

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

REHABILITACIÓN DE PACIENTE CON REBORDE ALVEOLAR  
RESIDUAL SUPERIOR TIPO I E INFERIOR TIPO II MEDIANTE  
PRÓTESIS COMPLETA REMOVIBLE

Para optar: El Título Profesional de Cirujano Dentista

Autor: JOSUE EDGARDO CRISPIN CHAVEZ

Asesor: MG. ALIAGA OCHOA EDGAR OMAR

Línea de investigación institucional: Salud y Gestión de la Salud

HUANCAYO – PERÚ

2022

## **DEDICATORIA**

A mi querido padre, por su permanente preocupación para que su hijo logre su ansiada profesión universitaria.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis docentes por su empeño en  
que logremos las metas de aprendizaje.

A la Universidad Peruana los Andes,  
por brindarme la oportunidad de superación profesional  
dentro de sus aulas.



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 CON REBORDE ALVEOLAR RESIDUAL SUPERIOR TIPO I E INFERIOR TIPO II MEDIANTE PRÓTESIS COMPLETA REMOVIBLE

Cuyo autor (es) : CRISPIN CHAVEZ JOSUE EDGARDO  
Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD  
Escuela Profesional : ODONTOLOGÍA  
Asesor (a) : MG. ALIAGA OCHOA EDGAR OMAR

Que fue presentado con fecha: 30/03/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 03/04/2023; 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 18%.

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, 03 de abril de 2023



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES  
Facultad de Ciencias de la Salud

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

CONSTANCIA N° 143 - DUI - FCS - UPLA/2023

c.c.: Archivo  
EAG/vjchp

## CONTENIDO

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO.....	4
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCION.....	7
CAPITULO 1.....	8
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.2 FORMULACION DEL OBJETIVO.....	9
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	9
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	10
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	10
2.2 BASES TEORICAS.....	13
CAPITULO III: DESARROLLO DEL CASO CLINICO.....	16
3.1 HISTORIA CLINICA.....	16
3.1.1 ANAMNESIS.....	16
3.1.2 EXAMEN CLINICO.....	16
3.1.3 TRATAMIENTO.....	17
CONCLUSIONES.....	18
APORTES.....	18
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	19
ANEXOS: PROTESIS COMPLETA .....	21

## CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1. Selección de cubetas cribadas superior e inferior.....	21
Figura 2. Implementación de cubetas cribadas superior e inferior con godiva verde.....	21
Figura 3. Toma de impresion primaria con alginato maxilares superior e inferior.....	22
Figura 4. Modelo maxilar superior para el análisis.....	22
Figura 5. Modelo maxilar inferior para su análisis.....	22
Figura 6. Confección de placa base maxilar superior.....	23
Figura 7. Confección de placa base maxilar inferior.....	23
Figura 8. Enfilado de dientes maxilar superior derecho.....	24
Figura 9. Enfilado de los dientes anteriores superior derecho e izquierdo.....	24
Figura 10. Enfilado de los dientes anteriores inferior derecho.....	25
Figura 11. Enfilado de los dientes anteriores inferior izquierdo.....	25
Figura 12. Fotografía frontal de paciente edéntulo total.....	26
Figura 13. Fotografía mostrando el reborde alveolar en maxilar superior.....	26
Figura 14. Fotografía mostrando la forma del reborde alveolar inferior.....	27
Figura 15. Colocación de prótesis total superior e inferior.....	27
Figura 16. Prueba de la adaptación de los fondos en ambos maxilares.....	28
Figura 17. Prueba de la adaptación de los fondos en ambos maxilares.....	28
Figura 18. Prueba de los movimientos de lateralidad y extrusión.....	29
Figura 19. Prueba fonética.....	30

## **RESUMEN**

La recuperación de la capacidad masticatoria de los pacientes constituye una de las preocupaciones más recurrentes del profesional odontólogo, para satisfacción de los pacientes, en los últimos años los avances de las técnicas y materiales han hecho posible la confección de aparatos protésicos que les permiten recuperar inclusive la función fonética y estética, en tal sentido se plantea la adaptación de una prótesis completa como alternativa al edentulismo.

El presente caso se desarrolla mediante la rehabilitación protésica en un paciente adulto de 65 años edéntulo total con reborde alveolar residual superior de Clase I (menor reabsorción y mucosa elástica) con una forma ovoide, mientras que el maxilar inferior presentó un reborde alveolar compatible con una clase II (mayor reabsorción) y muy irregular. En esta ocasión se utilizó dientes de acrílicos monoplanos para tener mejor estabilidad en la prótesis al momento de la masticación, que a decir de los controles resultó un éxito.

Palabras Clave: Rebordado alveolar residual, clase I, Clase II

## **ABSTRACT**

The recovery of the patient's ability to chew is one of the most recurrent concerns of the dental professional, to the satisfaction of the patients, in recent years advances in techniques and materials have made it possible to manufacture prosthetic devices that allow them to recover even the phonetic and aesthetic function, in this sense the adaptation of a complete prosthesis is proposed as an alternative to edentulism.

The present case is developed through prosthetic rehabilitation in a totally edentulous 65-year-old adult patient with an upper residual alveolar ridge of Class I (less resorption and elastic mucosa) with an ovoid shape, while the lower jaw presented an alveolar ridge compatible with a class II (greater reabsorption) and very irregular. On this occasion, monoplane acrylic teeth were used to have better stability in the prosthesis at the time of chewing, which, according to the controls, was a success.

Keywords: Residual alveolar ridge, class I, Class II

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia del ser humano, se constituyó en una de las principales preocupaciones el reemplazar los dientes perdidos causados por efectos de patologías bucales como: caries y traumatismos principalmente, que desencadenaban la pérdida total de las piezas dentarias haciendo necesario su reemplazo mediante las prótesis completas removibles por su accesibilidad para el paciente.

. Se tiene conocimiento que desde tiempos remotos se evidenciaban restos de piezas protésicas incipientes, pero no es sino hasta el siglo XV que surgen las prótesis dentales completas; cabe resaltar que no debe haber ninguna desviación en toda la cadena del proceso de confección ni debe cometerse ningún error para el éxito de la rehabilitación en la actualidad.

El presente trabajo tiene como objetivo general conocer y describir la técnica rehabilitadora a través de una prótesis completa removible en paciente con reborde alveolar residual superior tipo I e Inferior tipo II.

Se describe la confección de la prótesis completa removible con base deacrílico y dientes monoplanos, y la posterior instalación en el paciente teniendo en cuenta los principios estéticos, fonéticos y funcionales para su correcta estabilidad dentro de la cavidad bucal.



## CAPITULO I

### 1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La preocupación del poblador en general desde tiempos inmemoriales ha sido mantener su capacidad masticatoria, condición que le permita tener acceso a todo tipo de alimentos. Y conforme evolucionaba la tecnología odontológica, Sin embargo, cuando la pérdida de dientes se produzca ¿cómo restaurar las facultades que estos proporcionan?, ante esta última realidad se han propuesto a lo largo del tiempo técnicas de rehabilitación para recuperar la capacidad masticatoria en primer lugar.

Pero no sólo la preocupación viene del lado masticatorio, ahora desde el lado de la estética también se han hecho innumerables aportes desde la forma de los dientes artificiales y el tipo de material que deben estar confeccionados, pero esta falta de dientes en la arcada también afecta la fonética y tiene que ser rehabilitada esta función utilizando las dimensiones adecuadas del espacio edéntulo, el principal motivo de la pérdida de dientes es sin duda la caries dental, en un estudio la OMS asevera que la caries dental es un problema de salud pública en la mayoría de países del mundo dada a u alta prevalencia afectando a niños, adolescentes, jóvenes y adultos; cuyas consecuencias van desde la destrucción coronaria hasta la inflamación e infección del tejido pulpar ocasionando la perdida de la pieza dentaria.

Este problema ocasiona que las piezas dentarias, como característica predominante en la belleza facial de las personas, no han estado exentas de dicha curiosidad por lo que han sido sujeto de numerosas investigaciones tanto para prevenir su deterioro, como para tratar de restituir su ausencia o daños producidos en su estructuras principalmente por la compleja enfermedad llamada caries, la cual, se ha constituido en la excusa perfecta por la que ha dado rienda suelta a la búsqueda de materiales que se asemejan de forma estético-funcional a los tejidos dentales que van a restaurar. (1)

En el Perú esta enfermedad muestra una prevalencia del 96% en zonas urbanas, y un 880.7% en población rural, así mismo se observa índices altos de CPOD y ceod ubicándonos según la organización panamericana de la Salud en un país en estado de emergencia. (2)

## **1.2 FORMULACION DEL OBJETIVO**

### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL:**

Conocer y describir la técnica rehabilitadora mediante prótesis completa removible en paciente con reborde alveolar residual superior tipo I e Inferior tipo II.

## CAPITULO II: MARCO TEORICO

### 2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

En base a los estudios anatómicos de los seres vivos la evolución se da en períodos de cientos o miles de años, por ello en la antropometría del ser humano los estudios no pueden circunscribirse a aquellos de reciente data porque la anatomía del ser humano no evoluciona rápidamente y en nuestro reporte citaremos los siguientes trabajos:

**Oliveira de Almeida E et al**, en el año 2007 realizaron un trabajo titulado prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes, en la que conjugaron que para el paciente anciano la prótesis dental cumple la función integradora familiar, social, mantenedora de la salud general y elevadora de la expectativa de vida. Asimismo, algunos cambios fisiológicos, patológicos y funcionales que ocurren con los elementos dentales en la tercera edad pueden repercutir en el tratamiento protésico. En dicho trabajo la revisión bibliográfica destaca los aspectos fundamentales que deben ser considerados en el tratamiento protésico de pacientes ancianos. Se destacan las particularidades de la prótesis parcial removible, prótesis total removible, prótesis parcial fija y prótesis sobre implante, así como las indicaciones de higiene oral. Concluyen que el cirujano dentista debe acordar con el paciente la mejor alternativa de tratamiento para cada caso específico y elegir aquella opción más adecuada a la capacidad de higiene bucal del paciente. (3)

**Diaz F et al**, en el año 2013 presentan el reporte de un caso clínico donde fue utilizada una prótesis total inmediata como reemplazo inmediato de los dientes perdidos. En estomatología preventiva y conservadora que se vive en la actualidad, raras son las ocasiones en que un paciente dentado se convierte en edéntulo. Sin embargo, hay algunos pacientes en cuyos casos la extracción de los dientes y la fabricación de prótesis totales son una realidad. Debemos estar preparados para ayudar al paciente y hacer la transición lo menos traumática posible, en sentido psicológico y fisiológico. Concluyen que la prótesis total inmediata nos proporciona la oportunidad de dar la transición del estado dentado al edéntulo. A continuación, se presenta un caso clínico en el cual se realiza una prótesis total inmediata reproduciendo la estética natural del paciente, lo que disminuye el trauma psicológico. (4)

**Moreno B**, en su trabajo titulado : influencia de las prótesis totales desadaptadas sobre los tejidos de soporte en ancianos del hogar “Chimborazo” quito – ecuador en año **2014**

afirma que las prótesis totales desadaptadas por el tiempo de uso prolongado sin que sean controladas periódicamente o por errores durante su proceso de confección, generalmente ocasionan lesiones en la cavidad bucal, que con el tiempo pueden manifestarse como úlceras traumáticas, crecimiento de tejidos, reabsorción ósea acelerada del reborde alveolar, entre otras manifestaciones; también pueden ocasionar problemas psicológicos y sociales en cada individuo. Estas patologías afectan a un gran porcentaje de la población de ancianos portadores de prótesis totales; con estos antecedentes, el presente estudio tiene como objetivo confirmar la existencia de una relación entre las prótesis totales desadaptadas y las lesiones de los tejidos de soporte protésico en ancianos de hogar “Chimborazo” de la ciudad de Quito-Ecuador. Para el trabajo se realizó una observación clínica de la cavidad bucal, fotografías, evaluación clínica de las prótesis, elaboración de una encuesta y toma de impresiones. Los resultados revelaron la existencia de relación entre las prótesis totales desadaptadas y las lesiones de los tejidos de soporte protésico siendo la más frecuente la úlcera traumática con un promedio de 66% de pacientes con esta lesión.

Concluyendo que ninguna prótesis cumplía con los parámetros necesarios para que funcione sin causar daño a los tejidos. La necesidad de un control constante de las prótesis y la rectificación de las mismas, así como el control clínico del estado de salud bucal de los pacientes se hacen necesarios. (5)

**Vanegas E et al, en el 2016** estudiaron la Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica universitaria Cuenca Ecuador cuyo objetivo fue: Conocer la frecuencia y relación de los tipos de edentulismo con el estado nutricional, calidad de vida, género y edad de los pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca. Población: Se analizaron 378 pacientes adultos para determinar el tipo de edentulismo más frecuente. Material y métodos: El estado nutricional se calculó mediante el índice de masa corporal y el impacto en la calidad de vida se analizó con el cuestionario OHIP 14. Se registraron los datos en SPSS vs.21 y se ejecutó el análisis de Odds Ratio. Los resultados fueron: el edentulismo parcial es el tipo de pérdida dental más frecuente (75%), la clase III de Kennedy fue predominante en ambos maxilares (42% maxilar superior y 40% mandíbula). Se observó asociación entre la calidad de vida y edentulismo (OR: 0,06 IC95% (0,03 – 0,11) edentulismo parcial, OR: 2,85 IC95% (1,747 - 4,647) edentulismo total) pero no se encontró relación entre el edentulismo con el estado nutricional y el género de los pacientes. El grupo de edad mayor a 40 años se consideró un factor de riesgo de edentulismo total (OR: 20,10 IC95% (7,188 - 56,203)).

Concluyendo que: El edentulismo es un factor de riesgo para una menor calidad de vida. Además, la pérdida dental depende de la edad, a mayor edad, mayor riesgo de edentulismo. No hubo predisposición por el género, afectando a ambos géneros por igual, y finalmente no existe correlación entre el edentulismo parcial o total y el estado nutricional de los pacientes. (6)

**Laguna M, en el 2018**, en su tesis: presencia de estomatitis subprotésica en adultos mayores portadores de prótesis total del albergue de Canevaro, lima que tuvo como propósito, comprobar la presencia de la estomatitis subprotésica en adultos mayores portadores de prótesis totales del Albergue. Durante el estudio se examinaron 96 individuos portadores de prótesis, donde se llevó a cabo una exploración visual empleando equipos básicos de diagnóstico, situando la zona de la lesión, el tiempo de uso de la prótesis y el estado de conservación de la misma. Teniendo como resultados: la presencia total de la estomatitis subprotésica fue el 100%; el tipo de grado más encontrado fue el tipo II con 58.3%; seguidamente del grado I con 29.2% y un 12.5% del grado III; las lesiones aumentaron en personas que usaron prótesis totales por más de 5 años. Conclusión: la elevada frecuencia de pacientes con diversos grados de estomatitis subprotésica está vinculada con la presencia de factores como: el estado de conservación de las prótesis y el tiempo de uso de la misma, afectando de manera significativa la salud oral de los pacientes en estudio. (7)

**Valencia A, en el año 2019** determina el impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en los pacientes portadores de prótesis total y prótesis parcial removible atendidos en la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la UNMSM después del tratamiento rehabilitador. Estudió una muestra de 217 pacientes que recibieron tratamiento rehabilitador con prótesis removible durante los años 2016, 2017 y 2018. Índice usado: General Oral Health Assesment Index (GOHAI). Variables: sexo, edad, tiempo de portador, tipo de prótesis removible, percepción de la estabilidad y retención de la prótesis removible. Se obtuvo una puntuación de 52.44 del índice GOHAI en los participantes lo que indicó una moderada autopercepción de la calidad de vida relacionado a la salud oral. Por otro parte, se determinó una relación estadísticamente significativa entre el índice GOHAI y la autopercepción de la estabilidad y retención de las prótesis removibles, sin encontrarse una relación estadísticamente significativa entre el índice GOHAI y el tipo de prótesis removible, sexo, edad y tiempo de potador. Dichas variables no fueron factores determinantes en el impacto de la calidad de vida de los pacientes estudiados. (8)

## **2.2 BASES TEORICAS**

### **Caries dental**

Universalmente se ha coincidido en definir a la caries dental como una enfermedad multifactorial ocasionada por bacterias, especialmente *Streptococos Mutans* y *Lactobacilos* que forman parte de la placa bacteriana y capaces de producir ácido acético y propiónico ocasionando la desmineralización de las superficies de las piezas dentarias, esta conceptualización encierra generalmente el aspecto microbiológico de la etiología de la caries dental.

Es la patología que causa en mayor frecuencia la pérdida de las piezas dentarias seguida de la enfermedad periodontal y los traumatismos, situación que condiciona al paciente en el tiempo a la pérdida completa de las piezas dentarias y siendo necesaria la implementación rehabilitadora mediante las prótesis completas removibles.

### **Edentulismo completo**

A pesar de los esfuerzos realizados, la pérdida de dientes y el edentulismo siguen teniendo una alta frecuencia alrededor del mundo. Se estima que entre el 7% y el 69% de las poblaciones adultas de todo el mundo se ven afectadas con un edentulismo completo, que se define como la pérdida de todos los dientes permanentes. (9)

El crecimiento poblacional, adherido a las difíciles condiciones económicas actuales, posibilitarán que el edentulismo y el uso de prótesis convencional continuarán a niveles actuales o mayores. De igual manera, la pérdida de los dientes provoca la reabsorción del hueso alveolar circundante (reborde alveolar) seguido de remodelación que eventualmente conduce a la atrofia de las crestas edéntulas.

### **Reborde residual alveolar**

Es un concepto que se utiliza para describir los cambios que afectan la cresta alveolar después de las extracciones de los dientes, y continúa incluso después de la cicatrización de la zona de extracción

La remodelación ósea en la zona edéntula, consiste en la reabsorción del reborde residual alveolar como un proceso de pérdida ósea que se presenta en todos los pacientes edéntulos, con una considerable variación diferente de individuo a individuo en el grado de pérdida de hueso postextracción dentaria y el uso de prótesis completas siendo cuatro veces mayor en la mandíbula que en el maxilar (10). Las consecuencias de la reabsorción del reborde alveolar residual son un problema tanto para el paciente como para el rehabilitador. La reducción de la

cresta alveolar residual es una de las más importantes secuelas orales de un desdentado completo.

Al remodelarse el hueso que soporta los dientes perdidos, la encía también cambia de tamaño, amoldándose al nuevo espacio formado. Por ello, los tejidos blandos de la cavidad oral se ven afectados de forma negativa por la pérdida dental, esto puede estar agravado por factores como el incremento de la edad, uso previo de dentaduras completas, entre otros factores.

Atwood, asevera que la pérdida de piezas dentarias conduce invariablemente a la atrofia de la cresta alveolar residual siendo irreversible, crónica, progresiva y acumulativa, además planteó que tres grupos principales de cofactores parecen influir en la serie de eventos, desde la cicatrización de heridas del alvéolo afectado hasta la reabsorción del proceso alveolar. Estos cofactores son: (a) estructura anatómica de la mandíbula, (b) biología del individuo (edad, sexo, equilibrio hormonal, etc.) y (c) factores mecánicos como la fuerza aplicada al hueso alveolar y la influencia de procedimientos protésicos. (11)

### **Tipo de reborde**

Establecida según la clasificación de Seibert: se da en función del colapso del reborde alveolar luego de la pérdida de piezas dentarias en función de la pérdida de dimensión vestibulolingual o apicocoronaria.

### **Zonas protésicas del maxilar superior y mandíbula**

Las zonas comprenden las áreas anatómicas de los rebordes residuales y estructuras adyacentes que se intervienen en el soporte de la base protésica, es necesario reconocer e identificar sus características marginales y basales y ejercer sobre estas superficies las presiones que puedan tolerar bajo control fisiológico. (12)

En el maxilar superior tenemos:

- El contorno o sellado periférico
- La zona principal de soporte
- La zona secundaria de soporte
- La zona de alivio
- El Sellado posterior
- En la mandíbula se tiene:
- El contorno o sellado periférico
- La zona principal de soporte
- La zona secundaria de soporte
- La zona retromolar
- El sellado posterior

### **Prótesis completa**

Se utilizan para rehabilitar a pacientes que no presentan ningún diente en ambos maxilares. Como consecuencia de la caries dental que es un proceso originado por la acumulación en la estructura dentaria de placa bacteriana que destruye la estructura dentaria iniciando por el esmalte, para continuar su avance hasta la pulpa dental. (13)

Etiología de la Caries:

Está constituida como una enfermedad severa de mayor coincidencia que tiene la capacidad en cualquier superficie dentaria que se encuentra en la cavidad oral, en las que se origina por la putrefacción o algún tejido dentario dañado de la pieza dentaria cariada, la caries se inicia con una separación ubicada de las estructuras inorgánicas en las superficies de la pieza dentaria. (14)

### **Principales microorganismos causales de la caries**

La caries dental está causada por microorganismos que participan en:

- El desarrollo inicial de la enfermedad
- La progresión de las lesiones establecidas

Desarrollo inicial de la enfermedad:

El *S. mutans* está relacionado con numerosos estudios que actúan sobre la pieza dentaria con la biopelícula de placa cariogénica al mismo tiempo en la saliva aumenta los microorganismos antes de la formación de la caries. (15)

Progresión de las lesiones establecidas

Actúa el *Lactobacilos spp*, *Actinomyces spp*, y otros microorganismos capaces de sobrevivir y proliferar en medios ácidos, como el hongo que se ven favorecidos por las condiciones del medio promovidos por los estreptococos mutans. (12)



## CAPITULO III: DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

### 3.1 HISTORIA CLÍNICA

#### 3.1.1 Anamnesis

- Nombre: César Augusto Crispín Huamán.
- Sexo: Masculino.
- Edad: 65
- Dirección: El Porvenir Mz. A Lot 3, La Oroya.
- Número de Emergencia: 961781923, 954112961
- Motivo de Consulta:

Paciente portador de prótesis total por 25 años. Debido al desgaste de los dientes de la prótesis que usaban anteriormente y al dolor muscular en el lado derecho de su cara, presenta una desadaptación en ambas prótesis superior e inferior de igual manera ambas se encuentran muy deterioradas por lo que el paciente desea unas prótesis nuevas.

- Antecedentes Personales:

No refiere sufrir de ningún tipo de alergia ni encontrarse bajo algún tipo de tratamiento médico o toma de medicamentos, sólo refiere que hace 20 años sufrió una parálisis facial del lado izquierdo.

- Antecedentes Familiares: Ninguno
- Signos Vitales: Presión Arterial 120/90, frecuencia cardiaca:65, frecuencia respiratoria: 20, temperatura :37

#### 3.1.2 Examen clínico

##### 3.1.2.1 Examen extrabucal estomatológica:

Paciente presenta una forma facial ovoide perfil recto facial y tiene cierta tendencia a esconder los dientes. A la palpación muscular las pruebas fueron negativas.

En cuanto a la articulación temporomandibular, durante la apertura y cierra presenta un sonido de clic al lado derecho, localizado mediante palpación.

Los labios se encuentran con una variación considerable, se encuentran cortos y delgados, por la edad y la parálisis facial del lado izquierdo.

### 3.1.2.2 Examen intrabucal:

Presenta ausencia de todos los dientes (edentulismo), donde el reborde alveolar residual superior se encuentra en una Clase I (Poca reabsorción y mucosa elástica) con una forma ovoide, mientras que el inferior una clase II (mayor reabsorción) y muy irregular. La lengua pese a haber usado prótesis por más de 20 años no conserva su posición normal con un volumen irregular. La cantidad de saliva segregada es anormal o escasa, presenta resequead y labios secos. La forma del paladar presenta una ligera caída lo cual es desfavorable para la adaptación protésica. Frenillos delgados y cortos.

3.1.2.3 Exámenes Complementarios: Modelos de Estudio, donde se observa un borde alveolar residual que influirá en un correcto diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

### 3.1.2.4 Diagnóstico Definitivo:

**PACIENTE EDENTULO TOTAL SUPERIOR E INFERIOR CON REBORDE ALVEOLAR RESIDUAL SUPERIOR CLASE I Y REBORDE RESIDUAL INFERIOR CLASE II.**

**3.1.3 Tratamiento:** Confección e instalación de prótesis completa

## **CONCLUSIONES**

- Las prótesis completas deben ser compatibles con la fisonomía por ello se mimetizan lo mejor posible en la fisonomía de cada paciente.
- Las prótesis completas se tornan en un cuerpo extraño en la cavidad bucal, por ello su diseño debe ser compatible con la aceptación en boca por parte del paciente.
- La cavidad bucal posee una microflora muy variada y es la primera entrada de los alimentos entonces las prótesis deben ser higiénicas y fáciles de limpiar.
- por el carácter estético y funcional que posee, la prótesis completa contribuye a recuperar la autoestima del paciente

## **APORTES**

Por tener connotaciones tecnológicas y funcionales este tipo de trabajo contribuye a refrescar conocimientos y porque no, actualizar con los avances dada su compleja adaptabilidad en los pacientes.

Un aspecto importante es la recuperación de la función fonética siempre en cuando se respeten las dimensiones verticales de los maxilares que requiere un análisis muy cuidadoso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pariona C. Experiencia y prevalencia de caries dental basada en los informes de internado de Odontología social de la provincia de Morropón Región Piura - Perú del año 2015. [ Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016.
2. Marroquín J. Influencia de adhesivos convencional y autocondicionante sobre la adaptación de restauraciones directas y semidirectas clase II terceros molares sometidos a termociclaje estudio in vitro. [Proyecto previo a la obtención del título de Odontólogo]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2015.
3. Oliveira de Almeida E, Martins da Silva E M, Falcón R M, Freitas A Ch, Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes. Revista Estomatológica Herediana [Internet]. 2007;17(2):104-107. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539>
4. Díaz F, Quintana del Solar M, Prótesis Total inmediata como alternativa de tratamiento. Revista Estomatológica Herediana [Internet]; 23(1): 29-33, ene.-mar. 2013. Ilus Artigo em Espanhol | LIPECS, LILACS, LIPECS | ID: lil-706117 Biblioteca responsável: PE1.1 Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-706117>
5. Moreno B V, Influencia de las prótesis totales desadaptadas sobre los tejidos de soporte en ancianos del hogar Chimborazo, Universidad Central del Ecuador. [proyecto previo a la obtención del título de odontólogo]. Quito-Ecuador 2014. Tomado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2798/1/T-UCE-0015-89.pdf>
6. Vanegas E, Villavicencio E, Alvarado O, Ordóñez P, Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016 Artículo Original. Rev. Estomatol Herediana. 2016 octubre-Dic;26(4):215-21. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/315319517>
7. Laguna M, Presencia de Estomatitis Subprotésica en adultos mayores portadores de prótesis total del albergue Canevaro [tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Lima Universidad Wiener 2018. Recuperado a partir de <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3155/TESIS%20Laguna%20Marycielo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Valencia Y. Impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de los pacientes portadores de prótesis total y prótesis parcial removible atendidos en la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos-2019 [ tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019.

- 9.- Petersen PE, Bourgeois D, Bratthall D, Ogawa H. Oral health information systems—towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bull World Health Organ* [Internet] 2005; 83:686-693 Recuperado de <https://europepmc.org/article/PMC/2626332>
- 10.- Tallgren, A. The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete denture wearers: A mixed longitudinal study covering 25 years. *J. Prosthet. Dent.* [Internet] 27(2): 120-132. 1972. Recuperado de <https://europepmc.org/article/MED/12806317>.
- 11.- Atwood DA. Reducción de crestas residuales: una entidad importante de enfermedades orales. *La Revista de Odontología Protésica* [Internet], 26, 266-279. 1971. Recuperado [https://doi.org/10.1016/0022-3913\(71\)90069-2](https://doi.org/10.1016/0022-3913(71)90069-2)
- 12.- Koeck B. Prótesis completas. 4a ed. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2007. p.2
13. Pachas C, Segura K. Caries dental grupo de alimentos que consumen e higiene dental en niños de 3 a 5 años atendidos en el centro de salud de ascensión Huancavelica 2017. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2017.
14. Pariona C. Experiencia y prevalencia de caries dental basada en los informes de internado de Odontología social de la provincia de Morropón Región Piura - Perú del año 2015. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016
15. Sanabria J, Schnnegans T. Estudio in vitro del sellado marginal de cajones proximales en obturaciones clase II realizadas con Tesina Instrumental en comparación con Tecnicas Incremental en comparación con tecnica Incremental modificada en el periodo de Julio a noviembre del 2016. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017.

## ANEXOS: PROTESIS COMPLETA



*Figura 1.* Selección de cubetas cribadas superior e inferior.

Fuente: Elaboración propia.



*Figura 2.* Implementación de cubetas cribadas superior e inferior con godiva verde.

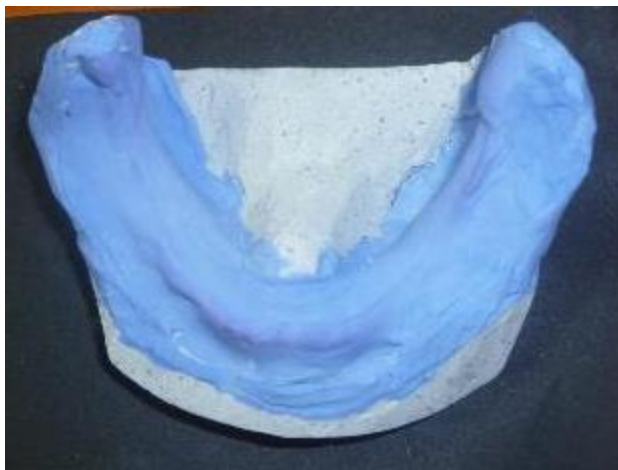
Fuente: Elaboración propia.



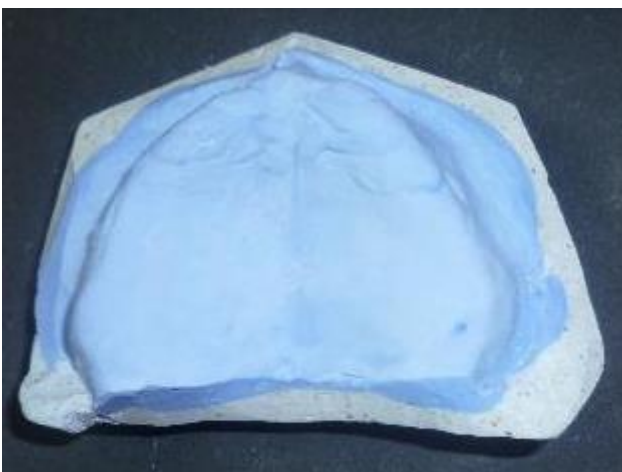
*Figura 3.* Toma de impresión primaria con alginato maxilares superior e inferior.

Fuente: Elaboración propia.

*Figura 4.* Modelo maxilar superior para el análisis.

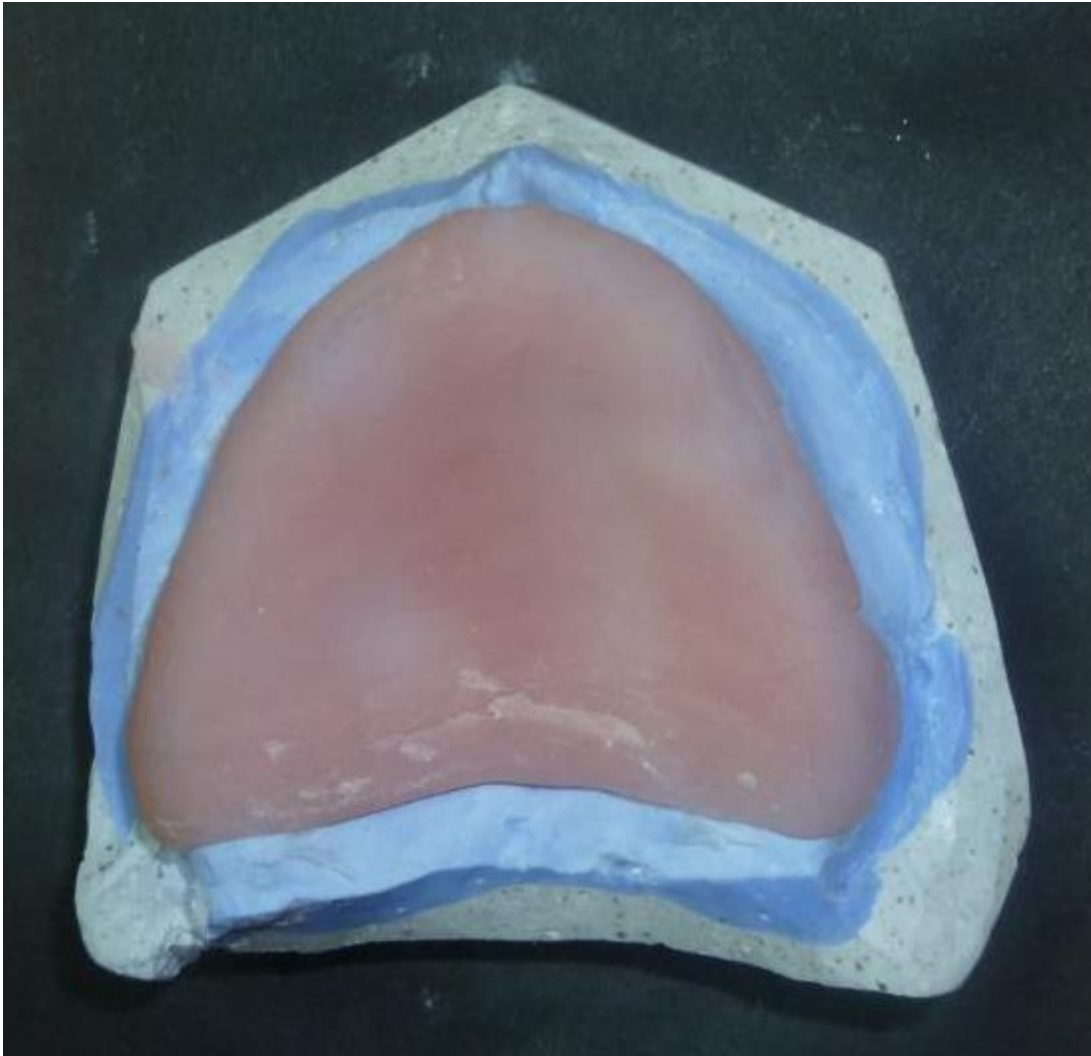


Fuente: Elaboración propia.



*Figura 5.* Modelo maxilar inferior para su análisis.

Fuente: Elaboración propia.



*Figura 6.* Confección de placa base maxilar superior.

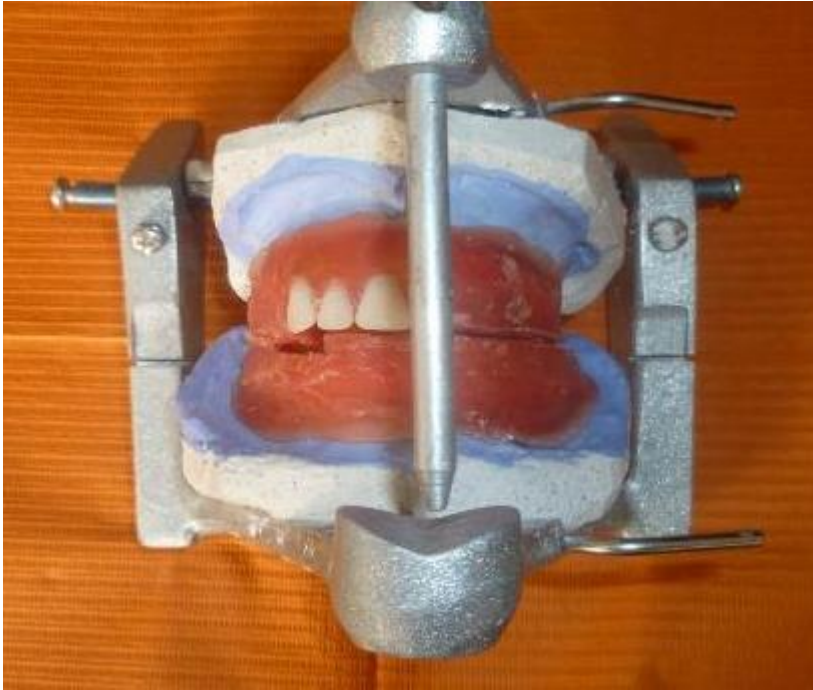
Fuente: Elaboración propia.



*Figura 7.* Confección de placa base maxilar inferior.

Fuente: Elaboración propia.





*Figura 8.* Enfilado de dientes maxilar superior derecho.

Fuente: Elaboración propia.



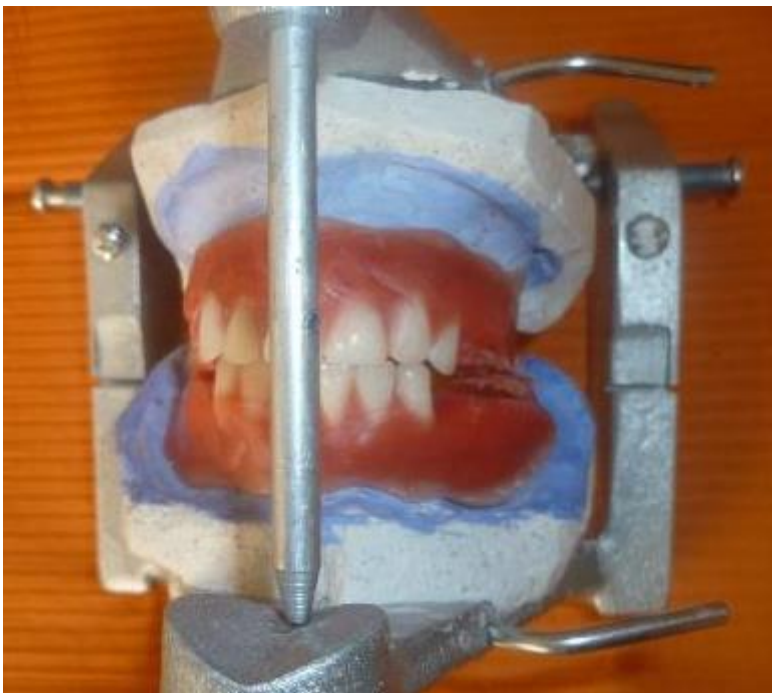
*Figura 9.* Enfilado de los dientes anteriores superior derecho e izquierdo.

Fuente: Elaboración propia.



*Figura 10.* Enfilado de los dientes anteriores inferior derecho.

Fuente: Elaboración propia.



*Figura 11.* Enfilado de los dientes anteriores inferior izquierdo.

Fuente: Elaboración propia.



*Figura 12.* Fotografía frontal de paciente edéntulo total.

Fuente: Elaboración propia.



*Figura 13.* Fotografía mostrando el reborde alveolar en maxilar superior.

Fuente: Elaboración propia.



*Figura 14.* Fotografía mostrando la forma del reborde alveolar inferior.

Fuente: Elaboración propia.



*Figura 15.* Colocación de prótesis total superior e inferior.

Fuente: Elaboración propia.



*Figura 16.* Prueba de la adaptación de los fondos en ambos maxilares.

Fuente: Elaboración propia.



*Figura 17.* Prueba de la adaptación de los fondos en ambos maxilares.

Fuente: Elaboración propia.



*Figura 18.* Prueba de los movimientos de lateralidad y extrusión.

Fuente: Elaboración propia.



*Figura 19.* Prueba fonética.

Fuente: Elaboración propia.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO