

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

CIRUGÍA PREPROTESICA: REGULARIZACIÓN DE HUESO ALVEOLAR INFERIOR EN EDENTULO TOTAL

Para Optar : EL TITULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

Autor : ANTON GARCIA INDALE DEL CARMEN

Asesor : MTRO. MENDOZA GARCIA MIGUEL ANGEL

Línea de investigación : Salud y Gestión de la Salud

HUANCAYO – PERÚ

2024

DEDICATORIA:

A Dios, hacedor de lo que soy y tengo, a mi madre y a mi hermano por su amor, comprensión y esfuerzo que hicieron día a día y darme un futuro que seguir; a mi familia, amigos de la universidad y del trabajo por sus buenos consejos para seguir siendo no solo un buen profesional, sino una buena persona.

Indale del Carmen Antón García,

AGRADECIMIENTO:

A la Clínica del Dr. Giovanni Riega por brindarme la oportunidad de demostrar mis capacidades y habilidades dentro de la rama de ciencias de la salud y por transmitirme sus conocimientos.

Indale del Carmen Antón García

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N ° 00451-FCS -2024

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

CIRUGÍA PREPROTESICA: REGULARIZACIÓN DE HUESO ALVEOLAR INFERIOR EN EDENTULO TOTAL

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **BACH. ANTON GARCIA INDALE DEL CARMEN**

Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional : **ODONTOLOGÍA**

Asesor : **MTRO. MENDOZA GARCIA MIGUEL ANGEL**

Fue analizado con fecha **28/10/2024** con **45 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 **12** %.

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, 28 de octubre de 2024.



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

Contenido

PRESENTACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
CONTENIDO DE FIGURAS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I. PROBLEMA	11
1.1 Descripción/Planteamiento del Problema.....	11
1.2 Justificación	11
1.3 Objetivos.....	12
Objetivo general:	12
Objetivo específico:	12
CAPITULO II.....	13
MARCO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes de estudio	13
2.1.1 Antecedentes Internacionales:	13
2.1.2 Antecedentes Nacionales:	16
2.2 Bases teóricas	19
CAPITULO III. DESARROLLO TEMÁTICO	26
CONTENIDO.....	26
DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	26
Historia clínica:	26
Examen clínico general	¡Error! Marcador no definido.
Evaluación integral	¡Error! Marcador no definido.
Diagnóstico y pronóstico	¡Error! Marcador no definido.
PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	28
Formulación del Plan de tratamiento general	28

Plan de control y mantenimiento	35
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	36
DISCUSION	36
CAPÍTULO V	38
CONCLUSIONES.....	38
CAPÍTULO VI.....	39
RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	43
-Anexo 1. Consentimiento informado ²⁸	43
Anexo2.Declaración Jurada de Autoría.....	44

CONTENIDO DE FIGURAS

	Págs.
Figura 1. Fotografía de radiografía panorámica de diagnóstico	16
Figura 2. Fotografías del paciente de frente y perfil	16
Figura 3. Fotografía intraoral	17
Figura 4. Fotografía de modelos de estudio	17
Figura 5. Fotografía de la asepsia	18
Figura 6. Fotografía de anestesia	18
Figura 7. Fotografía de incisión del periostio a lo largo del reborde	18
Figura 8. Fotografías de acceso al hueso por un colgajo mucoperióstico	19
Figura 9. Fotografías del recorte del hueso para regularizar el reborde alveolar	19
Figura 10. Fotografía de irrigación	19
Figura 11. Fotografía de la sutura	20
Figura 12. Fotografía de control a las 48 hrs de efectuada la cirugía	20
Figura 13. Fotografía de control a los 10 días	21
Fotografía 14. Anexos de fotografías durante el procedimiento de la cirugía.	

RESUMEN

La pérdida de los dientes, repercute directamente en la masticación, en la fonación, además de la estética, asimismo las relaciones interpersonales se ven afectadas⁽¹⁾. La importancia de restituir la función masticatoria en los pacientes, por medio de aditamentos protésicos totales o parciales, mejorara la salud integral, el uso de protocolos y procedimientos para extraer dientes adecuadamente, para ese propósito contribuye al éxito del tratamiento, el conseguir una adecuada formación del coágulo, permite que las heridas cicatricen rápidamente y los alvéolos sean regulares, lo cual implicara prótesis perfectamente adaptadas, las irregularidades del hueso alveolar, impiden el soporte adecuado de los postizos dentales causando irritación inflamación, asimismo hacen que la recuperación del paciente se de en forma más lenta⁽²⁾.

El presente trabajo de suficiencia profesional, describe el caso de un paciente de sexo masculino de 60 años de edad, completamente desdentado, portador de dos dentaduras postizas, superior e inferior, refiere haber sido tratado en el seguro social por extracción de dos incisivos centrales inferiores hace seis meses, y portar prótesis total desde hace dos meses, la inferior le resulta dolorosa, al examen se encontró el proceso alveolar irregular, causante del dolor por lo que se procedió a la cirugía pre-protésica de regularización.

Palabras clave: Cirugía pre protésica; edentulo total

ABSTRACT

The loss of teeth has a direct impact on mastication, phonation, besides aesthetics, as well as interpersonal relationships, are affected ⁽¹⁾. Therefore, the importance of restoring the masticatory function in patients, by means of total or partial prosthetic additions, improves the overall health, the use of protocols and procedures to extract teeth properly, contributes to the success of the treatment, the achievement of an adequate formation of the clot, allows the wounds to heal quickly and the alveoli to be regular, which would involve prosthetics. Adapted, the irregularities of the alveolar bone prevent the proper support of the dentures causing irritation and inflammation; also make the patient's recovery slower ⁽²⁾.

This professional adequacy study describes the case of a 60-year-old male patient, completely toothless, with two false dentures, upper and lower, reported having been treated by the social insurance for the extraction of two lower central incisors six months ago, and wearing a full prosthesis for two months, the lower prosthesis is painful, the examination found an irregular alveolar process, causing pain, so pre-prosthetic regularization surgery was performed.

Keywords: Pre-prosthetic surgery; total edentulum

INTRODUCCIÓN

El sistema masticatorio es un sistema neuromuscular y esquelético complejo que involucra actividad muscular, nerviosa, ósea y periodontal, la pérdida de piezas dentales puede conllevar alteraciones como disminución de la capacidad masticatoria, fonación pérdida de propiocepción y efectos estéticos negativos en la zona facial, provocando malestar que afectan el bienestar psicosocial y la calidad de vida ⁽³⁾.

La cirugía pre protésica es aquella que se realiza antes, durante o después de la colocación de la prótesis para mejorar el estado anatómico, estético y funcional de la misma. Por tanto, aunque internacionalmente se utiliza el término “cirugía pre protésica”, el nombre correcto es “cirugía para protésica”; asimismo, esta cirugía tiene como objetivo, mejorar el estado de los tejidos como preparación para el tratamiento protésico posterior. Al principio de la historia de la odontología, la cirugía se realizaba para mejorar la estabilidad y la base de apoyo de las prótesis removibles; sin embargo, en la actualidad el alcance de la cirugía pre protésica está cambiando, incluyendo mejoras en las condiciones del tratamiento con implantes ⁽⁴⁾.

CAPÍTULO I. PROBLEMA

1.1 Descripción/Planteamiento del Problema

La regularización del proceso alveolar es un procedimiento quirúrgico, que consiste en la remoción de irregularidades del hueso alveolar(hueso que está debajo de la encía) y que causa irritación, inflamación e impiden que la prótesis dental se asiente de forma correcta, y no lastime al paciente, si hay pequeños picos, espículas de hueso, crestas agudas, protuberancias, en dicho proceso alveolar, las cuales pueden ser adquiridas después de una extracción dental, en algunos casos pueden ser torus; para ello se realiza dicho procedimiento, previamente evaluando al paciente por inspección visual, luego palpación, que nos guiará para verificar la presencia de dichas irregularidades, que se tienen que remover quirúrgicamente. También se realiza un estudio radiográfico, modelos de estudio, siendo la indicación más recomendada protésicamente, debido a que si se realiza la prótesis sobre irregularidades, picos más altos y bajos, el asentamiento no será correcto, además al paciente le ocasionara ulceras, irritaciones. En el caso tratado en el presente informe, el paciente refería un dolor severo, al colocarse la prótesis inferior, a la prueba diagnóstica se observa irregularidades, inflamación, eritemas, se determinó realizar cirugía pre protésica de regularización del proceso alveolar, con el objetivo de devolver los contornos adecuados del proceso alveolar, para dar soporte adecuado a la prótesis y retirar cualquier agente patológico ^{(2),(5)}.

1.2 Justificación

La cirugía protésica se realizará para la corrección, regularización del hueso alveolar inferior para que el paciente al colocarse una prótesis completa esta se mantenga estable, y no cause dolor ni molestias. Esta regularización o corrección implica realizar la escisión de espolones óseos residuales, protuberancias o bordes afilados que causan irritación, inflamación e impiden la colocación adecuada de toda la prótesis. El profesional debe

aplicar el enfoque de tratamiento correcto con un manejo adecuado de los tejidos para reducir el riesgo de daño a estructuras anatómicas como vasos sanguíneos, nervios, caries o desgarros de mucosas. Esto se consigue cuidando adecuadamente la cavidad post extracción, eliminando los espacios muertos donde se puede acumular líquido, sangre y hueso y ralenticen o retarden el proceso de cicatrización y recuperación del paciente.

1.3 Objetivos

Objetivo general:

- Restablecer y eliminar el contorno irregular del proceso alveolar inferior, para proporcionar una adecuada superficie protésica, que permita rehabilitar al paciente.

Objetivo específico:

- Preservar un mayor reborde óseo residual que evite provocar dolor, ulceración o irritación que pueda ocurrir a lo largo de toda la zona protésica.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudio

2.1.1 Antecedentes Internacionales:

Balakrishnan D. et al en el año 2022 en la India, tratan sobre la cirugía pre protésica y sus tendencias actuales, consideran que El objetivo de la cirugía preprotésica es preparar los tejidos duros y blandos para poder crear una prótesis adecuada. Esto ayuda a restaurar la función de la mandíbula, preservar la estructura y mejorar los resultados estéticos. Debido a que existen muchas contraindicaciones en pacientes con enfermedad sistémica, la cirugía preprotésica debe comenzar con una anamnesis y un examen exhaustivos del paciente. Para determinar el grado de resorción ósea, se debe prestar atención al examen clínico. Se deben tener los cuidados necesarios para reparar los tejidos duros y blandos de la zona donde se colocará la prótesis. El procedimiento implica cepillar y remodelar, así como eliminar el exceso de hueso y encías en el área de soporte de la dentadura. Un factor decisivo para el éxito de la cirugía preprotésica es el estado de la prótesis. Tenga en cuenta que los tejidos duros y blandos deben estar en condiciones tales que el paciente pueda llevar la prótesis sin obstrucciones. Conclusión: La cirugía preprotésica es un campo de la odontología muy importante. El uso adecuado de las prótesis dentales requiere un amplio conocimiento de las estructuras involucradas. Para lograr excelentes resultados y la satisfacción del paciente es necesario seleccionar los casos a tratar e implementar correctamente el plan de tratamiento ⁽⁵⁾

Ahmed B.et al en el año 2022 en Mali desarrollan una investigación El objetivo es evaluar la necesidad de preparación protésica preoperatoria para pacientes completamente edéntulos en CHU-CNOS en Bamako. Métodos y Materiales: Estudio descriptivo prospectivo que abarca un período de 8 meses (1 de enero al 31 de agosto de

2018). La población de estudio estuvo compuesta por pacientes ingresados al servicio de prótesis removibles para consulta por diagnóstico de edentulismo. Se llevó a cabo un reclutamiento exhaustivo de todos los pacientes edéntulos admitidos en nuestro departamento para procedimientos removibles protésicos que aceptaron participar en el estudio. Los datos se recopilaron mediante una hoja de encuesta personalizada y se analizaron utilizando el software SPSS versión 20.0. Resultados: Se incluyeron un total de 50 pacientes, de los cuales 14 o 28% eran hombres y 36 o 72% mujeres. La proporción entre hombres y mujeres era de 0,38, lo que daba ventaja a las mujeres. El grupo de edad de 60 a 69 años fue el más común con un 19%, y la edad promedio fue de 56 años. La necesidad de cuidados protésicos por motivos estéticos y funcionales fue el motivo de consulta en el 46% y el 44% de los casos, y el dolor fue la causa en el 10% de los casos. Preocupaciones más comúnmente expresadas por los pacientes. El estado de higiene bucal promedió 64%, bueno 20%, malo 16%. El tratamiento protésico preoperatorio consiste en un 70% de extracción dental, un 20% de tratamiento no quirúrgico y un 10% de osteotomía. La cresta alveolar tuvo una reabsorción pobre en un 40%, una reabsorción moderada en un 30%, una reabsorción alta en un 20% y una reabsorción negativa en un 10%. El 50% de los pacientes no usaban dentadura postiza. El treinta y cuatro por ciento de los pacientes llevaban prótesis dentales parciales removibles y el 16% tenían prótesis dentales completas removibles. . De nuestros pacientes, el 66% tenía aparatos ortopédicos regulares, el 22% tenía aparatos ortopédicos cortos y el 12% tenía aparatos ortopédicos anchos. Conclusión: Este estudio nos permitió resaltar la necesidad práctica de la preparación preoperatoria de la prótesis. Entre estos requisitos, la extracción de múltiples dientes sigue siendo la cirugía pre protésica más común⁶⁾.

Cuacés S. en el año 2020 en Ecuador desarrolla un trabajo de investigación cuyo objetivo fue: Determinar la efectividad de la extracción del torus mandibular bilateral mediante osteotomía y técnicas de remodelación ósea para la realineación y rehabilitación funcional de la dentadura postiza. Métodos: Estudio descriptivo y observacional. Se realizó un caso clínico en el que se observó radiológica y tomográficamente una gran protrusión ósea bilateral de tipo lobular en la zona del premolar en el lado medial de la mandíbula, lejos del nervio dentario inferior y el agujero mentoniano. . El patrón de incisión está formado por el colgajo de lengua y la osteotomía para facilitar la osteotomía cortical con martillo y cincel. Resultados: La combinación de las dos técnicas quirúrgicas permitió una buena remodelación ósea, creando condiciones óptimas para la zona donde se insertó la prótesis y se pudo evaluar la curación a los 8 y 30 días del postoperatorio. Conclusión: Las técnicas combinadas son el método que se debe utilizar en la resección del torus mandibular para reducir las complicaciones y el potencial iatrogénico. Después de la cirugía, el uso de acondicionadores de tejidos es fundamental para la rehabilitación de las prótesis debido a sus propiedades suaves. También actúa como barrera protectora para los tejidos en cicatrización ⁽⁷⁾.

Valero C. y Velásquez N. en el año 2020 en su investigación desarrollada en Colombia al que denominaron “Tipos de rehabilitación en las cirugías pre protésicas realizados en tejidos duros en los últimos 5 años; el objetivo fue: Determinar el tipo de rehabilitación en cirugía preprotésica realizada sobre tejidos duros a través de una revisión de la literatura. La metodología utilizada fue una revisión de la literatura. Finalmente, según el análisis de la literatura, concluyeron que, como ya se mencionó, es claro que las principales causas quirúrgicas preprotésicas se deben a defectos en la cresta alveolar y aumento del tejido duro. Y muestra que los procedimientos preprotésicos se realizan a menudo en pacientes desdentados. Según la literatura, los pacientes que se someten a

múltiples extracciones dentales experimentan pérdida ósea a medida que la cavidad ósea se reabsorbe y el tejido óseo disminuye y se vuelve irregular ⁽⁸⁾.

Matsumoto W. et el año 2018 en Brasil evalúan sobre Regularización tardía del reborde alveolar en pacientes protésicos y con necesidades especiales: reporte de un caso. Afirman que la forma de la cresta residual es importante para el ajuste de la prótesis. El propósito de este informe de caso fue ilustrar la importancia de las técnicas de reducción relacionadas con las placas de hueso alveolar después de extracciones dentales múltiples en pacientes con prótesis dentales y pacientes con necesidades especiales. El paciente actual tuvo dificultades para adaptar y ajustar la prótesis maxilar. Se requirió resección ósea bilateral en la región vestibular de los molares. La fabricación, el ajuste y el uso de la prótesis requirieron una preparación tardía de la cresta alveolar realizada en el hospital. Se debe monitorear el cuidado de la salud general y sistémica del paciente durante todo el procedimiento quirúrgico. Finalmente, señalaron que si bien la extracción dental es un procedimiento común, es necesario utilizar el procedimiento para lograr una adecuada remodelación del reborde alveolar, lo que promueve una buena rehabilitación bucal, especialmente cuando la cirugía necesaria conlleva ciertos riesgos, por ello se debe tener mucho cuidado en el paciente específico⁽⁹⁾

2.1.2 Antecedentes Nacionales:

Corazi M. en el año 2019, en su estudio sobre “Injerto de hueso en bloque; su objetivo fue: Demostrar la eficacia del hueso autólogo en la expansión de la cresta alveolar defectuosa. Realizamos una revisión de la literatura para determinar si el injerto óseo en bloque autólogo sigue siendo la mejor opción para la regeneración ósea guiada. El uso de injertos óseos puede conducir a mejoras en la calidad y cantidad de hueso en pacientes con atrofia severa y reabsorción residual de la cresta alveolar, y los médicos deberían considerar su uso para colocar implantes. Él dice que tendrá que decidir si mejora su

condición. O no. Repara la cresta alveolar defectuosa y permite que la prótesis brinde un mejor soporte. En este contexto, los procedimientos de regeneración ósea guiada mediante el propio hueso (autoinjerto) ofrecen el mejor pronóstico para resolver el problema. Conclusiones: El injerto óseo autólogo todavía se considera el estándar de oro para la regeneración ósea en la colocación de implantes y otras reconstrucciones maxilofaciales. Este tipo de injerto se utiliza como grupo de control a la hora de aplicar nuevas técnicas de injerto óseo para demostrar su eficacia. Los autoinjertos son altamente osteogénicos y promueven la regeneración ósea⁽¹⁰⁾.

En la investigación realizada por **Ruíz K.**, el año 2018 titulada “Injertos autólogos para reconstrucción de reborde alveolar, se considera que: Los injertos óseos empleados para reconstrucción de reborde alveolar, causada por la pérdida dentaria u otros factores, tienen como finalidad restablecer la integridad anatómica y funcional de una estructura ósea alterada además del factor estético. Entre la conclusiones más importantes se tiene que la reconstrucción, del reborde alveolar con injertos autólogos es una técnica de rehabilitación ventajosa, ya que proporciona una mejor calidad y cantidad de hueso para la colocación del implante y la futura rehabilitación protésica. La estabilidad y fijación correcta del injerto autólogo es crucial en la cicatrización completa del injerto óseo, sin la presencia de un componente fibroso⁽¹¹⁾.

Valdiviezo D. en su investigación desarrollada en Lima, el año 2018, titulada “Aplicación clínica del L-PRF en preservación de reborde alveolar; afirma que existe un nuevo enfoque para buscar preservar un alveolo post exodoncia, con lo que se busca regenerar el tejido óseo perdido o alterado por una gran cantidad de factores que van desde problemas oclusales, infecciones periodontales causada por patógenos o incluso trauma, los concentrados plaquetarios sobre todo en su segunda generación nos abren un campo que pareciera tomar más fuerza entre los clínicos últimamente, además de su bajo costo

y fácil manejo. El propósito del estudio fue evaluar la aplicación intraoperatoria del L-PRF en regeneración alveolar según evidencia científica actual, así como revisar su acción, ventajas clínicas y los nuevos enfoques de su uso. Finalmente, concluyeron que el PRF representa el material ideal post extracción para mejorar la cicatrización, sanado de la herida y evitar contaminación bacteriana, preservando la densidad y calidad del hueso residual; estos beneficios se incrementan porque están asociados al bajo costo, a la facilidad de la técnica para su obtención y un mínimo riesgo de infección. Sin embargo, son necesarios más investigaciones para seguir conociendo su comportamiento en diferentes situaciones clínicas⁽¹²⁾.

Chávez E. en el año 2018 intitula a su investigación “Rehabilitación bucal en paciente desdentado total, cuyo objetivo fue: Describir los procedimientos y de la funcionalidad con la finalidad de demostrar la satisfacción y aceptación a la rehabilitación al paciente adulto mayor desdentado bimaxilar los resultados obtenidos indican que el devolver la anatomía y fisiología de la estructura dental, contribuye a la salud oral y general del paciente, mejorar la calidad de vida del paciente, proveer soporte al labio y fonética, recuperar la función oclusal, recuperar dimensión vertical, establecer un adecuado plano oclusal, recuperar estéticas para el adulto mayor. Conclusiones:

1. Cada paso debe ser seguido con bastante precisión, ya que cualquier error influenciara en la estabilidad de la prótesis.
2. Se aceptó el tratamiento de rehabilitación con prótesis dental total, mejora la calidad de vida de los pacientes.
3. 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⁽¹³⁾.

Rosales K. en el año 2018 desarrolló una investigación cuyo objetivo fue Para determinar la importancia de la rehabilitación protésica inmediata versus extracciones dentales repetidas con alveoloplastia, se realizó un estudio observacional transversal descriptivo. La población incluyó a todos los pacientes que requirieron extracciones dentales repetidas con alveoloplastia y rehabilitación protésica inmediata que acudieron al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión 2018, el tamaño de la muestra fue: 42 pacientes. Conclusiones:

a. El grupo etario predominante en el estudio fue el de 41 a 60 años con un 47,62% (20).

El género más común en el estudio fue el femenino con un 52,38%.

b. El tipo de extracción más frecuente fue cuadrante con 57,14% (24).

c.El tipo de rehabilitación protésica inmediata más común es la restauración completa con un 45,24%.

d.La técnica quirúrgica más utilizada en la exodoncia múltiple es la alveoloplastia simple con un 28.10% (16), la técnica quirúrgica de la exodoncia múltiple varía dependiendo del tipo de dentadura inmediata. $X^2C = 13,07^{(14)}$.

2.2 Bases teóricas

A) Edentulo total

El edentulismo es una condición de salud bucal que corresponde a la pérdida de dientes y se divide en pérdida dental parcial y pérdida dental completa. Las razones de esto varían, siendo las principales razones la caries dental y la enfermedad periodontal.

La pérdida de dientes cambia las funciones del sistema mandibular, como la masticación, la fonética y la estética. En el caso de la función masticatoria, esto puede llevar a un cambio en la dieta del individuo, creando nuevos hábitos alimentarios caracterizados por un alto consumo de alimentos blandos y maleables, provocando restricción dietética y empeoramiento del estado nutricional del individuo. Por esta razón, la odontología

rehabilitadora se especializa en tratar pacientes con alteraciones de cualquier complejidad, devolviendo la función, estética y armonía del sistema molar mediante el uso de prótesis fijas, removibles y/o completas para reponer los dientes perdidos. En las dentaduras removibles siempre se busca la mordida adecuada; sin embargo, pueden existir prótesis desalineadas o degradadas por estar mucho tiempo en boca, dificultando una alimentación adecuada, provocando daños en los dientes⁽¹⁵⁾.

B) Hueso alveolar

El hueso alveolar es el hueso de la mandíbula que contiene o recubre los alveolos donde está la raíz del diente. Es un hueso delgado y compacto con muchos orificios pequeños para que pasen los vasos sanguíneos, los nervios y los vasos linfáticos.

C) Reborde alveolar: “Prominencia ósea del maxilar o de la mandíbula que contiene los alveolos dentarios”⁽¹⁵⁾.

D) Regularización del reborde alveolar

Regularizar el reborde alveolar es el método quirúrgico, que nos sirve para eliminar anomalías alveolares (protuberancias y bordes afilados) que impiden el soporte adecuado de la prótesis removible, causando irritación e inflamación en el área de soporte. Estas protuberancias o bordes afilados pueden deberse a extracción dental, hipertrofia alveolar o anomalías congénitas (torus, crestas y abscesos). Para corregir el proceso alveolar, primero se debe realizar un examen físico del paciente y una impresión como guía para la planificación quirúrgica al determinar la extensión del desgaste y el sitio del procedimiento esquelético si el paciente tiene un diente, se extrae y luego se expone el maxilar donde se debe realizar dicho desgaste, ya sea manualmente o con un aparato mecánico rotatorio (taladro), conservando el periostio, cuanto más mejor.

E) Cirugía Pre protésica

Después de perder los dientes naturales, inmediatamente comienzan a formarse cambios en la mandíbula. El hueso comienza a reabsorberse porque no responde a la carga que llevan los dientes y los ligamentos periodontales. En muchos pacientes, esta reabsorción es estable en el tiempo, mientras que en otros continúa, dando lugar a una gran pérdida de hueso alveolar y subyacente (tejido maxilar y mandibular excluyendo las extremidades). Los procesos alveolares proporcionan soporte para las dentaduras postizas)⁽¹⁵⁾.

F) Objetivos de la cirugía pre protésica

- 1) Eliminar protuberancias óseas blandas, que proporcionaran a los maxilares una adecuada relación vertical, anteroposterior, y transversal.
- 2) Eliminar fibras musculares que movilicen la periferia de la prótesis que proporcionaran profundidad vestibular.
- 3) Eliminar agentes patológicos extraorales e intraorales, que proporcionaran al proceso alveolar una forma hendida.
- 4) Eliminar áreas de retención y rebordes afilados⁽¹⁵⁾

.G) Tejidos de soporte a evaluar

La evaluación del área de soporte de la restauración de la mandíbula incluye una evaluación integral de la forma del proceso óseo. Las malformaciones óseas o las grandes prominencias óseas no deben impedir que la prótesis entre en la zona donde tienen lugar los procesos de forja alveolar, vestibular y palatino. Se deben tener en cuenta los toros palatinos a modificar. Detrás del tubo flexible debe haber una hendidura para la estabilidad y un sello circunferencial detrás de la restauración. El proceso residual de la mandíbula debe examinarse visualmente para determinar la forma y el contorno general, la aspereza, el torus y la exocitosis. El examen del hueso de soporte debe incluir examen visual, palpación, radiografías y, en algunos casos, evaluación con yeso. A menudo se pueden evaluar las anomalías en el hueso remanente. En el examen, sin embargo, muchas anomalías esqueléticas pueden confundirse con la reabsorción ósea y el sitio de inserción de músculos o tejidos blandos. Se deben palpar todas las áreas de los maxilares superior e inferior, incluidas las prótesis principales y las áreas de soporte vestibular. La radiografía debe mostrar cambios patológicos en el hueso, dientes impactados o porciones de la raíz remanente y patrón de osificación y gasificación del seno maxilar⁽¹⁶⁾.

H) Tejidos blandos de soporte a evaluar

Es extremadamente importante evaluar la calidad de los tejidos blandos en el área de soporte protésico primario por encima del proceso alveolar. El volumen de tejido queratinizado que está firmemente anclado al hueso subyacente en el área de soporte de la restauración se puede distinguir del tejido ligeramente engrosado o que se mueve libremente. La palpación muestra que el tejido fibroso no es lo suficientemente móvil para una prótesis estable ⁽¹⁶⁾.

Etiopatogenia de la reabsorción ósea en un paciente edéntulo total

La cantidad de resorción de tejido duro y blando es mayor en la superficie oral o vestíbulo en lugar de la lengua o el paladar. Durante los primeros tres meses después de la pérdida del diente, el tamaño vestibular o palatino de la cavidad se reduce en aproximadamente un 30%, y después de 12 meses ha perdido al menos el 50% de su ancho original. Además de este crecimiento, la altura de la corteza bucal disminuye y tiene un ápice aproximadamente 1 mm más alto que la corteza lingual o palatina ⁽¹⁷⁾.

Causas de la reabsorción ósea

Después de realizar la extracción del diente, se desencadenan cambios locales, tanto en la fisiología, función, psicología y postura. La pérdida temprana o prematura de dientes debido a un traumatismo o una enfermedad periodontal avanzada a menudo causa deformidad del hueso mandibular restante ⁽¹⁷⁾.

Reabsorción alveolar post extracción

La reabsorción alveolar después de la extracción dental es un fenómeno fisiológico que ocurre después de la extracción dental reduce la cresta alveolar en altura y ancho, las cuales varían según la ubicación y el individuo. La pérdida de dientes naturales conduce a una reducción de la estimulación física del hueso alveolar, provocando una pérdida ósea crónica e irreversible ⁽¹⁷⁾.

Principios de cirugía pre protésica

El soporte protésico ideal cubre una amplia gama de requisitos de huesos y tejidos blandos.

Requerimientos óseos:

- La superficie debe ser plana, tener cierta convexidad y no tener bordes cortantes para favorecer la estabilidad de la prótesis.

- El proceso alveolar debe tener la altura suficiente para poder resistir las fuerzas masticatorias y evitar el movimiento de la dentadura en dirección horizontal.
- La pared alveolar debe estar más o menos perpendicular a la cresta dental y ligeramente inclinada.
- La cresta alveolar debe ser ancha y tener un trayecto horizontal, en buena correlación con el plano escamoso.
- La posición de la cresta maxilar y mandibular y su desplazamiento espacial recíproco en sentido transversal, longitudinal y transversal debe permitir el restablecimiento de una buena pronunciación⁽¹⁸⁾.

Requerimientos de las partes blandas:

- La mucosa que recubre los huesos debe ser normal, inmóvil y de fácil compresión.
- Los músculos y pliegues mucosos no deben afectar la función de la prótesis.

Los tejidos blandos adyacentes de los labios, las mejillas, la lengua y el suelo de la boca no tienen función, movilidad ni flexibilidad reducidas, por lo que pueden contribuir a la retención de la dentadura postiza. La realización de un examen clínico y radiográfico de la cavidad bucal y de la mandíbula es un requisito previo obligatorio antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento protésico y quirúrgico. El uso de la radiografía panorámica como método de exploración rutinario resulta de gran interés para descartar la existencia de dientes impactados, restos radiculares, quistes, tumores, etc.⁽¹⁸⁾.

Corrección de las anomalías óseas.

Alveoloplastia:

El término alveoloplastia, que designa la reestructuración del proceso óseo alveolar, ha sustituido a la cirugía de escisión alveolar, que es sinónimo de extirpación parcial del hueso alveolar, realizada con fines de preparación quirúrgica, el objetivo principal de la alveoloplastia es eliminar la cantidad mínima de tejido óseo y de encía necesaria para

reconstruir las áreas de soporte de las dentaduras postizas. Se sabe que el hueso esponjoso se reabsorbe mucho más rápido que el hueso compacto; Por este motivo, durante la reducción del hueso alveolar se debe conservar la mayor cantidad posible, de modo que la prótesis posterior apoye sobre hueso compacto, evitando así una pérdida excesiva de hueso alveolar. Otro punto importante es mantener el ancho alveolar para que la superficie de apoyo y contacto con la prótesis sea lo más amplia posible, evitando la formación de bordes cortantes al realizar la alveolo plastia ⁽¹⁸⁾.

Tipos de alveolo plastias:

- a) Sencilla o simple: con eliminación de una cantidad mínima de corteza labial.
- b) Con depresión de la corteza labial, rota y aplicada a la corteza palatina.
- c) Las dos corticales están deprimidas, fracturadas o rotas y presionadas entre sí. La elección de la técnica a utilizar dependerá de la inclinación del eje del incisivo. Tras realizar la alveolo plastia retiraremos el exceso de encía y suturaremos los bordes con puntos continuos o sueltos ⁽¹⁸⁾.

Eliminación de estructuras óseas que dificulten la colocación protésica.

- La presencia de estructuras óseas que impiden la instalación de una prótesis adquiere cierta forma cónica.

Los procedimientos quirúrgicos para corregir estas anomalías implican prácticamente los mismos pasos operativos. Esto significa crear un colgajo mucoperióstico para exponer la porción del hueso alveolar que debe extraerse, utilizando cinceles o alicates si es necesario para exponer la superficie. Suture el colgajo con una lima ósea o un taladro quirúrgico. A nivel de la tuberosidad maxilar nos referimos a la presencia de crecimiento óseo en forma de protrusión o protrusión de la apófisis alveolar del maxilar superior o como una extensión de la apófisis alveolar superior por debajo de la normal a los labios. o el crecimiento óseo en la superficie lingual de la mandíbula conocido como redondo

mandibular, que se encuentra en la zona de los premolares, caninos e incisivos centrales, y se encuentra en la zona de los premolares, caninos y incisivos centrales, como la presencia de una cresta aguda en la superficie lingual de la mandíbula, que en ocasiones se extiende desde la zona canina hasta el tercer molar (balcón lingual), condición clínica conocida como protrusión exagerada de la cresta milo hioidea o cresta alveolar aguda, responsable de las zonas que causan dolor al instalar una prótesis⁽¹⁸⁾.

Corrección de las partes blandas con anomalías.-

I. Hipertrofia del frenillo labial o inserción baja:

Esta condición clínica suele causar daños a las dentaduras postizas y también plantea un problema para el tratamiento de ortodoncia, creando un espacio entre los incisivos centrales. Dependiendo de la forma clínica, se pueden utilizar varias técnicas para la corrección:

- a) Escisión simple con diamante: se utilizan dos pinzas hemostáticas rectas para delinear el área de resección, uno paralelo al labio elevado y el otro paralelo al margen alveolar, se corta la superficie exterior de las pinzas con un bisturí, dejando una zona sangrienta en forma de diamante. Se debe suturar esta pieza de borde a borde.
 - b) Plastia en “Z”: Esta técnica se aplica cuando también se desea aumentar la longitud de la zona a tratar.
 - c) Plastia V-Y: Con esta técnica también se consigue el alargamiento de la mucosa.
- Modificación de la inserción del músculo mirtiforme⁽¹⁸⁾.

CAPITULO III. DESARROLLO TEMÁTICO

CONTENIDO

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

Historia clínica:

Datos de Filiación:

- NOMBRE Y APELLIDOS: **Luis Ricardo Molina Ramírez**
- EDAD: **60 años**
- SEXO: **MASCULINO**
- ESTADO CIVIL: **Soltero**
- DOMICILIO: **Av. paseo de la Republica, Breña S/N, Huancayo**
- OCUPACION: **Chofer**
- FECHA DE NACIMIENTO: **25/04/1963**
- LUGAR DE PROCEDENCIA: **Huancayo**

Anamnesis:

- A. MOTIVO DE CONSULTA:** “Quiero que mi prótesis no me duela cuando como mis alimentos”.
- B. ENFERMEDAD ACTUAL:** Paciente de sexo masculino de 60 años de edad, completamente desdentado, portador de prótesis completa superior e inferior, refiere haber sido tratado en el seguro social por extracción de dos incisivos centrales inferiores hace seis meses, y portar dicha prótesis desde hace dos meses, la inferior le resulta dolorosa, al examen se encontró el proceso alveolar irregular, eritematoso.
- C. ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES:** Paciente refiere que sus familiares cercanos no presentan alguna enfermedad en específico.

ANTECEDENTE PERSONALES: Paciente refiere que hace 10 años fue intervenido quirúrgicamente, motivo apéndice, tiempo actual refiere que no presenta ningún tipo de enfermedad alguna, refiere que no es alérgico a ningún medicamento por el momento.

EXAMEN CLÍNICO GENERAL

FUNCIONES VITALES:

- P.A.:** 120 / 80 mm Hg.
- PULSO:** 60 pulsaciones x minuto.
- TEMPERATURA:** 36.5 °C.
- FREC. RESPIRATORIA:** 20 respiraciones x minuto.
- ESTADOS DEL PACIENTE:** ABEG, LOTEPE.

Evaluación integral

• Examen extrabucal

- Cráneo: Normocéfalo
- Cara: Normofacial

• Examen intraoral

- Labios y comisura labial: asimétricos, delgados, de color rosado
- Carrillo: presencia de frenillos medios y laterales.
- Lengua: Saburral, normogloso, encaja en el piso de boca, aparentemente normal.
- Piso de boca: mediana profundidad
- Istmo de las fauces: pilares anteriores y posteriores no infartados, aparentemente normal de color rosado,

Oclusión: edéntulo total

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

Diagnóstico Presuntivo:

Proceso alveolar irregular y eritematoso.



Figura 1. Fotografía de radiografía panorámica de diagnóstico

Autor: Indale del Carmen Antón Garcia

Diagnóstico Definitivo:

Reborde alveolar irregular en maxilar inferior.



Figura 2. Fotografías del paciente de frente y perfil

Autor: Indale del Carmen Antón Garcia

PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

Formulación del Plan de tratamiento general

Para corregir el proceso alveolar, primero se debe realizar exploración física, radiológica y una impresión como guía para la planificación quirúrgica al determinar la extensión del desgaste y el sitio del procedimiento. Se expone el maxilar donde se deba realizar el

desgaste, ya sea manualmente o con una fresa en el dispositivo rotatorio, conservando el periostio, cuanto más sea mejor.

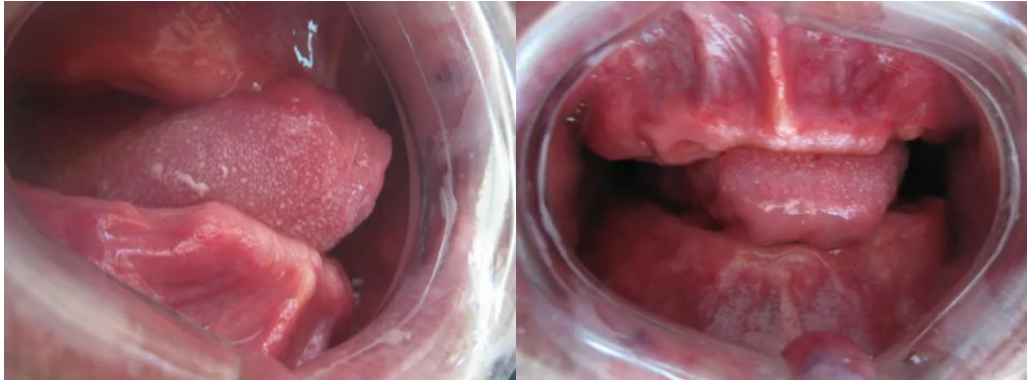


Figura 3. Fotografías intraorales, se puede observar con claridad las irregularidades que presenta en boca

Autor: Indale del Carmen Antón García

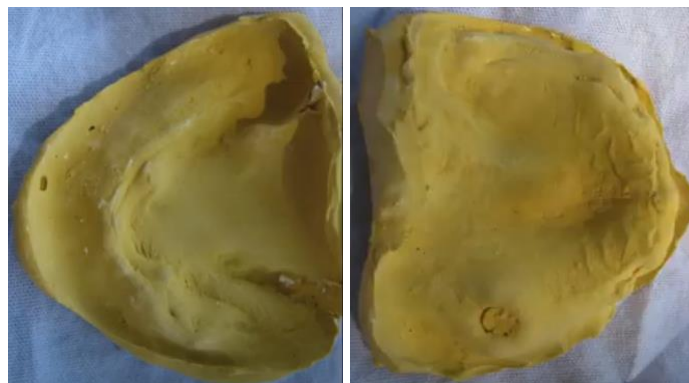


Figura 4. Fotografía de modelos de estudio,

Autor: Indale del Carmen Antón García



Figura 5. Fotografía de la asepsia, pre cirugía
Autor: Indale del Carmen Antón Garcia

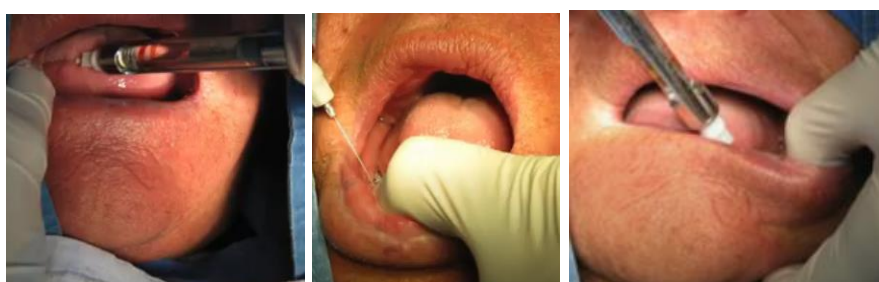


Figura 6. Fotografía de colocacion de anestesia infiltrativa
Autor: Indale del Carmen Antón Garcia



Figura 7. Fotografía de incisión lineal del periostio a lo largo del reborde
Autor: Indale del Carmen Antón Garcia

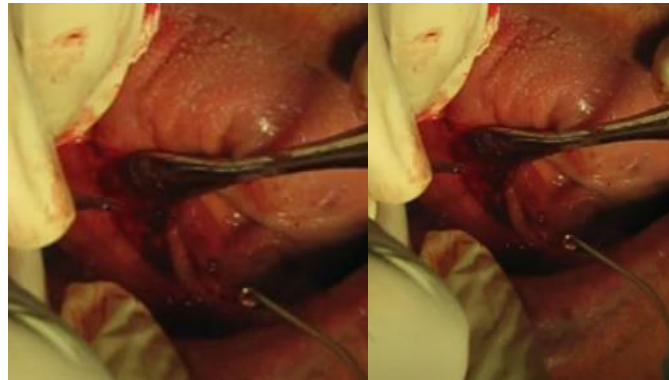


Figura 8. Fotografías de acceso al hueso por un colgajo mucoperióstico
Autor: Indale del Carmen Antón Garcia

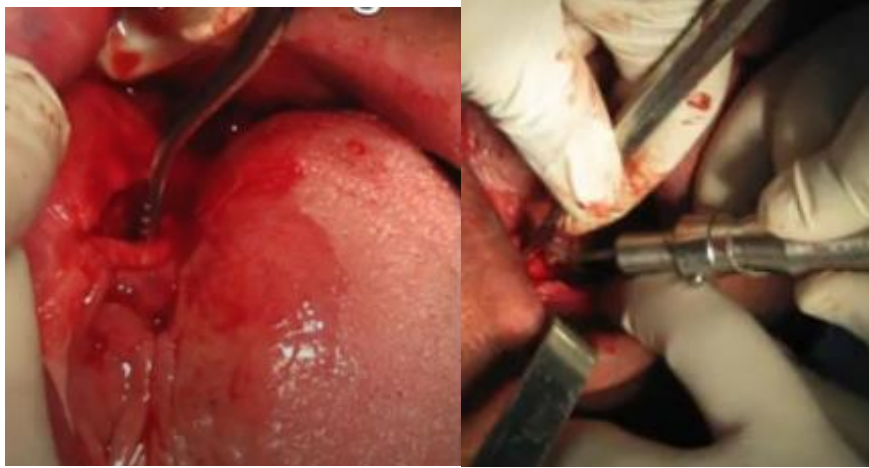


Figura 9. Fotografías del recorte del hueso para regularizar el reborde alveolar
Se realiza el recorte del hueso con pinzas gubia, alveolotomo, lima y fresa quirúrgica
Autor: Indale del Carmen Anton Garcia

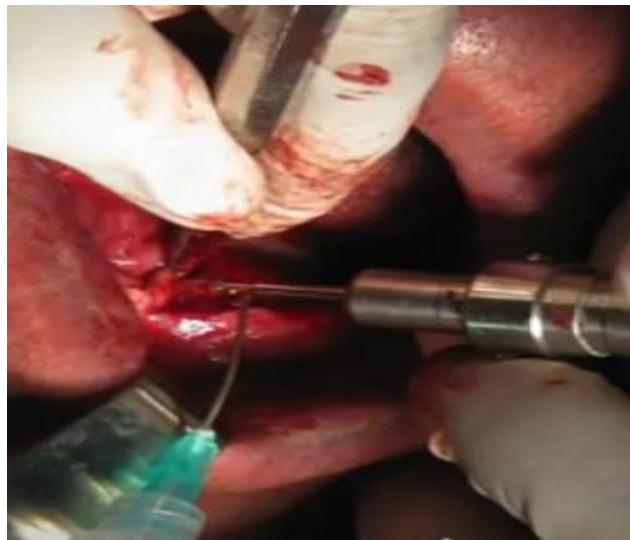


Figura 10. Fotografía de irrigación
Se debe irrigar en todo momento con suero fisiológico al 0,9 %
Autor: Indale del Carmen Antón Garcia

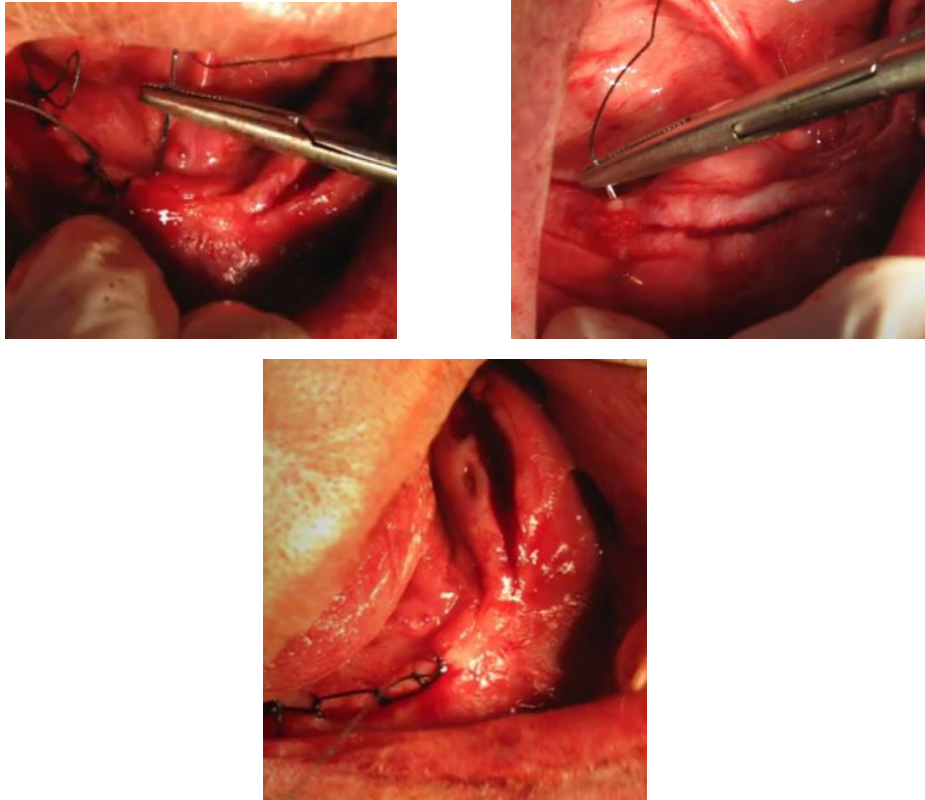


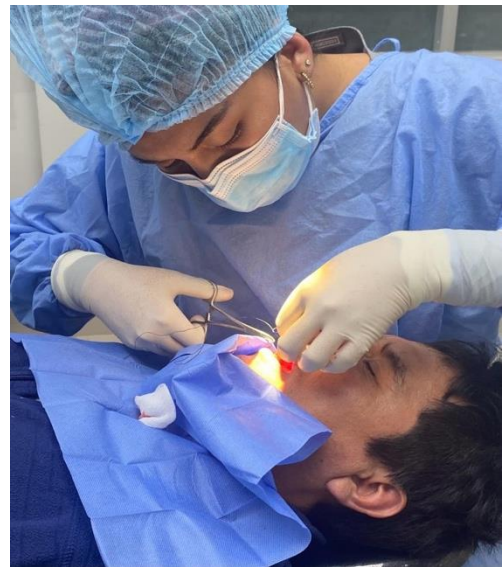
Figura 11. Fotografía de la sutura, realizacion de punto continuo
Autor: Indale del Carmen Antón Garcia



Figura 12. Fotografía de control a las 48 hrs de efectuada la cirugía
Autor: Indale del Carmen Antón Garcia



Figura 13.fotografía de control a los 10 días
Autor: Indale del Carmen Antón Garcia



Fotografía 14. Anexos de fotografías durante el procedimiento de la cirugía
Autor: Indale del Carmen Antón Garcia

Plan de control y mantenimiento

Se indica al paciente:

- No escupir ni realizar movimientos de succión.
- Se debe aplicar frío externo durante las primeras 12-24 horas, Dependiendo si se ve alguna inflamación.
- Dieta blanda (No picante, no cítricos, ni bebidas calientes) al menos por 5 días.
- Mantener una correcta higiene bucal, indicación de perio aid 0.12% 3 veces al día por 10 días.
- No exponerse al calor ni realizar ejercicios moderados durante 72 horas.
- Cita en 10 días, para verificar el proceso de cicatrización.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

DISCUSION

Como ocurre con cualquier cirugía, la regularización y alineación del proceso alveolar no es inmune a las complicaciones que pueden derivarse de lesiones vasculares y nerviosas, edema, hematoma, dolor (neuralgia), etc. También es posible que se restablezcan algunas anomalías del reborde que se han corregido. En ocasiones, hay zonas del hueso alveolar que tienen una forma irregular, es decir, el hueso que contiene el diente, y por tanto dificultan el encaje de la prótesis, porque provoca inflamación e irritación de los tejidos en contacto. Para resolver este problema, se debe implementar una intervención relativamente común y simple conocida como regularización de crestas, del reborde alveolar. Al respecto considera Matsumoto W. et al, que las extracciones dentales son procedimientos comunes, requieren una atención minuciosa por parte del cirujano para lograr una adecuada remodelación del reborde alveolar que facilite una buena rehabilitación oral, especialmente en los casos en que la cirugía está asociada a riesgos específicos en un paciente en particular⁽⁹⁾. Para Valero C. y Velásquez N. los defectos óseos se presentan en pacientes a los cuales se les realizan múltiples exodoncias ya que el alveolo se reabsorbe y por lo tanto se presenta disminución e irregularidad del tejido óseo⁽⁸⁾. Se puede reconstruir el reborde alveolar por medio de injertos autólogos; considera Ruíz K., que es una técnica de rehabilitación ventajosa, porque proporciona una mejor calidad y cantidad de hueso, la estabilidad y fijación correcta del injerto autólogo es crucial para la cicatrización completa del injerto óseo, sin la presencia de un componente fibroso⁽¹¹⁾. Asimismo la aplicación de concentrados plaquetarios se emplean para preservar un alveolo post exodoncia. Valdiviezo D. afirma que existe un nuevo enfoque para buscar preservar un alveolo post exodoncia, con lo que se busca regenerar el tejido óseo perdido o alterado por una gran cantidad de factores que van desde

problemas oclusales, infecciones periodontales causada por patógenos o incluso trauma, los concentrados plaquetarios sobre todo en su segunda generación nos abren un campo que pareciera tomar más fuerza entre los clínicos últimamente, además de su bajo costo y fácil manejo⁽¹²⁾.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- Se restableció y eliminó el contorno irregular del proceso alveolar inferior, con lo cual se pudo proporcionar una adecuada superficie protésica, que permitirá la rehabilitación del paciente.
- Se pudo preservar un mayor reborde óseo residual que evite provocar dolor, ulceración o irritación que pueda ocurrir a lo largo de toda la zona protésica.
- Se preservó el reborde alveolar, para una correcta adaptación y estabilidad en el caso de prótesis completa inferior.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- La cirugía pre protésica de un contorno irregular del proceso alveolar inferior es conveniente realizarla en forma inmediata luego de realizada las extracciones, para evitar al paciente de re intervenciones quirúrgicas, además la cicatrización será más rápida.
- Es fundamental que el paciente, obedezca las recomendaciones postquirúrgicas para evitar, inconvenientes en el proceso de cicatrización y que no haya complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García M., Yassin S., Bascones A. Técnicas de preservación de alveolo y de aumento del reborde alveolar: revisión de la literatura. *Avances en Periodoncia* [Internet]. 2016 Ago [citado 2022 Jul 12] ; 28(2): 71-81. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852016000200003&lng=es.
2. Navarro A. Rehabilitación protésica de tramos edéntulos: Odontología multidisciplinar. [Tesis de grado]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.2016.
3. Badillo M. Manejo interdisciplinario para una óptima rehabilitación oral. *Revista ADM*. [Internet]. 2021 [citado 2022 Jul 12] .78 (2): 106-114. Disponible en : <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2021/od212h.pdf>
4. Ajalcriña O. Principios en cirugía bucal. Primera edición digital del Fondo Editorial UPAO, Setiembre 2020. [Internet]. 2021 [citado 2022 Jul 12]. Disponible en : <https://descarga.upao.info/principios-en-cirurgia-bucal--otto-j--ajalcrina-hernandez>
5. Balakrishnan G., et al. Preprosthetic Surgery And Its Cureent Trends: A Review. *Journal of Positive School Psychology*, 2022, vol. 6, no 3, p. 3752–3755-3752–3755.
6. Ahmed BA., et al. “Periprosthetic Surgical Preparation of Total Edentulous at CHU-CNOS De Bamako”. *Acta Scientific Medical Sciences* 6.5 (2022): 31-35.
7. Cuacés S. Exéresis de torus mandibular bilateral con readaptación protésica total acrílica. [Tesis para optar el título de odontóloga]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2020. 85 p.
8. Valero C. y Velásquez N. Tipos de rehabilitación en las cirugías pre protésicas realizados en tejidos duros en los últimos 5 años; [Tesis de grado]. Bogota: Universidad Cooperativa de Colombia. 2020.p.70
9. Matzumoto W. et al. Late Regularization of the Alveolar Ridge in a Patient with a Prosthesis and Special Needs: A Case Report. *Open Journal of Stomatology* [Internet]. November 2018. Vol.8 No.11. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328658551_Late_Regularization_of_t

- he_Alveolar_Ridge_in_a_Patient_with_a_Prosthesis_and_Special_Needs_A_Case_Report
10. Corazi M. Injerto de hueso en bloque. [Tesis para optar el título de Segunda Especialidad Segunda Especialidad de Periodoncia e Implantes]. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2019. 54 p.
 11. Ruíz K. injertos autologos para reconstrucción de reborde alveolar. Definición. Tipos. Indicaciones. Técnica quirúrgica. [Tesis de grado]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. 2017. p.74
 12. Valdivieso D. Aplicación clínica del L-PRF en preservación de reborde alveolar - Revisión de la literatura. [Tesis para optar el título de: segunda especialidad en periodoncia e implantes]. Lima: Universidad Científica del Sur. 2018. p.75
 13. Chávez E. Rehabilitación bucal en paciente desdentado total. [Tesis para optar el título de Especialista en: Rehabilitación Oral]. Lima: Universidad Daniel Alcides Carrión. 2018. p.65
 14. Rosales K. Rehabilitación protésica inmediata y su relación con exodoncias múltiples con alveolo plastia servicio de odontología del hospital Daniel Alcides Carrión Pasco 2018. [Tesis para optar el título Cirujano dentista]. Cerro de Pasco: Universidad Daniel Alcides Carrión. 2018. p.54
 15. Gutiérrez V.; León R., Castillo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev Estomatol Herediana. 2015 Jul-Set;25(3):179-86. Disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a02v25n3.pdf>
 16. Tellez M. Regularización del reborde alveolar, ¿qué es? .Blog Cirugía bucal. 2018. [Internet]. Disponible en: <https://odontotecks.com/blog/regularizacion-del-reborde-alveolar-que-es/#:~:text=La%20regularizaci%C3%B3n%20del%20reborde%20alveolar,de%20la%20zona%20de%20soporte>
 17. Lozano K. reabsorción ósea en edentulismo. [Trabajo de grado previo a la obtención del título de odontóloga]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. 2021. p.55
 18. Raspall G. cirugía pre-protésica. Annals de Medicina, ISSN-e 2013-7109, ISSN 0210-7465, Vol. 58, Nº. 11, 1972, págs. 569-583. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7487423>

19. Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I. Dr. Cosme Gay Escoda Dr. Leonardo Berini Aytés Ediciones Ergón, S.A. Madrid, 2004. Reimpresión – 2011

20. Colegio Odontológico del Perú. Consentimiento informado para la cirugía oral menor. Disponible en :<https://www.cop.org.pe/wp-content/uploads/2015/05/Cirug%C3%ADa-Bucal-Menor.pdf>

ANEXOS

-Anexo 1. Consentimiento informado²⁰

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA ORAL MENOR¹¹

Yo Luz Ricardo Malina Ramirez (Como paciente), con DNI No. 22303712, mayor de edad, y con domicilio en Av. Paseo de la Republica Zona Huancayo, S.N.

DECLARO Que el Cirujano Dentista Giovanni Prego Salas me ha explicado que el propósito de la intervención de cirugía oral menor es para resolver alguno de los siguientes problemas de la cavidad oral (borrar los que no correspondan): extracción de piezas dentarias o restos apicales incluidos, fenestración o tracción de dientes retenidos, plastia de frenillos labiales, extirpación de quistes maxilares y pequeños tumores de los mismos o del resto de la cavidad bucal y cirugía preprotésica fundamentalmente. Para llevar a cabo el procedimiento se aplicará anestesia, de cuyos posibles riesgos también he sido informado/a, es posible que los fármacos utilizados puedan producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que se me ha informado que no podré realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo. Igualmente se me ha informado de que existen ciertos riesgos potenciales y complicaciones, algunas de ellas inevitables, concretamente: 1.- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes o después de la cirugía. 2.- Hematoma y edema de la región. 3.- Hemorragia postoperatoria. 4.- Dehiscencia de la sutura. 5.- Daño de dientes adyacentes. 6.- Hipoestesia o anestesia del nervio dentario inferior, temporal o definitiva. 7.- Hipoestesia o anestesia del nervio lingual, temporal o definitiva. 8.- Hipoestesia o anestesia del nervio infraorbitario, temporal o definitiva. 9.- Infección postoperatoria. 10.- Osteitis. 11.- Sinusitis. 12.- Comunicación buconasal y/o bucosinual. 13.- Fracturas óseas. 14.- Rotura de instrumentos. Tras la información recibida, he comprendido la naturaleza y propósitos del tratamiento de cirugía que se me va a practicar. He comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado. Me queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me practique el tratamiento de cirugía.

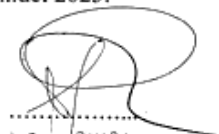
En Huancayo, a 15 de Mayo del 2023.

El Paciente

DNI N°

Luz Ricardo
22303712

Cirujano Dentista


Dr. Giovanni Prego Salas
Cirujano - Dentista
EGP 12317

Bachiller en Odontología

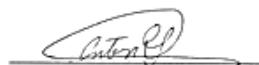
Nombre: Indale del Carmen Antón García

DNI: 76000005

- Anexos auxiliares

Anexo2.Declaración Jurada de Autoría

En la fecha, yo Indale del Carmen Antón García, identificado con DNI N° 76000005,
Domiciliado en Calle Santa Isabel 12° D° lote 44 San Martín DE Porres.,
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 CIRUGÍA PREPROTESICA:
REGULARIZACIÓN DE HUESO ALVEOLAR INFERIOR EN EDENTULO TOTAL.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.



Nombres y apellidos

Indale del Carmen Antón García
DNI N° 76000005.

Huancayo, Mayo del 2023.

