adecuada de retenedores. La retención de la prótesis removible se realiza por medio de retenedores directos ya sea intercoronario o extracoronario.

Retenedores colados. Se basa en la resistencia que ofrece el metal a la deformación. **Conectores mayores y menores.** Deben ser rígidos, ya que así sus tensiones y fuerzas serán mejor distribuidas. **Impresión anatómica.** Debe registrar con precisión la forma anatómica de los dientes y de los tejidos circundantes. **Vaciado de la impresión.** Para este trabajo se debe realizar una impresión con un yeso de alta resistencia que no sufra desgaste durante el proceso en el laboratorio. **Suministro al técnico de un diseño específico.** El técnico es el responsable de su fabricación cumpliendo con las instrucciones específicas recibidas por parte del odontólogo. **Calidad de las bases protésicas. Impresiones funcionales.** Las bases de las prótesis pueden ser de acrílico, metal o una combinación de ambos. Cuanto mayor sea el recubrimiento del tejido con la base protésica, mejor será la distribución de cargas, lo que dará como resultado menor concentración de carga por unidad de superficie. **Fundamentos oclusales.** Los contactos bilaterales simultáneos de los dientes posteriores antagonistas deben producirse en oclusión céntrica. La oclusión de la PPR debe disponerse en forma similar a la oclusión aplicada en una dentición natural armoniosa. Debe lograrse contacto simultáneo en ambos lados de trabajo.

3.- Andrés Eloy Sánchez Y. Consideraciones estéticas en el diseño de retenedores directos de prótesis parciales removibles. 2001, Venezuela. Menciona que las prótesis parciales removibles, retenidas con ganchos constituyen problemas estéticos, que pueden ser minimizados a través de adecuados análisis y diseños de casos. El uso de aditamentos ofrece ventajas y obtención de buen resultado estético al retirar el brazo retentivo vestibular de los retenedores, sin embargo el uso de estas

estructuras representan trabajos adicionales para el dentista y mayor precio para el usuario; sumado esto, el uso de las estructuras es un capítulo de discusión y confusión en el área esto por las diferentes elecciones que puede tomar el odontólogo, como son estructuras intracoronales, extracoronales, intrarradiculares, extrarradiculares, de precisión, de semiprecisión, rígidos y elásticos. Es por ello que en esta revisión se pretendió mencionar cada una de estas alternativas.

4.- Medina A. “Efectos de la prótesis parcial removible sobre la salud periodontal”⁹ vol.22 no.2 Madrid ago. 2010. Al confeccionar nosotros una prótesis parcial removible (PPR),³ tenemos que tener en cuenta que el tejido de soporte no tenga inflamación, que los dientes que sirvan de pilares para la PPR estén en buen estado para que este calce en boca de la mejor manera posible; que sea cómoda y cumpla con la función masticatoria. Al consultar artículos relacionados a la periodoncia en relación con las PPR se logra ver un marcado desacuerdo porque algunos autores dicen que se ve afectada la salud periodontal porque esta induce en la formación de placa bacteriana y otros autores dicen lo contrario, que con una buena higiene no se presenta daño al diente y al periodonto. Estudios han demostrado que, si se incrementa la placa bacteriana al usar las PPR con más presencia en las zonas vestibulares y proximales⁹ cerca a los espacios edéntulos, estos pacientes también presentaron sangrado al sondaje periodontal y pérdida de inserción.⁹ Se llevo estudios por meses en un grupo de pacientes con PPR con plancha lingual y barra lingual, encontrándose más incidencia de placa dental en el primero; así también recesión gingival profundidad al sondaje de 3 a 5 mm y recesión gingival de 2 mm .se llegó a la conclusión de que los pacientes que usan PPR deben tener una estricta

higiene oral, PPR de diseños simples y controles periódicos de mantenimiento e higiene por sus odontólogos tratantes. En cuanto a la movilidad dental, los investigadores que los conectores mayores reducen enormemente las fuerzas en los pilares concluyendo que las fuerzas tridimensionales ejercidas sobre los dientes pilares de una PPR depende de la localización de los apoyos. De la ferulización de dientes pilares algunos autores recomiendan que se ferulicen los pilares primarios para soportar las fuerzas ejercidas por las PPR, porque no se observó deterioro periodontal de los pilares ferulizados. Concluyendo que, al no presentarse placa bacteriana e inflamación, la fuerza que producen la PPR no produce pérdida de inserción ni movilidad dentaria. De la importancia del mantenimiento protésico periodontal, se evaluó en pacientes hospitalizados, pacientes que perdieron comunicación con su dentista tratante y de PPR no bien construidas, en estos casos los pacientes empeoraron su condición periodontal, llegando a presentar placa bacteriana, problemas gingivales y recesiones gingivales por ello se recomienda visitas, periódicas al dentista para profilaxis y destartaje. Esta fase de mantenimiento debe ser programada de acuerdo a las necesidades de cada paciente. Podemos llegar a la conclusión que una PPR produce cambios en la cantidad y calidad de la placa bacteriana, por ello, la higiene es fundamental para reducirla; la ferulización de los dientes pilares se recomienda cuando está reducido el soporte periodontal. Es fundamental un diseño protésico adecuado que evite efectos dañinos sobre las estructuras periodontales remanentes y que el mantenimiento protésico periodontal es indispensable para lograr un buen pronóstico a largo plazo.

5.- ³ Silva FJ, Gonçalves J, Rocha MD, Borges SA, Salazar MS, Uemura SE. Eficiencia masticatoria en portadores de prótesis parcial removible. Rev Estomatol Herediana. Sao Paulo, Brasil 2006; 16 (2): 93 - 97. En el estudio se comparó eficiencia en la masticación en pacientes voluntarios parcialmente dentados, antes y después de la colocación de prótesis parciales removibles. se seleccionó 16 personas voluntarias, las prótesis se confeccionaron por estudiantes ³ de la Facultad de Odontología de São José dos Campos - UNESP en el 2002. Luego de seis meses de la colocación de la PPR, se aplicó un cuestionario para ver la efectividad de las PPR, se les solicito que masticasen una porción de tres gramos de zanahoria cruda, llevando a cabo cuarenta movimientos masticatorios, sin y con prótesis, creando grupos: 1 y 2 respectivamente. Lo masticado fue retirado de la boca y paso un tamiz ³ con diferentes diámetros de malla (1 a 4mm), sobrepuestas en orden decreciente, después fueron separadas en tubos de ensayo conteniendo alcohol para la deshidratación y fueron llevados a una centrífuga a 2000 rpm durante 5 minutos, la masa resultante fue pesada y se obtuvo el valor en porcentaje para cada tamiz. ³ 87,5% relataron más comodidad o facilidad para masticar la zanahoria y por ende los alimentos, 62,5% redujo ³ el tiempo para masticar después de la instalación de la prótesis con un índice de satisfacción de 100% en relación con el aparato protético, pudiendo concluir que el uso de PPR y un tratamiento bien realizado mejora la eficiencia en masticación de los pacientes tratados con PPR.

6.- ²⁰ Lucas, LVM; Gennari, FH; Marcello Cohello, Goiato; Dos Santos, DM; Moreno, A; Falcón Antenucci, RM Estética en prótesis removibles Revista Cubana de Estomatología, vol. 47, núm. 2, abril-junio, 2010, pp. 224-235 Centro Nacional

de Información de Ciencias Médicas Ciudad de La Habana, Cuba. Los implantes propiciaron una mejoría significativa, con relación a las prótesis removibles, debido a su funcionalidad. El objetivo de este estudio fue explorar en la literatura científica moderna, a fin de hallar aspectos relacionados con la estética en la rehabilitación mediante prótesis removibles. Podemos establecer que los postizos completos y parciales removibles son alternativa en la rehabilitación muy empleadas en la actualidad. Durante la confección de las prótesis removibles, el cirujano dentista debe considerar la anatomía fisiológica del rostro y los principios artísticos, para devolver una apariencia natural y una sonrisa armoniosa al paciente. En vistas de que la estética en prótesis removibles, totales o parciales, ha sido poco estudiada en la literatura científica contemporánea, el objetivo de este artículo fue realizar una revisión de literatura sobre los aspectos estéticos relacionados con la rehabilitación de pacientes con esos tipos de prótesis.

7.- ARELLANO VALERIA, M. J.; OLIVARES-KELLER, D. & FLORES, M. A. Removable partial denture with distal extension and implant support, behavior and clinical consideration. *Int. J. Odontostomat.*, 8(3):419-424, 2014. Tales casos acostumbran ser resueltos por medio de prótesis parcial removible, las cuales tienen que tolerar fuerzas horizontales y de torsión, con efectos adversos a lo largo de la funcionalidad, al crear fuerzas terminales de torque contra pilares y tejidos blandos primordialmente por la distinta resiliencia de estas estructuras perjudicando de esta forma la retención, seguridad y el soporte de la prótesis dental. En el último tiempo se han reportado prótesis parcial removible mandibular en mezcla con implante en extremo independiente distal como una elección a las tradicionales prótesis parcial

removible mucosodentado y a las prótesis estáticas implanto soportadas para el funcionamiento de la dentición parcial en extremo independiente; no obstante, los reportes publicados en la literatura sobre esta elección son limitada respecto a la funcionalidad y el pronóstico. Los Movimientos de rotación de la PPR con extremo independiente, gracias a las diferentes resiliencias de las estructuras involucradas (diente y mucosa del reborde alveolar distal) (Budtz-Jorgensen, 1999) tienen la posibilidad de generar fuerzas terminales de torque contra pilares y tejidos blandos (mucosa, periodonto de los pilares y reborde alveolar del extremo libre) perjudicando de esta forma la retención, seguridad y soporte de la PPR (de Freitas et al., 2012; Ohkubo et al., 2008). En el último tiempo se han informado PPR mandibular en conjunción con implante en extremo libre distal (PPRI) como una elección a las tradicionales PPR mucosodentado y a las prótesis fijas implanto soportadas, para el funcionamiento de la desdentación parcial con extremo independiente. La finalidad de esta revisión sistemática ha sido identificar y sintetizar la mejor prueba disponible respecto a las consideraciones y comportamiento clínico de esta manera de procedimiento en la expansión distal del desdentamiento parcial mandibular (Clase I o II de Kennedy), con base a la literatura de hoy. Pronóstico Protésico y de los Implantes. La evidencia reportada respecto al pronóstico del tratamiento con PPR es un tanto reducida y a veces ambigua. Al respecto como se aprecia en la Tabla I, el tiempo de seguimiento descrito es generalmente bajo, sin embargo, Mitrani et al., describen un correcto comportamiento clínico de las PPR en los primeros 4,5 años, con poca pérdida ósea estudiada a nivel radiográfico (0,1 mm por año siguiente al primer año). Se ha señalado la necesidad de mantenciones periódicas del procedimiento protésicos fin

de mantener el control de su correcto manejo para corregir a tiempo las deficiencias que se susciten. Concluyendo: ¹ Se incluyeron en este análisis revisiones sistemáticas y ensayos clínicos, por inexistencia de metaanálisis. Pese a la pluralidad metodológica observada en los ensayos integrados, las conclusiones observadas en la sobrevida de los implantes, satisfacción del paciente y propiedades biomecánicas son semejantes. La utilización de PPR en conjunción con implantes mejoraría las propiedades biomecánicas de las tradicionales PPR, lo cual se asocia a una más grande comodidad y confort para los pacientes desdentados de clase I y II de Kennedy, manteniendo la misma tasa de triunfo de los implantes asociados a otras modalidades de procedimiento.

2.4 OBJETIVOS:

Objetivo general:

Devolver las funciones masticatorias, fonación y estética a la paciente

Objetivos específicos:

Varios de los objetivos específicos del tratamiento protésico de los individuos parcialmente edéntulos con prótesis parciales removibles son: La anulación de patologías orales en todo lo posible. Estabilizar la arcada individual, Organizar la función entre ellos, controlando los contactos entre arcos. La eliminación de las enfermedades se logra a través del tratamiento de la PPR propiamente dicho.

¹⁷ ESTABILIZACIÓN DEL ARCO INDIVIDUAL. Los dientes pueden salir de la simetría del arco al erupcionar, por la pérdida de otros aledaños o por alteraciones

de espacio. Si se pierde la continuidad de la arcada, los dientes pueden alterar su ubicación que le permite funcionar como unidad continua. El menoscabo de dicha unidad es el primer paso en una progresión cíclica de eventos que avanza hacia la desorganización de la arcada. Los resultados finales de tal progresión pueden ser la pérdida de estabilidad de dientes individuales con mayor movilidad y falta de interdigitación compatible con las arcadas opuesta. ¹³ La mandíbula reacciona cambiando su posición de oclusión céntrica a fin de acomodar el movimiento dental. Los dientes individuales pueden cambiar de una posición de alienación óptima y pueden inclinarse en cualquier dirección, presentando una acción de palanca desfavorables contra el hueso y el ligamento periodontal.

CAPÍTULO III

3.1 HISTORIA CLÍNICA

Resumen

Paciente mujer de 62 años de edad, colaboradora, acude a consulta y solicita se le atienda con una elaboración de prótesis dental removible, refiere haber portado con anterioridad prótesis dentales parciales removibles.

Como describimos en toda la historia clínica el detalle de los hallazgos encontrados en la boca de la paciente y en los diferentes sistemas, se encontró una fistula producto de un proceso infeccioso de una pieza antero superior el cual también fue tratada en el ámbito quirúrgico.

PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL:

- desfocalización**
- obturaciones dentales múltiples**
- Toma de impresión de modelos de estudio**
- Paralelización de modelos**
- toma de modelos definitivos**
- elaboración de estructuras metálicas**
- prueba de metal**
- prueba de dientes y enfilado dentario**
- acrilizado de la prótesis**
- instalación de ppr**

-controles periódicos

CAPÍTULO IV

4.1 CONCLUSIONES

La visión y enseñanza de las Prótesis Parciales Removibles deben ser bien fundamentadas en las universidades, pues estos recursos rehabilitadores fueron y seguirán siendo parte de las clínicas odontológicas por muchos años. A pesar de las reducciones en el número de pacientes edéntulos observadas en los últimos tiempos, la diferencia y contraste en las mayorías de las sociedades del mundo produce realidades sociales muy distintas, con anhelos, expectativas, necesidad y oportunidad diferentes para cada persona paciente, por lo expuesto la PPR sería en muchos casos el tratamiento de elección.

Esto sumado a que pacientes con problemas óseos y uso de fármacos que actúen inhibiendo la remodelación ósea como los bifosfonatos no podrían recibir implantes dentales que en algunos casos sería el tratamiento de elección.

Finalmente podemos decir que nuestra paciente fue rehabilitada oralmente con un par de ppr regresándole la capacidad masticatoria de fonación y estética en el margen ansiado.

CAPÍTULO V

5.2 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O.D Jorge Vieira- Acta odontol. venez v.45 n.2 Caracas 2007.realizo un estudio del Análisis de las técnicas de impresión en prótesis parcial removible,
- 2.-LUCIA GIRALDO A. “COMO EVITAR FRACASOS EN UNA PROTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLE” ANTIOQUIA 2008.
- 3.- Andrés Eloy Sánchez Y. Consideraciones estéticas en el diseño de retenedores directos de prótesis parciales removibles.2001, Venezuela.
- 4.- Medina A. “Efectos de la prótesis parcial removible sobre la salud periodontal” vol.22 no.2 Madrid ago. 2010.
- 5.- Silva FJ, Gonçalves J, Rocha MD, Borges SA, Salazar MS, Uemura SE. Eficiencia masticatoria en portadores de prótesis parcial removible. Rev Estomatol Herediana. Sao Paulo, Brasil 2006; 16 (2): 93 - 97.
- 6.- Lucas, LVM; Gennari, FH; Marcello Cohello, Goiato; Dos Santos, DM; Moreno, A; Falcón Antenucci, RM Estética en prótesis removibles Revista Cubana de Estomatología, vol. 47, núm. 2, abril-junio, 2010, pp. 224-235 Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas Ciudad de La Habana, Cuba.
- 7.- ARELLANO VALERIA, M. J.; OLIVARES-KELLER, D. & FLORES, M. A. Removable partial denture with distal extension and implant support, behavior and clinical consideration. Int. J. Odontostomat., 8(3):419-424, 2014.

7.2 ANEXOS



FIG 1y 2 Vista frontal del paciente antes y despues del tratamiento



FIG 3 Paciente edentulo parcial inferior



FIG 4 Paciente edentulo parcial inferior vista oclusal



FIG 5 Impresión de los maxilar superior



FIG 6 Impresión de los maxilar inferior



FIG 7 modelo de trabajo inferior



FIG 8 Prueba de metal y enfilado de la protesis



FIG 9 Instalación de la protesis



FIG 10, 11 y 12 Instalación de la prótesis vista frontal y laterales



FIG 13 Paciente rehabilitado

TRABAJO DE SUFICIENCIA 2DA VEZ

INFORME DE ORIGINALIDAD

26%

INDICE DE SIMILITUD

26%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	docplayer.es Fuente de Internet	6%
2	www.slideshare.net Fuente de Internet	4%
3	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	3%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
5	lookformedical.com Fuente de Internet	1%
6	1library.co Fuente de Internet	1%
7	bb9.ulacit.ac.cr Fuente de Internet	1%
8	repositorio.unab.cl Fuente de Internet	1%
9	scielo.isciii.es Fuente de Internet	1%

10	archive.org Fuente de Internet	1 %
11	rehabi2.blogspot.com Fuente de Internet	1 %
12	estomatologia2.files.wordpress.com Fuente de Internet	1 %
13	www.facebook.com Fuente de Internet	1 %
14	scielo.sld.cu Fuente de Internet	1 %
15	bibliovirtualujap.files.wordpress.com Fuente de Internet	<1 %
16	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	<1 %
17	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote Trabajo del estudiante	<1 %
18	"Minimum Design Loads and Associated Criteria for Buildings and Other Structures", American Society of Civil Engineers (ASCE), 2021 Publicación	<1 %
19	www.actaodontologica.com Fuente de Internet	<1 %

www.aulavirtualusmp.pe

Excluir citas Activo

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía Activo

TRABAJO DE SUFICIENCIA 2DA VEZ

INFORME DE GRADEMARK

NOTA FINAL

/0

COMENTARIOS GENERALES

Instructor

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4

PÁGINA 5

PÁGINA 6

PÁGINA 7

PÁGINA 8

PÁGINA 9

PÁGINA 10

PÁGINA 11

PÁGINA 12

PÁGINA 13

PÁGINA 14

PÁGINA 15

PÁGINA 16

PÁGINA 17

PÁGINA 18

PÁGINA 19

PÁGINA 20

PÁGINA 21

PÁGINA 22

PÁGINA 23

PÁGINA 24

PÁGINA 25

PÁGINA 26

PÁGINA 27

PÁGINA 28

PÁGINA 29

PÁGINA 30

PÁGINA 31

PÁGINA 32

PÁGINA 33

PÁGINA 34

PÁGINA 35

PÁGINA 36
