

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**REHABILITACIÓN ORAL DE PACIENTE ADULTO
MEDIANTE PROTESIS TOTAL CON ESQUEMA OCLUSAL
NO BALANCEADO. ESTUDIO DE CASO**

Para Optar : EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

Autor : Alexandra Wendhooly Perez Marquez

Asesor : Maribel Porta Guillen

Líneas de Investigación: Salud y Gestión de la Salud

Lugar de investigación: Clínica Odontológica Privada

Lima – Perú

2023

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo a Dios Padre, por su presencia en mi vida, por bendecirme y por ser quien está en cada paso que doy. A mi madre, quien me ama, que me brinda todo el cariño, alegría, sabiduría, sobre todo su enseñanza de valores y principios. A mi abuela que siempre estuvo dándome consejos y fortaleza para seguir mi meta.

Alexandra Wendhooly Perez Marquez

AGRADECIMIENTO

Agradezco a nuestra querida facultad de Estomatología de la Universidad Peruana los Andes y en especial a todos los docentes por su tenaz orientación y por el apoyo proporcionado en toda la carrera universitaria. Mi profundo agradecimiento.

Alexandra Wendhooly Perez Marquez

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N° 00497-FCS -2024

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

REHABILITACIÓN ORAL DE PACIENTE ADULTO MEDIANTE PROTESIS TOTAL CON ESQUEMA OCLUSAL NO BALANCEADO, ESTUDIO DE CASO.

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **BACH. PEREZ MARQUEZ ALEXANDRA WENDHOOLY**

Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional : **ODONTOLOGÍA**

Asesor (a) : **MG. MARIBEL PORTA GUILLEN**

Fue analizado con fecha **26/11/2024** 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, 26 de noviembre de 2024.



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

CONTENIDO

CAPÍTULO I

Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Contenido de tablas	6
Contenido de Figuras	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
II.- INTRODUCCION	10
CAPITULO II	10
2.1 Descripción de Problema	10
2.2 Marco Teórico	10
2.2.1 Antecedentes	10
2.2.1.1 Antecedentes Internacionales	10
2.2.2 Marco Teórico	12
2.3 Objetivos	16
CAPITULO III	17
3. Desarrollo del Caso Clínico	17
3.1 Historia Clínica	17
3.2 Examen Clínico General	18
3.3 Examen Estomatológico Elemental	18
3.4 Diagnóstico y Pronóstico	19

CAPITULO IV	20
4. Formulación de Plan de tratamiento general	20
REGISTRO FOTOGRAFICO	24
V.I APORTES	30
VII. CONCLUSIONES	31
VIII. RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	33
ANEXOS	35

CONTENIDO DE TABLAS

Pág.

Tabla1.Indicaciones y contraindicaciones del Esquema Oclusal Balanceado	9
---	---

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1. Fotografía de Evaluación y diagnóstico del paciente	12
Figura2. Fotografía de radiografía panorámica	13
Figura3. Fotografía de la impresión con alginato (modelos de estudio).....	18
Figura4. Fotografía de cubeta individual.....	18
Figura5. Fotografía de cubeta individual con godiva para el sellado periférico.....	18
Figura6. Fotografía de preparación e impresión con pasta Zinquenolica.....	19
Figura7. Fotografía del modelo definitivo en yeso tipo IV	20
Figura8. Fotografía del modelo definitivo bardeado o zocolado.....	20
Figura9. Fotografía de prueba del rodete de cera	20
Figura10. Fotografía del articulado y enfilado de dientes utilizando articulador semi ajustable	21
Figura11. Fotografía de prueba de enfilado en paciente.....	21
Figura12. Fotografía de la prótesis acrilizada.....	22
Figura13. Fotografía de instalación de la prótesis en el paciente	22
Figura14. Fotografía final con la paciente	23

RESUMEN

La ausencia de piezas dentarias es una muestra de la ausencia de dientes en la cavidad bucal provocada por múltiples razones. Las lesiones cariosas y la periodontitis, afectan la salud general del individuo. Nos da como resultado, las personas mayores, que forman una parte de habitantes, requieren dentaduras postizas. Por lo tanto, debe haber acceso adecuado, cómodo y de calidad por dichos requerimientos.

Ejecutar una dentadura adecuada, una prótesis total que rehabilite tanto funcional y estéticamente, requiere muchos pasos que un especialista debe dominar. El objetivo de este trabajo de suficiencia profesional es describir los pasos realizados para una correcta confección de una prótesis total con dientes monoplanos, para restablecer la funcionalidad y estética en un paciente desdentado adulto. Se realizó un estudio de caso de un paciente que acudió a la clínica con pérdida total de los dientes superiores e inferiores. Finalmente, se concluye que: El paciente fue rehabilitado con una prótesis dental total, superior e inferior con dientes monoplano, las cuales mejoraron significativamente su estética y función masticatoria.

Palabras clave: Rehabilitación oral; prótesis total; paciente adulto; desdentado total.

ABSTRACT

The absence of teeth is a sign of the absence of teeth in the oral cavity caused by multiple reasons. Carious lesions and periodontitis affect the general health of the individual. The result is that older people, who are part of the population, require false dentures. Therefore, there must be adequate, comfortable and quality access for these requirements.

Making an adequate denture, a total prosthesis that rehabilitates both functionally and aesthetically, requires many steps that a specialist must master. The objective of this professional proficiency work is to describe the steps taken for the correct construction of a total prosthesis with monoplane teeth, to restore functionality and aesthetics in an adult edentulous patient. A case study was carried out on a patient who came to the clinic with total loss of the upper and lower teeth. Finally, it is concluded that: The patient was rehabilitated with a total upper and lower dental prosthesis with monoplane teeth, which significantly improved his aesthetics and chewing function.

Keywords: Oral rehabilitation; total prosthesis; adult patient; totally toothless.

II.-INTRODUCCIÓN

La intervención para la confección de prótesis totales en arcadas edéntulos vienen ser complejos en la carrera de Estomatología, porque existe mayor componente de inseguridad como función de las piezas dentarias y forma. El tratamiento de restauración de la estructura de los dientes y su funcionalidad, se enfoca en una amplia cantidad de elementos de inseguridad debido que existe una gran probabilidad de complicaciones, que varios autores estiman entre el 20 y el 90 %. Después de perder los dientes, no hay información clara sobre la forma, el color y la distribución de las tres dimensiones de los dientes, ni sobre cómo se relacionan las arcadas con la forma de la mordida. El patrón neuromuscular cambia como resultado de la falta de pieza dentaria. ⁽¹⁶⁾

La mordida no balanceada solo requiere de una relación céntrica. En el esquema oclusal, se utilizan piezas dentarias sin anatomía o monoplanos que son llevados a una oclusión plano paralelo al reborde de la arcada inferior. Los dientes posteriores deben desempeñar las mismas funciones que los dientes naturales, es decir, mantener la armonía y mantener los tejidos duros y tejidos blandos en buenas condiciones, ya que soportan la prótesis total. ⁽¹⁴⁾

La Organización Mundial de la Salud afirma que el edentulismo es el resultado de políticas de salud inadecuadas que afectan la salud general, incluido el gusto por la comida y la nutrición. Según algunas investigaciones, la salud oral puede influir en la ingesta de alimentos. La ausencia de piezas dentarias se conoce como edentulismo. Es edentulismo parcial o total. ⁽¹⁰⁾

CAPÍTULO II

2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Se consideran a los adultos a nivel mundial; como una población con mala salud oral, con altas tasas de pérdida de dientes debido a caries dental y periodontitis, lo que genera una variedad de problemas psicosociales. La ausencia de dientes es un componente que conduce a la reducción de la capacidad masticatoria y, a su vez, a la desnutrición, lo que conduce a procesos nutricionales deteriorados, como la pérdida de peso en las poblaciones afectadas. La cantidad de pacientes desdentados es considerable en los países con altos estándares de salud oral. Todos los países cuentan con sistemas de salud bucal con servicios preventivos y restaurativos. Sin embargo, aunque se dan medidas propuestas para abordar esta problemática, la anodoncia todavía existe por una variedad de razones. ⁽¹⁾

Es significativo saber que existen diversos motivos para la ausencia de dientes: etapas avanzadas de caries que terminan en la extracción del diente, periodontitis posiblemente como resultado de la recursos y alto costo de los tratamientos para salvar la pieza dentaria, eventos como: violencia, golpes, pasatiempos. Lleva a las extracciones dentales que representan de 0,5 a 3,0% de su pérdida, asimismo la ausencia de concientización sobre higiene dental desde temprana edad. ^{(1) (2)}

Por los diferentes factores que con lleva a la ausencia de las piezas dentarias, los pacientes que tienen la oportunidad se colocan prótesis dentales como una de las opciones y en algunos casos con más oportunidades económicas, intentan reponer dientes perdidos con implantes.

^{(1) (2)}

Por ello este trabajo tiene esa intención de rehabilitar a un adulto mayor con p r ó t e s i s t o t a l c o n dientes monoplano con eficacia.

La falta de dientes puede causar problemas para masticar, deglutir, hablar en voz alta, o sonora, la fuerza y actividad muscular, apariencia física e incluso en las relaciones interpersonales. La rehabilitación con prótesis para reemplazar el tejido perdido puede mejorar mucho el viene estar del paciente.

La pérdida de los dientes en una persona, ocasiona que el hábito de sonreír, inherente al ser humano, le crea dilemas al momento de realizarlo, ocasionando muchas veces, deterioro de las relaciones interpersonales. Esto plantea una dificultad psicosocial importante para las personas por diferentes razones como: la estructura dentaria, las pronunciaciones y su función. Una parte de las personas no poseen en su totalidad dientes. Esto afecta directamente la autoestima, conduce a la insatisfacción con la apariencia personal, habla lo menos posible y hace que sea muy difícil hablar. Algunos pacientes suelen llevar una sola dentadura postiza en el maxilar superior, pero el 7 % de los pacientes no pueden llevar dentaduras postizas y se convierten en prácticamente inválidos orales. El tratamiento se refiere a las indicaciones para prótesis dentales totales, estructura destinada a reemplazar todos los dientes perdidos y restaurar la función del sistema estomatognático. ⁽³⁾

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 Antecedentes

2.2.1.1 Antecedentes Internacionales

Nand M. et.al Año 2022, donde su investigación tuvo como objetivo explorar los retos que afronta un paciente desdentado (EDP) al buscar los servicios de las prótesis bucal completa(CDP), metodología es de tipo cualitativo descriptivo, los resultados demuestran la necesidad de explorar enfoques para desarrollar prácticas de participación de los pacientes durante la prestación de servicios de CDP por parte de los profesionales dentales (DP), lo que conduce a una promoción efectiva de la salud bucal en Fiji para los usuarios de CDP”.⁽⁵⁾

Castillo G et .al En el año 2021. Presentaron un trabajo que posee como objetivo describir los pasos para realizar una correcta y funcional dentadura postiza total, metodología es de tipo cualitativa y descriptivo. Concluyeron que la paciente fue rehabilitada satisfactoriamente mejorando la estética y función masticatoria. ⁽⁴⁾

Herrera F et. al En el año 2019. Se baso en emplear el sistema Tomas Gomes (STG) que da una alternativa de confort, autoconfianza, comodidad y buena estética al paciente. Concluyeron que cualquiera sistemas o técnicas innovadoras que den opciones favorecedoras como: estéticas y funcionales en la rehabilitación oral del paciente, como este sistema, nos brinda nuevos métodos con el fin de conocer diversas ramas. ⁽⁶⁾

2.2.1.1 Antecedentes Nacionales:

Ramírez J. En el año 2022. Su trabajo se basa en determinar la conservación de la prótesis del paciente. Concluyendo que las prótesis totales brindan una mejora de calidad de vida en pacientes. Tiene como ventaja la conservación del hueso alveolar o el mantenimiento de la sensibilidad propioceptiva. Sin embargo, presenta dificultades en la limpieza bucal y protésica, además de sobrecarga de la prótesis total. ⁽⁹⁾

Jiménez Y. En el año 2019. Su investigación se enfocó en el transcurso de uso de la prótesis y en el diámetro de los rebordes residuales en pacientes longevos, metodología es tipo cuantitativa, retrospectiva además transversal. Determino que existe relación entre el tiempo de uso y en el diámetro de los rebordes residuales. Además, comprobó que su uso data de 6 a 10 años en mujeres y en personas longevas de 61-75 años son los que más utilizan la prótesis total. ⁽⁸⁾

Chávez E. año 2018, Presentó su trabajo señalando el agrado y la aprobación de la rehabilitación del paciente desdentado bi maxilar. Dando así por concluido que cada proceso de realización debe ser exacto, de una manera satisfactoria para los pacientes con el fin de adaptarse a las prótesis convencionales, así mismo dando una mejora de calidad de vida a los pacientes. ⁽⁷⁾

2.1.1 BASES TEÓRICAS

Edentulismo

En adultos, la pérdida de dientes permanentes se conoce como edentulismo. Independientemente de su edad, raza o color de piel, los cuales pueden tener o sufrir diversos grados de afectación, en algunos casos solo parcial o total. ⁽¹⁰⁾

El edentulismo, una disfunción masticatoria que afecta múltiples funciones, aumenta la prevalencia a medida que la población envejece. En los adultos mayores, el edentulismo generalmente se subestima y no se trata adecuadamente, lo que podría evitar complicaciones y secuelas que puedan dificultar la independencia y la autonomía de estas personas. ⁽¹⁰⁾

Se consideran como factores de riesgos del edentulismo total a:

Los hábitos de higiene bucal deficientes. A la caries Dental. A las enfermedades periodontales. A los traumatismos. A los tratamientos y rehabilitación deficientes. Al bruxismo. A las enfermedades endocrino- metabólicas sistémicas. A la farmacoterapia (Xerostomía). A la drogodependencia ⁽¹⁰⁾

Consecuencias del edentulismo total

Necesita una rehabilitación protésica completa. Cuando no se realiza rehabilitación adecuada y oportuna, pueden surgir puntos de interferencia oclusal. Atrofia de la mucosa bucal y del hueso alveolar. ⁽¹⁰⁾

Prótesis total

La prótesis dental viene a ser una sustitución de un órgano perdido. En odontología, se conoce como protodoncia a cualquier artefacto que reemplaza un órgano dental o tejidos subyacentes que se han perdido debido a diversos factores, como bacterias, biológicos, físicos y ambientales. La falta de dientes reducirá la dimensión vertical, la funcionalidad y la estructura anatómica. El objetivo para el uso de una prótesis dental total es reinsertar al paciente en la sociedad al devolverle su estética y funcionalidad. ⁽¹¹⁾

La dentadura postiza no solo es un reposicionador de elementos dentales; si no que une a familias, integra socialmente, recupera la salud y aumenta la autoestima del individuo quien los porta. Además de brinda una mejor en la alimentación de un paciente adulto mayor. ⁽¹²⁾

Reabsorción del reborde alveolar

Después de las extracciones dentarias, los tejidos blandos se cicatrizan rápidamente y los tejidos óseos se cicatrizan lentamente. De modo que surgirán estructuras llamadas apófisis alveolares residuales que frecuentemente desaparecerán, conocida por los prostodoncistas como reborde protético. ⁽¹³⁾

La pérdida de los rebordes maxilares es centrífuga hacia el plano de oclusión y centrípeta hacia el cuerpo de los maxilares. El reborde alveolar es esencial el aparato protésico sea mucoso soportada, por lo tanto, entre mayor sea el reborde mejor succión y estabilidad tendrá el aparato protésico dentario. La simetría entre arco tanto en el reborde y protésico son muy importantes para la estabilidad. Es crucial que las fuerzas oclusales caigan por dentro del reborde que se debe negociar un articulado dentario más estrecho para aumentar la estabilidad. Por ende existen inconvenientes como: la falta de soporte en los tejidos blandos, problemas al momento de hablar y el reposo de la lengua. ⁽¹³⁾

Los rebordes pueden ser triangulares (expulsivos), Rectangulares (paralelos). Irregulares (retentivos). ⁽¹³⁾

Prótesis total y la oclusión

La oclusión viene ser un punto de gran importancia para la elaborar la prótesis total. La oclusión fisiológica es "La oclusión en armonía con las funciones del sistema masticatorio", que se constituye en colocar la mandíbula en céntrica, deglutir y cerrar normalmente. Cuando en movimientos de lateralidad y protusivos existe la distancia de contactos prematuros, es durante los movimientos de lateralidad y de protrusión es el más importante factor de la oclusión. Estos contactos alteran la mucho retención la estabilidad de la prótesis y detención de la prótesis total al verse afectadas por la producción de fuerzas de desplazamiento que se crean en la masticación pudieran producir y crear durante la ingesta de alimentos y las costumbres funcionales. ⁽¹⁴⁾

Esquemas oclusales denominados sin balance

No existe una relación entre los dientes superiores e inferiores cuando realizas apertura y cierre, no existe un cierre equitativo para ambos lados. En este no requiere que la posición de la mandíbula este en excéntrica sino en una posición céntrica, se recomienda que en casos rehabilitación usar dientes no anatómicos , los cuales estos deben estar paralelos y llanos al nivel del reborde del maxilar inferior. ⁽¹⁴⁾

Dientes monoplanos

El descubrimiento de las piezas monoplanos poseen la función de disminuir y eliminar las fuerzas adyacentes, habiendo estas necesarias al momento de la masticación. Diversos autores de esta investigación determinan que los dientes no deben tener cúspides por que puede llegar a tener dificultades para controlar los planos horizontales masticatorios. Al usar dientes monoplanos en una prótesis total se garantiza la estabilidad de ella y prevenir la presencia de vectores secundarios. Los dientes monoplanos sin cúspides no pierden la eficiencia masticatoria; en cambio, protegen las estructuras anatómicas. ⁽¹⁴⁾

Tabla 1. Indicaciones y contraindicaciones del Esquema Oclusal Balanceado ⁽¹⁴⁾

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
Pacientes con ausencia de piezas dentarias. Para prótesis sobre dentadura.	Pacientes con rebordes alveolares bajos.
Pacientes con rebordes alveolares altos.	Relación de arcadas, Clase II, III de Angle.
Pacientes con arcos tipo I.	Rebordes flácidos.
Rebordes fluctuantes, firmes	Pacientes con difícil registro preciso de la relación céntrica.
	Presencia de grandes distancias entre los rebordes alveolares.

Fuente: Zapata M. Castillo D. Quintana M. ¿Esquema oclusal balanceado o no balanceado en dientes monoplanos?

2.1 OBJETIVOS

Objetivo General:

Establecer los criterios técnicos y metodológicos necesario para la atención del paciente edéntulo total con una prótesis dental monoplano, restableciendo la funcionalidad y estética.

CAPITULO III

3. DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1 HISTORIA CLÍNICA:

DATOS DEL PACIENTE:

- Nombres: T.
- Apellidos: A. O
- Años: 68
- Sexo: Femenino
- Vivienda: Av. Juan Antonio Ribeyro #234
- Ocupación: En casa.
- Fecha De Nacimiento: 04 / noviembre / 1953
- Lugar de Procedencia: Jesús María
- Teléfono: 979695564

ANAMNESIS:

- a) **Motivos de la Consulta:** “Quiero que me pongan mis muelas”
- b) **Enfermedad Actual:** Paciente de sexo femenino asiste a consulta refiriendo de que desde muy temprana edad iba perdiendo sus dientes, aproximadamente a más de un año iba perdiendo los dientes que le quedaban, Actualmente presenta problemas en su alimentación y por lo cual desea realizarse una prótesis.
- c) **Historial médico familiares:** No presenta antecedentes.

3.2 EXAMENES CLÍNICOS GENERALES:

Signos Vitales:

- i. P. A : 110 / 70 milímetros de mercurio
- ii. Pulso : 60 pulsaciones por min.
- iii. T. Corporal : 36.1 °C
- iv. F. Respiratoria: 18 respiraciones por min.
- v. Estado Clínico: abeg, lotep.

3.3 EXAMENES ESTOMATOLÓGICOS:

- i. ATM: No hay alteraciones evidentes.
- ii. Ganglios: No palpable.
- iii. Labios: Delineados, delgados y humectados.
- iv. Carrillos: línea alba presente
- v. Paladar Duro: Presencia de arrugas palatinas
- vi. Paladar Blando: No hay alteración evidente.
- vii. Orofaringe: Presencia de úvula única.
- viii. Lengua: Alargada, húmeda, presencia de saburral en el torso de la lengua, puntillado múltiple en el tercio medio y anterior de la lengua.
- ix. Piso de Boca: Vascularizado y piso de Warthon n buen estado.

Figura 1. Fotografía de Evaluación y diagnóstico del paciente.



Autor: Alexandra Wendhooly Pérez Márquez

3.4 DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO:

Paciente de sexo femenino edéntulo total, pronostico favorable.

EXÁMENES DE AYUDA DIAGNÓSTICA:

Figura 2. Fotografía de la radiografía panorámica:



Autor: Alexandra Wendhooly Pérez Márquez

INFORME:

Presencia de tipologías dentro de lo normal de residuos óseas, también muestra reabsorción ósea en ambas arcadas dentales.

Diagnóstico Presuntivo: Edéntula en ambas arcadas

Diagnóstico Definitivo: Edéntula en ambas arcadas

Pronóstico: Propicio para confección del aparato protésico tratamiento de ambas arcadas, se confecciona con dientes monoplanos, debido a la decidida resorción ósea en la zona de molares inferiores.

CAPITULO IV

FORMULACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN GENERAL

El propósito principal del plan de tratamiento de un paciente adulto mayor edéntulo total, con una prótesis total con dientes monoplano son:

- Recuperar la masticación
- Recuperar la voz
- Recuperar la línea de las sonrisas
- Se utiliza en esquema oclusal no balanceado

PRIMERA CITA

Diagnósticos

- a) Se realiza impresión preliminar de tejidos peri orales residuales, lo cual se utiliza cubetas para pacientes edéntulos y con alginato.
- b) El vaciado de la impresión se hizo con yeso piedra.
- c) Al desmoldar delimitamos con un bicolor la posición para confección una cubeta individual.
- d) Se deriva aun laboratorio el modelo para la confección de la cubeta individual.

SEGUNDA CITA

Se realiza impresión definitiva

- A. Se calza la cubeta en la boca y se rebaja los puntos donde hay presión en la mucosa, se calibra y corta a nivel del frenillo para que puedan ser copiados funcionalmente.
- B. Para hacer un registro desde el sellado periférico marginal en el maxilar superior e inferior se utiliza godiva de baja fusión colocándola en la periferia de la cubeta.
- C. Se procede a recortar los excedentes de godiva determinado el sellado periférico. Para registrar la línea del post dam nos apoyamos de un lápiz termino que queda marcada en la cubeta la gran presión
- D. La impresión definitiva se realiza la pasta zinquenólica.
- E. Para la confección de la placa base y rodete se envía la impresión al técnico, de lo cual procederá a realizar el vaciado con un material extraduro.

TERCERA CITAS

Registro de la relación intermaxilar

- A. Se procede a probar las placas base con rodetes en la boca del paciente.
- B. Febe de existir una relación paralela entre plano de camper y el plano oclusal.
- C. Determinamos la relación intermaxilar vertical usando la técnica de la deglución, posición habitual, fonación y consideraciones de autopercepción del paciente
- D. Con respecto a los tejidos blandos se comprueba en le rodete superior e inferior. Se procede a señalar la posición de los caninos, la línea de la sonrisa y la line a media.
- E. Se utiliza la técnica manual de relación central bimanual para determinar la relación céntrica. Llamada también “Chin Point”.
- F. La fijación de los rodetes de fijo en relación céntrica.
- G. Por último, se envían los modelos al laboratorio los modelos indicando la forma de

los dientes y el color.

CUARTA CITA

Prueban los rodetes con las piezas de stock

- A. Se realiza una exploración con las piezas de stock. Revisamos las líneas transversales.
- B. Se modifica alguna imperfección, luego se deriva al laboratorio para terminar de realizar el aparato protésico.

QUINTA CITA

Colocación final del aparato protésico.

- A. Corrección de desperfectos para la colocación del aparato protésico.
- B. Se visualiza el sellado, retención y estabilidad de la prótesis dental.
- C. Tomamos importancia al frenillo lingual
- D. Se hace los ajustes oclusales con un papel articular de arcada completa.
- E. Se le enseña los cuidados que debe tener con el aparato protésico.

SEXTA CITA

Control

- A. Se realiza pasando las 72 horas de haber instalado el aparato protésico, visualizamos si aparece lugares de la mucosa rojizo, presión con la finalidad crear un alivio al paciente.

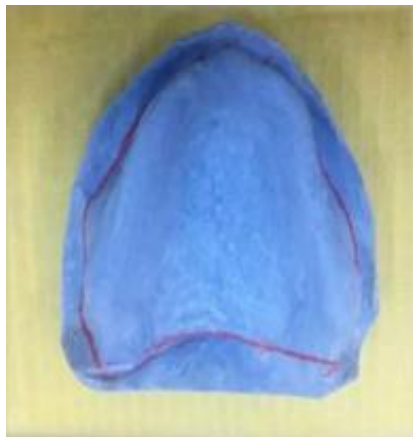
4.5 PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO

Se realiza un primer control a las 72 h. luego de la instalación del aparato protésico. Una semana después y luego a los tres meses lo cual permite controlar la salud de los tejidos remanentes o mucosos a su vez se controla la estabilidad retención y la oclusión de la dentadura o prótesis total.

La manipulación de la dentadura o prótesis debe ser cuidadosa debe retirar y lavarlas inmediatamente después de ingerir sus alimentos, realizar enjuagatorios en la cavidad bucal y realizar un cepillado suave al aparato protésico, usando cepillos dentales de cerdas suaves, es aconsejable retirar las prótesis de boca por las noches ponerlo en una porta férula y cada 15 días o en un mes poner en un vaso con efervescente para prótesis dentales para mayor higienización.

REGISTRO FOTOGRÁFICO

Figura 3. Fotografía de los modelos de estudio, se realiza con la finalidad de poder registrar reborde alveolar, tejidos duros y blandos, para así diseñar y proceder a la confección de las cubetas individuales.



Autor: Alexandra Wendhooly Pérez Márquez

Figura 4. Fotografía de cubeta individual. Con las cubetas ya confeccionadas se pasa a verificar si estas están exactas y bien adaptadas.



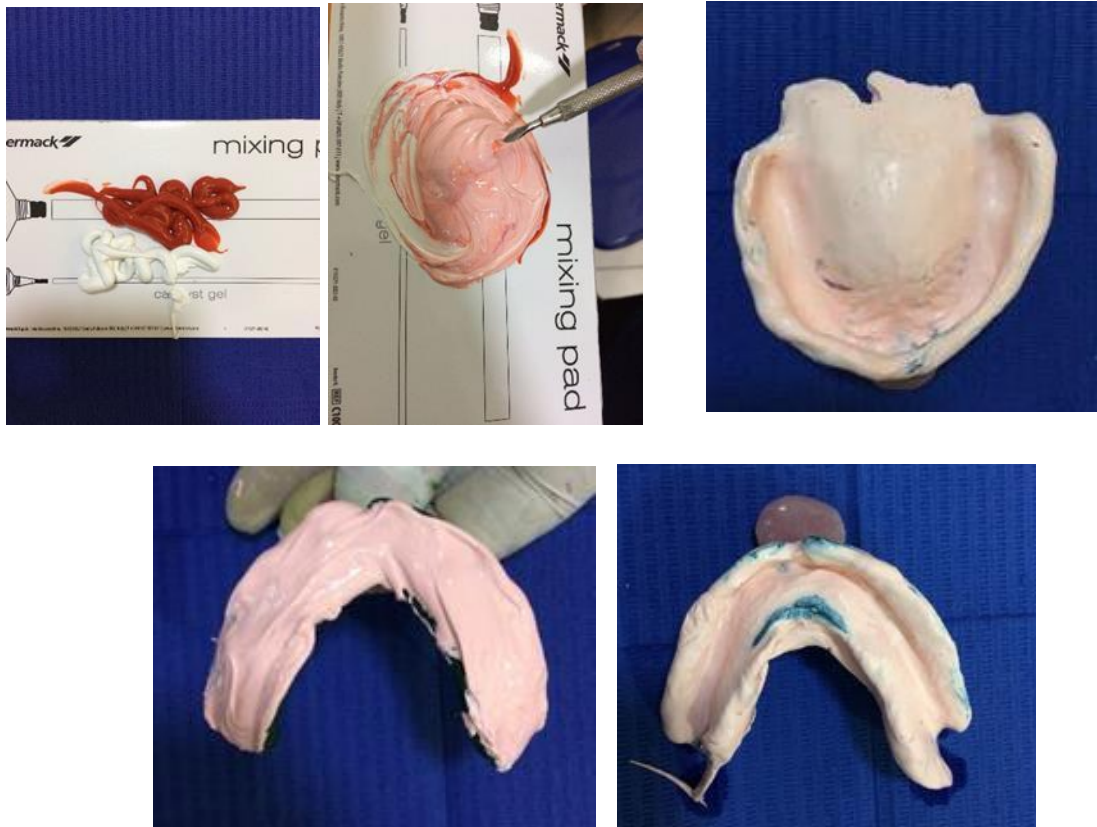
Autor: Alexandra Wendhooly Pérez Márquez

Figura 5. Fotografía de cubeta individual con godiva para el sellado periférico en ambas arcadas.



Autor: Alexandra Wendhooly Pérez Márquez

Figura 6. Fotografía de preparación e impresión con pasta Zinquenólica, con la finalidad de registrar las estructuras anatómicas más exactas.



Autor: Alexandra Wendhooly Pérez Márquez

Figura 7. Fotografía del modelo definitivo en yeso tipo IV



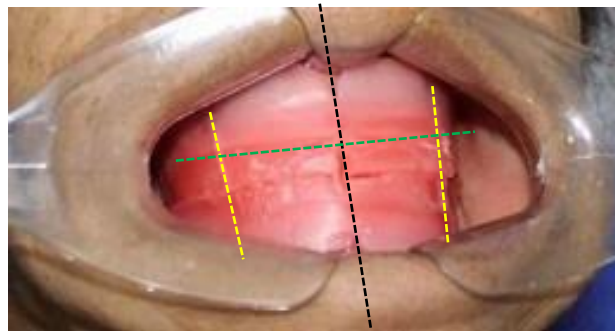
Autor: Alexandra Wendhooly Pérez Márquez

Figura 8. Fotografía del modelo definitivo bardeado o zocolado.



Autor: Alexandra Wendhooly Pérez Márquez

Figura 9. Fotografía de prueba del rodete de cera, nos determina el plano oclusal, la dimensión vertical para así poder registrar la línea media, caninos, sonrisa y poder realizar un enfilado correcto.



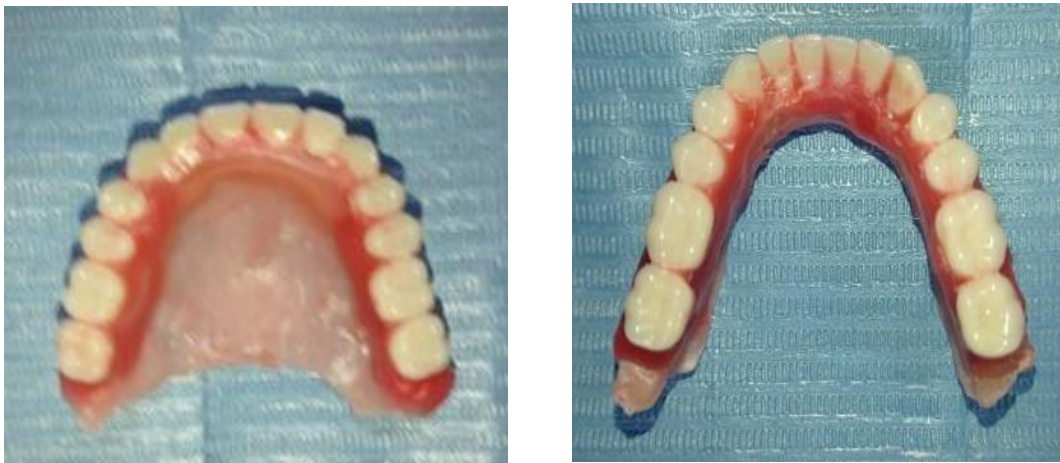
Autor: Alexandra Wendhooly Pérez Márquez

Figura 10. Fotografía del articulado y enfilado de dientes utilizando articulador semi ajustable.



Autor: Alexandra Wendhooly Pérez Márquez

Figura 11. Fotografía de prueba de enfilado.



Autor: Alexandra Wendhooly Pérez Márquez

Figura 12. Fotografía de la prótesis acrilizada con superficies lisas y pulidas para la instalación de estas al paciente.



Figura 13. Fotografía de instalación de la prótesis en el paciente. Se procede a brindarle algunas indicaciones como: el modo de uso, limpieza y cuidado.



Autor: Alexandra Wendhooly Pérez Márquez



Figura 14. Fotografía final con la paciente.



Autor: Alexandra Wendhooly Pérez Márquez

VI. APORTES

- La pérdida completa de los dientes debe considerarse una enfermedad, incluye el deterioro funcional. El restaurar la función oral es esencial para la salud del paciente desdentado, en los cuales la prótesis dental reemplaza la dimensión vertical, previene mal posiciones auriculares restaurando la estética en portadores de prótesis total
- Los dientes monoplanos se emplean principalmente en reabsorción ósea de la mandíbula y se realiza en una mordida sin balance. Se realiza solamente en la oclusión ideal mas no se realiza en oclusión dinámica.

VII. CONCLUSIONES

- El paciente fue rehabilitado con una prótesis dental total, superior e inferior con dientes monoplano, las cuales mejoraron significativamente su estética y función masticatoria.
- Fue posible el tratamiento eficaz, reseñando los procedimientos de confección de una prótesis dental total, considerando la decidida reabsorción ósea en el maxilar inferior en particular en las zonas molares.
- Los dientes monoplanos se emplean generalmente en una oclusión sin balance, con lo cual disminuyen sus fuerzas esto suelen ocasionar una rotación del aparato protésico y en casos con reborde alveolar reabsorbido principalmente en zona de los molares de la mandíbula.

VIII. RECOMENDACIONES

Basados en los expertos al concluir el presente trabajo, y por revisión de literatura odontológica especializada, sugerimos que debe haber el compromiso del operador y el paciente por los varios pasos clínicos y de laboratorio; involucrados en la realización del tratamiento protésico, en la instalación y el control, para reportar molestias incluso cuando no existan, por lo que debe haber comunicación e intercambio con el profesional, para la debida orientación que justifique el retorno de los pacientes con dentadura postiza, para un correcto mantenimiento de la salud bucal del paciente desdentado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peralta F. Necesidad y situación de prótesis dentales en pacientes adultos que acuden a la Clínica dental docente de la UPCH de Julio a septiembre en el año 2015. Tesis para título de Cirujano Dentista. Lima, Perú Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2015. 2pp
2. Rojas P, Mazzini M, Romero K. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*. 2017; 3(2): 702-718.
3. Khalifa N, Allen P, Abu-bakr N, Abdel-Rahman. Factors associated with tooth loss and prosthodontic status among Sudanese adults. *Journal of Oral Science*. 2012; 54(4): 303-312
4. Castillo J, Miranda A. Confección de prótesis dental total. Estudio de caso. *Revista Científica de la Universidad de Cienfuegos*. 2021; 13(s3).
5. Nand M, Mohammadnezhad M. Challenges faced by edentulous patients (EDPs) during complete denture prostheses (CDP) service delivery in Fiji – a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2022; 22(742): 2-9
6. Herrera F, Viveros D, Castedo S, Massiel L. Caracterización gingival en prótesis total removible. *Revista de la Facultad de Odontología*. 2019; 13(1): 15-20
7. Chávez E. Rehabilitación bucal en paciente desdentado total. Título de especialidad en Rehabilitación Oral. Lima, Perú. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, 2019. 3pp.
8. Jiménez Y. Relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS. Título de Cirujano Dentista. Pimentel, Perú. Universidad Señor de Sipán, 2019. 5pp.

9. Ramírez J. Secuencia de rehabilitación oral de paciente edéntulo total bi maxilar. Título de Cirujano Dentista. Huancayo, Perú. Universidad Peruana de los Andes, 2022. 6pp.
10. Sanz G, Llanes C, Gretel L, Valdés Y. Consecuencias del edentulismo total y parcial en el adulto mayor. GeroInfo. 2018; 13(3).
11. Huamán J. Nivel de satisfacción de los pacientes portadores de prótesis total confeccionadas en el C-P-P-C-C-EYSS. Título de Cirujano Dentista. Pimentel, Perú. Universidad Señor de Sipán, 2018. 17pp.
12. Flores G, Nuñez B. Relación entre el grado de satisfacción de los pacientes rehabilitados con prótesis total y la calidad de la prótesis, en el Centro Especializado en Formación Odontológica de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo de Chiclayo, 2016. Título de Cirujano Dentista. Chiclayo, Perú. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2018. 22pp.
13. Álvarez Cantoni H, Fassina NA, et alli. Colección Fundamentos, técnicas y clínica en rehabilitación bucal: prótesis total removible. 2da edición. Buenos Aires: Hacheace; 2002. p.22 – 24.
14. Zapata M, Andamayo D, Quintana M. ¿Esquema oclusal balanceado o no balanceado en dientes monoplanos? . Rev. Estomatol. Herediana. 2017;27(4): 247-56. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/reh.v27i4.3217>
15. Ramos V. Sociedad Peruana de Prótesis dental y Maxilo Facial. Consentimiento informado para prótesis dental. Lima Perú; 2019. P.23-24.
16. Koeck, B. Prótesis Completas. Barcelona España: Editorial Elsevier Masson, 2007. ISBN 978-84-458-1766-7.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRÓTESIS TOTAL¹⁵

Yo Teresa Angeles Olivera (Como paciente), con
DNI N° 07204121, mayor de edad y con domicilio en
Av. Juan Antonio Ribeyro # 234

DECLARO

Que el Cirujano Dentista Gabriela Luz Ames Quincho

A propósito declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente que el objeto del tratamiento es reemplazar los dientes naturales perdidos y rehabilitar la función estética y fonética de la cavidad bucal, por medio de una prótesis total con dientes monoplanos, dicha dentadura artificial estará confeccionada con acrílico de uso dental.

DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me practique el tratamiento de prótesis totales removibles.

En Lima a 26 de setiembre del 2022

PACIENTE

N° de DNI 07204121

CIRUJANO DENTISTA
COP

Alexandra Wendhooly Pérez Márquez

BACHILLER EN ODONTOLOGÍA

Nombre y Apellidos

N° de DNI 72443963

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Yo Alexandra Wendhooly Pérez Márquez con DNI N° 72443963, domicilio legal en Jr. las Cacañelas 569 Las Flores - SJL bachiller egresado de la Universidad Peruana Los Andes, de la Facultad de Odontología, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas o de carácter penal que diese a lugar, si en la elaboración de mi investigación titulada: "REHABILITACIÓN ORAL DE PACIENTE ADULTO MEDIANTE PROTESIS TOTAL CON ESQUEMA OCLUSAL NO BALANCEADO. ESTUDIO DE CASO", se haya consignado datos falseados, plagio, auto plagio, etc. por lo que declaro que dicho trabajo de investigación es de mi autoría, con datos auténticos, reales con respeto a normas de carácter internacional referentes a las citas sobre fuentes consultadas.

Huancayo, 26 de Setiembre del 2022



Alexandra Wendhooly Pérez Márquez

NOMBRES APELLIDOS

DNI N° 72443963