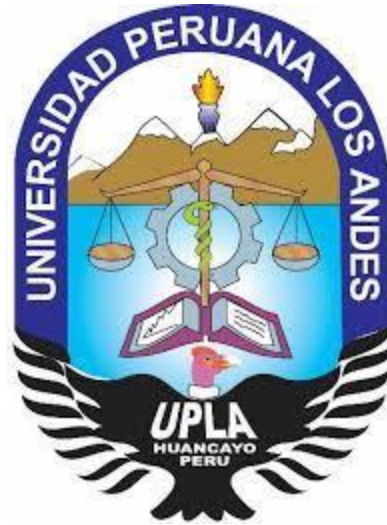


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

TITULO : **REHABILITACIÓN ORAL DE PACIENTE DESDENTADO TOTAL A TRAVÉS DE SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS INFERIOR MAL DISEÑADA**

Para Optar : El Título Profesional De Cirujano Dentista

Autor : Bachiller Sandro Via y Rada Valdivieso

Asesor : Mg. Porta Guillen Maribel

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la salud

Lugar o institución de investigación: Clínica Odontológica Privada

Huancayo – Perú 2022

DEDICATORIA

A Dios, a mi hija, a mi madre y a mi esposa por ser los motores que impulsan a mi superación para salir adelante.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a la Carrera Profesional de Odontología de la Universidad Peruana los Andes y a cada uno de sus docentes por mi formación en mi carrera profesional.

CONTENIDO

	Págs
I. Título.....	1
Dedicatoria.....	2
Agradecimiento.....	3
Contenido.....	4
Contenido de Figuras.....	5
II. INTRODUCCIÓN.....	6
2.1 Resumen.....	7
2.2 Descripción del problema.....	10
2.3 Marco Teórico.....	11
2.3.1 Antecedentes.....	11
2.3.2 Bases teóricas.....	14
2.4 Objetivos.....	20
III. DESARROLLO DEL CASO CLINICO	21
3.1 Historia Clínica.....	21
3.2 Examen clínico general.....	23
3.3 Evaluación integral.....	24
3.4 Diagnostico.....	25
3.5 Pronostico.....	25
IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	26
4.1 Formulación del Plan de tratamiento general.....	26
4.2 Plan de control y mantenimiento.....	34
V. DISCUSION.....	35
VI. CONCLUSIONES.....	37
VII.APORTES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	39
ANEXOS.....	42

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1. ODONTOGRAMA

Figura 2 Radiografía panorámica

Figura 3 Fotografía del Maxilar Superior

Figura 4 Fotografía del Maxilar Inferior

Figura 5 Fotografías de toma de impresión superior e Inferior

Figura 6 Fotografías del modelo de estudio

Figura 7 Confección de cubeta individual superior e inferior

Figura 8 Impresión funcional definitiva

Figura 9 Impresión definitiva con cubeta individual

Figura 10 fotografía de Modelos definitivos

Figura 11, Fotografía de modelos con placa base y rodetes

Figura 12 Fotografía de prueba de rodetes

Figura 13, fotografía de registros

Figura 14 fotografía del montaje en articulador

Figura 15, Fotografía del enfilado de los dientes

Figura 16, Prueba en boca del enfilado dentario en cera

Figura 17, Fotografía de las dentaduras totales acrilizadas

Figura 18, Fotografía de instalación de la prótesis

Figura 19, Fotografía de la prótesis inferior reciente y la anterior

II.-INTRODUCCIÓN

El trabajo de suficiencia profesional presentado, trata sobre el diseño adecuado, de las prótesis totales en el desdentado, en el cual se debe preservar las estructuras remanentes, del sistema estomatognático, hueso tejidos blandos, una prótesis total mal diseñada, demasiado pequeña sin tener en cuenta las zonas de soporte, ni el recorte muscular que se logra con la impresión funcional en el tiempo destruye ampliamente el maxilar ,el caso clínico tratado, específicamente es el del maxilar inferior en un paciente de 70 años, quien asiste a la consulta por recambio de ambas prótesis, por desadaptación de ellas , al diagnóstico inicial se pudo observar, el diseño defectuoso de la prótesis inferior ,demasiado corta sin tener en cuenta zonas amplias de soporte, la adaptación inicial a las nuevas dentaduras no fue rápida, pero tendrá la propiedad de preservar tejido blando y duro, mientras el diseño corto destruyo ampliamente dichos tejidos, considerando además que la pérdida o ausencia de todas la piezas dentarias se deben de considerar como una patología conocida como edentulismo. Este caso de rehabilitación oral también fue acompañado de la educación al paciente, en el cuidado y mantenimiento de sus prótesis, siendo nuestra función primordial, el preservar lo que queda en boca, consiguiendo funcionalidad y comodidad.

2.1 RESUMEN

Introducción: En el área de rehabilitación oral hablando netamente de la prostodoncia que es el área de la odontología donde se rehabilita al paciente que perdió una o más piezas dentales mediante el uso de una prótesis dental se evalúa el tiempo de pérdida de los dientes, los años del paciente y el motivo que origino el edentulismo ya sea parcial o total. El presente trabajo trata sobre la importancia del correcto diseño en la rehabilitación oral con prótesis dentales puesto que la mala elaboración de estas termina siendo perjudicial para el paciente generando así mayor reabsorción ósea, daño constante, irritación e inflamación de tejido blando todo esto conllevando a un desajuste de la oclusión y desadaptación de la prótesis. En nuestro caso clínico tratamos a un paciente varón de 70 años que acude a la consulta por un desajuste de sus prótesis enfocándonos principalmente en el sector inferior donde al examen clínico de inmediato se pudo visualizar una marcada reabsorción ósea y una inflamación de tejido blando debido al desajuste, todo causado por la prótesis que era muy corta y no cubría los espacios que requiere para ser bien adaptada sin respetar los reparos anatómicos de importancia.

Presentación del caso: Paciente de sexo masculino de 70 años de edad acude a consulta privada por molestias en el ajuste de sus prótesis pidiendo que se le realice un recambio de las mismas puesto que no le permite masticar bien, luego de realizar la historia clínica y de evaluar mediante el examen clínico y radiográfico, se procedió con la elaboración de las nuevas prótesis teniendo en cuenta los reparos anatómicos, la extensión de la prótesis, la zona neutra y la toma de la dimensión vertical del paciente, criterios básicos e imprescindibles en la elaboración de las prótesis dentales sobre todo en una marcada reabsorción ósea. Se realizo el diseño con modelos de estudio, elaboración de cubetas individuales y sellado periférico, toma de impresión funcional definitiva, pruebas de rodetes y placas base, prueba en el articulador semi ajustable, toma de color y tamaño de los dientes, enfilado dental para finalizar con el acrilizado y

adaptación en boca del paciente. El paciente quedó conforme y cómodo con sus nuevas prótesis luego de los controles correspondientes.

Conclusiones: Se rehabilitó con prótesis total al paciente desdentado, describiendo los criterios teóricos sobre el diseño y la importancia de la zona neutra, el diseño no adecuado en la prótesis total puede ocasionar grandes perjuicios al paciente a lo largo del tiempo.

Palabras clave: Edéntulo total, prótesis total, prostodoncia, rehabilitación oral.

SUMMARY

Introduction: In the area of oral rehabilitation, speaking clearly of prosthodontics, which is the area of dentistry where the patient who lost one or more teeth is rehabilitated through the use of a dental prosthesis, the time of tooth loss, the years of the patient and the reason that originated the edentulism, either partial or total. The present work deals with the importance of the correct design in oral rehabilitation with dental prostheses since the poor elaboration of these ends up being detrimental to the patient, thus generating greater bone resorption, constant damage, irritation and inflammation of soft tissue, all this leading to a maladjustment of the occlusion and maladjustment of the prosthesis. In our clinical case, we treated a 70-year-old male patient who came to the consultation due to a mismatch in his prostheses, focusing mainly on the lower sector where, on clinical examination, a marked bone resorption and soft tissue inflammation due to mismatch, all caused by the prosthesis that was very short and did not cover the spaces required to be well adapted without respecting the important anatomical repairs.

Case presentation: A 70-year-old male patient goes to a private practice due to discomfort in the adjustment of his prostheses, requesting that they be replaced since it does not allow him to chew well, after taking the clinical history and After evaluating by clinical and radiographic

examination, the new prostheses were made taking into account the anatomical landmarks, the extension of the prosthesis, the neutral zone and taking the vertical dimension of the patient, basic and essential criteria in the elaboration of dental prostheses especially in marked bone resorption. The design was carried out with study models, elaboration of individual trays and peripheral sealing, final functional impression taking, rim and base plate tests, test in the semi-adjustable articulator, taking of color and size of the teeth, dental threading to finish with acrylic and adaptation in the patient's mouth. The patient was satisfied and comfortable with his new prostheses after the corresponding controls.

Conclusions: The edentulous patient was rehabilitated with a total prosthesis, describing the theoretical criteria on the design and the importance of the neutral zone, the inappropriate design in the total prosthesis can cause great damage to the patient over time.

Keywords: Total edentulous, total prosthesis, prosthodontics, oral rehabilitation.

2.2 Descripción del problema

Perder los dientes, para una persona es motivo de pérdida de la autoestima, seguridad emocional, representa por lo tanto un problema psicológico, es de considerarse que en el ser humano el hábito de sonreír, hablar para comunicarse con los demás se convierte en dudas, impedimento, para relacionarse con los demás, debido a las implicancias funcionales, fonéticas y especialmente estéticas que ello conlleva; no obstante, gran cantidad de la población está, parcialmente dentada o completamente desdentada; el tratamiento se vincula con la adaptación de las prótesis dentales: al ser un aditamento **diseñado** a medida, para restablecer la función del sistema estomatognático, dicho diseño debe respetar las zonas de soporte para darle estabilidad y retención, y al no ser adecuado, puede provocar destrucción de tejidos duros y blandos, es de señalar también que la pérdida de dientes trae resorción ósea, asimismo al estar afectada la autoestima se presenta, insatisfacción del aspecto físico, la persona edéntula trata de hablar lo mínimo posible, inclusive portadores de prótesis presentan dificultad para hablar, pronuncia mal los fonemas, hay casos de pacientes en el que solo utilizan una prótesis, generalmente la maxilar, en tanto un 7% no llevan, no se colocan sus dentaduras totales convirtiéndose en inválidos orales¹.

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Antecedentes

2.2.1.1 Antecedentes Internacionales

Medrano M.; Ruiz Calixto M.; Gutiérrez F. (2017) en su estudio realizado en Chile al que denominaron “Impacto en la calidad de vida relacionada con salud bucal de la rehabilitación protésica convencional en pacientes desdentados completos, atendidos en el servicio público chileno; el objetivo fue : examinar el impacto en la calidad de vida en rehabilitación protésica total ,la metodología empleada fue cuasi-experimental, la muestra fueron 152 pacientes, hombres y mujeres entre 65 a 70 años, a quienes rehabilitaron con, prótesis total, entre sus conclusiones principales afirman que la rehabilitación mediante prótesis totales convencionales, siguiendo el protocolo de diseño protésico determinado con parámetros de calidad técnica, continúa siendo una buena opción que nos conduzca a mejorar la calidad de vida con un óptimo nivel de salud bucal, y asimismo una mal tratamiento o mala técnica afecta en el desenvolvimiento social, estético funcional y psicológico”².

Álvarez M (2019) en su estudio realizado en Quito, al que título “Rehabilitación integral mediante la elaboración de una prótesis total en un paciente geriátrico con acondroplasia; quien presentaba desproporción en el cuerpo, considera que el caso clínico advierte al profesional, sobre los obstáculos en el tratamiento de pacientes con acondroplasia, rehabilitados con prótesis total, concluye afirmando que los cambios bucales más frecuentes en los pacientes con acondroplasia son: hipoplasia del maxilar superior, mandíbula grande, macroglosia, apiñamiento dental, mala oclusión dental con mordida abierta anterior, escasa apertura bucal, mentón pronunciado, hiperextensión de las articulaciones, la hipotonía y la macroglosia son las principales manifestaciones bucales que provocan fracasos durante y después de la elaboración de una prótesis total; la terapia protésica establecida permitió devolver la función masticatoria y estética en el paciente con acondroplasia”³.

Raquec L.(2020) en su estudio realizado en Guatemala, denominado “ Rehabilitación con prótesis total convencional de un paciente con fractura de premaxila utilizando una nueva técnica de impresión final con dos consistencias de silicona por adición y cubeta individualizada”: estudio piloto, 2019;consigna que la metodología aplicada es seguir el procedimiento clínico para la elaboración de prótesis total con modificación de la técnica de impresión final, como resultados indica que a partir de la impresión final con modificación de la cubeta individual superior y silicona por adición de dos pasos y dos consistencias, se obtuvieron las prótesis finales del paciente, como conclusiones principales afirma que se logró la rehabilitación de un paciente con fractura de pre maxila, con prótesis total convencional, se obtuvo una prótesis total funcional y estética partiendo de la técnica de impresión utilizando silicona de dos consistencias y una cubeta individualizada, para pacientes que han sufrido una pérdida ósea considerable en el maxilar superior, la técnica evaluada es funcional y podría ayudar a los pacientes que necesitan ser rehabilitados con implantes e injertos óseos”⁴ .

2.2.1.1 Antecedentes Nacionales

Chávez E.(2018),en su tesis de especialista en rehabilitación oral, realizado en Lima, a la que título “Rehabilitación bucal en paciente desdentado total; El objetivo del presente reporte de caso clínico es la de describir los procedimientos y de la funcionalidad puesto que recuperar la funcionalidad de una boca es lo básico para el bienestar del paciente, evitar que el resto de las estructuras dentarias del aparato masticador sigan sufriendo deterioros puesto que las prótesis totales reemplazan incluso la dimensión vertical de la boca, evitando así mal posiciones articulares que tendrían efectos muy dispares; y estética, tal vez podría decirse que en la sociedad actual, como en tiempos pasados, la estética de la prótesis total se busca por necesidad y por ello, ya sea una necesidad impuesta estética y buena apariencia en los pacientes portadores de prótesis total presenta el caso clínico de una paciente de sexo femenino, de 81 años de edad, natural de Huaraz-Ancash, residencia actual Lima, quien acude a la consulta ; con Dx,

desdentado total maxilar inferior y superior; necesita una prótesis dental total del maxilar superior e inferior, realiza el tratamiento y concluye afirmando que Cada paso debe ser seguido con bastante precisión, ya que cualquier error influenciara en la estabilidad de la prótesis. Se acepta que el tratamiento de rehabilitación con prótesis dental total, mejora la calidad de vida de los pacientes. Es grande la satisfacción de los pacientes de la tercera edad desdentados totales maxilar con la rehabilitación con prótesis completa convencional de forma aceptable y anatómica”⁵.

Acampa M. (2019). En su tesis de segunda especialidad realizada en Tacna, a la que título “Rehabilitación oral con Prótesis Total. Técnica de zona neutra modificada. El informe del caso clínico tratado se ocupa en la descripción de la técnica de zona neutra modificada para la rehabilitación oral de un paciente edéntulo total inferior cuyo reborde presentó un severo grado de reabsorción. Motivo por el cual refirió movilidad e incomodidad en las prótesis que portaba, al finalizar el tratamiento se consiguió devolver armonía entre la prótesis y la musculatura peri bucal, lográndose la retención y estabilidad de la misma, entre las conclusiones principales detalla que se describieron los criterios teóricos para la adecuada rehabilitación total con Técnica de Zona Neutra, asimismo se logra satisfactoriamente describir la técnica de zona neutra modificada empleada en el tratamiento del caso clínico reportado”⁶.

Olivera J.(2021)en su estudio realizado en Huancayo al que denomino “Confeción de prótesis total en paciente adulto mayor con un esquema oclisor lineal; planteo como objetivo el de establecer y describir los procedimientos de rehabilitación bucal con prótesis total removible, en adultos mayores, empleando el esquema oclusal lineal, para mejorar la estética, proporcionar estabilidad, retención y funcionalidad protésica en el paciente, presenta el caso clínico de un paciente adulto mayor de 70 años, con problemas de masticación, efectúan el tratamiento en seis sesiones y concluyen afirmando que se logra un tratamiento eficiente en procedimientos de prótesis total removible, efectuando un atinado diagnóstico que genere y releve información

básica sobre las estructuras de soporte de la prótesis total, así como de los tejidos adjuntos, lo cual debe asegurarse mediante la inspección clínica, la a observación de irregularidades en la mucosa oral asimismo, los procedimientos siguiendo el esquema oclusal lineal, proporciona un área de soporte conveniente, para el adecuado asentamiento de la prótesis, permitiendo obtener la estética planeada y la retención y estabilidad necesarias, con el propósito de alcanzar cada una de las demandas funcionales a efectuarse a lo largo de su uso, garantizando plenamente la eficacia de la terapéutica protésica”⁷.

2.2.2 Bases teóricas

Paciente desdentado total

El edentulismo se refiere a las áreas donde no hay dientes, la ausencia de dientes en forma total determina al edéntulo total,

“El edentulismo es la pérdida de los dientes permanentes en una persona adulta. Tiene distintos grados de afección que pueden ser: parcial y total, pudiendo padecerlo hombres y mujeres, sin límite de edad, etnia o color de la piel”⁸.

“El edentulismo es una situación clínica que, aun ingresados en el siglo XXI, no parece estar en extinción como se suponía. Las estadísticas detectan un aumento considerable de la pérdida de dientes, junto con un progresivo envejecimiento de la población tanto en las sociedades de los países centrales como en los periféricos y en vías de desarrollo; El edentulismo es una condición devastadora e irreversible y se describe como el marcador final de la carga de morbilidad para la salud bucal, la Encuesta Mundial sobre Salud de la OMS, realizada entre 2002 y 2004, demostró que es una condición altamente prevalente en todo el mundo. Para las personas de 65 años y mayores, había una prevalencia promedio general de 32,9% en países individuales, desde un 7% en Egipto hasta un 72% en Islandia”.

Factores de riesgos o causas del edentulismo total

Pueden deberse a la caries Dental, a los hábitos de higiene bucal deficientes, a traumatismos también a Enfermedad Periodontal en algunos casos al bruxismo, inclusive a tratamientos curativos y de rehabilitación deficientes están también las enfermedades sistémicas y endocrino-metabólicas son una de las causas y en algunos casos interviene la drogodependencia y la farmacoterapia (medicamentos que provocan Xerostomía)⁸.

Consecuencias del edentulismo total⁸

Se presentan casos de Atrofia del hueso alveolar y de la mucosa bucal.

Pérdida de la dimensión vertical oclusiva (provoca dificultad al restituirla en la rehabilitación protésica).

Cambios en la Articulación Temporo-Mandibular (ATM) y aumento de los trastornos óseos y articulares degenerativos.

Lesiones en mucosas, como Estomatitis Subprótesis en sus diferentes grados.

Pérdida de la dimensión vertical oclusiva (provoca dificultad al restituirla en la rehabilitación protésica).

Aumento de procesos infecciosos como Candidiasis bucal en zona de las comisuras labiales (Queilitis Angular).

Aumento de aparición hábitos bucales deletéreos como Queilofagia.

Asimismo, dificultades para masticar adecuadamente los alimentos, dificultad para hablar, baja autoestima, problemas psicológicos⁸.

Prótesis total

“Una prótesis es el reemplazo de algún órgano perdido por un aparato artificial, aplicando correctamente en odontología el vocablo de prostodoncia, es todo aparato que reemplaza un órgano dental perdido o tejidos subyacentes, causados por diferentes factores: bacterianos, biológicos, físicos y ambientales. La ausencia de las piezas dentarias dará como resultado la pérdida de la dimensión vertical, la función y por ende la estética. Por esta razón surgen para el paciente necesidades fisiológicas, anatómicas, sociales, estéticas y fonéticas por la ausencia de piezas dentarias. Entre los objetivos de una prótesis dental total se encuentra el devolver la funcionalidad y estética al paciente y así insertarlo nuevamente en su rol en la sociedad”^{10,11}.

Diseño de la prótesis total

Que entendemos por diseño

“La palabra diseñar está tomada del italiano. Del verbo disegnare cuyo significado es dibujar, diseñar, proyectar. A su vez este verbo está relacionado con el sustantivo disegno que significa boceto, dibujo, estampa, silueta; proyecto, planificación. Si bien el vocablo italiano se derivó del latín designo, designas, designare, designavi, designatum cuyo concepto es trazar, marcar, delimitar, el español no lo tomó de este si no del italiano”¹².

“Si se trata de una prótesis completa de resina, la más problemática al respecto, se deberá tener en cuenta el buen diseño de la base de la dentadura, así como su superficie”¹³

“Para el diseño en caso de prótesis totales, para pacientes edéntulos totales se debe considerar la forma y estructura del maxilar respectivo, en algunos casos se presenta un maxilar de características regulares, donde el perfil del reborde residual es uniforme en toda su extensión, en estos casos se facilita la toma de la impresión y demás pasos siguientes, incluso la adaptación de la prótesis resulta más fácil por parte del profesional y sin molestias para el paciente, es necesario observar si este maxilar de aspecto regular presenta las inserciones altas o bajas de

manera que faciliten un diseño con fondo de surco más corto o más largo que permita una mayor o menor área protésica, la misma que determina muchas veces la mayor o menor estabilidad de la prótesis, cuando las inserciones son bajas y los frenillos también, se reduce el fondo de surco y el diseño resulta poco profundo, causa suficiente para desestabilizar la prótesis, especialmente si los rebordes residuales son de poca altura que reducen la extensión del área protésica apta para recibir y alojar a la prótesis con éxito; los maxilares de conformación irregular son menos receptibles que los regulares, en el maxilar superior tenemos que considerar la profundidad del paladar y la extensión anteroposterior que limita la porción dura de la blanda del paladar, línea que se conoce como la línea del post daming, o línea del (A). es muy importante conocer exactamente esta línea, porque tanto el diseño como la prótesis misma no deben rebasar ese límite por cuanto al hacerlo molesta y produce arcadas que en algunos casos impiden su uso por náuseas También hay que tomar muy en cuenta la presencia de los torus palatinos y la presencia de engrosamiento de la tuberosidad del maxilar superior, que en muchos casos lleguen a contactar con la papila piriforme del maxilar inferior, no ofreciendo espacio suficiente para colocar ni siquiera la base acrílica, peor una pieza molar. En estos casos se hace indispensable la cirugía para eliminar todo el tejido óseo que sea necesario. En estas condiciones queda el maxilar apto para recibir la prótesis”¹⁴.

Confección de la prótesis total

Para confeccionar adecuadamente la prótesis total se debe determinar correctamente la zona neutra esa es parte importante en el diseño óptimo de dentaduras totales

Establecimiento de la Zona Neutra

“Para la determinación de la zona neutra se requieren materiales de impresión que puedan ser moldeables y así reproducir la actividad muscular volviendo este espacio subjetivo en un espacio objetivo que puede ser reproducido por las guías de silicona”^{6, 15}.

Sellado periférico

“Es el modelado de los bordes de las cubetas que copian fielmente las estructuras anatómicas limitantes, esto se lo realiza manipulando los tejidos marginales contra el material de impresión. Se utiliza un compuesto de modelar viscoso que mantiene la forma al enfriarse, se adhiere a la cubeta con facilidad, puede ser removido si ha salido mal y volver a realizar el sellado de la zona, su fluidez ayuda a hacer una presión mínima sobre los tejidos, y tiene estabilidad dimensional en boca”¹⁶.

Impresión funcional en prótesis total

“La toma de impresión funcional sirve para tener una copia fiel de toda la extensión de los tejidos duros y una mínima extensión hacia los tejidos móviles e inserciones musculares. El odontólogo mediante la impresión quiere lograr copiar la mayor parte de la extensión de los tejidos que van a sostener la prótesis y no invadir los tejidos móviles que pueden ser lesionados durante la función cuando se use la prótesis”¹⁶.

Zonas protésicas en prótesis total

Zona primaria o principal de soporte en el maxilar:

“La constituye el reborde alveolar residual de tuberosidad a tuberosidad. Cubierto por fibromucosa queratinizada. Sobre esta zona recaen el mayor apoyo a las dentaduras completa”¹⁷.

Zona secundaria de soporte en el maxilar:

“Es toda la región comprendida entre el contorno periférico y la zona principal de soporte Tejido conjuntivo laxo, tejido adiposo y glandular que alberga vasos y nervios”¹⁷.

Zona del sellado periférico en el maxilar:

“Es todo el fondo de saco Se extiende de una escotadura amular a la otra”¹⁷.

Zonas protésicas de la mandíbula

Zona principal de soporte en la mandíbula:

“Constituida por el reborde alveolar residual en los casos más favorables estando está cubierta por una fibromucosa muy buena”¹⁷.

Zona secundaria de soporte en la mandíbula:

“Representados en los casos favorables por las superficies superiores de la porción Basilar de la mandíbula”¹⁷.

Zona del sellado periférico en la mandíbula:

“Se divide en vestibular: fondo de saco vestibular, del espacio retromolar al otro. Y lingual: va del espacio retro molar al otro contorneando todo el piso de la boca”¹⁷.

Zona del sellado posterior en la mandíbula:

“Corresponde a la región del ligamento terigomandibular o aponeurosis buccinato faringia”¹⁷.

Según Plasencia¹⁸ para construir, la dentadura completa debe, tomarse en cuenta en primer lugar o principalmente la estabilidad, es decir cuando la prótesis es colocada en boca, esta no se mueva en absoluto, para ello es necesario tener en cuenta tres factores: A) Retención; B) Equilibrio muscular C) Equilibrio oclusal.

2.3 Objetivos

Objetivo general

Rehabilitar con prótesis total, en paciente desdentado total a través, de sustitución de prótesis inferior, mal diseñada para restablecer la, funcionalidad protésica en el paciente.

Objetivos específicos

Establecer criterios de diseño, efectuados en la confección de prótesis total convencional acrílica.

III. DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1. HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

NOMBRE Y APELLIDO: Felipe Thais Agurto

EDAD: 70 años SEXO: Masculino

ESTADO CIVIL: Casado

DOMICILIO: Calle El Bosque N° 123 Pio Pata-Huancayo

TELÉFONO: 966363957

OCUPACIÓN: Ingeniero jubilado

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cerro de Pasco 20-01-1952

LUGAR DE PROCEDENCIA: Huancayo

• MOTIVO DE CONSULTA:

“Se aflojo mi postizo y preciso otros nuevos”

TIEMPO DE ENFERMEDAD: -

• INICIO: Refiere usar prótesis total desde hace 15 años.

• CURSO: Desde hace dos años, afirma que se le aflojo des adaptó la prótesis superior e inferior

• SIGNOS Y SINTOMAS: Presenta leve inflamación, en el paladar desdentado superior e inferior, en el edéntulo inferior presenta decidida resorción ósea,

• ENFERMEDAD ACTUAL (INICIO, EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL
DE LA ENFERMEDAD)

Paciente de 70 años refiere que, desde una edad mediana, desde los 40 años inicio a perder los dientes, siendo los últimos dientes perdidos a la edad de 55 años en las que comenzó a utilizar prótesis total, asimismo declara que actualmente tiene problemas para alimentarse y siente que su prótesis esta floja.

• FUNCIONES BIOLÓGICAS

• SUEÑO: Normal SED: Normal APETITO: Normal

• ORINA: Normal DEPOSICIONES: Normales PESO: 74 kilogramos

ANTECEDENTES

A. ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:

Mama: No refiere

Papa: No refiere

Abuela materna: No refiere

Abuelo paterno: No refiere.

Hermana: Padece de diabetes y utiliza prótesis total

B. ANTECEDENTES PERSONALES (HÁBITOS):

Refiere no tener ningún tipo de mal hábito.

AMPLIACIÓN: Cada vez que sufre de alguna molestia acude al seguro social del Perú del cual es afiliado.

C. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: Paciente refiere haber tenido la enfermedad de COVID-19, diagnosticado hace un año, recibió tratamiento en el Hospital del seguro y en casa.

HOSPITALIZACIONES PREVIAS: No refiere

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: No refiere

TERAPEÚTICO RECIENTE: No refiere

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

Estado general y funciones neurosensoriales del paciente

LOTEP, ABEN, ABEH, ABEG

Funciones vitales

PA: 115/80 mm Hg.

PULSO: 70ppm

TEMPERATURA: 36.5°

FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18 rpm

Piel: Con buena humectación

Tejido subcutáneo: Buena distribución

RASA: No se evidencia ningún tipo de trastorno.

SOMA: No refiere

3.3 EVALUACIÓN INTEGRAL

EXAMEN REGIONAL

EXAMEN ESTOMATOLOGICO EXTRA ORAL ELEMENTAL:

CABEZA: Normocéfalo

OJOS: S.A.E.

OIDOS: S.A.E.

NARIZ: Permeables

CARA: Normo Facial

ATM: Sin alteración evidente.

GANGLIOS: No presenta nódulos ni dolor a la palpación.

LABIOS: Labios de color rosado pasivos, elásticos medianos, humectados, comisuras normales, presenta manchas de color marrón en labio superior e inferior

CARRILLOS: De color rosado coral, humectados, presencia de línea oclusal (línea alba), salida de conducto de sentón permeable sin alteración.

ENCIAS: Encía marginal y papilar ausente

PALADAR DURO Y BLANDO: De color rosado coral, rugas palatinas no conservadas, rafe medio, sin alteración, no presenta lesión en el paladar.

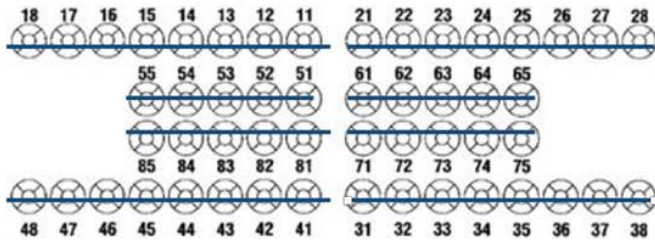
OROFARINGE: Úvula vibrante, amígdalas de tamaño mediano sin presencia de secreción.

LENGUA: De tamaño normal, húmedo, ovalada, con saburra en el tercio medio del dorso de la lengua, puntillado múltiple en el tercio medio y anterior de la lengua.

PISO DE BOCA: Vascularizado Frenillos sin alteración importante.

REBORDE ALVEOLAR: presenta reabsorción ósea del reborde residual mandibular

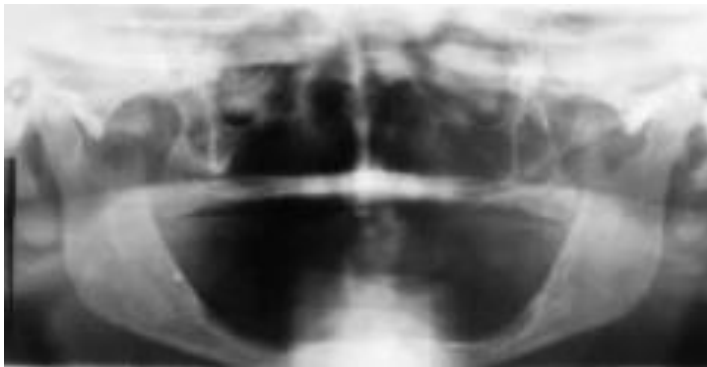
Figura 1. ODONTOGRAMA



Autor:

Figura 2 Radiografía panorámica

Presenta características normales de los restos óseos asimismo presenta reabsorción ósea en el maxilar superior e inferior



Autor: Sandro Via y Rada Valdivieso.

3.4 DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Presuntivo:

Edéntulo Total

Diagnóstico Definitivo:

Edéntulo Total

3.5. Pronóstico:

Favorable para realizar tratamiento con Prótesis total, confeccionada con diseño adecuado, para conseguir extensión ideal.

IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

4.1 Formulación del Plan de tratamiento general

La conversación realizada con el paciente nos permitió conocer la preocupación que manifiesta, por el mal funcionamiento de la prótesis, comunica que desde el inicio sintió dificultades a las cuales se acostumbró, la anamnesis nos posibilitó realizar un plan de tratamiento, que nos permitió recuperar la extensión adecuada, determinando la zona neutra en ambos maxilares, lo que facilita recuperar la armonía facial, acorde a la edad del paciente asimismo la funcionalidad masticatoria, explicando al paciente, todos los procedimientos a realizar y sobretodo la extensión adecuada, para garantizar el soporte, retención y estabilidad.

Examen Extra oral.

Paciente mesocéfalo, meso facial, musculatura alterada, no presenta asimetría facial, articulación Temporomandibular, con movilidad apertura y cierre, sin patologías aparentes, ganglios sin alteración glándulas salivales aparentemente normales.

Figura 3 Fotografía del Maxilar Superior

Forma: Ovoide de tamaño mediano, siendo el tipo de reborde Tipo I; la tuberosidad derecha es grande y la izquierda mediana, los surcos hamulares profundos la mucosa es del tipo firme no hay presencia de torus palatino; la forma es del tipo U, el surco anterior mediano, el derecho mediano, e izquierdo mediano, el frenillo presenta inserción anterior mediana.



Autor: Sandro Via y Rada Valdivieso.

Figura 4 Fotografía del Maxilar Inferior

Forma Ovoide, siendo el tamaño del maxilar inferior: mediano; el tipo de reborde: Max. Inf. Tipo III Observándose la Relación de los rebordes maxilo-mandibulares: Clase II el Tipo de Mucosa: Firme; Papila Piriforme: Derecho: Pequeño; Izquierdo: Pequeño; la Inserción del frenillo lingual: Baja. Se observa decidida reabsorción ósea del reborde residual mandibular



Autor: Sandro Via y Rada Valdivieso.

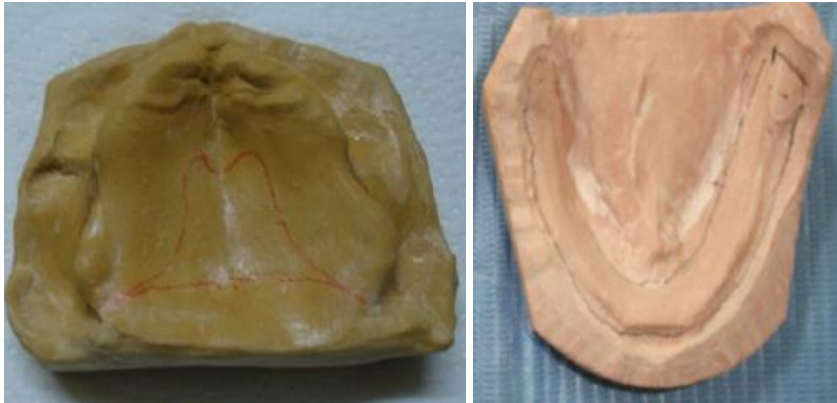
Figura 5 Fotografías de toma de impresión superior e Inferior

Impresión preliminar para obtener modelos de estudio



Autor: Sandro Via y Rada Valdivieso.

Figura 6 Fotografías del modelo de estudio



Autor: Sandro Via y Rada Valdivieso.

Figura 7 Confección de cubeta individual superior e inferior



Autor: Sandro Via y Rada Valdivieso.

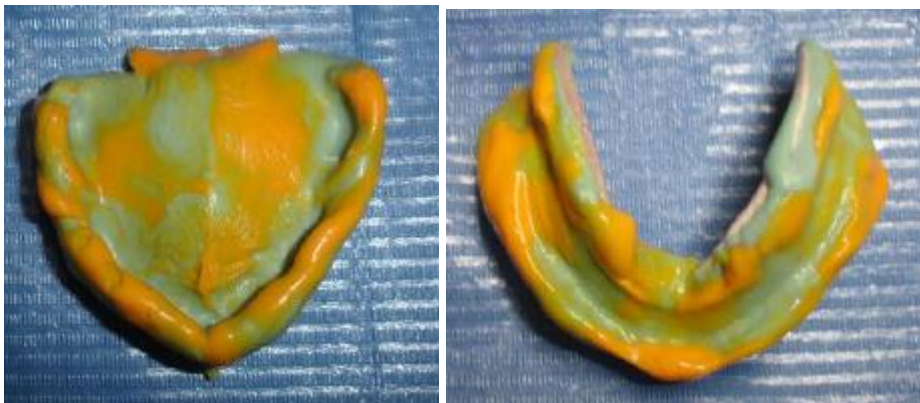
Figura 8 Impresión funcional definitiva

Procedimiento sellado de la periferie con godiva



Autor: Sandro Via y Rada Valdivieso

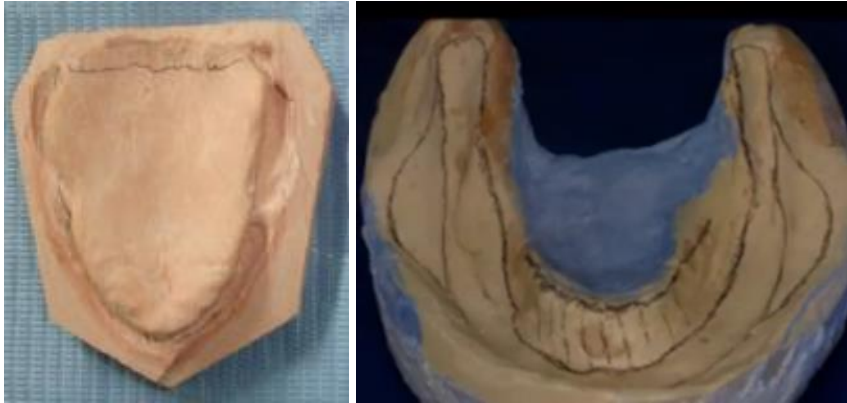
Figura 9 Impresión definitiva con cubeta individual



Autor: Sandro Via y Rada Valdivieso.

Figura 10 fotografía de Modelos definitivos

Diseño de la prótesis total superior e inferior se realizó la impresión funcional realizándose los recortes musculares y delimitación de la zona neutra, asimismo se observa la apófisis geni señalada con el dedo del operador y remarcada en el modelo.



Autor: Sandro Via y Rada Valdivieso.

Figura 11, Fotografía de modelos con placa base y rodetes



Autor: Sandro Via y Rada Valdivieso.

Figura 12 Fotografía de prueba de rodetes



Autor: Sandro Via y Rada Valdivieso.

Figura 13 fotografía del montaje en articulador



Autor: Sandro Via y Rada Valdivieso.

Figura 14, Fotografía del enfilado de los dientes



Autor: **Sandro Via y Rada Valdivieso.**

Figura 15, Prueba en boca del enfilado dentario en cera



Autor: **Sandro Via y Rada Valdivieso.**

Figura 16, Fotografía de las dentaduras totales acrilizadas



Autor: **Sandro Via y Rada Valdivieso.**

Figura 17, Fotografía de instalación de la prótesis



Autor: **Sandro Via y Rada Valdivieso.**

Figura 18, Fotografía de la prótesis inferior reciente y la anterior

Se colocó la dentadura inferior en el modelo y se observa la prótesis dental muy corta comparada con la actual, esto ocasiono amplia destrucción en los remanentes óseos del paciente



Autor: **Sandro Via y Rada Valdivieso.**

4.2 Plan de control y mantenimiento

El control se realiza 24 horas. después de instalada las prótesis totales.

El paciente debe retirar, o quitar las prótesis y lavarlas inmediatamente después, de ingerir su comida, la manipulación deberá ser cuidadosa, asimismo debe enjuagarse la boca, y cepillar el postizo, con un cepillo de cerdas suave, eliminando restos alimenticios, por las noches se aconseja retirar las dentaduras y colocarlas en un vaso con agua.

V. DISCUSIÓN

El diseño que involucra la delimitación de la zona neutra en la confección de prótesis total es muy importante, porque de ello dependerá la estabilidad y retención de las dentaduras al respecto Medrano et al manifiestan que,” siguiendo el protocolo de diseño protésico, determinado con parámetros de calidad técnica, continúa siendo una buena opción que nos conduzca a mejorar la calidad de vida con un óptimo nivel de salud bucal, y asimismo una mal tratamiento o mala técnica afecta en el desenvolvimiento social, estético funcional y psicológico”². Al edentulismo total, se le debe considerar como enfermedad, involucra disfuncionalidad **Álvarez** advierte al profesional, “ sobre los obstáculos en el tratamiento de pacientes más aun con algunas patología o síndromes como la acondroplasia, rehabilitados con prótesis total ,se presentan cambios bucales como hipoplasia del maxilar superior, resorción ósea, la hipotonía y la macroglosia son las principales manifestaciones bucales que provocan fracasos durante y después de la elaboración de una prótesis total”³. La prótesis dental total convencional acrílica tiene buen performance, para su elaboración se debe ser metódico y delimitar correctamente la funcionalidad teniendo en cuenta siempre la zona neutra, **Raquec sostiene** que “ utilizando una nueva técnica de impresión final con dos consistencias de silicona por adición y cubeta individualizada, siguiendo el procedimiento clínico para la elaboración de prótesis total se obtiene una prótesis total funcional y estética partiendo de la técnica de impresión utilizando silicona de dos consistencias y una cubeta individualizada, para pacientes que han sufrido una pérdida ósea considerable en el maxilar superior e inferior, la técnica evaluada es funcional y podría ayudar a los pacientes que necesitan ser rehabilitados con implantes e injertos óseos”⁴ . Acorde a ello confeccionamos la prótesis total inferior las que aparentemente muy grandes o sobre extendidas comparadas con la dentadura total que trae el paciente, el tamaño se ajustó conforme al recorte muscular en la impresión definitiva, consideramos que la prótesis inferior demasiado pequeña daño las estructuras óseas del paciente

ya que carecían de apoyo en las zonas propias del soporte, en la mandíbula, con la cual recuperamos la funcionalidad en el paciente, quien a las dos semanas de instalada pudo adaptarse a la dentadura inferior recién colocada; al respecto de la funcionalidad sostiene **Chávez E.(2018)** “recuperar la funcionalidad de una boca es lo básico para el bienestar del paciente, evitar que el resto de las estructuras dentarias del aparato masticador sigan sufriendo deterioros puesto que las prótesis totales reemplazan incluso la dimensión vertical de la boca, evitando así mal posiciones articulares que tendrían efectos muy dispares; y estética, y buena apariencia en los pacientes portadores de prótesis total . Es grande la satisfacción de los pacientes de la tercera edad desdentados totales bimaxilar con la rehabilitación con prótesis completa convencional de forma aceptable y anatómica”⁵. En referencia a la zona neutra crucial en el diseño de la prótesis dental **Anampa afirma que** “La zona neutra para la rehabilitación oral de un paciente edéntulo total inferior cuyo reborde presentó un severo grado de reabsorción. Motivo por el cual refirió movilidad e incomodidad en las prótesis que portaba, al finalizar el tratamiento se consiguió devolver armonía entre la prótesis y la musculatura peribucal, lográndose la retención y estabilidad de la misma”⁶. Las sesiones mínimas para elaborar la prótesis total se consideran que son 6 ,a ello **Olivera** sostiene que “en el caso clínico de un paciente adulto mayor de 70 años, con problemas de masticación, se efectuó el tratamiento en seis sesiones, efectuando un atinado diagnóstico que genere y releve información básica sobre las estructuras de soporte de la prótesis total, así como de los tejidos adjuntos, lo cual debe asegurarse mediante la inspección clínica”⁷.

VI. CONCLUSIONES

- Se rehabilito con prótesis total al paciente desdentado, describiendo los criterios teóricos sobre el diseño y la importancia de la zona neutra para una correcta funcionalidad de la dentadura.
- Es posible un tratamiento competente en procedimientos de prótesis total, realizando un atinado diagnóstico que suscite y ponga en relevancia información sobre las estructuras donde se apoya la prótesis total.
- El diseño no adecuado en la prótesis total puede ocasionar grandes perjuicios al paciente a lo largo del tiempo como son la pérdida de estructura ósea, para ello, debe tenerse en cuenta las peculiaridades biomecánicas-funcionales.

VII. APORTES.

- Sugerimos al clínico, tener en cuenta el concepto del diseño en prótesis total teniendo en cuenta la extensión adecuada de la prótesis, que involucra directamente a la zona neutra.
- Se debe informar al paciente que una prótesis pequeña que no abarca zonas de soporte podría traer consecuencias negativas al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas P., Mazzini M., Romero K. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. Dominio de las Ciencias. 2017. 3.2.: 702-718.
2. Medrano M.; Ruiz Calixto M.; Gutiérrez F. Impacto en la calidad de vida relacionada con salud bucal de la rehabilitación protésica convencional en pacientes desdentados completos, atendidos en el servicio público chileno. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Vol. 1 núm., 4, septiembre, 2017, pp. 960-982.
3. Álvarez M. Rehabilitación integral mediante la elaboración de una prótesis total en un paciente geriátrico con acondroplasia. [Tesis de Licenciatura]. Quito: Universidad Internacional de Ecuador; 2019.
4. Raquec L. Rehabilitación con prótesis total convencional de un paciente con fractura de premaxila utilizando una nueva técnica de impresión final con dos consistencias de silicona por adición y cubeta individualizada: Estudio piloto 2020. [Tesis de Licenciatura]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, 2020.
5. Chávez E. Rehabilitación bucal en paciente desdentado total. [Tesis de Especialista en Rehabilitación Oral]. Lima: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, Escuela de Post Grado.2018.
6. Anampa M. Rehabilitación oral con prótesis total: Técnica de zona neutra modificada. [Tesis de Segunda Especialidad Odontología]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman - TACNA, 2019.
7. Olivera J. Confección de prótesis total en paciente adulto mayor con un esquema oclusal lineal [Trabajo de suficiencia profesional]. Huancayo: Universidad Peruana Los andes.2021.

8. Sanz G., Llanes C., Gretel L., Valdés Y. Consecuencias del edentulismo total y parcial en el adulto mayor Geroinfo. 2018; 13(3):1-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86531>
9. Caputo L. Sobredentaduras implanto asistidas en el paciente desdentado total: bases para su indicación. Revista de la Facultad de Odontología 14.2 (2021): 14-19. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.30972/rfo.1425765>.
10. Flores G., Nuñez B. Relación entre el grado de satisfacción de los pacientes rehabilitados con prótesis total y la calidad de la prótesis, en el Centro Especializado en Formación Odontológica de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo de Chiclayo, 2016.
[Tesis de Grado]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2018.
11. Llanquichoque H. Técnica de confección de prótesis totales. Rev Act Clin. La Paz sep. 2012; 24:1148-52. Disponible en:
http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v24/v24_a05.pdf
12. ¿Qué es diseñar? [Internet]. Diccionario Actual.2020 [citado 28 de enero del 2022]. Disponible en: <https://diccionarioactual.com/disenar/>
13. Prótesis dental. Wikipedia [citado 28 de enero del 2022]. Disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%B3tesis_dental
14. Diseño para una prótesis Dental Total Odontólogos Ecuador.com. [Citado 28 de enero del 2022]. Disponible en: <http://www.odontologosecuador.com/espanol/artpacientes/amb/disenoprotesis-dental.htm>
15. Kishor K., Singh S., Nugotsov V., et al.; Novel Registration technique to register neutral zone. Journal of Oral biology and craniofacial Research 2012; Vol. 2 number 3, pp. 198-202.

16. Loayza O. Efectividad del sellado periférico utilizando godiva de baja fusión y silicona por condensación como materiales de impresión para la confección de prótesis completas. [Informe final para optar el grado académico de: magister en estomatología]. Chiclayo: Universidad señor de Sipan.2016.
17. Aguilar S. Reporte de práctica zonas protésicas y zonas anatómicas. [Internet]. 2020. [citado 30 de enero del 2022]. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-de-ciencias-y-artes-de-chiapas/prostodoncia/zonas-proteticas-y-anatomicas-del-paciente-totalmente-desdentado/9198247>
18. Plasencia J. Prótesis completa. Labor, 1988.
19. Consentimientos Informados - Sociedad Peruana de Prótesis [Internet]. 2020. [citado 30 de enero del 2022]. Disponible en: <https://www.sppdmf.pe/consentimientos-informados/>

ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento Informado ¹⁹.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROTESIS TOTAL¹⁹

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que por imperativo legal tendrá que firmar usted o su representante legal el consentimiento informado para que pueda realizarle dicho procedimiento. Yo Felipe Thais Agurto identificado con DNI N° con 70 años de edad, he sido informado por el bachiller Sandro Vía y Rada Valdivieso que ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a realizar el tratamiento de prótesis dental completa dándome los dientes artificiales que se asientan sobre el hueso cubierto de mucosa, con el correcto manejo de los tejidos blandos y con materiales adecuados para la toma de impresión. Limitaciones: Al carecer de fijación mecánica al hueso, estos aparatos experimentan una cierta movilidad, más evidente al comer sobre todo el inferior. Una limitación de carácter estético derivada de esta inestabilidad, es que en prótesis completas los dientes anteriores y superiores no siempre pueden montarse sobre los anteriores e inferiores, sino que los bordes cortantes tienen que estar a la misma altura que la cara triturante del resto de los dientes por eso cuando existen dientes naturales anteriores e inferiores los dientes de la prótesis superior suelen ser más cortos que los originales. Anestesia Local: Para el procedimiento de extracciones dentales será necesario administrar un anestésico local mediante una inyección que contienen sustancias que provocan la sensación de pérdida de sensibilidad de tejidos orales, labios y/o cara, que normalmente van a desaparecer de 2 a 3 horas aproximadamente. La administración de la anestesia puede provocar en el lugar donde administra la inyección, efectos colaterales como ulceración de la mucosa, hematoma, contusiones, dolor soportable y menos frecuentes limitaciones en el movimiento de apertura de la boca que pueden requerir tratamiento posterior y que la anestesia puede provocar baja de presión y en casos menos frecuentes pueden provocar un síncope, fibrilación ventricular, estimulación cardíaca, parálisis de lengua temporal y otras alteraciones que deben tratarse posteriormente. Comprendo que a pesar que en mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico, asfixia y que en casos extremos puede requerir tratamiento de urgencia. Fracturas: Dientes y estructuras se pueden romper o quebrar o fracturar, muchos factores pueden contribuir a esta situación tales como masticar comidas u objetos excesivamente duros, cambios en las fuerzas de masticación o traumas en la boca, etc. Fracturas invisibles pueden estar en el diente artificial debido a diferentes causas, pero los dientes no se rompen con comidas suaves o por una causa no aparente. Rompimientos o rupturas rara vez ocurren debido a materiales defectuosos o una mala construcción. Incomodidad o Malestar: Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Impresión de que los dientes artificiales son demasiados grandes o con diferencia en tamaño y forma con los naturales. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación con el tiempo. La pronunciación de ciertos sonidos puede resultar un poco alterada. Es probable que se muerda fácilmente las mejillas y la lengua. Probablemente se muevan al comer al menos inicialmente por lo que deberá masticar de los dos lados. En limitadas situaciones los músculos y la mandíbula junto con la articulación pueden quedar incómodos después de la colocación de las prótesis. Apariencia y Estética: Se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia de los dientes y estructuras en su boca antes de la terminación final. Si es satisfactorio el paciente firmara esta forma donde está indicado. De no mantener una conducta de limpieza es probable el cambio en la coloración de la prótesis completa. Longevidad de las Prótesis Completa: Hay muchas variables que determinan cuanto van a durar las prótesis algunos de los factores ya han sido mencionados anteriormente. Otros factores son salud general, buena higiene oral, chequeos regulares, dieta, etc., pueden afectar la longevidad, por esta razón las garantías no se pueden dar o asumir

con respecto a las prótesis la duración de estas. Otras causas de sustitución pueden ser procesos inexorables del paso del tiempo (envejecimiento) y que se ven agravados por descuidos y falta de higiene por parte del portador. Por lo que deberá renovarse periódicamente. Consecuencias de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea (pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares), problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración en la pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Riesgos Personalizados: El Odontólogo me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes, cardiopatía, anemia, edad avanzada, obesidad etc.) pueden aumentar riesgos y complicaciones. Alergias: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis total. Recomendaciones: Los primeros días procure cerrar la boca y masticar con cuidado para no morderse y sobrecargar las encías. Inicialmente mastique alimentos blandos y no pegajosos, pasando poco a poco a comer productos más consistentes. Evite comer como goma de mascar, caramelos masticables, etc. Mientras la prótesis este fuera de la boca conviene conservarla en agua para evitar golpes y deformaciones. Es aconsejable que se de masajes a las encías para mejorar la circulación y prevenir en lo posible su reabsorción. Indicaciones: Lavar la prótesis total y la boca después de cada comida, para evitar la formación de sarro. Quitarse la prótesis para dormir, para que los tejidos descansen. Se debe realizar una revisión cada 6 meses para efectuar correcciones adaptativas requeridas por las modificaciones que sufren las encías, comprobar el estado y ajuste de la prótesis. Acudir a una consulta inmediata siempre que aparezcan heridas, llagas, ulceraciones, dolor que no desaparezcan al cabo de 4 a 5 días o alguna anomalía de la prótesis completa. Es la responsabilidad del paciente buscar atención del odontólogo para solucionar cualquier problema inesperado. El paciente debe diligentemente seguir todas las instrucciones incluyendo asistir a las citas. Es necesario en la mayoría de los casos la documentación fotográfica o registros en otros tipos de soporte audiovisual antes, durante y después del tratamiento para facilitar el avance del conocimiento científico y la docencia. En todos los casos será resguardada la identidad del paciente. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el odontólogo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. En ese sentido doy pleno consentimiento para que se me practique la técnica protésica mencionada en el presente consentimiento.

Huancayo, 10 de Enero Del 2022

Bachiller en Odontología

Sandro Via y Rada Valdivieso

Anexo 2 Declaración Jurada de Autoría.

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA

En la fecha, yo Sandro Vía y Rada Valdivieso, identificado con DNI N° 45513404, Domiciliado en Prolongación San Carlos 153 - Huancayo, BACHILLER de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Odontología, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada **REHABILITACIÓN ORAL DE PACIENTE DESDENTADO TOTAL A TRAVÉS DE SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS INFERIOR MAL DISEÑADA**. Se haya considerado datos falsos, falsificación, plagio, auto plagio, etc. y declaro bajo juramento que mi trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.



Sandro Vía y Rada Valdivieso

DNI N° 45513404

Huancayo 10 Enero del 2022.