

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



UPLA
UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

TÍTULO:

**REHABILITACIÓN DE PACIENTE EDÉNTULO PARCIAL CON EXTENSIÓN
DISTAL CON PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE**

Para obtener el título profesional de Cirujano Dentista

Asesor: ALIAGA OCHOA, EDGAR OMAR

Autor: ALANIA PEREZ YASMANI YIMI

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

HUANCAYO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

Se lo dedico a mi Madre y Hermana
Georgina.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios.



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

REHABILITACIÓN DE PACIENTE EDÉNTULO PARCIAL CON EXTENSIÓN DISTAL CON PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Cuyo autor (es) : **ALANIA PEREZ YASMANI YIMI**
Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**
Escuela Profesional : **ODONTOLOGÍA**
Asesor (a) : **MG. ALIAGA OCHOA EDGAR OMAR**

Que fue presentado con fecha: 19/10/2022 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 19/10/2022; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 14%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software dos veces.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 20 de octubre de 2022



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud

Ph.D. EDITH ANCCO GOMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 402 – DUI – FCS – UPLA/2022

c.c.: Archivo
EAG/vjdp

CONTENIDO

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA.....	01
AGRADECIMIENTO	02
CONTENIDO	03
CONTENIDO DE FIGURAS.....	05

CAPÍTULO II

2.1 INTRODUCCIÓN.....	09
2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2.3 MARCO TEÓRICO	10
2.3.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO	10
2.3.1. BASES TEÓRICAS	15
2.4 OBJETIVOS.....	22

CAPÍTULO III

3.1 HISTORIA CLÍNICA	23
3.2 PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	39

CAPÍTULO IV

4.1 CONCLUSIONES.....	46
-----------------------	----

CAPÍTULO V

5.1 APORTES	47
5.2 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1. Impresiones dentales	47
Figura 2. Prueba de estructuras metálicas	50
Figura 3. Prueba de enfilado encerado dental	60
Figura 4. Acrilizado e instalación... ..	68
Figura 5. Apicectomía	74

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 diagnostico 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, diagnostico, 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 una 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 rodetes 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. 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 fuerzas verticales a los pilares y evitar el movimiento de la ppr en sentido gingival. otros autores dicen apoyo mantiene 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 10º 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 muco 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 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 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 bilateral posterior a los dientes naturales, la clase 2 clase edéntulo unilateral Localizado 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 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" vol.22 no.2 Madrid ago. 2010. Al confeccionar nosotros una prótesis parcial removible (PPR), 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 proximales cerca a los espacios edéntulos, estos pacientes también presentaron sangrado al sondaje periodontal y pérdida de inserción. 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.- 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 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 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. 87,5% relataron más comodidad o facilidad para masticar la zanahoria y por ende los alimentos, 62,5% redujo 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.- 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. De esta manera, las prótesis totales y las prótesis parciales removibles son opciones de tratamiento muy utilizadas hoy en día. 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. En los casos de espacios desdentados extensos, con gran pérdida de hueso alveolar, dientes que sirven de soporte a coronas clínicas cortas, o mala situación financiera del paciente, la opción más indicada para la rehabilitación bucal es por medio de las PPRs. El 4 % muestra todos los dientes maxilares y encía adherida, los cuales son los pacientes más difíciles de satisfacer estéticamente, y el 6 % muestra de canino a canino y no la encía adherida. Algunos artificios que pueden utilizarse para solucionar el problema estético de estas prótesis son los retenedores extracoronarios estéticos: retenedor con doble eje de inserción, retenedor twin-flex y retenedor de resina. Los retenedores pueden ser intracoronarios o extracoronarios. Los intracoronarios exigen mayor desgaste del diente para su confección. Los extracoronarios, como causan aumento del contorno dental, pueden favorecer una mayor retención de placa dentobacteriana, lo que hace necesario que el paciente posea una buena higiene bucal. Estos consisten en un receptáculo plástico que va unido al enceramiento de la corona metal-cerámica con variedad de tamaños, donde el de mayor circunferencia genera mayor retención; y su captura puede ser clínica o en el laboratorio dental. También presenta el material Flexible como una nueva opción estética para los pacientes portadores de PPRs. Se trata de un material traslúcido que puede ser usado para evitar la visualización del retenedor metálico, y adherido al

almazón de la PPR resulta en la estabilización a través de la circunscripción del retenedor. Debido a la falta de resistencia a la tensión, debe presentar de 3 a 4 mm de altura y 1,5 mm de grosor, lo que lleva al recubrimiento casi total del diente de soporte.

Otra opción estética es la PPR con trayectoria rotacional o de retenedores con doble eje de inserción, en la cual un número menor de retenedores son visibles. Está indicada para casos de prótesis Dentosoportada, y los tipos de trayectorias pueden ser ántero-posterior, pósterio-anterior y lateral. La trayectoria AP es la más popular, con retenedores en los dientes posteriores. La PPR con trayectoria rotacional puede proporcionar mayor comodidad y responder más los patrones de estética dental actual. Kennedy, utilizó retenedores compuestos de un descanso o apoyo, y plano guía como elementos retentivos, con la finalidad de evitar la utilización de retenedores convencionales, especialmente en la zona de mayor importancia estética. Tran relató el uso de un retenedor distal con descanso, como una alternativa al diseño de eje rotacional, con una ventaja de retención ajustable, de ser necesario. El retenedor twin-flex consiste en un alambre trefilado soldado a un canal, confeccionado en el conector mayor de la PPR, de retención de acuerdo con la aleación, que se localiza en región cervical mesial o distal, vecina al espacio protésico; de esta manera pasa inadvertido.

Chu y Chow describen tres casos clínicos con técnicas que el clínico general puede emplear para mejorar la aceptación estética de las PPR. En el primer caso fue confeccionada una PPR con retenedor por lingual y una placa recíproca distal para permitir circunscripción de 180 grados. En el segundo caso, una clase IV de Kennedy, fue utilizada retención por las caras mesiales de los caninos, por medio de la

trayectoria de doble inserción. En el último, fueron utilizados retenedores de resina, compuestos por un polímero formado por formaldehído, que pueden recibir pigmentos para reproducir el color de los dientes.

Las Removibles y las Totales aún son muy indicadas como una opción de tratamiento para pacientes que perdieron varios o todos los dientes naturales. El restablecimiento de la estética perdida por medio del tratamiento protésico implica variables diversas, como perfil psicológico del paciente, conocimiento científico y experiencia clínica del profesional, además de factores técnicos propiamente dichos, como la selección y disposición de los dientes artificiales, contorno y coloración de las bases acrílicas y exposición de los retenedores metálicos de las PPRs. Algunas estrategias pueden ser utilizadas para mejorar el desempeño estético de las PPRs, como los retenedores. Debe también planear correctamente la distribución de las fuerzas oclusales por medio del esprintado de los dientes soportes, logrado a través del anclaje obtenido con la armazón metálica de la PPR o a través de coronas fijas. Con relación a las PPRs con retenedor con doble eje de inserción o con retenedor twin flex , Belles¹⁴ mencionó que el primero, por ser rígido, no permite que su porción retentiva anterior sea ajustada y puede generar torque en los dientes soportes, en los casos de clases I y II con modificación anterior. La asociación de PPRs con implantes es una nueva posibilidad terapéutica para pacientes que no poseen condiciones anatómicas para recibir un determinado número de implantes, para ser confeccionada una prótesis fija, o incluso, condiciones financieras. Las Pts. y las PPRs tienen una importante función en el restablecimiento del perfil armónico. En relación a la apariencia estética de las bases y de los dientes artificiales, autores como Tautin¹¹ y Espósito¹² coinciden en

afirmar que la posición apropiada de los dientes artificiales y el correcto contorno de las bases acrílicas restablecen el soporte de la musculatura del tercio inferior del rostro, y devuelven un perfil agradable al paciente. La etapa de selección de los dientes artificiales es considerada por varios autores como una etapa compleja y subjetiva, principalmente en pacientes desdentados totales. 20,22-23 Generalmente hay una relación entre el tamaño de los dientes y las proporciones faciales. 25 según Espósito, 21 esta relación ayuda a seleccionar el tamaño de los dientes, pero debe ser usada con conocimiento de que existen muchas variables en la naturaleza y que los dientes deben armonizar con el rostro y con el tamaño del arco. A pesar de que la teoría de la correspondencia entre la forma del incisivo y del rostro, divulgada por Williams, 27 no ha sido sustentada por muchas evidencias científicas, algunos autores afirman que ésta aún guía a la mayoría de los fabricantes de dientes artificiales. La literatura también acepta algunos aspectos de la relación del sexo y la edad en la selección de los dientes artificiales. 24,29,30 Espósito²⁰ también considera que el tono de la piel, la personalidad, las características sexuales y la edad del paciente deben ser analizados durante la selección de los dientes. Entretanto, como los profesionales no suelen tener registros anteriores para basarse en la selección de los dientes artificiales, ellos necesitan seguir las evidencias encontradas por los investigadores. Con relación a la disposición de los dientes en las Pts. y PPRs, Boucher y otros²¹ afirma que la inclinación de los dientes anteriores, coincide con el perfil facial del paciente, y algunos fabricantes utilizan esa característica para facilitar la selección de los dientes artificiales. Sharry³¹ describió el concepto de la separación de los dientes, obtenida a través del paso del hilo dental en la cara proximal de los dientes anteriores durante la

fase de enceramiento. Sin embargo, se debe tener cuidado para que sólo los dientes anteriores sean individualizados, pues en los dientes posteriores la higienización puede ser difícil.

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 muco Dentosoportada 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 fuer-zas 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 muco Dentosoportada 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: 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. 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. 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



UNIVERSIDAD PERUANA
LOS ANDES
Escuela Profesional de Odontología 03978



HISTORIA CLÍNICA

RIESGO SISTÉMICO	Bajo	RIESGO ESTOMATOLÓGICO	Alto	CONDUCTA	Receptiva
------------------	------	-----------------------	------	----------	-----------

FECHA	26-10-2021	H.C.	N°
-------	------------	------	----

ECTOSCOPÍA: Paciente de sexo femenina con aparente buena salud de piel blanca cabello pintado.

1. ANAMNESIS

1.1. FILIACIÓN:

NOMBRE	A	R	E
	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Como lo llaman en casa	Elvira	Esca	68 m. O. San Gerónimo
Fecha de Nacimiento	07-12-1939	Lima	21m - Huayta
Religión	Católica	Estado Civil	Casada
Procedencia	Lima	Tiempo de residencia en Huancayo	
Domicilio	Pérez Barria Obispo # 353	Ciudad	Cajamarca
Grado de Instrucción	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR
En caso necesario contactar a	Hilda Quezada Torres	Parentesco	Esposa
Domicilio	Pérez Barria Obispo # 353, Cajamarca	Teléfono	951 683 102

1.2. MOTIVO DE LA CONSULTA: Paciente refiere "Quiero que me ponga una prótesis"

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente refiere que hace más de 10 años perdió algunas piezas dentarias a causa de caries dentales y tendió a extenderse, hace 5 años que ya siente molestias al masticar por ausencia de algunas piezas dentarias pero no se realizó un tratamiento rehabilitador. El día de hoy llega a consulta para que le realicen una PPA.

NOMBRE DEL OPERADOR: Sarmoní Yimi Alania Paredes

1.3 ANTECEDENTES

Generales : Alimentación alta en harinas
 Familiares : mamá Super de Hipertensión
 Patológicos : No registra
 Alergias : No registra

2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

2.2. SIGNOS VITALES:

- Presión Arterial: 120/80 mm Hg Frecuencia respiratoria: 12 rpm
 - Pulso: 75 ppm Temperatura: 37 °C

2.3. PIEL:

- Textura: Rugosa () Suave (X) Turgencia: conservada () disminuida ()
 - Color: blanca Granelos: No presenta
 - Pigmentación: No presenta
 - Lesiones: No presenta

ANEXOS: (PELOS Y UNAS) Cabello delgado, uñas lisas y sanas
 peso 85 Talla: 1.59m IMC 35.8

FECHA: 26-10-2021

SELLO Y FIRMA DEL DOCENTE:

3. EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO

3.1. EXAMEN EXTRABUCAL

Facie: No característica

Cráneo	Normocéfalo (X)	Braquicéfalo ()	Dolicocéfalo ()
Caro	Normofacia (X)	Braquifacial ()	Dolicofacial ()

MUSCULOS	DOLOR <small>en reposo</small>	TONICIDAD
Temporal	Asintomática (I y D)	Tónica (I y D) y Derecha
Massetero	Asintomática (I y D)	Tónica (I y D)
Pterigoideo Externo	Asintomática (I y D)	Tónica (I y D)
Pterigoideo Interno	Asintomática (I y D)	Tónica (I y D)
Digástrico	Asintomática (I y D)	Tónica (I y D)
Esternocleidomastoideo	Asintomática (I y D)	Tónica (I y D)
Cervicales Posteriores	Asintomática (I y D)	Tónica (I y D)
Ampliación		

ATM: Buena apertura y cierre, no presenta dolor ni chasquido
 Región hialina o brodas: Sin alteraciones, movilidad.
 Ganglios palpables: Sin alteración.

3.2. EXAMEN INTRABUCAL

• TEJIDOS BLANDOS

Labios y comisura labial: Labios delgados de coloración rosa, presenta competencia labial buxiasa baja, hidratados.
 Carina: Coloración rosa, buena hidratación, mucosa sin lesión presencia de líneas alba.
 Paladar duro y blando: presencia de rugos palatinas, vógor medio sin alguna alteración, hidratado.
 Otorringo: Presenta una úvula única, hidratado.

NOMBRE DEL OPERADOR: Gasmani Jimi ALVARO PEREZ

Lengua:	Normoglosia, buena movilidad, buena hidratación		
Piso de boca:	Buena inserción, Hidratado, presencia de Curculas sublinguales		
Frenos:	Inserción media, sin alteraciones.		
Saliva: Tipo:	Fluida	Cantidad:	Normal
ENCÍAS			
Encías:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Falta o ausencia / Inconsistencia	A nivel de piezas: 1.3, 2.3, 3.3, 3.4 A nivel de piezas:	
Color:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Eritematoso <input type="checkbox"/> Púrpura	A nivel de piezas: 1.3, 1.5, 2.2, 2.3, 2.7, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 A nivel de piezas: 3.3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.5	
Textura:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Lisa <input type="checkbox"/> Rugosa	A nivel de piezas: 1.3, 1.5, 2.1, 2.3, 2.4, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 A nivel de piezas: 3.3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.5	
Consistencia:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edematosa <input type="checkbox"/> Firme	A nivel de piezas: 1.3, 1.5, 2.2, 2.3, 2.7, 3.1, 3.3, 3.3, 3.4 A nivel de piezas: 3.3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.5	
Ejele perfil:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aplastado <input type="checkbox"/> Greenforme	Entre piezas: 1.3, 1.5, 2.1, 2.3, 2.4, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 Entre piezas: 3.3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.5	
Amplio: TEJIDOS Duros			
Maxilar superior:	Tamaño: mediano	Forma:	Hiperbólica
Maxilar inferior:	Tamaño: mediano	Forma:	Hiperbólica
Borde Alveolar:	Conservado en gran parte		
Zonas interdentes:	(1.4, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 2.3, 2.4, 2.8) (3.6, 3.7, 3.8, 4.4, 4.6, 4.7, 4.8)		
Dientes:	Número: 14 piezas dentarias	Tamaño:	mediano
Forma:	Hiperbólica	Color:	Blanco / Amarello
		Diastemas:	No presenta
Alteración de Posición:	pieza 4.2, 3.2 presenta ligero aperturismo Dental		
Facetas de desgaste:	pieza 3.1, 3.3 / 4.1, 4.2		
Otras alteraciones dentales:	leve exposición radicular generalizada.		

NOMBRE DEL OPERADOR YASMANI YIM ALANA PEREZ.

ANÁLISIS DE PIEZA DENTARIA SINTOMÁTICA:

Pac N°: 21
 Inspección: Se observó Fístula a nivel apical.
 Percepción: Asintomático.
 Exploración:
 Palpación: No presenta movilidad Dentaria.
 Píeza dentaria con tratamiento de conducto, presencia de espiga, muñón y coronas metálicas.
 (paciente refiere poca molestia en la pieza dental de vez en cuando)

FECHA: SELLO Y FIRMA DEL DUEÑO:

Pac N°:
 ASPECCIÓN:
 PERCUSIÓN:
 EXPLORACIÓN:
 PALPACIÓN:
 SUP. Fija: Color:

FECHA: SELLO Y FIRMA DEL DUEÑO:

OCCLUSIÓN:

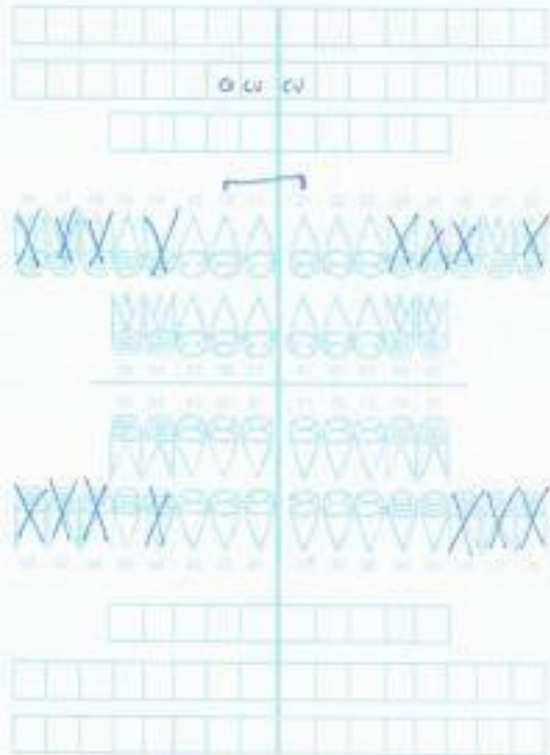
	Derecha	Izquierda	Relación canina	Derecha	Izquierda
Relación Molar	No Registrable	No Registrable		Clase II	Clase I
Línea media:	Inferior desviada al lado Izquierdo. 2mm.				
Resistencia mandibular	Normal	Apertura Normal	Clase:	Normal	
Dimensión vertical	Fisiológica (X)		Aumentada ()		Disminuida ()
Grado de apertura bucal:	45 mm				
Over bite:	20%		Over jet:	2 mm	
Interferencias oclusales:	No presentes				
Movimiento en cántica:	conservado				
Movimiento excéntrico:	conservado				
Posición de reposo y espacio libre:	2 mm				
Relación oclusal y oclusión natural:	Coincidente				

FECHA: 26-10-2021 SELLO Y FIRMA DEL DUEÑO:

NOMBRE DEL OPERADOR: YASMANI YIMÍ ALARÍA PÉREZ

(LLENAR UTILIZANDO NORMAS ESTANDARIZADAS)

ODONTOGRAMA



OPERAÇÃO: Piesa 1.2, 3.2 presentes ligera
DPI 12 meses

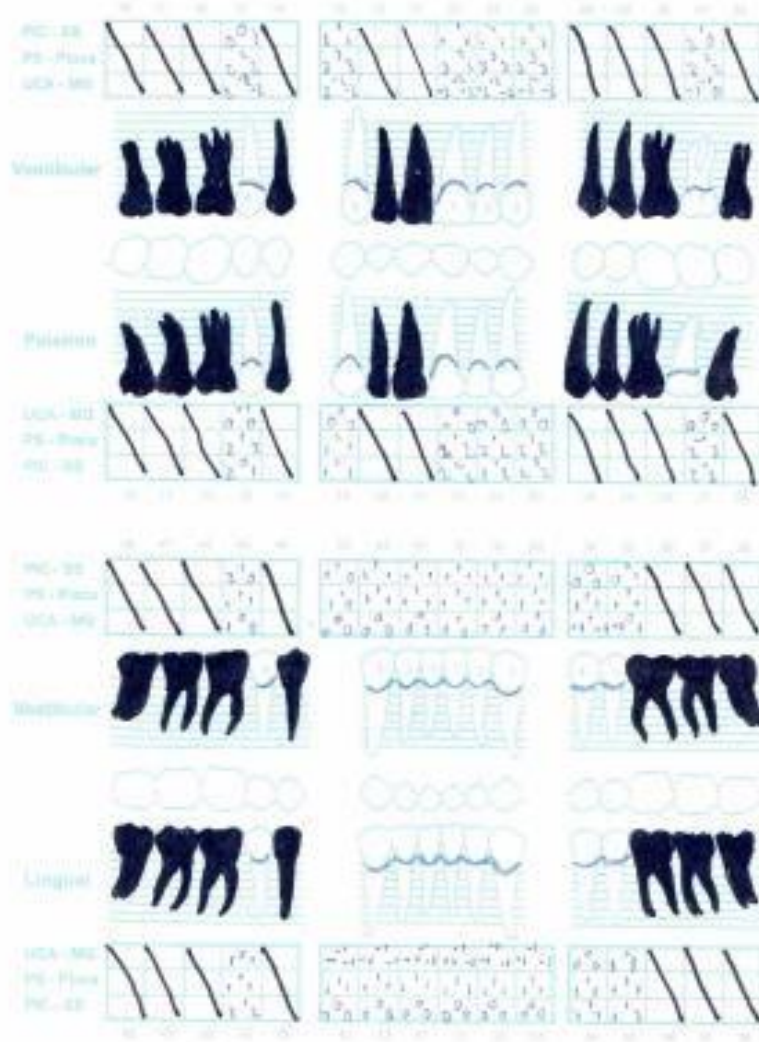
FECHA: 26-10-2011 CENTRO DENTAL DEL DR. RIVERA

- INDICE DE PLACA



NOMBRE DEL OPERADOR: YASMINI YIMÍ ALVARA PEREZ

PERIODONTOGRAMA



FECHA: 26-10-2011

NOMBRE Y FIRMA DEL INDICENTE

NOMBRE DEL OPERADOR

ALANIA PÉREZ MASMEY SIMI

4. RESUMEN DE LA ANAMNESIS Y EXAMEN CLINICO

Paciente de Sex femenino presenta

alimentación alta en harinas, su mamá

sufre de Hipertensión y IMC 35.8 (Sobrepeso)

presenta glositis en las piezas 1.3, 1.3, 3.3, 3.4
(reabsorción gingival)

Presenta reborde alveolar conservado en gran parte

Zonas edentulas: 1.4, 1.6, 1.7, 1.8, 2.4, 2.5, 2.6, 2.8
3.6, 3.7, 3.8, 4.4, 4.6, 4.7, 4.8

Presenta ligera inflamación dental en la pieza 3.2, 4.2

Facetas de Desgaste pieza: 3.1, 3.1, 4.1, 4.2

V° B°

5. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

5.1 DEL ESTADO GENERAL:

- ABEG
- LOTEP

Interconsulta:

SI

Fecha:

5.2 DE LAS CONDICIONES ESTOMATOLÓGICAS:

- Caries múltiple
- Enfermedad periodontal crónica
- Edentulia parcial
- Fístula a nivel apical de la pieza 2.1
-
-

V° B°

6. EXÁMENES AUXILIARES Y OTROS: PROFUNDIDAD Y EXTENSIÓN DEL DOLOR MANDIBULAR EN APERTURA

Radiografía periapical

V° B°

NOMBRE DEL OPERADOR

JASMINI YIMÍ ALAMÍ PÉREZ

I. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

7.1 DEL ESTADO GENERAL:

- ABEG
- LUTED

7.2 DE LAS CONDICIONES ESTOMATOLÓGICAS:

- Edentula Parcial Superior CLASE III de KENNEDY
- Edentula Parcial Inferior CLASE I de KENNEDY
- Periodontitis crónica leve asociada a placa bacteriana
- Caries múltiple
- Lesión osteolítica a nivel apical de la pieza 2.1

FECHA: 26-10-2011

SELLO Y FIRMA DEL DOCENTE:

II. PLAN Y DE TRATAMIENTO: (POR ÁREAS)

PERIODONCIA:

Índice de Higiene Oral
 Profilaxis
 Enseñanza de la Técnica de Cepillo de Base Modificado
 V-B

OPERATORIA DENTAL:

Obturaciones Resinasas

V-B

CIRUGÍA:

Apsicectomía de la pieza 2.1

V-B

ENDODONCIA:

REHABILITACIÓN OCLUSAL:

Confección de prótesis parcial Removible (Base metálica para el maxilar Superior e inferior)

V-B

FECHA:

26-10-2011

SELLO Y FIRMA DEL DOCENTE:

NOMBRE DEL OPERADOR

YASMANI YIMÍ ALAÍNA PÉREZ

10. EPICRISIS

Paciente Sexo masculino de 66 años de edad
con ABEG, lotep.
Que pide a la consulta con motivo "Quiero que me
hagan mi prótesis".

Con Diagnóstico:
Periodontitis crónica leve asociada a placa bacteriana.
Caries múltiples.
Lesión osteolítica a nivel apical de la pieza 2.1
Edentulismo parcial Superior CLASE III de KENNEDY
Edentulismo parcial Inferior CLASE I de KENNEDY

Por lo que se le realizó el siguiente Tratamiento:

Fase de Higiene ORAL
I. M. O.
Destarje.

Fase CORRECTIVA

- Impresión de De
Vacío con yeso
- Impresión de Modelo Definitivo
- Paralelizado y diseño definitivo
Base Metálica.
- Molde
- Acrilizado.
- Instalación de P.P.A.

FECHA: 26-10-2017

FELLOS (Firma del docente)

NOMBRE DEL OPERADOR



NOMBRE DEL PACIENTE: E. A. K. FECHA: 26-10-2021

ENCUESTA MÉDICA Y ODONTOLÓGICA

POR FAVOR: Lea atentamente el cuestionario y conteste todas las preguntas. (Marque sí o no, escribiendo en los recuadros preparados si ficiera falta). Esta información es confidencial.

	SI	NO
• ¿Está siendo atendido(a) por un médico?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿O por un odontólogo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Se siente mal de salud?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Está usando algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

En caso afirmativo, marque el tipo al que corresponden:

- Antibióticos	<input type="checkbox"/>	- Anticoagulantes	<input type="checkbox"/>	- Tranquilizantes	<input type="checkbox"/>
- Antidabéticos	<input type="checkbox"/>	- Insulina	<input type="checkbox"/>	- Analgésicos	<input type="checkbox"/>
- Anti-inflamatorios	<input type="checkbox"/>	- Corticoide	<input type="checkbox"/>	- Hormonales	<input type="checkbox"/>
- Medicamentos para la presión arterial o el corazón	<input type="checkbox"/>			- Otros fármacos	<input type="checkbox"/>

Escriba los nombres de sus medicinas:

	SI	NO
En caso de ser mujer:		
• ¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Toma anticonceptivos orales?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Tiene trastornos en la regla?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Padece alergia a algún antibiótico u medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Tiene alguna reacción con la anestesia local?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Padece o padeció de alguna enfermedad de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Padece o padeció del corazón o presión arterial?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Padece de febre reumática?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Padece o padeció de anemia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Le han hecho transfusiones de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Padece o padeció de alguna enfermedad gastrointestinal?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Es diabético o algún miembro de su familia lo es?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Siente mucha sed o hambre?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Ha de peso en los últimos meses?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Ha sufrido de Tuberculosis o ha vivido con personas tuberculosas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Tiene algún problema con los riñones o sistema urinario?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Tiene trastornos de tipo convulsivo o epiléptico?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Padece o padeció hepatitis o alguna enfermedad hepática?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Le han intervenido quirúrgicamente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Ha estado hospitalizado por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Ha sido tratado por algún tumor? ¿Ha sido operado?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Le han puesto transfusiones de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Padece o ha padecido algún trastorno de la alimentación? (Ejm. anorexia, bulimia, vómitos, repletos)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Se cepilla los dientes todos los días?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Cuántas veces? <u>3 veces diario</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Tiene algún diente sensible al frío, calor, dulce, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Sienten sus encías cuando usa el cepillo dental? ¿Le supuran las encías?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Ha tenido problemas cuando le han aplicado anestesia para extraer o tratar dientes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Tiene dificultad para masticar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL OPERADOR: <u>YASMIN YIMÍ ALANÍA PEREZ</u>	SI	NO



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

- * ¿Encuentra serenos, ruidos y zumbidos anormales? () (X)
- * ¿Siente algún síntoma cuando abre o cierra la boca? () (X)
- * ¿Ha tenido erupciones por las uñas? () (X)
- * ¿Aprieta o rasca los dientes? ¿Tiene algún mal hábito en la boca? () (X)
- * ¿Considera malo el estado de salud de la boca del resto de la familia? (V) ()
- * ¿Ha recibido alguna charla sobre la salud de la boca? () (X)
- * ¿Ha recibido algún tratamiento específico para la caries? () (X)
- * ¿Se contacta con una persona nerviosa? () (X)
- * ¿Padece alguna otra enfermedad o problema no mencionado que cree que debamos saber? (Se incluyen enfermedades infecciosas confesionales) () (X)
- * ¿Fuma cig? (N) (SI) () (X) ¿Número de cigarrillos por día? ()
- * ¿Beba cig? (SI) (NO) ¿Número de copas/ vasos de alcohol que bebe al día? () ¿o por semana? ()
- * Escríba aquí lo que considere oportuno sobre su salud.

POR FAVOR - Marque a su nombre y su salud o su medicación según corresponda.
- Le agradecemos que escriba su nombre.

oja ✓

FECHA: 24-10-2021 FIRMA:

DNI N°

RESUMEN Y EVALUACIÓN DE LA ENCUESTA:

paciente femenino de 62 años de edad en la encuesta realizada manifestando que no la visitaba a ningún especialista. Tampoco visita los 3 últimos meses al Hospital.

Manifesta que se cepilla 3 veces al día, también manifestando que tiene dificultad al sonreír.

FECHA: 26-10-2021

BELLO Y FIRMA DEL DOCENTE:

Nombre del Operador: YASMEN YIMÍ ALANÍA PÉREZ

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

Figs 1 – impresiones dentales preliminares







Figs 2 – prueba en metal





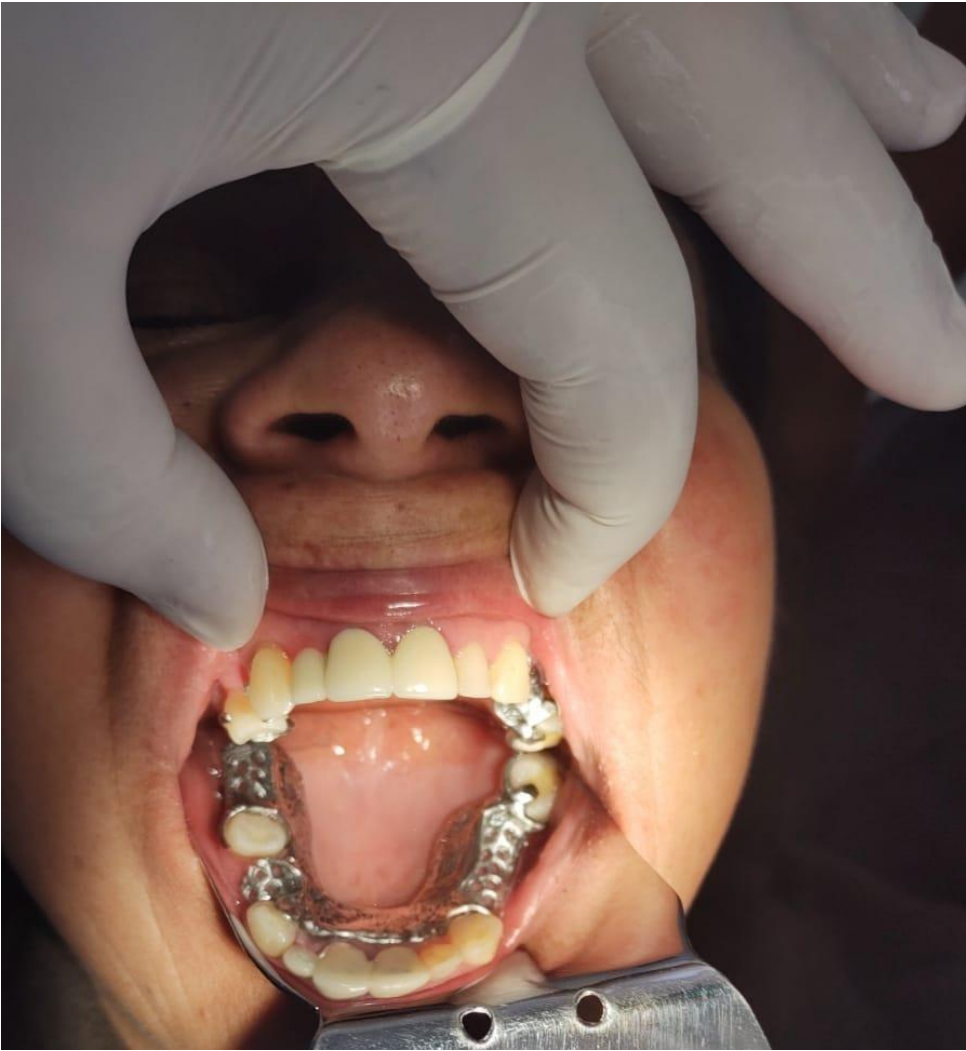






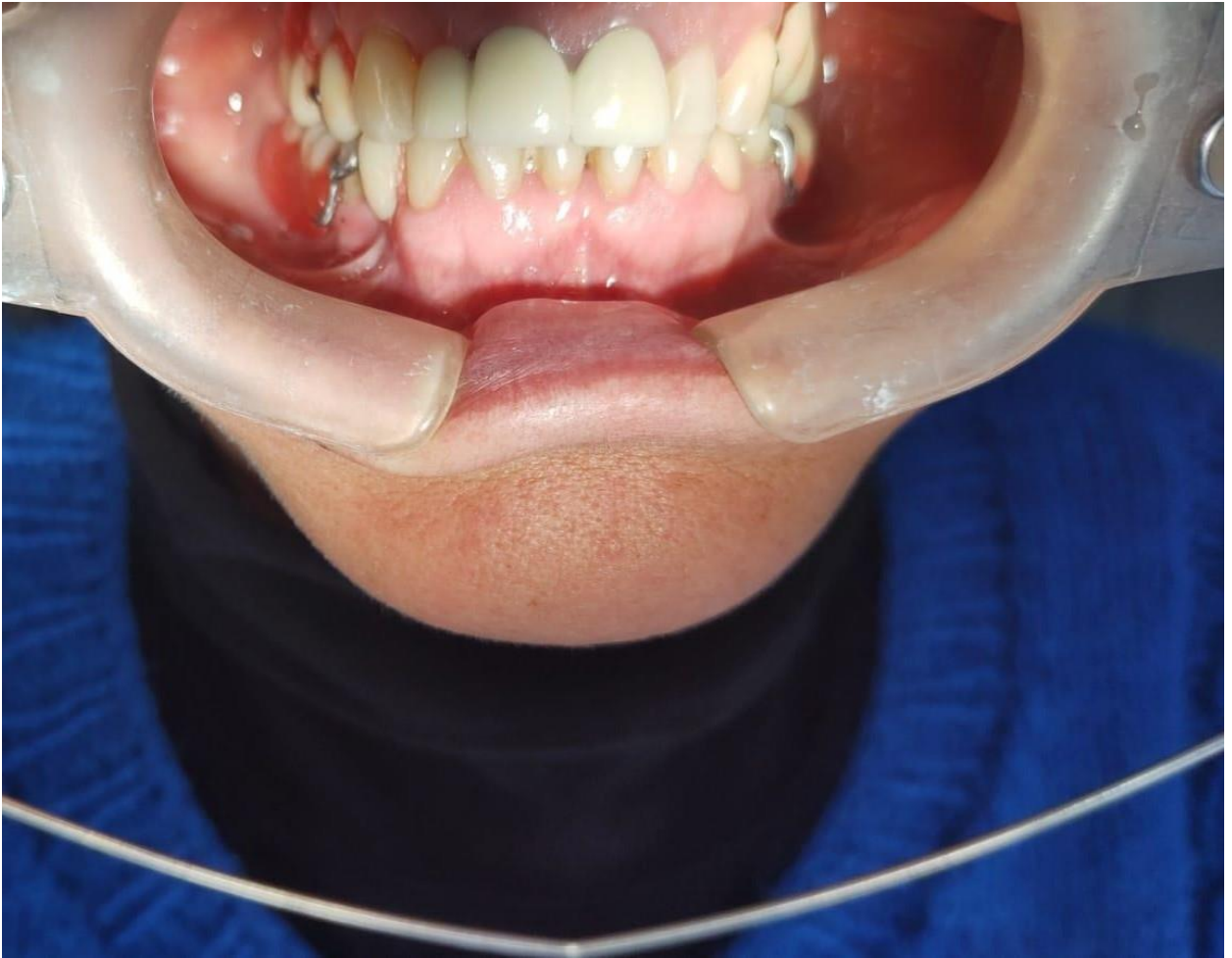






Figs 3 – prueba encerado













Figs 4 – acrilizado











Figs 5 – apicectomy

