

# UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



**UPLA**  
UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

## TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

### REHABILITACIÓN ORAL EN PACIENTE EDÉNTULO PARCIAL SUPERIOR E INFERIOR CON PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

**Para optar** : El Título profesional de Cirujano Dentista

**Autor** : Bach. Javier Rojas, Bryan Jhony

**Asesor** : Dr. Olivera Acuña Williams Ronald

**Línea de investigación**

**Institucional** : Salud y Gestión de la Salud

**Fecha de Inicio y**

**Culminación** : Del 01 al 30 de abril de 2023

Huancayo – Perú  
2024

## DEDICATORIA

A mis progenitores y hermana por su ayuda y fomentar en mí el deseo de superación y amor hacia mi profesión; a mis queridos pacientes, por su responsabilidad y tiempo ofrecido y al creador, por guiar mis pasos y no abandonarme nunca.

Bryan.

## AGRADECIMIENTO

Al Divino por su bendición de poder cumplir mis objetivos trazados, a mis progenitores por brindarme todo su ayuda incondicional en mi formación, a mis catedráticos por los conocimientos impartidos.

Bryan.

## CONSTANCIA DE SIMILITUD

N° 0094-FCS -2024

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que el **Trabajo de Suficiencia Profesional** Titulado:

### REHABILITACIÓN ORAL EN PACIENTE EDÉNTULO PARCIAL SUPERIOR E INFERIOR CON PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **BACH. JAVIER ROJAS BRYAN JHONY**

Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional : **ODONTOLOGÍA**

Asesor (a) : **DR. OLIVERA ACUÑA WILLIAMS RONALD**

Fue analizado con fecha **06/03/2024** con **41 pág.**; en el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

**Excluye Bibliografía.**

**Excluye Citas.**

**Excluye Cadenas hasta 20 palabras.**

Otro criterio (especificar)

X
X
X

El documento presenta un porcentaje de similitud de **9** %.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N° 15 del Reglamento de Uso de Software de Prevención de Plagio Versión 2.0. Se declara, que el trabajo de investigación: **Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.**

Observaciones:

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

Huancayo, 06 de marzo de 2024.



**MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI**  
**JEFA**

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

CONTENIDO  
**PRESENTACIÓN**

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO.....	4
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8

**INTRODUCCIÓN**

**CAPÍTULO I**

**1. PROBLEMA**

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	9
1.3 OBJETIVOS.....	10

**CAPITULO II**

<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
2.1 Antecedentes.....	11
2.2 Bases Teóricas o Científicos.....	15
2.3 Bases conceptuales.....	19

**CAPÍTULO III**

**3. DESARROLLO DEL CASO CLINICO**

3.1 HISTORIA CLÍNICO.....	24
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....	25
3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL.....	26

3.4. DIAGNÓSTICO.....	29
3.5 PLAN DE TRATAMIENTO.....	31
3.6 PRONOSTICO .....	36

#### **CAPÍTULO IV**

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

#### **CAPÍTULO V**

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

#### **CAPÍTULO VI**

RECOMENDACIONES .....	38
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	39

## CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1,2 y 3 Imagen extraorales 45°, de frente y 90°.....	28
Figura 4,5,6,7 y 8 Imagen intraorales .....	28
Figura 9,10,11,12 y 13 Imagen de los modelos definitivos .....	30
Figura 14 y 15 Destartraje y profilaxia .....	31
Figura 16 y 17 Preparación biomecánica .....	31
Figura 18,19 y 20 confección de cubeta individual e impresión superior .....	32
Figura 21,22 y 23 confección de cubeta individual e impresión inferior .....	32
Figura 24 y 25 diseño de la prótesis superior .....	33
Figura 26 y 27 diseño de prótesis inferior .....	33
Figura 28 y 29 Prueba del metal y toma de registro sup e inf .....	34
Figura 30 y 31 Prótesis acrilizadas y pulidas.....	34
Figura 32 y 33 Instalación de las prótesis sup e inf.....	35
Figura 13. 34 y35 Ajuste oclusal de las prótesis .....	35
Figura 36 Control a los 7 días .....	36

## RESUMEN

La cantidad de personas semi-edéntulas va aumentando diariamente, esto ocurre debido a que la caries dental es la enfermedad bucal más prevalente con cerca del 90% en la población, esta al no recibir una atención dental oportuna, así como el factor económico, permite que el paciente opte por la extracción dental, lo que aumenta la prevalencia de desdentados parciales.

Las Prótesis dentales parciales removibles deberían tener un diseño definido que permita el ingreso y salida de la cavidad bucal sin molestias ni problemas para el paciente, este tipo de prótesis presenta diversas desventajas, sin embargo, su fácil elaboración y bajo precio brinda una alternativa de tratamiento para los edéntulos parciales. (1)

El propósito de este trabajo de suficiencia es describir el protocolo de atención de un paciente edéntulo parcial mediante la confección de una prótesis parcial removible con base metálica de cromo-cobalto superior e inferior, para ello se le brindo atención a una persona de sexo masculino de 42 años de edad con diagnóstico de edentulismo parcial bimaxilar, se utilizó el siguiente plan de tratamiento: evaluación clínica extra e intra oral, se diagnosticó como edéntulo parcial de clase III superior e inferior de clase I (según la clasificación de Kennedy); luego se tomó las impresiones preliminares o de estudio, se confecciono las cubetas individuales para registrar los modelos de trabajo o definitivos, se mandó a confeccionar las estructuras metálicas superior e inferior, se realizó la prueba en boca del encerado y por último se realizó la instalación de las prótesis en la boca, haciendo el ajuste oclusal respectivo y su control a las 24 horas y a la semana.

**Palabras clave:** Prótesis parcial removible, edéntulo parcial, Clasificación de Kennedy

## ABSTRACT

The number of semi-edentulous people is increasing daily, this occurs because dental caries is the most prevalent oral disease with about 90% in the population, this by not receiving timely dental care, as well as the economic factor, allows that the patient opts for dental extraction, which increases the prevalence of partial edentulousness.

Removable partial dental prostheses should have a defined design that allows entry and exit from the oral cavity without discomfort or problems for the patient, this type of prosthesis has several disadvantages, however, its easy manufacturing and low price provides an alternative treatment for partially edentulous.

The purpose of this sufficiency work is to describe the care protocol for a partially edentulous patient by making a removable partial denture with an upper and lower chrome-cobalt metal base, for which care was provided to a 42-year-old male with a diagnosis of bimaxillary partial edentulism, the following treatment plan was used: extra and intra oral clinical evaluation, it was diagnosed as partial edentulous upper class III and lower class I (according to Kennedy's classification); then the preliminary or study impressions were taken, the individual trays were made to register the working or final models, the upper and lower metallic structures were sent to be made, the wax-up was tested in the mouth and finally the installation was carried out of the prostheses in the mouth, making the respective occlusal adjustment and its control at 24 hours and a week.

**Keyword:** Removable partial denture, partial edentulous, Kennedy Classification

## CAPÍTULO I

### 1. PROBLEMA

#### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

##### 1.1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La forma más barata y fácil de restablecer la salud del aparato estomatológico de los pacientes edéntulos parciales es mediante la elaboración de ortopédicos sean totales o parciales en su condición de removible, con esto el odontólogo intentara la rehabilitación de la cavidad bucal a través de estos postizos. (2)

Uno de los pilares primordiales e irremplazables aplicables al momento de su elaboración de esta aparatología es planificar y preparar la cavidad bucal bioestáticamente, debemos tener en cuenta el diseño elaborando los apoyos oclusales, el eje de inserción, buscando siempre el soporte, estabilidad y retención necesaria para que pueda utilizar el paciente sin dificultades. (2)

Actualmente la prevalencia de pacientes con edentulismo parcial o total va en aumento, siendo para ello las prótesis parciales y totales una alternativa de tratamiento barato y de fácil confección. (3)

#### 1.2 JUSTIFICACIÓN

Uno de los tratamientos alternativos más empleados en pacientes con edentulismo parcial es la prótesis parcial removible, básicamente por su bajo costo económico y la facilidad en su elaboración, estas características permitieron su utilización hace varias décadas en dichos pacientes. Si el paciente no regresa a sus controles, no presenta una adecuada higiene bucal, no tener cuidado en el uso de dicha prótesis, estas sufren averías con el pasar de los años, ocasionando fracturas, desgaste, pérdida de dientes protésicos,

desadaptación de los retenedores. Estos elementos hacen que el usuario presente un postizo desadaptado y mostrando estados calamitosos de preservación, ocasionando sin duda alteraciones en los niveles de salud bucal.

(1)

Las investigaciones realizadas sobre la temática revelan que desde hace mucho tiempo atrás la elaboración de prótesis parciales y totales no ha recibido la atención necesaria por parte del odontólogo a pesar uno de los tratamientos más frecuentes empleadas y usadas en la rehabilitación oral, pues estos profesionales no la ejecutan teniendo en cuenta normas fundamentales en su elaboración, es así que revisando los archivos sobre modelaje y confección de estos aparatos, gran parte de los laboratorios dentales, muestran productos de calidad y diseños contraproducentes; mostrando características en su confección distantes a las que realmente cuentan los pacientes, resultando genéricamente incompatibilidades muy notorias.. (2)

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Rehabilitar la cavidad oral del paciente, con la confección de prótesis parciales removibles, empleando un protocolo de tratamiento adecuado.

#### 1.3.2 OBJETIVO ESPECIFICO

Restablecer la funcionalidad, fonética y estética en el paciente edéntulo parcial, con la elaboración de prótesis parciales removibles.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes

**Alfaro E.** Presentó un estudio relativo a nuestro tema el 2019, con el propósito de establecer las características más saltantes de prótesis parciales removibles. Metodológicamente su investigación fue observacional y descriptiva. Tuvo una muestra de 180 modelos de prótesis captados en tres laboratorios dentales, teniendo como resultados que, en ellos, se verifica la paralelización de 0%, inexistencia de paralelización 100%. De otro lado, presentica de descansos un 27.0% inexistencia de descansos un 70.08%. Asimismo, se nota la presencia de planos guías en un 15.7%, inexistencia de planos guías en un 84.0%; luego presencia de diseño 22.0%, no presencia de diseño 78.3%. Teniendo en consideración la Escala de Likert se denotaron un 78.9% de trabajos buenos, un 16% de trabajos de calidad regular y un 5.6% de trabajos con características malas. Concluye su estudio el investigador, infiriendo que se ha evidenciado formalmente que las prótesis parciales removible incumple de plano con las correctas características que deben tener prótesis removibles exigidas por las ciencias odontológicas. (2)

**Quiquia A.** Culminó un estudio relacionado a la prevalencia de errar al diseñar y elaborar postizos dentales parciales removibles. Fue su propósito, determinar la prevalencia de dichos errores en edéntulos de la mandíbula inferior de Clase I en estudiantes del último semestre de un centro de estudios superior privado peruana. Metodológicamente empleó una investigación de tipo básica, observacional y descriptiva con una muestra conformada por 45 internos del centro superior de estudios aludido. Entre los resultados más notorios e importantes muestra que los diseños de estos aparatos fueron adecuados en un 27.5%,

también fueron regulares en un 40% y lamentablemente deficientes en un 32.5%. Por otro lado, en cuanto al diseño de apoyos del aparato, se halló que un 27.5% fue diseñado correctamente el 72.5%, otro 27.4% con diseño no correcto.. Así también en lo relativo al diseño de las bases en edentulismo inferior clase I de Kennedy el 60% fue correcto y el resto incorrecto, es decir el 40%. Concluye el estudioso mencionando que el diseño protésico en edentulismo inferior de Clase I (según Kennedy) refleja mayormente una proporción regular fijándose con una prevalencia de error del orden de un 40%. (4)

**Saquipulla J. Et al.** Realizó el 2017 en Colombia un estudio relativo a la situación y estado de los postizos parciales removible colocados a pacientes atendidos en la clínica Dental de la Universidad de Cuenca. Usaron como metodología una investigación básica, descriptiva empleando como muestra de estudios a 78 pacientes tratados, arribando a los resultados siguiente: Un 35.9 % recibieron prótesis parciales removible en buen estado; un 34,9% recibieron con un estado regular y solamente un 20.9% reflejaron un estado bueno en las prótesis recibidas. Así también considerando la edad de los pacientes fue el grupo etario de 40 a 60 años los que verificaron un estado protésico sobresaliente o muy bueno. (1)

**Avendaño E.** En el 2016, en al UNM San Marcos de Lima, sustentó su tesis sobre la prevalencia del edentulismo parcial y la colocación de prótesis dentales parcial removible. Metodológicamente fue un estudio básico, descriptivo observacional, la muestra de estudio fue de 243 individuos (89 caballeros y 154 damas) entre los resultados más interesantes, muestra que la Clase I de Kennedy fue la de más frecuencia en el orden de un 41.3%, seguida por la Clase III con un 25.5%, y al final la clase IV con solo un 1.7%.

De otro lado establece que las necesidades de esta aparatología acorde con las historias de pacientes tratados el 14.1% no requirieron dichas prótesis y el saldo; es decir el 85.9% tuvieron urgencia de postizos removibles. Concluye su investigación infiriendo que la mayor frecuencia de edentulismo según género fue en los representantes del género femenino con 154 paciente y la diferencia fueron hombres. (5)

**Chanaluisa K.** Efectuó en el 2018 una investigación sobre prácticas y hábitos en pacientes edéntulos que cuenten con prótesis parciales removibles y que se presenten a los servicios clínicos de la universidad Central de Ecuador. Empleó el métodos básico , descriptivo, transversal, teniendo una muestra de 164 pacientes edéntulos a los cuales encuestaron con el instrumento correspondiente, consistente en 15 preguntas sobre prótesis dental parcial removible, entre los resultados verificó que el que una gran proporción de edéntulos no se quitan los postizos durante el día en un porcentaje del orden del 33%, el 50% lo usa puesto en el transcurso de la noche y un 75% no se lo quita en ningún momento durante las horas del día y de la noche. Asumió como conclusión que las practica de higiene bucal de los referidos participantes no son las más correctas, llamando sumamente la atención. (3)

**Guillén C.** En la Universidad San Martín de Porres en el 2017 se presentó un estudio relativo a la aplicación del manual sobreuso y elaboración de prótesis parciales removibles. Siendo su estudio de tipo básico, experimental, de naturaleza cuantitativa. Entre los resultados manifestó que entre los niveles de conocimiento verificado se halla los procedimentales (7%) conceptual (7%) actitudinal (6%) resultados muestra indican conceptual 7%, procedimental 7%, Concluye que aplicando la Chi Cuadrada de Pearson se evidencia una diferencia significativa entre los grupos de estudio (control y Experimental).

Rechazándose la hipótesis nula. Al hallarse un  $p$  – valor = 0.000 es  $<$  que  $p = 0.05$ . (6)

**Poveda A.** El 2016 presentó una investigación con el propósito de establecer la frecuencia de individuos con edentulismo parcial de acuerdo a Kennedy en asociación a la edad y sexo. Metodológicamente empleó el tipo de estudio descriptivo analítico de tipo observacional con una muestra de 116 individuos de ambos géneros edéntulos parciales con grupos etarios de 22 a 50 años. La prevalencia de edéntulos parciales se encontraron al 75% del, la clase III modificación 1 fue las más prevalente en el maxilar inferior. Concluye que, cuanto mayor es la edad del paciente, la frecuencia y el riesgo de edentulismo parcial se incrementa. En cambio, la asociación entre géneros fue negativa. (7)

**Bernal C.** En su estudio que tuvo el propósito de establecer la posible asociación entre el estado de conservación del postizo y la presencia de alteraciones en la mucosa de portadores de prótesis parcial removible, metodológicamente fue una investigación descriptiva, transversal y prospectiva, se evaluó a 50 individuos que usaban postizos parciales removibles; resultados: muestran que más del 80% de los individuos examinados no presentaron lesión alguna en su mucosa, por lo que concluye manifestando que no hay asociación entre las variables de estudio. (8)

## 2.2 Bases Teóricas o Científicos

### A) Generalidades

El incremento de conocimientos teóricos en la odontología moderna permiten la rehabilitación de pacientes edéntulos parciales y totales, mediante el empleo de implantes dentales y puentes fijos; sin embargo, el empleo de las prótesis parciales removibles utilizando metales (cromo-cobalto, cromo-níquel, etc.) y acrílicos termo curados, son de alta demanda en todo el mundo principalmente por su bajo costo económico y por facilidad en su confección, por lo en la actualidad no son considerados obsoletas.

Estas prótesis pueden ser empleadas en pacientes con edentulismo parcial a cualquier edad (adulto mayor, adulto, jóvenes). Tipificación de Kennedy

Kennedy clasifica a los edéntulos parciales en:

Clase I: “Zona edéntula bilateral localizada en zona posterior a las piezas remanentes”<sup>8</sup>.

Clase II: “Zona edéntula unilateral localizada en zona posterior a las piezas remanentes”<sup>8</sup>.

Clase III: “Zona edéntula unilateral con pilar anterior y posterior a esta, de tipo dentosoportada”<sup>8</sup>.

Clase IV: “Zona edéntula anterior única que atraviesa la línea media”<sup>8</sup>.

Applegate (1960) inserta reglas a la clasificación de Kennedy.

1ra: “La tipificación debe realizarse después de extraer cualquier diente que pueda alterar la tipificación”<sup>9</sup>.

2da:” Si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se le considera para la clasificación”<sup>9</sup>.

3ra: “Si se halla presente un tercer molar y será utilizado como pilar, se le considera para la clasificación”<sup>9</sup>.

4ta: “Si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, no se le considera en la clasificación”<sup>9</sup>.

5ta: “El área (o áreas) desdentadas más posterior siempre es la determinante de la clasificación”<sup>9</sup>.

6ta: “Las áreas desdentadas distintas de la que determina la clasificación se denominan modificaciones y son designadas por su número”<sup>9</sup>.

7ma: “La extensión de la modificación no se considera, sino tan solo la cantidad de zonas desdentadas adicionales”<sup>9</sup>.

8vo: “No puede haber áreas de modificación en arcos clase IV. (si existiese otra área desdentada aplicar la regla 5)”<sup>9</sup>.

## **B) Biomecánica en prótesis parcial removible**

La ciencia que investiga las leyes que se presentan en la interrelación que se da entre los materiales y la vida se denomina biomecánica. Es la interrelación presente entre las estructuras anatómicas de soporte y retención y los elementos de una prótesis dental, frente a las fuerzas originadas durante los movimientos masticatorios.

El propósito de la elaboración de una prótesis parcial removible es:

- Que este sea aceptado tanto estética y funcionalmente por el paciente.
- Que esta pueda ser tolerada por los tejidos dentales y periodontales.
- No introducir elementos iatrogénicos: para conseguir supervivencia a largo plazo.

Al conseguir estos objetivos podemos manifestar que nuestra prótesis será completamente exitosa.

Al momento que la PPR se mantenga instalada en la boca, durante la masticación se originan fuerzas que producen una serie de movimientos sobre el postizo y sus componentes con la intención de expulsarla de su sitio (en los 3 planos del espacio), específicamente sobre las bases.

La PPR debe de cumplir con la filosofía SER (soporte, estabilidad y retención), para que cumpla su función adecuadamente.

- **Soporte:** son las fuerzas que reaccionan (oponen) a las fuerzas verticales durante la masticación, impidiendo que esta se incruste en los tejidos blandos de los maxilares.

Este soporte esta dado tanto por los elementos dentarios como la mucosa de zonas edéntulas, pero es primordial utilizar los dientes como apoyos principales.

Podemos utilizar las superficies oclusales de los molares y premolares superiores e inferiores, vertientes de caninos como apoyos básicos; de igual forma podemos emplear la tuberosidad del maxilar, paladar duro, trígono retromolar, etc.

- **Estabilidad:** Es la resistencia que tiene la PPR frente a los movimientos rotacionales. La estabilidad está dada por los conectores mayores y menores, bases, retenedores indirectos, brazos opositores, rigidez de la estructura. Para que la barra lingual ofrezca estabilidad esta debe de ser completamente rígida.
- **Retención:** Fuerzas reactivas que resisten la separación de las prótesis durante los movimientos masticatorios. Los elementos de la PPR que ofrecen retención son los retenedores, el polígono de sustentación y la oclusión, también contribuyen a la retención la superficie de contacto, tipo y cantidad de saliva.

### C) Tipos de prótesis parciales

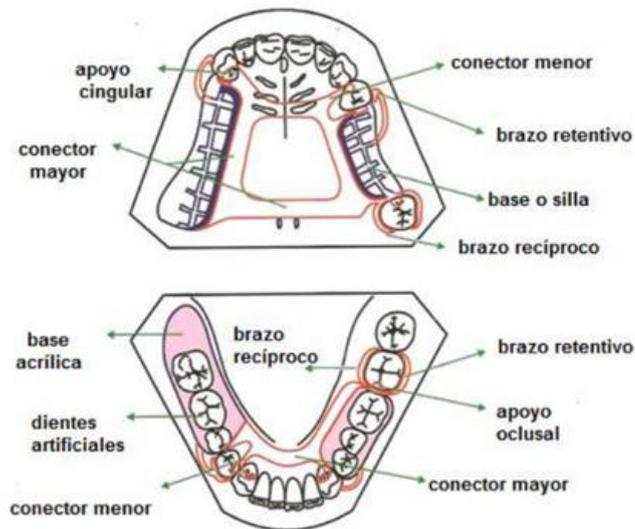
En función al sostén y traspaso de fuerzas verticales hacia las tramas blandas sobrantes, las prótesis parciales removibles clasifican así:

- ❖ **Prótesis Dentosoportada**, es aquel dispositivo protético en la cual el soporte recae exclusivamente en los elementos dentarios remanentes (pilares). Esto lo podemos observar en áreas edéntulas limitadas por elementos dentarios en ambos lados. (clase III de Kennedy) (9)
- ❖ **Prótesis Dentomucosoportada**, denominada también postizo de carga mixta, pues el soporte de esta recae tanto en los elementos dentarios como en los tejidos blandos adyacentes. Podemos verlo en edéntulos con extremo libre (Clase I, II o IV de Kennedy). (9)

### 2.3 Bases Conceptuales

#### Constituyentes de PPR

Se advierte:



**Fig. 2:** Esquema de dispositivos protésicos de ambos maxilares que señalan todos los elementos conformantes.

Fuente: David Loza Fernández, Prótesis Parcial Removible

❖ Base Acrílica

Es un componente de la PPR cuya función es brindar soporte a la dentadura artificial. Ubicada encima de los tejidos blandos proporcionando también ser estable y retentivo, permite transmitir las fuerzas durante la masticación a los componentes biológicos de soporte. Solo soporta los dientes cuando su funcionalidad es solo en la vía de carga dentaria, pero en una carga mixta brinda su estabilidad, retención y a veces contorno de los labios. (9)

❖ Dientes Artificiales

“Componentes de la PPR que permiten la rehabilitación de la boca devolviendo la forma, estética y funcionalidad de los dientes perdidos. Generalmente se emplean dientes de acrílicos, pero se puede usar también de porcelana”. (9)

❖ Conector Mayor

Componente que tiene por función juntar las demás partes del postizo parcial uniendo ambas hemi- arcadas. Todos los componentes protéticos se van a unir a este en forma directa o indirecta. Su fisiología es únicamente de conexión durante la carga dental y cuando es mixta ofrece también soporte. (9)

El conector mayor determina soporte, estabilidad y retención al aparato protésico. Para funcionar correctamente, deben cumplir con ciertos requisitos estructurales, como la rigidez, para evitar la torsión, fuerzas de palanca sobre los pilares y garantizar una mejor distribución de las fuerzas sobre los tejidos de soporte. (9)

#### ❖ Brazo Retentivo

Es un actor importante en la retención de una PPR. El brazo fijo debe diseñarse para que sea flexible, por lo que en sus dos tercios iniciales es rígido, parte que se ubica sobre el ecuador protésico, y un extremo terminal más delgado, que se asienta en el área retentiva bajo el ecuador protésico. A medida que su diámetro disminuye hacia la punta, su flexibilidad aumenta de modo que puede deformarse al cruzar el ecuador de la prótesis, resistiendo así el desplazamiento de la prótesis a lo largo de su trayectoria de inserción y extracción. (9) (Fig. 4).

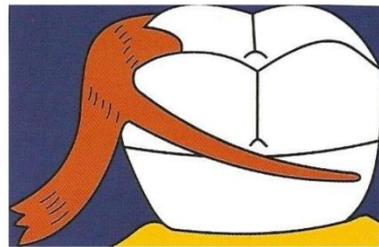


Fig. 4: Esquema de ubicación del brazo retentivo.

Fuente: David Loza Fernández, Prótesis Parcial Removible

Este disminuye su grosor a medida que va al final, la tercera parte de este brazo termina por debajo del ecuador; Este brazo se ubica por la cara vestibular generalmente, pero esta ubicación puede cambiar debido a varias causas, entre las más comunes es la estética. (9)

#### ❖ Brazo Opositor

Componente que tiene la finalidad de contrarrestar las fuerzas producidas por el brazo retentivo al pilar, lo estabiliza evitando daños sobre el pilar. Realiza fuerza contraria al brazo retentivo al desplazarse el postizo fuera de su ubicación para neutralizarlo. Casi siempre se encuentra en la cara

contraria al retenedor y por encima del ecuador dentario. A diferencia del retenedor presenta un grosor mayor y su diámetro es similar en todo el brazo. (9)

❖ Apoyo

Es un elemento rígido proveniente de los conectores menores y que se ubican en los descansos preparados en los pilares, en los molares y premolares son preparados sobre las superficies oclusales, mientras que en los dientes anteriores estos son preparados sobre el cingulo o borde incisal. Su función es distribuir las cargas oclusales producidas durante la masticación a los pilares a través de su eje axial, evita que el postizo se intruya en los tejidos periorales, permite mantener los brazos retentivos y recíprocamente una ubicación respecto al ecuador dentario lo que permite dar estabilidad a esta. (10) Debe presentar un volumen adecuado para que pueda resistir y no interferir con la oclusión. (10)

Es considerado como uno de los elementos de la PPR más valiosos, pues este brinda soporte y estabiliza la prótesis ubicándolo en una posición adecuada respecto a los tejidos peri orales. (10)

❖ Conector Menor

Elemento de la prótesis encargado de la unión del conector mayor con las demás partes de la prótesis parcial removible. Su finalidad es transmitir las cargas masticatorias del postizo a los pilares, así mismo trasfiere las cargas producidas por los brazos retentivos, descansos y elementos que estabilizan el postizo (10)

❖ Complejo Retentivo

Parte de PPR encargada de tolerar el desplazamiento de la prótesis desde su asentamiento final en los tejidos de soporte en que se apoya.

Este complejo involucra un diente pilar en el que se asentará, impidiendo mecánicamente que la prótesis se desplace de su sitio en los movimientos funcionales del paciente, principalmente en sentido vertical. (9)

Cuando la prótesis está en reposo y no hay fuerzas verticales de desplazamiento activas, el retenedor se encuentra en un estado pasivo en relación al pilar. Por esto, al ajustar un retenedor para obtener más retención, la punta del brazo activo del retenedor debe posicionarse lo más cervicalmente posible para ejercer un grado mayor de retención. (11)

**CAPÍTULO III**  
**DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO**

3.1 HISTORIA CLÍNICO

**ANAMNESIS**

• **DATOS DE FILIACIÓN**

- NOMBRES Y APELLIDOS: H.J.J.A
- EDAD: 42 años
- SEXO: Masculino
- ESTADO CIVIL: Casado
- DOMICILIO: JR. JORGE CHAVEZ 1590 BREÑA – LIMA
- OCUPACIÓN: Comerciante
- LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Huancayo- 10- 11 - 1979
- LUGAR DE PROCEDENCIA: Lima

• **MOTIVO DE CONSULTA**

**“NECESITO UN POSTIZO PORQUE SE ME HACE INCOMODO  
MASTICAR LOS ALIMENTOS”**

• **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente refiere que hace 4 años aproximadamente le extrajeron algunas piezas dentarias, debido a las lesiones cariosas que presentaba y por falta de interés , actualmente siente molestias al momento de masticar.

- **ANTECEDENTES**

- **Generales:** Padre de familia, casado tiene 3 hijos vivos sanos, trabaja como comerciante, casa rustica y material noble, cuenta con todos los servicios agua, luz, desagüe.
- **Familiares:** Padres: El padre falleció de TBC y la madre viva sufre de presión alta. Hermanos: 6 hermanos vivos y sanos.
- **Patológicos:** no refiere
- **Alergias:** no refiere

### 3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

- **Signos vitales**

- Peso 78 kg
- Talla: 1.65 cm
- Presión arterial: 123/79 mmHg
- Frecuencia respiratoria: 20 rpm
- Pulso: 78 ppm
- Temperatura: 36.5 °C

- **Piel**

- Textura: suave
- Turgencia: conservada
- Color: trigueño
- Cicatrices: no presenta
- Pigmentación: no presenta
- Lesiones: no presenta

- **Anexos**

- Pelos: corto, delgado, buena implantación, liso, color negro.
- Uñas: lisas, cortas forma convexa, color rosado buen llenado capilar.

### 3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

- **Examen extrabucal**
  - **Facie:** No característico
  - **Cráneo:** Forma: Normocéfalo
  - **Tamaño:** Mesocéfalo
  - **Perfil:** planoccipital
  - **Cara:** Forma: Normofacial
  - **Perfil:** convexo
- **Examen intraoral**
- **Tejidos blandos**
  - **Labios y comisura labial:** competencia labial, simétricos, gruesos, normo tónico, comisuras labiales simétricos.
  - **Carrillo:** color rosado coral, presencia de la línea alba y gránulos de Fordyce.
  - **Paladar duro y blando:** color rosado pálido, sin lesiones y arrugas palatinas visibles. Paladar blando: Color rosado úvula forma normal, humectados sin lesiones
  - **Orofaringe:** color rosado coral no infartado, forma cónica, tamaño mediano
  - **Lengua:** Saburral, normo glosa, papilas conservadas y movilidad normal.
  - **Piso de boca:** Vascularizado, hidratado, frenillo lingual medio, no presenta lesiones
  - **Frenillos:** medianos y sin lesiones.
  - **Saliva:** tipo viscosa, cantidad normal
- **Tejidos duros**
  - **Maxilar superior:** tamaño mediano, forma convexa

- Maxilar inferior: Tamaño mediano, forma convexa
- Reborde alveolar: conservadas
- Zonas edéntulas: presenta a nivel zona posteriores superior e inferior.12
- Dientes: Numero: maxilar superior 3 piezas dentarias, maxilar inferior 11 piezas dentarias
- Tamaño: Normodoncia
- Total: 23 piezas dentarias
- Forma: cuadrangular
- Color: blanco amarillento
- Diastemas: 1,1 y 2,1
- Alteración de posición: no presenta
- **Oclusión**
  - Relación molar: derecha NR, Izquierda N.R.
  - Relación canina: Derecha clase I, izquierda NR
  - Línea media: Desviado hacia la derecha 2 mm
  - Trayectoria mandibular: Apertura: sin alteración, Cierre: desviación de 2 mm hacia la derecha
  - Dimensión vertical: Fisiológica
  - Grado de apertura bucal: 42
  - Overbite: 30%
  - Overjet: 2mm.
  - Interferencias oclusales: no presenta
  - Movimiento en céntrica: Presenta desviación de 20mm hacia la derecha al final
  - Movimientos excéntricos: no registra
  - Posición de reposo y espacio libre: dvp:70mm– dvo: 68mm EL: 2 mm
  - Relación céntrica y oclusión habitual: coincide (su relación céntrica es su relación habitual)

## FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES



Fotografía 45°



Fotografía frontal



Fotografía 90°

Fig. 1,2 y 3 Imagen extraorales  
Fuente: El autor

## FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



Fotografía Oclusal Superior



Fotografía Oclusal Inferior



Fotografía Intraoral



Imagen lateral derecho



Imagen lateral izquierdo

Fig. 4,5, 6,7 y 8 Imagen intraorales

Fuente: El autor

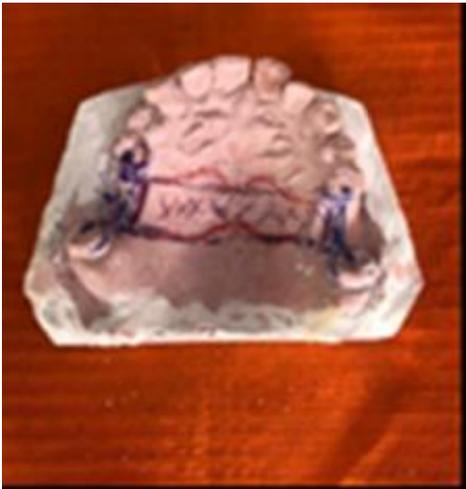
### 3.3. DIAGNÓSTICO

#### **Diagnostico presuntivo:**

- Caries múltiples de las piezas (1.3, 2.1, 2.2, 3.5, 4.3)
- Edéntulo parcial del maxilar superior (clase III de Kennedy), maxilar inferior (clase I)

#### **Exámenes auxiliares**

- **Modelos de estudio**



Superior



Inferior



Derecha



Izquierda



Frontal

Fig. 9, 10, 11,12 y 13 Imagen de los modelos definitivos  
Fuente: El autor

**Diagnóstico definitivo:**

- Caries múltiples de las piezas (1.3, 2.1, 2.2, 3.5, 4.3)
- Edéntulo parcial del maxilar superior (clase III de Kennedy), maxilar inferior (clase I)

### 3.5 PLAN DE TRATAMIENTO

#### **1ro. - Destartraje y profilaxia**

Luego de realizar la historia clínica y determinar el diagnóstico definitivo, iniciamos el plan de tratamiento con una limpieza completa de la boca del paciente.

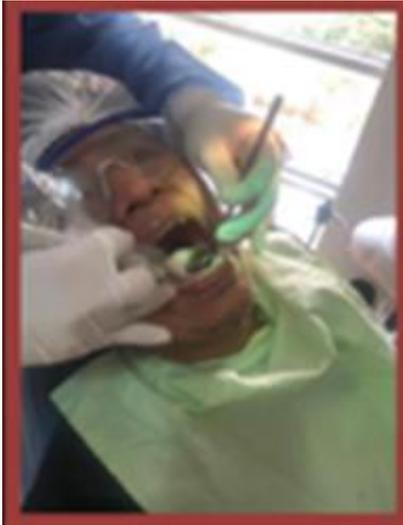


Fig. 14 y 15 Destartraje y profilaxia

Fuente: El autor

#### **2do. – Preparación biomecánica**

Luego proseguimos con la preparación de los dientes, paralelizado, preparación de apoyos oclusales

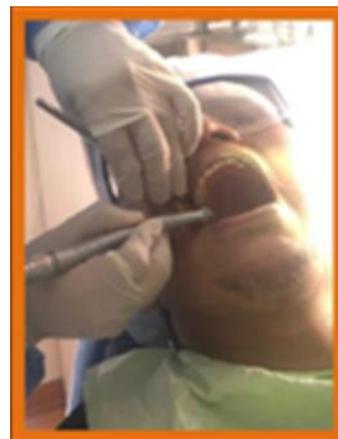
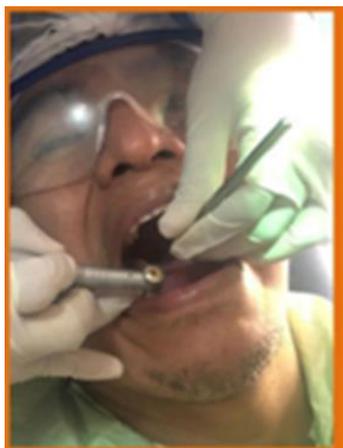


Fig. 16 y 17 Preparación biomecánica

Fuente: El autor

### 3ro. - Confección de cubeta individual y toma de impresión definitivo

Luego de confeccionar la cubeta individual tomamos la impresión definitiva con silicona

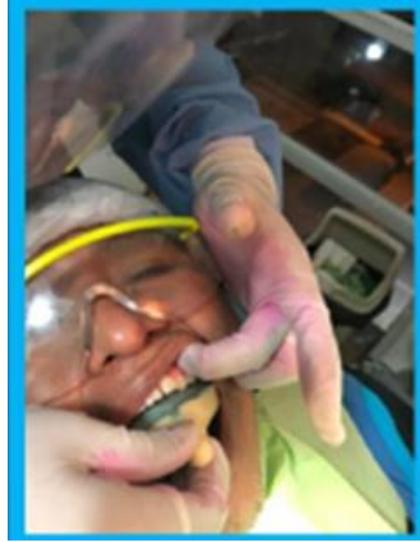


Fig. 18,19 y 20 confección de cubeta individual e impresión superior  
Fuente: El autor

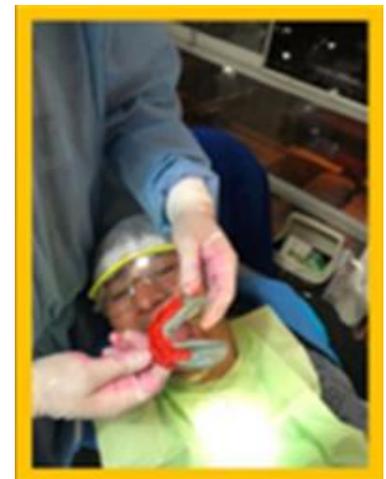
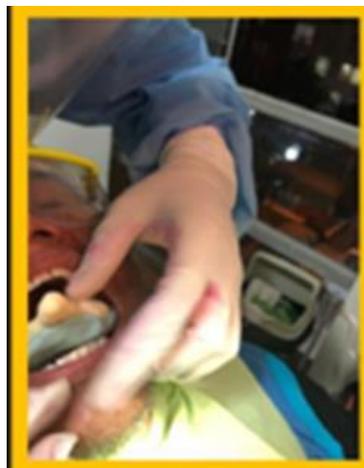
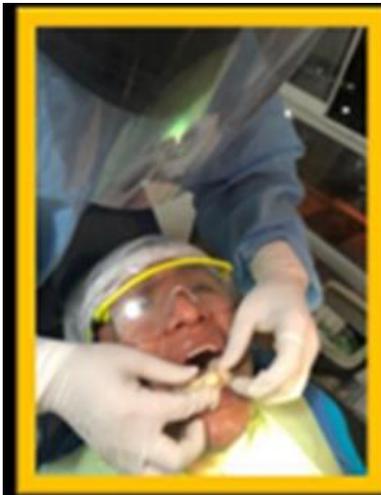


Fig. 21,22 y 23 confección de cubeta individual e impresión inferior  
Fuente: El autor

#### 4to. – Elaboración del Esbozo de la PPR

Luego de realizar el vaciado en la impresión continuamos con el diseño de nuestras prótesis



Fig. 24 y 25 diseño de la prótesis superior  
Fuente: El autor



Fig. 26 y 27 diseño de prótesis inferior  
Fuente: El autor

### 5to.- Prueba de esqueleto metálico en boca

Luego de realizar el diseño respectivo a cada maxilar, enviamos al técnico para que realice los esqueléticos de la PPR, los cuales probamos en boca al paciente y tomamos el registro de mordida.



Fig. 28 y 29 Prueba del metal y toma de registro sup e inf.

Fuente: El autor

### 6to.- Instalación de las prótesis terminadas

Luego de probar las PPR en cera, devolvimos al técnico para culmine las prótesis, las cuales instalamos al paciente.



Fig. 30 y 31 Prótesis acrilizadas y pulidas

Fuente: El autor



Fig. 32 y 33 Instalación de las prótesis sup e inf.  
Fuente: El autor

**7mo.- Ajuste oclusal**



Fig. 34 y35 Ajuste oclusal de las prótesis  
Fuente: El autor

**8vo.- Control a 24 horas y a la semana**



Fig. 36 Control a los 7 día  
Fuente: El autor

**3.6 PRONOSTICO: FAVORABLE**

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES**

- La prótesis parcial removible ineludiblemente tiene que presentar soporte, estabilidad y retención para ser utilizada por el paciente, por lo que es importante la evaluación minuciosa al momento de realizar el diseño de la prótesis.
- Es el tratamiento más frecuente solicitado por los pacientes para la rehabilitación de las piezas perdidas, principalmente por su bajo costo y facilidad en su elaboración.
- Beneficia la preservación de las apófisis alveolares remanentes y la preservación de la respuesta sensitiva del ligamento periodontal.

## **CAPITULO V**

### **RECOMENDACIONES**

- Debemos plasmar valoración exhaustiva sobre elementos dentarios presentes en boca, especialmente los pilares, así mismo evaluar correctamente los tejidos blandos periorales.
- Debemos realizar un diseño adecuado que cumpla con los factores de soporte, estabilidad y retención de la prótesis parcial removible.
- Realizar exámenes periódicos en los tejidos dentarios remanentes para velar la salud periodontal.
- Debemos respetar todo el plan de tratamiento sin dejar de lado ningún paso durante la elaboración de la PPR.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

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

- Nacional Mayor de San Marcos del 2013 a 2014. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
6. Guillèn P. Ampliación 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 Martin de Porras; 2017.
  7. Poveda A. Prevalencia de pacientes edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy en Hospital Jacobo & María Ratinoff. Tesis para optar el grado a la obtención del título de Odontóloga. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2016.
  8. Bernal C. Estado de conservación de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de prótesis parcial removible. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Lima: Universidad San Martin de Porras ; 2010.
  9. Sánchez F. Manual básico. [Online].; 2021 [cited 2021 octubre 02. Available from:<file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/Dialnet-ManualBasicoDelTratamientoProtesicoParaOdontologos-660573.pdf>.
  10. Bernal C. Estado de conservación de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de prótesis parcial removible. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Lima: Universidad San Martin de Porras; 2010.
  11. Giraldo O. Cómo evitar fracasos en prótesis dental parcial removible. Revista Facultad de Odontología. 2008; 19(2).

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE PRÓTESIS  
PARCIAL REMOVIBLE (BASE METALICA)**

Luego de haber sido debidamente informado de los procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte del desarrollo del Caso Clínico denominada **“Rehabilitación Oral en Paciente Edéntulo Parcial Superior e Inferior con Prótesis Parcial Removible”**, mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el procedimiento quirúrgico del Caso Clínico que será realizado por el bachiller **Javier Rojas Bryan**, dicho procedimiento se realizó en la “clínica dental Mendoza”, bajo la supervisión del Cirujano Dentista **Oscar Andrés Mier y Terán Ruíz**, con COP N° **49108**.

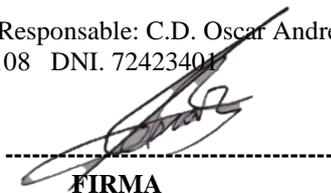
Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a proseguir o suspender el procedimiento en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mi participación será absolutamente confidencial y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en el Caso Clínico; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Huancayo, 15 de abril del 2023



JAVIER ALANYA HEBER JHONY  
DNI: 80649336

1. Profesional Responsable: C.D. Oscar Andrés Mier y Terán Ruíz  
COP N° 49108 DNI. 72423401



FIRMA

2. Responsable de Investigación: Bach. Javier Rojas Bryan  
D.N.I. N°: 77134600  
N° de teléfono/celular: 944654339  
Email: bryanjavierrojas@gmail.com