

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud

Escuela Académica Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**TÍTULO : REHABILITACIÓN ORAL DE UN PACIENTE
EDENTULO PARCIAL BIMAXILAR CON
PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE**

Para optar : El título profesional de Cirujano Dentista

Autor : Bachiller Alicia Del Pilar Samaniego Gonzales

Asesor : MG. López Gonzales Christian Willy.

Líneas de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

Lugar o Institución De Investigación: Consultorio Dental Maria
Auxiliadora

HUANCAYO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

A mi familia por el apoyo incondicional, el tiempo y dedicación y siempre creyeron en mí pese a las adversidades; a mis pacientes, por su paciencia y tiempo brindado y más que nada a Dios, por protegerme y darme la oportunidad de seguir adelante con mi vida en estos momentos muy difíciles.

AGRADECIMIENTO

Ante todo, a Dios por darme la bendición de poder terminar mis estudios con éxito en estos momentos muy difíciles, a mis padres por todo su apoyo y dedicación en mi formación, a mis docentes por tantos conocimientos brindados y a mis pacientes de clínica, por su tiempo y empeño.

CONTENIDO

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO.....	4
RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
2.2. OBJETIVOS.....	8
2.3. MARCO TEÓRICO.....	9
2.3.1. Antecedentes.....	9
2.2.2. Bases Teóricas o Científicos.....	13

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1 HISTORIA CLÍNICO.....	19
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....	21
3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL.....	21
3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO.....	¡Error! Marcador no definido.

CAPÍTULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO.....	35
-------------------------------	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN.....	36
----------------	----

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES.....	37
-------------------	----

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES	38
-----------------------	----

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	¡Error! Marcador no definido.
---------------------------------	--------------------------------------

RESUMEN

La prótesis removible afecta las estructuras orales de muchas formas, más que cualquier otro tipo de restauración y los errores de omisión o comisión puede resultar en series consecuencias o en un fracaso total, en un diseño puede no necesariamente asegurar el éxito, frecuentemente la omisión de uno de ellos en el fracaso.

Prótesis dental parcial removible debe estar diseñada de tal manera pueda ser convenientemente retirada de la boca y reinsertada por el mismo paciente, a pesar de que el tipo de prótesis puede tener desventajas, el bajo costo y el poco requisito para su elaboración puede ofrece alternativa de tratamiento para muchos pacientes.

Es por ello se desarrolló un caso clínico teniendo como objetivo determinar la prevalencia de paciente edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy, a través de un caso clínico paciente de sexo femenino de 53 años de edad, casada motivo de consulta “Quiero que me coloquen prótesis y me curen mis dientes”, enfermedad actual refiere que hace más de 20 años perdió sus piezas dentarias, pero hace 1 mes a tras le empezó a doler su diente superior al tomar bebidas frías y caliente el dolor es localizado, de manera punzante, es provocado de duración fugaz, de intensidad leve no recibió ningún tratamiento, a la actualidad en dolor se ha incrementado ha avanzado de manera progresiva le duele cuando come y toma bebidas frías y calientes no recibió ningún tratamiento desea que le curen y que le pongan prótesis.

Palabra clave: Prótesis parcial removible, edentulismo, Kennedy

INTRODUCCIÓN

La prótesis parcial removible es el tratamiento alternativo en la rehabilitación de pacientes desdentados parciales, fundamente por su fácil acceso debido a su bajo costo y baja complejidad de motivos que permite desde hace décadas la realización del tratamiento. Pueden sufrir deterioros con el paso del tiempo debido a diversas causas como el paciente no acude a los controles de las prótesis, falta de higiene, descuido de estos aparatos, todo esto conduce a fracturas, desgaste, pérdida de dientes protésicos, desadaptación de los retenedores. Los factores constituyen a que el paciente tenga una prótesis en mal estado, generando problemas en la salud oral. (1)

Desde tiempo atrás los estudios han evidenciado que la prótesis parcial es un campo que se ha descuidado por parte del cirujano dentista en la que viene siendo siendo lo mas abusados de todas las ramas de la odontología, confirmando que los cirujanos dentistas no cumplen los fundamentos básicos para la confección de la prótesis parcial removible, en todo el país los registros de los modelos de trabajo que se destinan los laboratorios son inadecuados, ya que las características del paciente son evadidas en gran magnitud elaborando la prótesis parcial removible. (2)

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prótesis parcial removible es un procedimiento de rehabilitación en pacientes edéntulos parciales y total es por lo que el profesional busca devolver las estructuras dentarias sustituyendo y restableciendo la salud del sistema estomatognático de manera económica y fácil de construir. (2)

La planificación y la preparación biostática son imprescindibles para la confección de la prótesis parcial removible siendo un diseño donde se refleja el planeamiento de la elaboración de la prótesis sirviendo como modelo en la fase de preparación biostática, siendo necesaria y sobre todo las características bucales de los pacientes que se están rehabilitando. (2)

La comunidad del adulto mayor presenta edéntulo total o parcial aumentando en los últimos años siendo lo que utilizan la prótesis dental para reemplazar los dientes perdidos de devolverlos las condiciones funcionales y estéticas. (3)

2.2. OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia de paciente edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy.
- Identificar cuáles son los factores que inciden en la pérdida de piezas dentales.
- Identificar que arcada tuvo mayor pérdida de piezas dentales.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. Antecedentes

Alfaro E. En el año 2019 se desarrolló una investigación teniendo como objetivo determinar las características de los modelos de trabajo para prótesis parcial removibles, metodología es de tipo observacional, transversal, descriptivo, conformada por 180 modelos de trabajo recibido en tres laboratorios, los resultados indican presencia de paralelizado en modelos de trabajo presencia de paralelizado 0%, ausencia de paralelizado 100%, presencia de descansos 27.2%, ausencia de descansos 72.8%, presencia de planos guías 15.6%, ausencia de planos guías 84.4%, presencia de diseño 21.7%, ausencia de diseño 78.3%, calidad de superficie según escala de Likert en modelos de trabajo bueno 77.8%, regular 16.7%, malo 5.6%, conclusión los resultados encontrados en este estudio evidenciaron que los modelos de trabajo para prótesis parcial removible no cumplen con las características adecuadas para la confección de una prótesis parcial removible. (2)

Quiquia A. En el año 2018 se realizó una investigación teniendo como objetivo determinar la frecuencia de errores en el diseño de prótesis parcial removible en edéntulos inferiores clase I de Kennedy en internos de odontología de la Universidad Norbert Wiener, metodología es de tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, la muestra es de 45 internos de la Universidad Norbert Wiener, los resultados nos muestran que el diseño de la prótesis parcial removible adecuado 27.5%, regular 40%, deficiente 32.5%, diseño de los apoyos de una prótesis parcial removible correcto 72.5%, incorrecto 27.5%, el diseño de las bases de una prótesis parcial removible en edentulismo inferior clase I de Kennedy correcto 60%, incorrecto 40%, la

frecuencia de error entre los componentes del diseño de una prótesis parcial removible correcto 60%, incorrecto 40%, conclusión el diseño de la prótesis parcial removible en edentulismo inferior clase I de Kennedy en su mayor porcentaje regular encontrándose como frecuencia de error un 40%. (4)

Saquipulla J. Et al. En el año 2017 se desarrolló una investigación titulada Estado de las prótesis parciales removibles realizadas en los pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en el periodo 2012 – 2015, metodología es de tipo descriptivo, corte transversal, con una muestra de 78 pacientes que reciben el tratamiento de prótesis parcial removible, resultados indican que el estado protésicos es los pacientes a quienes se les realizaron prótesis parcial removible con el 37.5% seguido por estado protésico regular en un 34.9%, estado protésico bueno en un 20.9%, y finalmente protésico malo en un 7%, las personas con edades de 40 a 60 años presentaron un estado protésico muy bueno en este estudio hubo un mayor porcentaje de mujeres, demostrando que en el año 2015 se realizaron la mayor cantidad de prótesis parciales removibles, la arcada dentaria inferior fue la más predominante que a superior. (1)

Avendaño E. En el año 2016 en sus tesis titulado prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pre grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2013 a 2014, metodología la es de tipo descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo, la población fue de 243 pacientes , 89 varones y 154 mujeres que se realiza en PPR, los resultados indican que la clase I de Kennedy es la mas prevalente con 41.3%, la siguientes clase de mayor frecuencia fue la clase I con el 32%, luego tenemos a la clase III con el 25.1%

, finalmente a la clase IV con el 1.7% la necesidad protésica removible según las historias de los pacientes que fueron atendidos en la clínica de pre grado de la facultad de odontología durante el periodo de 2013 a 2014 fue de 243 pacientes 14.1% y los que no tuvieron la necesidad protésica removible con el 85.9%, prótesis removible de la clase I Kennedy fue de 132 (7.6%) pacientes de la clase II Kennedy fue el 5.9%, de la clase III Kennedy fue de 4.7% y la clase IV Kennedy de 0.2% pacientes, conclusión la mayor prevalencia de edentulismo parcial según el género que se realizó tratamiento de PPR es el sexo femenino con 154 pacientes 63.4% a comparación al sexo masculino 36.6%. (5)

Salinas C. En el año 2018 se realizó un trabajo titulado Practicas y hábitos en pacientes edéntulos que usen prótesis parcial removible y total que acuden a la clínica integral de la Facultad de odontología de la Universidad Central del Ecuador, metodología es de tipo transversal, descriptivo, la muestra esta constituido 164 pacientes a los cuales se aplico una encuesta de 15 preguntas de la prótesis parcial removible los resultados indican que la mayoría de los pacientes de genero femenino 64.02%, la edad de 70 a 74 años de 15.24%, presentando el 37.80%, el nivel educativo de primaria y han usado prótesis dental 5 años el 59.8%, no se quitan la prótesis durante el día 33%, lo usa toda la noche mas del 50%, el 75% no se quita la prótesis durante el día el 33% lo usa toda la noche y mas el 50% no hidrata la prótesis, conclusión las practicas y hábitos de limpieza en pacientes edéntulos que emplean prótesis parcial removible y total no son las más idóneas para mantener una correcta higiene bucal. (3)

Guillen C. En el año 2017 se presentó un trabajo titulada Aplicación de un manual de prótesis parcial removible en el logro de competencia en los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Martín de Porras, metodología es de tipo experimental, cuasi experimental, cuantitativo, aplicativo, resultados muestra indican conceptual 7%, procedimental 7%, actitudinal 6%, 15 – 20 aprendizaje logrado, 11 – 14 aprendizaje regularmente logrado, 0-10 aprendizaje deficiente, pretest y posttest si 1 y no 0, valido 10-16, no valido 17-23, ambiguo 24 – 30, conclusión se aplicó la prueba t de student la que fue puesta en práctica en el grupo de control y grupo experimental y pudo evidenciarse una diferencia considerable entre ambos grupos al haber finalizado la investigación $p - \text{valor} = 0.000$ es $<$ que $p = 0.05$ en donde el valor p es inferior al nivel al nivel de significancia $p = 0.05$ de acuerdo con ello la hipótesis nula es rechazada, luego de aplicar al manual de prótesis parcial. (6)

Poveda A. En el año 2016 se realizó un trabajo teniendo como objetivo determinar la prevalencia de pacientes edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy en correlación con la edad y género en el Hospital del día Jacobo & María Elena y determinar los factores que determinan esta prevalencia, metodología es de tipo descriptivo analítico de tipo observacional, transversal con un universo de 156 paciente la muestra de 116 pacientes de ambos sexos se presentaron edentulismo parcial en las edades de 22 a 50 años o más que acudieron a la consulta, resultados indican que el universo de 154 pacientes obtenidos que acuden a la consulta odontológica en el Hospital en el 75% son edéntulos parciales, el 25% no edéntulos parciales, el 72% de la muestra fueron pacientes femeninos, el 38% masculino, 73% son hombres edéntulos parciales, la clase III modificación 1 prevaleció en ambos maxilares

de edentulismo parcial en el maxilar inferior, conclusión la clase II modificación I de Kennedy prevaleció en ambos maxilares con la pérdida de piezas dentales, además podemos concluir que mientras mayor es la edad la prevalencia y el riesgo de edentulismo parcial aumenta en cuanto al género no se encontró relevancia significativa. (7)

Bernal C. En el año 2010 en su tesis teniendo como objetivo determinar si existe relación entre el estado de conservación de la prótesis y la presencia de lesiones en mucosa de pacientes portadores de prótesis parcial removible, metodología descriptivo, transversal, prospectivo, evaluando 50 pacientes adultos portadores de prótesis parcial removible los resultados indican que no es posible establecer relación directa entre el estado de conservación de la prótesis y la presencia de lesiones ya que la mayoría de los pacientes evaluados no presentaron lesiones, la estomatitis sub prótesis fue única lesión encontrada, conclusión no existe la relación entre el estado de conservación de la prótesis parcial removible y la presencia de lesiones en mucosas. (8)

2.3.2. Bases Teóricas o Científicos

Generalidades

Los avances odontológicos han logrado la rehabilitación del edentulismo parcial mediante prótesis metálicas siendo requerida de manera intensiva alrededor del mundo siendo no considerada obsoleta.

Esta indicado su uso, tanto en individuos de edad avanzada como en jóvenes, cuando existen grandes espacios desdentados y cuando la zona edéntula no presenta piezas posteriores.

Clasificación de Kennedy

En 1925 Kennedy clasifica para el edéntulo parcial más usada actualmente en las arcadas desdentadas en cuatro tipos básicos:

- Clase I: Zonas desdentadas bilaterales ubicadas posteriormente a las piezas naturales remanentes.
- Clase II: Zona desdentada unilateral y posterior a las piezas naturales remanentes.
- Clase III: Zona desdentada unilateral con pilar anterior y posterior a esta, de tipo dentosoportada.
- Clase IV: Área desdentada única que atraviesa la línea media, en el anterior con respecto a la pieza remanente.

Existen reglas de Applegate que son aplicables a la clasificación de Kennedy en el año 1960.

Regla 1: Se realiza la clasificación luego de las extracciones de los dientes

Regla 2: Se ha perdido la tercera molar y no se ha reemplazado tener en cuenta para la clasificación.

Regla 3: En caso de estar presente una tercera molar y se le piensa utilizar como pilar en cuenta en la clasificación.

Regla 4: Si se pierde una segunda molar y no se le va a reemplazar no se tomará en cuenta para la clasificación.

Regla 5: El área de edéntulas más posteriores serán las que determinen la clasificación.

Regla 6: Las áreas edéntulas que no determinen la clasificación serán tomadas en cuenta como modificaciones y se le designará un número.

Regla 7: No se tomará en cuenta la extensión de las modificaciones solamente el número de áreas edéntulas adicionales.

Regla 8: No presenta modificaciones la clase IV, en las áreas edéntulas.

Principios Biomecánicos

Prótesis dentosoportada

Actúa de forma parecida en las fuerzas que actúan sobre ellas en los dientes siendo compensadas con los dientes remanentes en óptimas condiciones periodontales y posicionando los dientes de la prótesis en una oclusión equilibrada.

Prótesis dentomucosoportada

Estará sometida a una rotación alrededor de los tres fulcros que aparecen en las palancas que se producen uno de los movimientos que se realizan en la neutralización de los componentes rotatorios.

En segundo fulcro se sitúa sobre el plano sagital y la rotación se realizará en un plano vertical; en el apoyo oclusal en movimientos rotatorio del pilar terminal del reborde o tiende a despegarse de ella.

Componentes de una prótesis parcial removible

Afecta las estructuras orales incluso en cualquier otro tipo de restauración en los errores durante su realización pueden resultar en series consecuencias en el fracaso total. (4)

La aplicación de un principio básico en su diseño necesariamente asegurar el éxito, de uno de ellos que resulta en fracaso.

Caries:

Se define a la caries como una enfermedad transmisible, multifactorial que se caracteriza por la progresiva destrucción de los tejidos calcificados del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana.

Enfermedad periodontal:

Caracteriza por la inflamación y la progresiva destrucción del ligamento periodontal y como consecuencia la pérdida del tejido óseo de soporte, es la placa bacteriana la cual ocasiona el cálculo dentario.

Trauma:

En la mayoría de los casos son por caídas accidentales, trauma con algún deporte en accidentes automovilísticos o por masticar algún alimento muy duro en el caso de los adultos.

Diseño mandibular

Barra lingual: Se encuentra por debajo de los cuellos de los dientes dos milímetros para que sea profiláctica desde donde salen los conectores que van hacia la superficie dentaria de los mismos.

Plancha lingual: este modelo abraza a los cúmulos de los molares y para sea profiláctica se alivia a nivel de la encía 0.2 mm. Las únicas indicaciones que presenta este modelo son las contraindicaciones.

Bases o sillas

Las bases son los materiales metálicos en una reja metálica que recubren las crestas edéntulas, dentro de los materiales de la elección son el oro y el cromo.

Topes oclusales

Son un artilugio que forman un ángulo menor de 90° entre sus dos vertientes que se coloca en su foseta marginal mesial o distal pero siempre en el lado opuesto al segmento edéntulo ya que los que se colocan en el extremo de la brecha serían los retenedores directos. (9)

Retenedores

Son elementos de la prótesis parcial que se enganchan en las piezas dentarias pilares con el fin de soportar las fuerzas que tratan de alejarla de las estructuras en las permanecen.

- Retención primaria: son elementos en los dientes pilares
- Retención secundaria: son uniones que existen el plano guía y el conector mayor con el conector menor.

Conector mayor

Son estructuras importantes de la PPR que une la parte de la misma y se localiza a lo largo de toda la arcada dentaria, brindando estabilidad, retención y soporte. Teniendo terminaciones en la encía marginal debido a la localización de apartados de 3.0 – 5.0 mm del margen gingival, en el desplazamiento libre de la prótesis sobre tejidos duros y blandos de la cavidad bucal.

Los conectores mayores maxilares son:

Barra palatina simple

Barra palatina doble

Banda palatina

Placa palatina parcial

Placa palatina total

Los conectores mayores mandibulares son:

Barra lingual

Doble barra lingual

Placa lingual

Barra labial

Barra sublingual

Conectores menores

Debe constituir con la orientación perpendicular del margen, dejando una zona de alivio al sobre pase en el margen gingival del conector mayor en una distancia de 5 o 6 mm de la superficie gingival.

Este conector menor otorga estabilidad con las áreas proximales del diente pilar, brindando rigidez y un adecuado volumen sin llegar a ocasionar incomodidad con su presencia.

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1 HISTORIA CLÍNICO

ANAMNESIS

- **DATOS DE FILIACIÓN**

- NOMBRES Y APELLIDOS: L. L. C.
- EDAD: 53 años
- SEXO: Femenino
- ESTADO CIVIL: Casada
- DOMICILIO: Jr. Cajatambo N° 328
- TELÉFONO: 930610903
- OCUPACIÓN: Ama de casa
- LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Tarma- 17- 06 - 1966
- LUGAR DE PROCEDENCIA: Tarma

- **MOTIVO DE CONSULTA**

**“QUIERO QUE ME COLOQUEN PRÓTESIS Y ME CUREN MIS
DIENTES”**

- **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente refiere que hace más de 20 años perdió sus piezas dentarias, pero hace 1 mes a tras le empezó a doler su diente superior al tomar bebidas frías y caliente el dolor es localizado, de manera punzante, es provocado de duración fugaz, de intensidad leve no recibió ningún tratamiento, a la actualidad en dolor se ha incrementado ha avanzado de manera progresiva le duele cuando come y toma

bebidas frías y calientes no recibió ningún tratamiento desea que le curen y que le pongan prótesis.

- **ANTECEDENTES**

- **Generales:** madre de familia, casada tiene 3 hijos vivos sanos, trabaja en su casa corte y confección, casa rustica y material noble, cuenta con todos los servicios agua, luz, desagüe.
- **Familiares:** papa falleció de cáncer al estómago, madre viva sufre de HTA, 6 hermanos vivos sanos
- **Patológicos:** no refiere
- **Alergias:** no refiere

- **Antecedentes personales**

- Ocupación: ama de casa y en su casa tiene un taller de corte y confección
- Horario de trabajo: todos los días como ama de casa.
- Alimentación: balanceada, preferencia por proteínas ya carbohidratos
- Hábitos nocivos: no refiere
- N° de parejas sexuales: 1

- **Antecedentes familiares**

- Padres: papa falleció de cáncer al estómago, mama viva sufre de HTA.
- Hermanos: 7 hermanos, no refiere problemas algunos
- Abuelos: muertos de forma natural
- Otros familiares: no refiere

- **Antecedentes patológicos**

- Enfermedad anterior: no refiere
- Intervención quirúrgica: cesaría
- Hospitalización: 5 días por recuperación

- Medicamentos de uso frecuente: no refiere

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

- **Signos vitales**
 - Peso 73.4 kg
 - Talla: 1.55 cm
 - IMC: 19.1
 - Presión arterial: 122/68 mmHg
 - Frecuencia respiratoria: 19 rpm
 - Pulso: 80 ppm
 - Temperatura: 36 °C
 - SPO2: 92
- **Piel**
 - Textura: rugosa
 - Turgencia: conservada
 - Color: trigueña
 - Cicatrices: no presenta
 - Pigmentación: presenta efélides en ambos lados de su rostro
 - Lesiones: no presenta
- **Anexos**
 - Pelos: corto, delgado, buena implantación, liso (leicotricos), color castaño con canas.
 - Uñas: lisas, cortas forma convexa, color rosado buen llenado capilar.

3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

- **Examen extrabucal**

- **Facie:** No características
- **Cráneo:** Forma: normocéfalo
- **Tamaño:** Mesocéfalo
- **Perfil:** planoccipital
- **Cara:** Forma: Normofacial
- **Perfil:** convexo
- **Examen intraoral**
- **Tejidos blandos**
 - **Labios y comisura labial:** simétricos, delgados, normo tónico, comisura labial del lado derecho 1 mm más alto que el lado izquierdo.
 - **Carrillo:** color rosado coral, presencia de la línea alba
 - **Paladar duro y blando:** paladar mediano, forma ovalada, presencia de arrugas platinas, color rosado coral
 - **Orofaringe:** color rosado coral no infartado, forma cónica, tamaño mediano
 - **Lengua:** Saburril, normogloso
 - **Piso de boca:** profundidad mediana,
 - **Frenillos:** hiperplasia leve del frenillo, probablemente por la prótesis usada
 - **Saliva:** tipo serosa, cantidad normal
- **Tejidos duros**
 - **Maxilar superior:** tamaño mediano, forma convexa
 - **Maxilar inferior:** Tamaño mediano, forma convexa
 - **Reborde alveolar:** conservadas
 - **Zonas edéntulas:** presenta a nivel e inferior por sectores
 - **Dientes:** Numero: maxilar superior 3 piezas dentarias, maxilar inferior 7 piezas dentarias

- Tamaño: medianos
- Total: 10 piezas dentarias
- Forma: alargadas
- Color: blanco amarillento
- Diastemas: 4.2-4.3
- Alteración de posición: no *presenta*
- *Facetas de desgastes:*
 - A nivel incisal de las piezas 1.3 (grado 2)
 - A nivel incisal de las piezas 3.3 (grado 2)
 - A nivel incisal de la pieza 4.2 (grado 1)
 - A nivel incisal de la pieza 4.3 (grado 2)
- Otras alteraciones dentarias: no presenta
- **Análisis de dentaria sintomática:**
 - Piezas N° 2.2.
 - Inspección: restauración con resina, a nivel distal mancha oscura
 - Percusión: H Asintomático V sintomático
 - Exploración: asintomático
 - Palpación: asintomático a nivel vestibular y paladar
 - PVP: calor sintomático, Frio: sintomático
- **Oclusión**
 - Relación molar: derecha NR, Izquierda N.R.
 - Relación canina: Derecha clase I, izquierda NR
 - Línea media: Desviado hacia la derecha 2 mm
 - Trayectoria mandibular: Apertura: sin alteración, Cierre: desviación de 2 mm hacia la derecha

- Dimensión vertical: Fisiológica
- Grado de apertura bucal: 42
- Overbite: N.R.
- Overjet: N.R.
- Interferencias oclusales: no hay interferencias oclusales por falta de piezas dentarias
- Movimiento en céntrica: Desviación de 20mm hacia la derecha al final
- Movimientos excéntricos: no registra
- Posición de reposo y espacio libre: dvp:70mm – dvo: 68 mm EL: 2 mm
- Relación céntrica y oclusión habitual: coincide (su relación céntrica es su relación habitual)

FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES



Fotografía 45°



Fotografía frontal



Fotografía 90°

FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



Fotografía Oclusal Superior



Fotografía Oclusal Inferior



Fotografía Intraoral



Fotografía Intraoral Lado derecho



Fotografía Intraoral Lado Izquierdo

3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO

- **Diagnostico presuntivo:**
- Caries múltiples de las piezas (1.3, 2.1, 2.2, 3.5, 4.3, 4.7)
- Pulpitis irreversible asintomática de la pieza 2.2
- Edéntulo parcial del maxilar superior (clase I de Kennedy modificación 1),
maxilar inferior (clase II modificación 3)

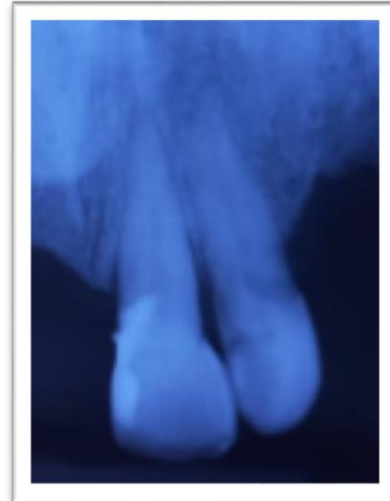
Exámenes auxiliares

- **Radiografía panorámica**



- **Informe:**
- Estructuras óseas que conforman los macizos maxilares incluyendo huesos malares, fosas nasales y cuerpos mandibulares de apariencia habitual.
- Edéntulo parcial de maxilares superior e inferior.
- Pieza 1.3: Restauración radiopaca mesial y distal, imagen radiolúcida subyacente en relación probable a recidiva cariosa con compromiso pulpar, lesión osteológica periapical.
- Pieza 2.1.: Imagen radiolúcida mesial en relación probable a lesión cariosa.
- Pieza 2.2.: Imagen radiolúcida mesial y distal en relación probable a lesión cariosa con compromiso pulpar, ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, lesión osteolítica periapical, dilaceración de la raíz.
- Pieza 3.3: Pérdida parcial de estructura coronaria, con probable compromiso pulpar, espacio del ligamento periodontal conservado.
- Piezas 4.1: Pérdida ósea alveolar moderada mesial y distal.
- Pieza 4.2: Pérdida ósea alveolar moderada mesial y distal.

- Pieza 4.7: mesioangulada, Restauración radiopaca moderada
- **Radiografía periapical:**



- Pieza 1.3: Restauración radiopaca mesial y distal, imagen radiolucida subyacente en relación probable a recidiva cariosa con compromiso pulpar, lesión osteolítica periapical.
- **Modelos de estudio**



superior



inferior



derecha

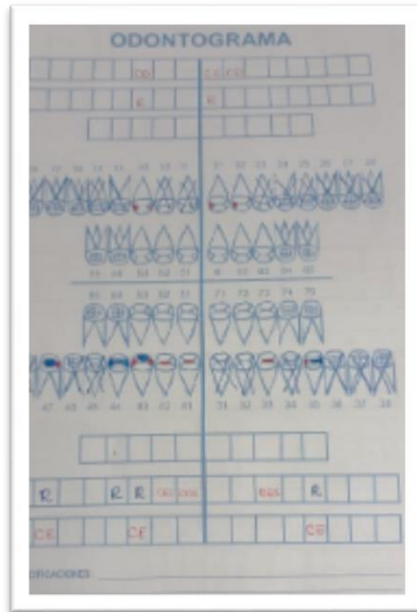


izquierda



frontal

- **Odontograma**



- **Especificaciones:**

Cuadrante I:

Pieza 1.3: Restauración con resina en mal estado a nivel mesial y distal, caries recidivante en dentina a nivel mesial y distal.

Cuadrante II:

Pieza 2.1: Restauración con resina a nivel mesial, caries recidivante en dentina a nivel mesial.

Piezas 2.2: Restauración a nivel mesial y distal con resina en mal estado, caries de dentina a nivel mesial

Cuadrante III:

Pieza 3.3: Lesión cariosa de esmalte compuesta a nivel mesial, lingual, clase III

Pieza 3.5: Lesión cariosa de esmalte, simple a nivel mesial clase V

Cuadrante IV:

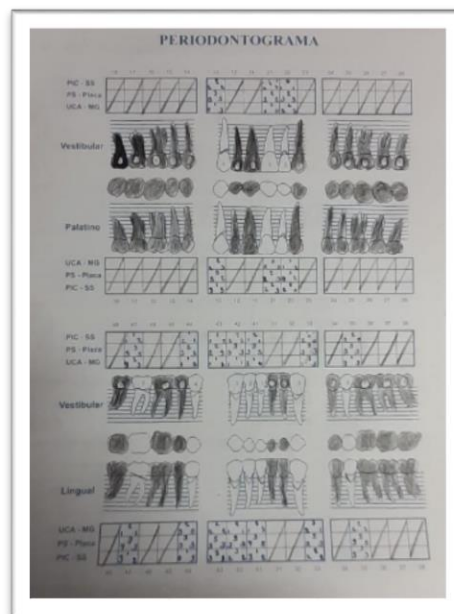
Pieza 4.1: Facetas de desgaste nivel incisal

Pieza 4.2: Facetas de desgaste nivel incisal

Pieza 4.3: Material restaurador a nivel lingual en buen estado, caries de esmalte a nivel mesial y distal

Pieza 4.7: Material restaurador a nivel oclusal, caries de esmalte a nivel mesial.

- **Diagnóstico definitivo:**
 - Caries múltiples de las piezas (1.3, 2.1, 3.5, 4.3, 4.7)
 - Pulpitis irreversible asintomática de la pieza 2.2
 - Edéntulo parcial del maxilar superior (clase I de Kennedy modificación 1), maxilar inferior (clase II modificación 3)
- **Periodontograma**

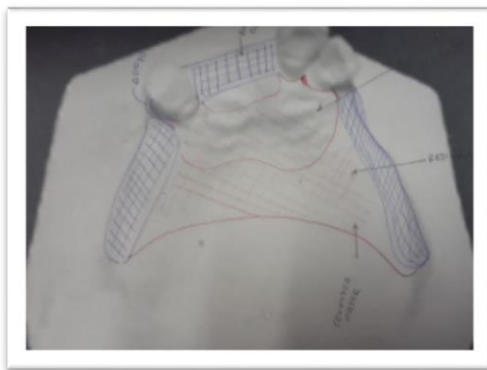


- **Diagnóstico definitivo:**
- Caries múltiples de las piezas (1.3, 2.1, 3.5, 4.3, 4.7)
- Pulpitis irreversible asintomática de la pieza 2.2

- Edéntulo parcial del maxilar superior (clase I de Kennedy modificación 1),
maxilar inferior (clase II modificación 3)

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

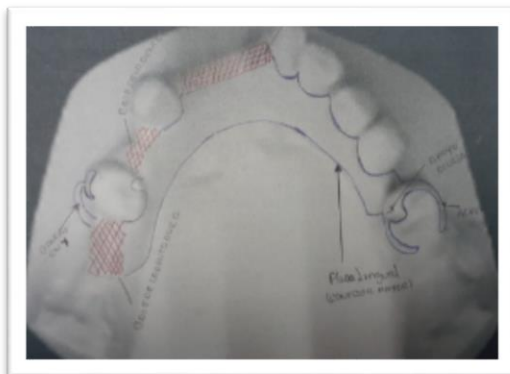
MAXILAR SUPERIOR



	VENTAJA	DESVENTAJA	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
CONECTOR MAYOR				
PLACA PALATINA PARCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Le brinda mayor estabilidad soporte y retención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acumulo de placa bacteriana. • No mejora el soporte y la retención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicado en la clase I y II de Kennedy, en el extremo libre donde se debe reemplazar. • Ausencia de piezas dentarias en anteriores • No necesita alivio 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando está presente un torus palatino.
APOYO				
APOYO INCISAL (a nivel palatino del incisivo y canino)	<ul style="list-style-type: none"> • Brinda soporte • Controla la posición de la prótesis con la relación a los dientes y tejidos. • Restaura el plano de la oclusión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crea una palanca muy grande sobre los dientes de soporte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta indicado en dientes anteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> • En restauraciones mayores a la mitad de la pieza dentaria. • Contraindicado en problema periodontal de las piezas.

		<ul style="list-style-type: none"> • Feruliza los dientes periodontalmente afectados. 			
RETENEDOR					
Gancho en forma de I	•	<ul style="list-style-type: none"> • Brinda retención y resistencia al desplazamiento del diente en dirección oclusal. • Brinda estabilidad resistencia para evitar el desplazamiento de la prótesis en sentido horizontal. • brinda soporte e impide el desplazamiento en dirección gingival. • MENOS VISIBLE y mejor estética. • El contacto dentario y gingival son mínimos y el resto de la barra se aleja del diente en momento del funcionamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta la circunferencia del diente. • Desvía los alimentos • No siempre es estético. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta indicado a nivel de mesiovestibular de la cara bucal. • Se indica en extremos libres. • Brinda mayor reciprocidad con la placa proximal y mejor función a la masticación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si hay un profundo socavado en el tejido gingival. • Piezas dentarias excesivamente inclinadas hacia la superficie lingual. • Diente muy cónico. • Cuando no hay retención por lacara vestibular. • En dientes muy vestibularizados, cuyo ecuador podría llegar a borde incisal.

MAXILAR INFERIOR



VENTAJA	DESVENTAJA	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
CONECTOR MAYOR			
PLACA LINGUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Rigidez • Presenta mayor soporte y estabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritaciones gingivales alimencio (mal diseño). • Cobertura de tejido • Puede provocar descalcificación del esmalte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa higiene oral. • Apiñamiento o diastemas en anteriores. • Puede dar irritaciones gingivales y empaquetamiento de comida.
APOYO			
Descanso oclusal	<ul style="list-style-type: none"> • Se coloca en la cara oclusal de los dientes posteriores. • Compensa las fuerzas generales en oclusión a lo largo de los ejes 	<ul style="list-style-type: none"> • Se desgasta la pieza dentaria. • Crea una palanca muy grande sobre los dientes de soporte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solo se hace el descaste a nivel de esmalte. Profundidad de 1.5 mm (mínimo 1 mm). Debe tener forma de cuchara • Contraindicado en problema periodontal de las piezas.

	<p>axiales de los dientes en que se apoyan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impide que la prótesis se desplace y lesiones tejidos blandos. 			
RETENEDOR				
En forma de ACKER	<ul style="list-style-type: none"> • Fácil de construir • Usado en base de acrílico y metálico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomenta la caries • Muy poca estética 	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I y IV • Clase II, Clase II modificación 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I y II • La estética no lo permite
GANCHO EN FORMA DE y	<ul style="list-style-type: none"> • Estético • Debe colocarse dentro de la zona infraprominencial, solo la mitad del extremo terminal. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se puede colocar en diente demasiado largos porque su ecuador se encuentra muy alto • Poca estabilidad debido a la flexibilidad en cuanto a retención. • Acumula alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta indicado a nivel de mesiovestibular de la cara bucal. • Se indica en extremos libres. • Brinda mayor reciprocidad con la placa proximal y mejor función a la masticación 	<ul style="list-style-type: none"> • Si hay un profundo socavado en el tejido gingival. • Piezas dentarias excesivamente inclinadas hacia la superficie lingual.

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE



CAPITULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO

- **Motivo del paciente**
- Debemos de evaluar al paciente para considerar acciones a tomar estableciendo procedimientos.
- Tener en cuenta los dos aspectos de la lógica, es decir análisis y síntesis utilizando diversas herramientas como la anamnesis, historia clínica, exploración física y exploraciones complementarias.
- La primera cita es el momento más importante ya que el paciente tomara la decisión de realizarse una prótesis total.
- El acumulo de los datos existentes debe aprovecharse para crear un sentimiento de entendimiento y confianza mutuo.
- **Consentimiento informado**

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA

NOMBRE DEL PACIENTE: Dr. Klydia Cely... FECHA: 01 de Julio

ENCUESTA MÉDICA Y ODONTOLÓGICA

POR FAVOR, sea sincero en el cuestionario y considere todas las preguntas (Marque SI o NO, si aplica para las respuestas correspondientes de forma clara, para cada pregunta correspondiente.

¿Esta encuesta elaborada por un médico?
• ¿Es un examen?
• ¿Se aplica para el diagnóstico?
• ¿Se aplica para el tratamiento?

¿Tiene antecedentes médicos de tipo crónico?
• Hipertensión arterial
• Diabetes
• Enfermedades cardíacas
• Enfermedades renales
• Enfermedades hepáticas
• Enfermedades respiratorias
• Enfermedades ginecológicas
• Enfermedades de la piel
• Enfermedades de los ojos
• Enfermedades de los oídos
• Enfermedades de la nariz
• Enfermedades de la boca
• Enfermedades de la garganta
• Enfermedades de la laringe
• Enfermedades de la tráquea
• Enfermedades de los pulmones
• Enfermedades de los riñones
• Enfermedades de los nervios
• Enfermedades de los músculos
• Enfermedades de los huesos
• Enfermedades de la piel
• Enfermedades de los ojos
• Enfermedades de los oídos
• Enfermedades de la nariz
• Enfermedades de la boca
• Enfermedades de la garganta
• Enfermedades de la laringe
• Enfermedades de la tráquea
• Enfermedades de los pulmones
• Enfermedades de los riñones
• Enfermedades de los nervios
• Enfermedades de los músculos
• Enfermedades de los huesos

¿Tiene hábitos de higiene bucal?
• ¿Toma agua después de comer?
• ¿Usa hilo dental?
• ¿Usa pasta de dientes?
• ¿Usa enjuague bucal?
• ¿Usa cepillo de dientes?
• ¿Usa hilo dental?
• ¿Usa pasta de dientes?
• ¿Usa enjuague bucal?
• ¿Usa cepillo de dientes?

NOMBRE DEL OPERADOR: _____

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA

¿Esta encuesta elaborada por un médico?
• ¿Es un examen?
• ¿Se aplica para el diagnóstico?
• ¿Se aplica para el tratamiento?

¿Tiene antecedentes médicos de tipo crónico?
• Hipertensión arterial
• Diabetes
• Enfermedades cardíacas
• Enfermedades renales
• Enfermedades hepáticas
• Enfermedades respiratorias
• Enfermedades ginecológicas
• Enfermedades de la piel
• Enfermedades de los ojos
• Enfermedades de los oídos
• Enfermedades de la nariz
• Enfermedades de la boca
• Enfermedades de la garganta
• Enfermedades de la laringe
• Enfermedades de la tráquea
• Enfermedades de los pulmones
• Enfermedades de los riñones
• Enfermedades de los nervios
• Enfermedades de los músculos
• Enfermedades de los huesos

¿Tiene hábitos de higiene bucal?
• ¿Toma agua después de comer?
• ¿Usa hilo dental?
• ¿Usa pasta de dientes?
• ¿Usa enjuague bucal?
• ¿Usa cepillo de dientes?
• ¿Usa hilo dental?
• ¿Usa pasta de dientes?
• ¿Usa enjuague bucal?
• ¿Usa cepillo de dientes?

RESUMEN Y EVALUACIÓN DE LA ENCUESTA

Resumen de la encuesta: Se realizó una encuesta a un grupo de pacientes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Odontología, con el objetivo de evaluar sus hábitos de higiene bucal y sus antecedentes médicos. Los resultados muestran que la mayoría de los pacientes no toman agua después de comer, no usan hilo dental, no usan pasta de dientes, no usan enjuague bucal, no usan cepillo de dientes, no usan hilo dental, no usan pasta de dientes, no usan enjuague bucal, no usan cepillo de dientes.

FECHA: 01 de Julio OPERADOR: Dr. Klydia Cely...

NOMBRE DEL OPERADOR: Dr. Klydia Cely...

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Saquipulla J. Et al. En el año 2017 menciona en su tesis que nuestro estudio determino el estado protésico de los pacientes portadores de prótesis parcial removible encontrando en muy buen estado, siendo este el porcentaje mayor en cuanto a los datos obtenidos, seguido de un estado protésico regular, recalando que no se evidencio una diferencia significativa entre los estados.

Alfaro E, En el año 2019 concluye en sus tesis que el paralelizado se encontró que ningún de los modelos de trabajo para prótesis parcial removible enviados a los distintos laboratorios evidenciaron paralelizado, en gran mayoría de los modelos de trabajo no evidencias preparaciones biostatica siendo la preparación de planos guías el procedimiento menos encontrado en la observación de los modelos de trabajo. (2)

Bernal C. En el año 2010 menciona en su tesis titulado Estado de conservación de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas de pacientes, concluyendo que el estado de conservación de la prótesis fue regular el 36%, de los 50 pacientes, el 34% mantiene en buen estado de conservación finalmente el 30% tiene mala conservación. (10)

Giraldo O. En el año 2008 menciona en su artículo científico que una prótesis dental parcial removible cuando es diseñada adecuadamente puede servir como elemento para conservar las estructuras orales remanentes y restaurar las perdidas, es por lo que el diseño incorrecto puede dar lugar a una prótesis potencialmente destructiva por tanto la planificación debe estar a cargo del clínico quien es la persona competente de realizar un buen diagnóstico. (11)

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- La prótesis parcial removible ofrece una solución para mejorar las condiciones respecto a la ausencia de piezas dentales.
- Una de las ventajas de la prótesis parcial removible devuelve las funciones tanto estéticas como funcionales del sistema estomatognático.
- Favorece a conservar el hueso alveolar o el mantenimiento de la sensibilidad propioceptiva.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar una buena evaluación de los dientes que se encuentran en la boca.
- Realizar un buen diseño de la prótesis parcial removible.
- Se recomienda tomar en cuenta todos los pasos para la confección de la PPR.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Saquipulla J, Sanchez D. Estado de las prótesis parciales removibles realizadas en los pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en el periodo 2012 - 2015. Trabajo de graduación previo al título de odontólogo. Cuenca - Ecuador : Universidad de Cuenca ; 2017.
2. Alfaro E. Características de modelos de trabajo para prótesis parcial removible en laboratorios de Lima. Tesis para optar e título profesional de Cirujano dentista. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019.
3. Chanaluisa K. Prácticas y hábitos en pacientes edéntulos que usen prótesis parcial removible y total que acuden a la clínica integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. Proyecto de investigación de investigación presentado como requisito previo a la obtención del título de odontóloga. Quito : Universidad Central del Ecuador ; 2018.
4. Quiquia A. Frecuencia de error en el diseño de prótesis parcial removible en edentulismo inferior clase I de Kennedy en internos de odontología de la Universidad Norbert Wiener Lima 2017. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Privada Norbert Wiener ; 2018.
5. Avendaño E. prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pre grado de la Facultad de Odontología de la Universidad

- Nacional Mayor de San Marcos del 2013 a 2014. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Lima : Univerisdad Nacional Mayor de San Marcos ; 2016.
6. Guillèn P. Apliacion de un manual de pròtesis parcial removible en el logro de competencia en los estudiantes de la Facultad de odontologia de la Universidad de San Martìn de Porras. Tesis para optar el grado academico de doctor en educacion. Lima : Universidad San Martin de Porras ; 2017.
 7. Poveda A. Prevalencia de pacientes edentulos paraciales segun la clasificacion de Kennedy en Hospital Jacobo & Marìa Ratinoff. Tesis para optar el grado a la obtenciòn del titulo de Odontòloga. Guayaquil : Universidad Catòlica de Santiago de Guayaquil ; 2016.
 8. Bernal C. Estado de conservacion de la protesis y presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de prótesis parcial removible. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Lima : Universidad San Martin de Porras ; 2010.
 9. Sànchez F. Manual basico. [Online].; 2021 [cited 2021 octubre 02. Available from: <file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/Dialnet-ManualBasicoDelTratamientoProtesicoParaOdontologos-660573.pdf>.
 10. Bernal C. Estado de conservacion de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de prótesis parcial removible. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Lima : Univeridad San Martin de Porras ; 2010.
 11. Giraldo O. Còmo evitar fracasos en pròtesis dental paracial removible. Revista Facultad de Oodntologia. 2008; 19(2).