

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Prótesis parcial removible en paciente edéntulo en el sector superior e inferior reporte de caso

Para optar: El título profesional de Cirujano Dentista

Autor: Bendezu Esteban Catherine Vanesa

Asesor: Mg. Anticona Gonzales James Raul

Líneas de Investigación de Universidad: Salud y Gestión de la Salud

Líneas de Investigación de la Escuela profesional: Investigación Clínica y Patológica

Lugar o Institución De Investigación: Clínica Particular de Odontología

HUANCAYO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

Este proyecto está dedicado a la memoria de mi hermano Luis Alberto Bendezú Esteban, quién me animó en este campo de estudio y, durante varios años facilitó mi permanencia de seguir adelante con sus palabras de aliento, apoyo y superación.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por guiarme y acompañarme en el desarrollo y proceso de superación de vida, brindándome sabiduría y paciencia para terminar mis objetivos.

A mis padres Ciprian Bendezu y Ana Esteban por el apoyo incondicional y ser mi fortaleza en el transcurso de mi vida.

A mi hijo por ser mi motor y motivo de seguir adelante.



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:

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE EN PACIENTE EDÉNTULO EN EL SECTOR SUPERIOR E INFERIOR REPORTE DE CASO

Cuyo autor (es) : **BENDEZU ESTEBAN CATHERINE VANESA**
Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**
Escuela Profesional : **ODONTOLOGÍA**
Asesor (a) : **MG. ANTICONA GONZALES JAMES RAUL**

Que fue presentado con fecha: 05/12/2022 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 06/12/2022; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

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

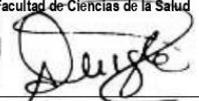
Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 13%.

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, 06 de diciembre de 2022

**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**
Facultad de Ciencias de la Salud

P.D. EDITH ANCUCHO GÓMEZ
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 502 – DUI – FCS – UPLA/2022

c.c.: Archivo
EAG/rjcbp

CONTENIDO

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CONTENIDO	iv
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	vii

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.2. OBJETIVOS	9
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	21
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL	23
3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL	24
3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO	27

CAPÍTULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO	33
--------------------------	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN	34
CAPÍTULO VI	
CONCLUSIONES	34
CAPÍTULO VII	
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	35

RESUMEN

El trabajo tiene como finalidad conocer el estado de la prótesis parcial removible que se desarrolló en los pacientes, método es de tipo descriptivo de corte transversal con la población de 78 pacientes en las fueron atendidos con la prótesis parcial removible, con la muestra de 43 pacientes, se realizó un análisis de prótesis con las variables, sexo, edad, año de realización de la prótesis, arcada dentaria y con la clasificación de Kennedy oclusión, adaptación, presentado en los pigmentos exógenos y de estomatitis en la evaluación a través del examen clínico.

Palabra clave: Prótesis, edéntulo, Kennedy

INTRODUCCIÓN

La ausencia de piezas dentarias conlleva a problemas en las personas afectando la estética, funcionamiento y masticación de los alimentos, es por lo que los estudios demuestran que las causas del edentulismo es la caries dental y enfermedad periodontal, en las que se relaciona con la edad de las personas y los malos hábitos de higiene dental.

Los tratamientos de rehabilitación en los pacientes edéntulos parciales o totales en la actualidad son varias desde la colocación de una prótesis fija, removible y hasta los implantes dentales que es por lo que varia los precios que se puedan presentar siendo desde cómodos hasta elevados.

Sabiendo también que la prótesis parcial removible puede sufrir deterioro con el paso del tiempo ocasionado a diversos motivos como: fracturas, desgastes, ausencia de pieza dental, desadaptación, siendo los factores que contribuyen a una aparatología en muy mal estado, ocasionando problemas de salud oral.

en la actualidad el estado que se encuentra la prótesis permite tener una mejor oclusión, evitar problemas del ATM y anomalías y la presencia de los pigmentos exógenos de la prótesis y una inflamación a nivel de la mucosa con relación a la base protésica indicando el estado de la prótesis parcial removible.

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país el desempeño y deterioro de los estados económicos ocasionando un alza de la salud de la comunidad y así también la vulnerabilidad del distrito con las personas edéntulas el Callao con el 72% con el rango de edad de 32 a 40 años, en el maxilar superior con el 13.4% eras edéntulos totales y el 86.6% son edéntulos parciales, como conjunto viéndose así mismo esto en países subdesarrollados siendo mencionado por la organización mundial de la salud. (1)

Los tratamientos de prótesis parcial removible son procedimientos que devuelven la anatomía y estética de las personas , y así son la forma de tener en cuenta la estructura de la PPR y el diseño es el plan de tratamiento y actúa como guía en la etapa de preparación de la cavidad bucal. Steffel afirma que el servicio de la prótesis parcial removible es el mas descuidado y negligente por parte de los profesionales y el mas abusado de todas las disciplinas de la odontología, afirmando los principales fundamentos para la construcción de la PPR. (2)

2.2. OBJETIVOS

Objetivos Generales:

- Conocer los materiales para la confección de la prótesis parcial removible.

Objetivo Especifico:

- Analizar los pasos para realizar la prótesis parcial removible.

- Determinar las variables que toman en cuenta para la confección de prótesis parcial removible.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. Antecedentes

Antecedentes nacionales

Di Natali C. desarrollo un trabajo con la finalidad de establecer su aplicación de un manual de PPR, metodología es de tipo experimental, con la muestra de 28 estudiantes, aplicándose una encuesta conteniendo las dimensiones que conforman la variable en los resultados con la prueba de t student, en la que se aplico calificaciones obtenidas en los resultados se tiene que el p valor es de 0.000 inferior a 0.05 aplicándose el manual para mejorar el logro de competencias de 15.03 con el grupo de control de 11.82 en la que se busco demostrar el cumplimiento de la hipótesis. (3)

Chalco A. Presento un trabajo que busca analizar diseño de los apoyos colusales, método es descriptivo, cuantitativo, con la población de en los resultados indican que los arcos en el inferior es de 52.6%, superior es de 100%, según las clases de Kennedy es de I el 36.1%, II el 70%, III es de 100%, según las subdivisiones es de 0 el 44.3%, 1 el 74.2%, 2 el 96.9%, 3 el 100%, según el diseño de retenedores es incorrecto el 16.5%, correcto el 100%, diseño de los conectores mayores es de incorrecto el 60.8%, correcto el 100%, según el diseño de las bases incorrecto es de 14.4%, correcto 100%, en conclusión el diseño de los apoyos que un 57% del diseño fueron ejecutados incorrectamente con relación a las clases de Kennedy y el diseño de los apoyos. (4)

Quiquia A. Se presento un trabajo que tiene como propósito determinar la frecuencia de errores en el diseño de prótesis parcial removible, con el método de observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, con la muestra de 40 internos, los resultados indican que frecuencia de error en el diseño de PPR con la frecuencia de error en el diseño es de incorrecto es 27.5%, regular 40%, deficiente de 32.5%, con la frecuencia de error en el diseño correcto es de 72.5%, incorrecto es de 27.5% con el conector mayor y la clasificación de Kennedy en la clase I es correcto 65%, incorrecto 35%, en el diseño del conector menor en la clase I de Kennedy es correcto 42.5%, incorrecto es 57.5%, diseño de los retenedores de la prótesis parcial removible es de 80% correcto, en conclusión la PPR tiene un diseño de edentulismo clase I de Kennedy es un error frecuente de 40% con N= 16. (5)

Alfaro E. se presento un trabajo con el objetivo determinar las características de los modelos de trabajo, método es de tipo observacional, transversal, descriptivo, conformada por 180 modelos de trabajo, en los resultados indican que la presencia del paralelizado es de 0%, ausencia de paralelizado es de 100%, descansos de los modelos de trabajo presencia es de 27.2%, ausencia es de 72.8%, planos guías en modelos es de 15.6%, ausencia de planos guías es de 84.4%, diseño de modelos es de 21.7%, ausencia es de 78.3%, tipo de yeso usado es de tipo IV 84.4%, yeso tipo III es de 15.6%, en conclusión el estudio de la evidencia de los modelos de trabajo para prótesis parcial removible no cumple con las características adecuadas para la confección de un prótesis. (6)

Antecedentes Internacionales

Saquipulla J. Et al. Se formulo un trabajo con la finalidad determinar el estado de las prótesis parciales removibles, método es de tipo descriptivo, corte

transversal, con la muestra de 78 pacientes, en los resultados indican que el estado protésico fueron muy bueno el 37.2%, regular es de 34.9%, bueno es de 20.9%, malo es de 7%, con las edades promedio de 40-60 años teniendo una prótesis muy buena, la clase de Kennedy I es de 25.6%, clase II es de 41.9%, Clase III es de 30.2%, clase IV 2.3%, en conclusión el estado de los pacientes con PPR se encuentra en muy buen estado. (7)

2.3.2. Bases Teóricas o Científicos

PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES

Es un tratamiento de rehabilitación oral, que reemplaza dientes perdidos y tejidos orales vecinos por medio de aparatos que el paciente puede remover o insertar de manera voluntaria (9).

El objetivo de las prótesis parciales removibles es: mantener la salud del sistema masticatorio, evitando malas posiciones dentales, distribuyendo las cargas oclusales, permitiendo así la restauración de las funciones orales, comodidad y estética sin interferir en la fonética del paciente (13) (14).

Edentulismo parcial

El edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca. Las personas que presentan esta condición, ven afectada su calidad de vida al presentar limitaciones en actividades tales como: hablar, comer y sonreír, este último afecta debido al compromiso estético que provoca al no tener todas las piezas dentarias. Las causas de pérdidas dentarias son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal (2).

Estudios realizados sobre la prevalencia del edentulismo parcial determinan

una gran pérdida dentaria, la misma que aumenta con la edad como es el caso de una investigación realizada en una población chilena en donde la prevalencia de edentulismo en el año 2003, en el rango de 35-44 años fue de 79,7% y de 98,9% en el rango de 65-74 años (15). Una investigación similar realizada por la Universidad Central del Ecuador en la comunidad de Peguche de la provincia de Imbabura, determinó una prevalencia de 67,7% de edentulismo parcial (16). Estos datos estadísticos se asemejan en el resto de países de América Latina, donde se evidencia población edéntula en grandes escalas, denotando la necesidad de tratamientos protésicos para solucionar estos problemas (17) (18).

Clasificación de las arcadas parcialmente edéntulas

Para facilitar la clasificación de los pacientes desdentados parciales se ha propuesto varios tipos, la más usada es la del doctor Edward Kennedy (1925), la cual agrupa a las arcadas desdentadas para que se pueda establecer varios principios que faciliten el diseño de cada situación clínica.

Se divide en 4 tipos básicos a los que añade modificaciones:

La clase I: son naturales en los dientes y las áreas edéntulas son bilaterales.

Clase II: son piezas remanentes y áreas edéntulas unilaterales.

Clase III: son piezas naturales en las áreas edéntulas unilaterales.

Clase IV: son las que atraviesan la línea media y las áreas edéntula unilateral.

Destacando la clasificación de las arcadas parcialmente en las zonas desdentadas con la prótesis dentosoportada y dentomucosoportadas. (9).

En relación a la clasificación de Kennedy, existen varias reglas que facilitan

su aplicación que fueron en su mayoría enunciadas por el Dr. Oliver C.

Applegate:

1. Se realiza la clasificación de acuerdo al termino de la cavidad oral.
2. Se considera de acuerdo a la falta de la tercera molar siendo reemplazada.
3. Se utilizan las terceras molares como piezas de soporte en la clasificación.
4. Las segundas molares son reemplazadas con la ausencia de un antagonista.
5. La existencia de varias zonas desdentadas en la arcada dentaria.
6. Se determinan como modificaciones en las áreas edéntulas.
7. la modificación del número de ellas y la existencia de áreas modificadas.
8. Clase I, II y III y sus modificaciones. (9)

COMPONENTES DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Tenemos en la PPR:

El Apoyo: Son estructuras metálicas que dan la fuerza del funcionamiento de la prótesis y los movimientos.

Retenedores directos: son los que resisten al desplazamiento de los elementos de la prótesis.

Retenedores indirectos: son perpendiculares a la línea de fulcro con la rotación de la prótesis alrededor de ella.

Conector mayor: se encuentra en la parte del lado opuesto de la arcada.

Conector menor: se unen al conector mayor de la prótesis.

Bases protésicas: dan encuentra a la prótesis parcial removible en las que pueden ser reemplazadas por metálicas y acrílicas.

Placas proximales: sirven como guía de los elementos retentivos y estabilizador del protector del margen.

Dientes artificiales: son piezas que sustituyen a las ausencia de los dientes. (19)

ESTADO DE LA PROTESIS

La forma en que se encuentra la prótesis después de ser instaladas y son instaladas en boca siendo considerada los parámetros basados en evidencia científica y la práctica de la prótesis. (20)

1- Oclusión

La armonía oclusal entre las prótesis parciales removibles y los dientes naturales remanentes junto a un correcto diseño del aparato protésico, lleva a una rehabilitación protésica adecuada para el paciente edéntulo parcial que va a determinar cómo se integra el aparato protésico a la función del sistema oral, de modo que cumpla con el objetivo de preservación del remanente biológico y que las actividades básicas de la masticación, deglución y fonación sean adecuadas (9) (21).

- En la fase de apertura y cierre: son de manera uniforme y simultánea (9).
- Oclusión excéntrica: son el guía de los movimientos en la oclusión tanto de manera lateral y protrusión describiendo la continuidad.
 - Función o guía canina: son los que se dan en los movimientos de lateralidad de trabajo, el canino inferior se desplaza por la cara palatina del canino superior, desocluyendo el lado de no trabajo y las restantes piezas del lado de trabajo.
 - Función de grupo: son el contacto de las piezas con el canino y el lado de trabajo, ya sean dientes posteriores o dientes anteriores. En estos movimientos los contactos del lado de trabajo generan desoclusión del lado de no trabajo evitando interferencias. En movimientos de protrusión tenemos:
 - Guía anterior: son los dientes anteriores en relación dinámica con los dientes anteriores superiores, en movimientos de protrusión mandibular, en este tipo

de movimiento debe haber una desoclusión de los dientes posteriores sin la presencia de interferencias (22).

En estos movimientos en clase I, II y III de Kennedy se aplican los mismos principios oclusales que en pacientes dentados.

En una clase IV de Kennedy se procura tener una oclusión balanceada bilateral, al igual que en casos en donde tengamos una dentadura antagonista que sea una prótesis completa, se debe procurar una oclusión balanceada bilateral en movimientos excéntricos (9). Esta Oclusión balanceada bilateral se refiere a contactos dentales simultáneos durante los movimientos excéntricos (lateralidad y protrusiva), las fuerzas oclusales laterales generadas durante los movimientos son compartidas por todos los dientes y la articulación temporomandibular (23) (24).

2- Retenedores y adaptación de la prótesis parcial removible

Los retenedores son elementos diseñados para mantener y retener la prótesis removible en boca, evitando que se separen de los dientes y de las mucosas durante la masticación, las cuales deben estar adaptados de manera correcta y funcional sobre el diente pilar. Los retenedores se colocan sobre la cara externa del diente pilar para su retención, la misma que se basa en la resistencia del metal a la deformación, que es proporcional a la flexibilidad del brazo retenedor (25).





AUTORES: Juan Saquipulla; Diego Sánchez.

Componentes de un retenedor

Dentro de los componentes de un retenedor tenemos los siguientes:

- **Cuerpo y hombro:** parte que conecta al apoyo oclusal y los hombros del retenedor con el conector menor y descansa sobre la línea ecuatorial. Lugar donde nacen todos los elementos constitutivos del retenedor, este debe ser rígido y estar ubicado arriba del ecuador dental, proporcionando estabilidad a la prótesis.
- **Apoyo:** elemento rígido, ubicado en las caras oclusales de molares, premolares o a nivel de las caras palatinas o linguales de incisivos o caninos de los dientes remanentes, estos apoyos evitan los movimientos intrusivos de las prótesis hacia los tejidos blandos y protege las estructuras periodontales.
- **Gancho recíproco:** contrarresta las fuerzas ejercidas por el gancho retentivo, consta de un hombro y una punta con una forma de media caña, ubicada hacia oclusal del ecuador dental, en la superficie opuesta al brazo retentivo, su espesor es uniforme en toda su extensión y es más grueso que

las fuerzas del brazo retentivo.

- Gancho retentivo: son la fuerzas ejercidas con el gancho reciproco, brinda retención a la prótesis y está ubicado por debajo de la línea ecuatorial, en sus dos tercios incisales es rígido y se ubica por encima del ecuador dental; la punta es más delgada y se ubica en la zona retentiva por debajo del ecuador dental, la forma ahusada le da flexibilidad, y se deforma para pasar sobre el ecuador, ofreciendo resistencia cuando la prótesis es desplazada en sentido oclusal. La fuerza ejercida sobre el pilar por el brazo retentivo del gancho debe ser neutralizada por una fuerza igual u opuesta, esta función la cumple el brazo reciproco (19) (26). Para determinar si el retenedor está correctamente adaptado al diente pilar se procede a observar clínicamente que “una vez conseguida la posición final de asentamiento” todos los elementos del retenedor de la PPR se adapten correctamente al diente pilar, sin lesionar a los tejidos periodontales (10) (27).

Ilustración 3: COMPONENTES DE UN RETENEDOR.



Fuente: diseño de la prótesis

3- Estomatitis subprotésica

Habitualmente se localiza en el paladar duro en los pacientes que utilizan

prótesis dentales removibles, por lo que se define como un proceso inflamatorio de la mucosa bucal.

Existen varios factores predisponentes, como son: la falta de higiene oral, edad, infecciones por *Cándida*, diabetes, déficit inmunológico, consumo de tabaco y permanecer con la prótesis colocada por la noche. La patología siempre se presenta en portadores de prótesis extraíbles, pudiendo provocar traumatismos de repetición, reacciones alérgicas y alta probabilidad de formación de nichos para microorganismos y residuos alimenticios, esto cuando sus superficies son rugosas (28).

En 1962, Newton propuso una clasificación de esta entidad, basada en la apariencia clínica de la inflamación de la mucosa de los maxilares debajo de la prótesis, las mismas que se describen a continuación:

Tipo I: Existencia de puntos eritematosos o áreas hiperémicas localizadas.

Tipo II: Presencia de una zona difusa hiperémica en los tejidos de soporte de la prótesis.

Tipo III: Presencia de lesiones de aspecto papilomatoso (28) (29).

Ilustración 5: PRESENCIA DE ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA.

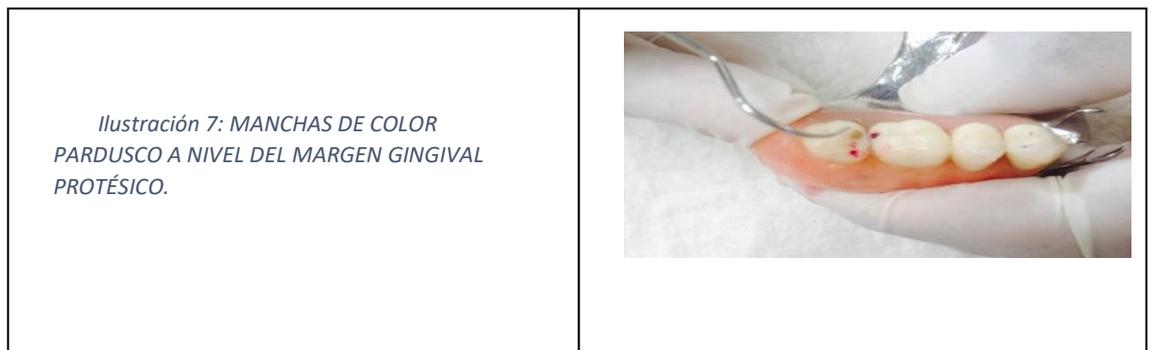


4- Pigmentos exógenos

Son los que brindan el color de las piezas dentarias de manera que la superficie brindan el envejecimiento y deterioro después del largo tiempo y las sustancias cromáticas consumidas diariamente.

Causas de la pigmentación externa:

- Alimentos: te, vino y chocolate, las resinas acrílicas con la capacidad de sorción y la saliva y líquidos tales como potencias cromogénicas.
- El tabaco, el fumar ocasiona la precipitación de alquitranes que afectan a la prótesis y las manchas que ocasionan en los dientes artificiales removible ocasionadas con la nicotina y el color amarillento. (31)



Tiempo de uso

Son los que sufren con el paso del tiempo la prótesis de los dientes y una mala higiene y los hábitos alimenticios, la duración de la prótesis son factores que ayudan a conservar a la prótesis como una buena higiene bucal, y la durabilidad de la prótesis teniendo a la prótesis en buen estado. (36).

Especificaciones del estado protésico

Determinan a la prótesis y los portadores de la PPR caracterizándose en los márgenes e instalación de la características de las partes y la objetividad detallada:

- 1- La elaboración de la PPR y sus características principales permiten conseguir una adecuada oclusión y armonía en los pacientes y los portadores que tienen como característica a la valoración de la oclusión y clasificación de Kennedy.(9) teniendo en cuenta la clase I, II y III:

Clase I, II Y III de Kennedy

Son los que determinan la simulación bilateral de las arcadas dentarias en la apertura y cierre.

La guía canina y evaluación de los puntos de contacto en el desplazamiento y desoclusión de lado de no trabajo en los movimientos de lateralidad.

Clase IV de Kennedy

- Son el contacto bilateral de la arcada dentaria. (9)
- En los movimientos de oclusión balanceada bilateral, que consiste en contactos dentales simultáneos durante los movimientos excéntricos (lateralidad y protrusiva). (9) (21) (22)

Ilustración 9: DETERMINACIÓN DE LA OCLUSIÓN USANDO PAPEL ARTICULAR.



2. Adaptación de los retenedores: para determinar si los retenedores están adaptados se procede a observar clínicamente: el brazo retentivo, el brazo opositor junto con el apoyo oclusal, palatino o lingual dependiendo el caso; una vez hecha la posición final de asentamiento de la PPR se adaptan correctamente al diente pilar sin lesionar a los tejidos periodontales (10) (27). Si los retenedores cumplen estas características se marcará como adaptado, por el contrario si los retenedores no cumplen con estas características, se marcará como no adaptado.



AUTORES: Juan Saquipulla; Diego Sánchez.

3. Pigmentación de la prótesis: con el pasar del tiempo tienden a pigmentarse ya sea en su base o a nivel de los dientes artificiales, esto debido a diversas causas ya explicadas anteriormente,

(30)(31) (32) para poder determinar estos pigmentos exógenos se procede a observar clínicamente la presencia o no de estos, según dos parámetros:

- a.** La ausencia de los pigmentos artificiales y sin pigmentos.



- b.** son los pigmentos de los dientes en base a la prótesis.

AUTORES: Juan Saquipulla; Diego Sánchez.

- 2-** La estomatitis subprotésica son los que padecen por la prótesis mal adaptadas y ciertas alternativas en su mal estado, ocasionando que la mucosa de los portadores de PPR y su clasificación por Newton sin clasificarla (28) (29).



AUTORES: Juan Saquipulla; Diego Sánchez.

Escala de medición de la PPR

Se considera la colusión

- La retención de la adaptación
- La ausencia de pigmentos
- La estomatitis subprotésica

La escala presentada en este estudio no tiene validación, debido a que no existen estudios de este tipo, por lo tanto se propone que esta escala sea validada para posteriores estudios.

CAPÍTULO III

CASO CLÍNICA

3.1 HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

- **FILIACIÓN**

- **PACIENTE:** J. C. P.
- **EDAD:** 52 años
- **GENERO:** Masculino
- **FECHA DE NACIMIENTO:** 12/08/1969
- **LUGAR:** Huancayo
- **ESTADO CIVIL:** Casado
- **DOMICILIO:** Jr : Lobato N° 245
- **GRADO DE INSTRUCCIÓN:** Superior

- **MOTIVO DE CONSULTA**

“No tengo piezas dentarias y deseo poder tener prótesis”

- **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente refiere que le extrajeron sus piezas dentarias de muy joven por que le dolía posterior a ello menciona que no quería colocarse prótesis porque tenia algunos dientes, pero hace unos años se extrajo un diente mas por ello a la actualidad desea colocarse prótesis porque no podrá comer y masticar bien sus alimentos.

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

- **PESO:** 72 kg
- **TALLA:** 1.62 cm

3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

- **Examen extrabucal**

- FACIE: No característica
- CRÁNEO: Normocefalico
- CARA: Normo facial

- **Examen intraoral**

- Labios y comisura labial:

Labios con competencia labial hidratados, simétricos, presencia del filtrum, presencia de la línea de Klein , presenta una coloración rosada lisa y suave , comisura labial de aspecto normal, color marrón claro definido , arco de cupido ligeramente marcado .

- Carrillos:

Con presencia de línea alva normal, lado izquierdo (Color rosado, hendidura al centro del carrillo) Lado Derecho (dos pequeños agujeros con centro 1mm)

- Paladar duro y blando:

Presencia de arrugas palatinas color rosado pálido, presencia de rafe medio, color rosado. Paladar Blando, color rosado, consistencia suave.

- Orofaringe:

Amígdalas de color rojizo intenso, con puntos en forma de racimo de uva situados en la úvula.

- Lengua:

Normoglosia de forma triangular, sin alteración y de consistencia tónica.

- Piso de boca:

De forma ovalada, con presencia notoria de vasos sanguíneos.

- Frenillos:

Frenillo sin alteración evidente inserción normal.

- Saliva: Tipo Fluida, acuosa y transparente.
- Reborde alveolar: Sin compromiso.
- Dientes: Número: 9 piezas dentarias
- Tamaño: Normodoncia
- Diastemas: No presenta

FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES



FOTOGRAFÍAS INTRAORALES





3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO

- **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**
 - Caries Múltiple
 - Prótesis parcial removible superior
 - Prótesis parcial removible inferior

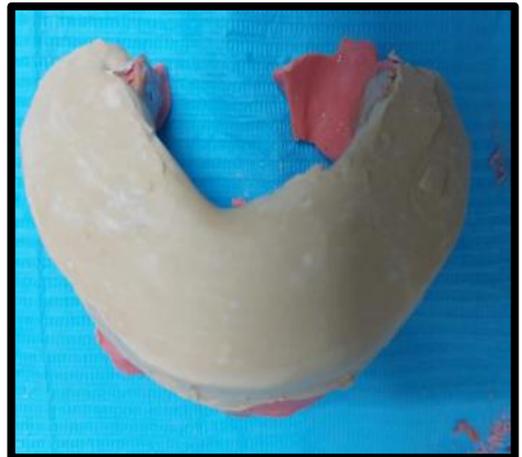
PROCEDIMIENTO

1. Realización de la historia clínica.
2. Toma de impresión superior e inferior



3. Diseño de la estructura metálica
4. Diseño de los planos guías y nichos

5. Toma de impresión definitiva



6. Adaptación de la base metálica



7. Colocación del rodete en cera



8. Montaje en el articulador

9. Enfilado de las piezas dentarias artificiales

10. Prueba de diente y la oclusión

11. Prótesis terminada



CAPITULO IV

4.1. TRATAMIENTO

- Historia clínica
- Evaluación
- Diagnostico presuntivo
- Exámenes auxiliares
- Diagnóstico definitivo:
- Fase de higiene: Índice de Higiene Oral
- Fase recuperativa: Restauración de las piezas dentarias, realización de la prótesis removible en el superior e inferior.
- Fase de mantenimiento: índice de higiene oral
- Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRACTICA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS DE LA RELACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL.

NOMBRE DEL PACIENTE: Dr. Efraim Efraim Villalaz
FECHA: 20/01/2019 CLÍNICA: 1 FRECUENCIA: 1

1. Yo, Dr. Efraim Efraim Villalaz identificado con DNI N° 72023173 por medio del presente documento, en mi calidad de paciente, en pleno y normal uso de sus facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Docente, Dr. Efraim Efraim Villalaz para que por intermedio y con el concurso de sus colegas, asistidos a su dirección así como los asistentes que él seleccione, y los demás profesionales de la salud que se requieran me practique la siguiente intervención quirúrgica y/o realice el siguiente procedimiento: Exodoncia, extracción, cirugía.

2. El Docente en relación queda autorizado para llevar a cabo o solicitar la práctica de condutas o procedimientos odontológicos adicionales a los que se autorizaron en el punto anterior cuando el buen resultado del tratamiento así lo exijan.

3. El Docente informa al paciente de la existencia de riesgos, generales y específicos imprevisibles que por sus mismas características no se pueden evitar y que el paciente declara que los conoce y que comprende en su totalidad la implicación de cada uno y posibles de que en desarrollo del curso de la intervención o del tratamiento se puedan producir.

4. El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgados previa evaluación que del paciente fue hecha al docente y estudiante del área responsable con el objeto de justificar las condiciones clínico-patológicas y previa información que el Docente me ha hecho con respecto a los riesgos, previos y consecuencias que puedan derivarse de la intervención consentida. En los términos que me fueron consignados en la historia clínica. Declaro que he recibido previa y suficiente las explicaciones sobre las alternativas y que he sido acordado en el momento que he leído y manifestado al respecto.

5. Si me he manifestado que existe riesgo de incapacidad o fatal prevención, los cuales por este motivo, no puedo ser advertido y en consecuencia, otorgo expresamente que no asumo por haber entendido bien que la odontología no es una ciencia exacta y por ello no otorgo consentimiento absoluto ni absoluto para el paciente un buen resultado, al cual no dependo exclusivamente del diagnóstico y por ello no puedo ser garantizado.

6. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia que pueda llegar a requerirse, sea administrada y me han sido advertidos los riesgos que para el caso acompaña la administración de ANESTESIA. He recibido satisfactorias explicaciones a este respecto y sus datos que he leído y entendido me han sido acordados.

7. He leído todas las instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser revocado o dejado sin efecto por la simple decisión del sujeto firmado antes de la intervención realización del tratamiento.

8. Se me ha explicado que la atención odontológica de que será objeto es desarrollada conjuntamente por el docente y los estudiantes que están bajo su supervisión y formación. En efecto, se me explica de manera clara y completa esta situación a la que declaro mi expresa aceptación y asumo las especiales condiciones que en tratamiento en estas circunstancias genera.

9. Autorizo que a condición de que no se mencione el nombre del paciente, sus exámenes de laboratorio de patología, sus radiografías y fotografías, pueden ser utilizadas con fines de enseñanza, investigación y/o divulgación científica.

Declaro que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

Dr. Efraim
PRIMA DEL PACIENTE
DNI N°: 72023173

Dr. Efraim
PRIMA DEL ESTUDIANTE

PRIMA Y SELLO DEL ODONTÓLOGO RESPONSABLE DEL ÁREA

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Chanaluisa K. menciona que los hábitos en el uso de prótesis parcial removible son regulares en el 50%, de las mujeres de 45 a 49 años portador de la prótesis parcial con el 26.83%, usando los hábitos de prótesis con el 60% por más de 5 años no se quitan la prótesis con el 75% y más del 50% tiene la boca seca. (8)

Román H. concluye en su tesis que la prevalencia de la prótesis y la clasificación de Kennedy en Latinoamérica porque se parece al indicador del estado de mantenimiento de las piezas dentarias. (9)

Así mismo Peralta F. menciona que el edéntulo que se considera la gravedad y resistencia de la salud bucal con consecuencia de los nivel sociales y económica, según la OMS en países subdesarrollados y países en desarrollo.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- Se busca cumplir con los objetivos plateados.
- La confección y adaptación de la prótesis es un éxito.
- Los modelos de la prótesis se consiguen de acuerdo a la clasificación de Kennedy.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- Se recomienda tomar en cuenta los controles de la prótesis después de su colocación.
- Se recomienda prótesis parciales removibles.
- Se recomienda usar los hábitos de higiene bucal y el mantenimiento de la prótesis.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Peralta F. Necesidad y situación de prótesis dentales en pacientes adultos que acuden a la clínica dental docente de la UPCH de Julio a Setiembre en el año 2015. Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
2. Agurto R, Coronado M, Herrera L. Calidad del diseño de los componentes de la prótesis parcial removible base metálica en modelos de trabajo en un laboratorio dental. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo ; 2015.
3. Natali CD. 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. Tesis para optar el grado académico de doctor en educación. Lima : Universidad San Martín de Porras ; 2017.
4. Chalco A. Análisis de la calidad del diseño de prótesis parcial removible en modelos de trabajo en laboratorios del Cercado de Lima 2008. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Arequipa : Universidad Católica de Santa María ; 2009.
5. 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.

6. Alfaro E. Características de modelos de trabajo para prótesis parcial removible en laboratorio de Lima. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2019.
7. Saquipulla J, Sácnchez D. Estado de las prótesis parciales removibles realizadas en los apcientes atendidos en la facultad de odontologia de la Universidad de Cuenca en el periodo 2012-2015. Trabajo de graduacion previo al título de odontologia. Cuenca: Universidad de Cuenca ; 2017.
8. Chanaluisa K. Practicas y hábitos en pacientes edéntuulos que usen prótesis parcial removible y total que acuden a la clínica integral de la Facultad de Odontología de la Universidad de la Universidad Central del Ecuador. Quito: Universidad Central del Ecuador ; 2018.
9. Roman H. Prevalencia de pacientes de prótesis parcial removible atendidos en centro de Salud comunidad saludable 2020 Sanchez Cerro Sullana. Tesis para optar el título profesioanl de Cirujano Dentista. Piura : Universidad Nacional de Piura ; 2021.