



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD Y DE LA
VIDA**

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**“REHABILITACIÓN FUNCIONAL Y ESTÉTICA EN PACIENTE ADULTO
MAYOR, MEDIANTE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE SUPERIOR E
INFERIOR, UTILIZANDO DISTINTAS TÉCNICAS DE IMPRESIÓN. REPORTE
DE CASO CLÍNICO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO**

SHADY ABDO EID VAZQUEZ

TUTOR: DR. ESTEBAN VIZCAINO

QUITO, 2018

DIRECTORES DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

TUTOR:

DOCTOR ESTEBAN VIZCAINO

CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL AUTOR

Yo, Shady Abdo Eid Vázquez, con CI 1716029325, declaro bajo juramento, que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado académico o título profesional y que se ha consultado la bibliografía necesaria para su elaboración

Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, sin restricción o de ningún género.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'SHADY ABDO EID VÁZQUEZ', is written over a horizontal line. A vertical line extends upwards from the right side of the signature.

Firma

CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL AUTOR

Yo, Dr. Esteban Vizcaíno certifico que conozco al autor del presente trabajo siendo él responsable exclusivo tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and strokes, positioned above a horizontal dotted line.

Firma

DEDICATORIA

Dedicado a Dios por cumplir los anhelos de mi corazón y a mis Padres por darme esta oportunidad de cumplir otro sueño en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios acompañarme siempre en mi camino, a mis Padres por todo su sacrificio y ejemplo.

A mis Abuelos por todo su amor, a mis Hermanas por todo su cariño y a mi familia por toda su motivación.

Agradezco a mi tutor y amigo Dr. Esteban Vizcaino, por su apoyo, dedicación, y por enseñarme a trabajar con Excelencia.

A mi querida Universidad Internacional del Ecuador por todos los momentos vividos, los cuales nunca olvidaré.

INDICE

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA	1
DIRECTORES DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	2
CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL AUTOR. ¡Error! Marcador no definido.	
CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL AUTOR. ¡Error! Marcador no definido.	
DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTOS	6
INDICE	7
ÍNDICE DE FIGURAS	10
ÍNDICE DE TABLAS	11
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
Introducción:.....	14
Planteamiento del problema:.....	18
Justificación:.....	19
Objetivos:	20
Generales:	20
Específicos:.....	20
MARCO TEÓRICO.....	21
1. CAPÍTULO I Adulto Mayor y Perdida Dental	21
1.1 Ausencia de Dientes	21
1.2 Salud Oral en el Adulto Mayor	22
1.3 Principales causas de pérdida de piezas dentales.....	23
1.3.1 Caries Dental	23
1.3.2 Enfermedad Periodontal	24
1.4 Principales consecuencias de la pérdida de piezas dentales.....	25
1.4.1 Consecuencias físicas y anatómicas	25
1.4.2 Consecuencias psicosociales	26
1.4.3 Consecuencias fonéticas.....	27
2. CAPITULO II: Prótesis Parcial Removible	28
2.1 Indicaciones de la prótesis parcial removible	28

2.2	Partes de la prótesis parcial removible.....	30
2.2.1	Apoyos:.....	30
2.2.2	Retenedores:	31
2.2.3	Conector Mayor:	32
2.2.4	Conector Menor:.....	36
2.2.5	Base de la dentadura.....	37
2.3	Diseño de la prótesis parcial removible.....	38
2.4	Clasificación de las prótesis parciales removible	39
2.4.1	Según el tipo de soporte	39
2.4.2	Según la ubicación de los espacios edéntulos	39
2.4.3	Reglas de Applegate	42
2.5	Impresión definitiva para la prótesis parcial removible	43
2.5.1	Características de los materiales de impresión	43
2.5.2	Materiales de impresión utilizados	44
2.6	Extremo Libre	46
2.6.1	Factores que influyen en el soporte de una base de extremo libre	
	46	
3.	CAPITULO III: Presentación caso clínico.....	48
3.1	HISTORIA clínica	48
3.1.1	Datos generales.....	48
3.1.2	Motivo de consulta.....	48
3.1.3	Enfermedad o problema actual:.....	48
3.1.4	Antecedentes personales y familiares:	48
3.1.5	Signos Vitales	49
3.1.6	Examen Clínico.....	49
3.1.7	Odontograma.....	51
3.1.8	Indicadores de salud.....	52
3.1.9	Exámenes complementarios	52
3.1.10	Modelos diagnóstico.....	54
3.2	Diagnóstico	54
3.2.1	Diagnóstico presuntivo	54
3.2.2	Diagnóstico definitivo.....	55
3.3	Plan de Tratamiento	55
3.4	Pronóstico	56
3.5	Descripción de procedimientos realizados	56

3.5.1	Fase Inicial	56
3.5.2	Fase Operatoria.....	57
3.5.3	Alargamiento de corona.....	58
3.5.4	Endodoncia.....	59
3.5.5	Rehabilitación Oral	61
4.	CAPITULO IV	86
4.1	Discusión.....	86
4.2	Conclusiones.....	88
4.3	Recomendaciones.....	90
	Bibliografía	91
	ANExos	93

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Cambios físicos y proceso natural por envejecimiento.....	23
Figura 2: Reabsorción ósea.....	26
Figura 3. Partes de la prótesis parcial removible superior	37
Figura 4. Partes de la prótesis parcial removible inferior	37
Figura 5. Clasificación de Kennedy, Clase I	40
Figura 6. Clasificación de Kennedy, Clase II	41
Figura 7. Clasificación de Kennedy, Clase III	41
Figura 8. Clasificación de Kennedy, Clase IV	42
Figura 9. Examen Clínico extraoral.	50
Figura 10. Examen Intraoral.	51
Figura 11. Odontograma	52
Figura 12. Indicadores de Salud Bucal	52
Figura 13. Radiografía Panorámica, estructuras óseas y dentales	53
Figura 14. Toma de impresiones con alginato para modelos diagnósticos	54
Figura 15. Profilaxis Dental.....	57
Figura 16. Retiro de coronas	58
Figura 17. Alargamientos de Corona dientes 2.2 y 4.5.....	59
Figura 18. Endodoncias diente 3.5 y 4.5	60
Figura 19. Pernos Prefabricados	61
Figura 20. Tallado y remoción de caries del diente 2.3 con fresa troncocónica de punta redonda para tallado.....	62
Figura 21. Tallado de sector anterosuperior	63
Figura 22. Encerado diagnóstico del sector anterosuperior	63
Figura 23, Impresiones.....	64
Figura 24. Provisionales de bisacrílico	65
Figura 25. Prueba de estructura metálica de coronas	66
Figura 26. Comprobación de color seleccionado.....	67
Figura 27. Cementación de coronas y carillas.....	68
Figura 28. Colocación de arco facial	70
Figura 29. Toma de impresiones definitivas	73
Figura 30. Modelo Maestro.....	73
Figura 31. Técnica de McCracken.....	75
Figura 32. Técnica de McCracken.....	76
Figura 33. Técnica de McCracken.....	76
Figura 34. Técnica de McCracken.....	77
Figura 35. Registro Intermaxilar	78
Figura 36. Prueba de Enfilado	79
Figura 37. Instalación de prótesis parciales removibles superior e inferior	81
Figura 38. Fotografías finales de la paciente.....	82
Figura 39. Secuencia de la inserción y remoción de la prótesis parcial removible superior.....	84
Figura 40. Fotografía comparativa del antes y después de finalizado el tratamiento	85

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	CARACTERÍSTICAS DE LOS CONECTORES MAYORES	36
Tabla 2.	CARACTERÍSTICAS DE LOS MATERIALES DE IMPRESIÓN.....	44
Tabla 3.	SIGNOS VITALES DEL PACIENTE.....	49
Tabla 4.	PRINCIPIOS DEL DISEÑO DE LA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE	93
Tabla 5.	REGLAS DE APPLGATE	94

RESUMEN

La ausencia o pérdida de dientes representa un hecho grave en la vida de una persona. El presentar ausencias de dientes se considera como un problema físico, social y psicológico, que altera de manera negativa al paciente en su calidad de vida del paciente. En la actualidad muchos adultos mayores aspiran mantenerse activos y autosuficientes hasta edad avanzada, pero si bien es cierto el cuerpo va perdiendo su capacidad regenerativa con el transcurso del tiempo. Cuando existen grandes tramos bucales sin la presencia de dientes, se tendrá que pensar como tratamiento la colocación de implantes o bien una prótesis parcial removible. Mallat (2004) menciona que un gran número de pacientes consideran la prótesis parcial removible como tratamiento rehabilitador debido a que, no desean ser intervenidos, por condiciones de salud precaria, por edad avanzada o por razones económicas. Según Thoren (2013) una prótesis parcial removible (PPR) reemplaza los dientes perdidos en el paciente, así como también reemplaza tejidos bucales como encía y hueso alveolar. En este caso nos encontramos con una paciente de 71 años de edad, que presenta edentulismo parcial superior e inferior, que, por sus limitaciones económicas, se realizó rehabilitación funcional y estética, mediante prótesis parcial removible superior e inferior. A la vez con este tratamiento se aprovechó para utilizar diferentes técnicas de impresión entre ambas arcadas y compararlas. En la arcada superior se utilizó la Técnica Convencional, mientras que en la arcada inferior se utilizó la Técnica de McCracken. Esto se realizó con el fin de demostrar que al momento de realizar un tratamiento no tenemos que limitarnos a una sola opción, ya que para cada tratamiento odontológico hay distintas alternativas en el proceso, para brindar un tratamiento ideal y lograr resultados exitosos.

PALABRAS CLAVE: Adulto mayor, edentulismo, prótesis parcial removible, técnicas de impresión.

ABSTRACT

The absence or loss of teeth represents a serious event in the life of a person. Presenting absences of teeth is considered a physical, social and psychological problem that negatively alters the patient's quality of life. Currently many older adults aspire to stay active and self-sufficient until old age, but while it is true the body is losing its regenerative capacity over time. When there are large buccal sections without the presence of teeth, the placement of implants or a removable partial prosthesis will have to be considered as treatment. Mallat (2004) mentions that a large number of patients consider the partial removable prosthesis as rehabilitative treatment because they do not wish to be operated on, due to precarious health conditions, due to advanced age or for economic reasons. According to Thoren (2013) a removable partial denture (PPR) replaces the lost teeth in the patient, as well as replaces oral tissues such as gingiva and alveolar bone. In this case, we found a 71-year-old patient with partial superior and inferior edentulism, who, due to economic limitations, performed functional and aesthetic rehabilitation using removable upper and lower partial dentures. At the same time with this treatment, it was used to use different printing techniques between both arches and compare them. The Conventional Technique was used in the upper arch, while the McCracken Technique was used in the lower arch. This was done in order to demonstrate that when performing a treatment we do not have to limit ourselves to a single option, since for each dental treatment there are different alternatives in the process, to provide an ideal treatment and achieve successful results.

KEY WORDS:: Older adult, edentulism, removable partial denture, printing techniques.

INTRODUCCIÓN:

La ausencia de piezas dentarias, no constituye solamente un problema odontológico, sino que también puede representar una carga social y psicológica severa que afecta en cierta medida la calidad de vida del paciente. Por tal motivo el uso de una prótesis parcial removible va a mejorar en gran parte las condiciones del paciente, devolviendo la función y recuperando su autoestima. (Thoren, 2013)

La Prótesis Parcial Removible (PPR), es la que se encarga de reemplazar los dientes y las estructuras anatómicas alteradas, siempre preservando y mejorando la salud de los dientes remanentes y las estructuras que están asociadas. En otras palabras, el objetivo primordial de la prótesis parcial removible es el de preservar los tejidos remanentes que se encuentran en la cavidad oral, y a su vez reemplazar los dientes ausentes con un pronóstico predecible a largo plazo. (Loza, 2007) (Thorén & Gunne, 2013)

Antes de la rehabilitación oral de un paciente parcialmente edéntulo, dentro de la planificación se debe valorar la necesidad de realizar tratamientos interdisciplinarios previos como cirugía, periodoncia y endodoncia. (Loza, 2007)

La prótesis parcial removible es una buena alternativa para el paciente ya que es la manera más rápida, simple y menos costosa de restituir los dientes ausentes. Su bajo costo es una ventaja para la población ya que está al alcance de los pacientes, comparado con otros tipos de prótesis dentales que, por la técnica, equipos y materiales utilizados resultan mucho más costosos. Incluso en sociedades opulentas, como en los países nórdicos, donde el uso de implantes se torna más frecuente, el uso de prótesis parcial removible sigue siendo el método de elección en la mayoría de casos. Por otro lado, también influyen los factores sistémicos o biológicos, donde las restauraciones implantosoportadas están contraindicados. Desde una perspectiva global las prótesis removibles, es y seguirá siendo en el futuro una de las posibles alternativas viable de tratamiento para los pacientes parcialmente edéntulos. (Thoren, 2013)

Existen varios tipos de materiales para elaborar la PPR, como aleaciones de níquel-cromo, titanio, y la que se usa en la mayoría de casos cromo-cobalto la cual fue introducida en el año 1932. Dentro de las cualidades físicas y mecánicas podemos mencionar que estas aleaciones, no tienen mucha dificultad al momento de trabajar, tienen un grado alto de rigidez, son livianas, tienen resistencia a la corrosión y como ya lo mencionamos tienen bajo costo. A parte de los materiales existen técnicas de elaboración diferentes para dar una perfecta adaptación a la prótesis. (Loza, 2007)

El procedimiento de impresión es una etapa importante en la elaboración de la prótesis parcial removible al reproducir la anatomía dentaria, los rebordes alveolares residuales y las estructuras adyacentes. La impresión funcional se indica para los casos dentomucosoportados para hacer compatible las diferencias en el comportamiento de los dientes pilares y la mucosa del reborde bajo cargas funcionales. Existen distintas técnicas de impresiones funcionales y todas ellas influyen distintamente en el desplazamiento de los tejidos que recubren al reborde y en el comportamiento de las bases protésicas. La técnica de modelo alterado es uno de los procedimientos de impresión más utilizados debido a los resultados que se obtienen. (McGivney, 2006)

Técnica de Impresión de McCracken o Modelo Alterado

La impresión se define como “la reproducción negativa de un área o áreas edéntulas, hecha independiente de la impresión inicial de los dientes naturales y después de ésta”. Esta técnica utiliza una cubeta de impresión unida a la estructura de la prótesis parcial removible. (McGivney, 2006)

Esta técnica se caracteriza por la confección previa de la estructura metálica de la prótesis parcial removible en unos modelos obtenidos de unas impresiones anatómicas, siguiendo los pasos respectivos para dicho procedimiento. Una vez que la estructura metálica ha sido probada en boca, debe confeccionarse las cubetas individuales para cada una de las rejillas a extensión distal. Los rebordes edéntulos en el modelo deben aliviarse con una lámina de cera, siguiendo las extensiones propias de una base a extensión distal inferior. (McGivney, 2006)

Lo que se busca con esta técnica es mejorar la estabilidad de las bases a extensión distal, reducir las tensiones sobre los dientes pilares, mantener una oclusión positiva por mayores períodos de tiempo, reducir los ajustes post-inserción y obtener el máximo soporte posible del área edéntula. (McGivney, 2006)

Técnica de Impresión Convencional de Prótesis Parcial Removible

El alginato o también llamado hidrocoloide irreversible, es uno de los materiales más utilizados en el campo de la odontología para la toma de impresiones de la cavidad bucal, en las especialidades de: prótesis fija, prótesis removible y ortodoncia, debido a que este material ayuda en la elaboración de modelos en los cuales deberán estar reproducidas a detalle las estructuras de los tejidos bucales. (Cabrera, 2013)

La composición del alginato, muestra un 15% de alginato soluble, 16% de sulfato de calcio como agente de reacción, 4% de óxido de zinc como relleno, 3% de fluoruro potásico como acelerador, 60% de tierra Diatomea como relleno y 2% de fosfato de sodio como retardador. (Cabrera, 2013)

Según la American Dental Association (ADA), se describe dos tipos de alginato:

- a) Fraguado Normal o Tipo I: Es de alta viscosidad, que requiere de 3 a 4 minutos a 20°C para lograr su fraguado. (Phillips, 2004)
- b) Fraguado Rápido o Tipo II: Es de baja viscosidad, tiene un tiempo de gelación de 1 a 2 minutos a 20°C, el tiempo debe ser medido desde que se comienza la mezcla hasta que se toma la impresión y el material deje de ser pegajoso. (Phillips, 2004)

La preparación de la mezcla debe hacerse en un recipiente de plástico, con espátula plástica, idealmente enfriado y desinfectado. Inmediatamente después de vaciar el contenido y constituir la mezcla con el agua, se procede a, espatulado, diluyendo los componentes hasta que no quede grumos o burbujas. La disolución completa del polvo mostrará una mezcla cremosa y suave que se obtiene en general con un espatulado de 45 segundos a 1 minuto. (Phillips, 2004)

Una vez que la mezcla ha sido obtenida se vacía en una cubeta perforada que tenga retenedores mecánicos para que no se desprenda el gel cuando éste sea insertado en la boca del paciente. El grosor del material de ser de por lo menos 3 mm para que los detalles de la impresión sean bien observados. La gelación se obtiene a los 3 minutos de aplicar el producto en la boca. Luego se debe retirar la impresión de alginato, para después ser utilizada en el vaciamiento con yeso. (Phillips, 2004)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Paciente de sexo femenino de 72 años de edad, antecedentes personales refiere intervención quirúrgica para extirpación de tumor benigno en el hígado hace 35 años, no presenta antecedentes familiares, acude a la consulta odontológica refiriendo inconformidad estética de su sonrisa y dificultad en la acción masticatoria. En el examen físico extraoral, el paciente no presenta ninguna patología clínica. Al examen intraoral se observa labios, mejillas, maxilar superior, maxilar inferior, lengua, paladar, piso, carrillos, glándulas salivales, oro faringe, A.T.M., normales y cadenas ganglionares no palpables. Se evidencia edentulismo parcial superior e inferior. En el maxilar superior presenta dientes número: 11 con restauración en la cara mesial, 14 resto radicular, 17 restauración con amalgama ocluso mesio distal, 21 restauración en la cara mesial y distal, 22 resto radicular, 23 corona metal porcelana. En el maxilar inferior se observa dientes número: 32 restauración en distal, 33 restauración en mesial, 34 restauración ocluso mesial, 35 corona metal porcelana, 44 restauración ocluso mesio distal y 45 corona metal porcelana.

Al examen radiográfico se observa reabsorción ósea en maxilar inferior. Presencia de sombras radiopacas compatibles con restos radiculares endodonciados de los dientes 22 y 44.

El plan de tratamiento consiste en realizar una rehabilitación oral y estética mediante el uso de prótesis parciales removibles superior e inferior, utilizando diferentes tipos de impresión, haciendo una comparación de las mismas, también una preparación adecuada de pilares, realizando los respectivos controles.

JUSTIFICACIÓN:

Es un caso clínico de mucha relevancia que tiene como propósito realizar una rehabilitación funcional y estética mediante el uso de prótesis parciales removibles superior e inferior de cromo cobalto en un paciente adulto mayor. De tal manera que recuperaremos y mejoraremos la estética y la funcionalidad mediante tratamiento protésico propuesto. De tal manera también se quiere mejorar el aspecto psicológico y social en la paciente. (Thorén & Gunne, 2013)

Otro punto que se quiere lograr con este trabajo es comparar los distintos tipos de impresión que se van a utilizar para realizar una prótesis parcial removible de cromo-cobalto y determinar qué tipo de impresión es la más conveniente utilizar en la elaboración de la prótesis.

También se quiere demostrar porque es conveniente y cuáles son las ventajas de utilizar actualmente las prótesis parciales removibles y realizando una comparación con los implantes, para que de esta manera se beneficien los alumnos de la UIDE de odontología al momento que tengan que decidir que tratamiento brindar al paciente edéntulo parcial.

OBJETIVOS:

GENERALES:

- Identificar la mejora funcional y estética de un paciente adulto mayor, con prótesis parcial removible superior e inferior, mediante la técnica de impresión convencional y la técnica de McCracken

ESPECÍFICOS:

- Rehabilitar la funcionalidad masticatoria y fonética del paciente mediante la elaboración de prótesis parciales removibles de cromo-cobalto superior e inferior
- Recuperar la estética bucodental del paciente.
- Comparar eficacia a partir de las técnicas de impresión,

MARCO TEÓRICO

1. CAPÍTULO I ADULTO MAYOR Y PERDIDA DENTAL

1.1 AUSENCIA DE DIENTES

La ausencia o pérdida de dientes representa un hecho grave en la vida de una persona. El presentar ausencias de dientes se considera como un problema físico, social y psicológico, que altera de manera negativa al paciente en su calidad de vida del paciente. Existen varias deficiencias actualmente alrededor del mundo, entre ellas se encuentra el edentulismo parcial, a pesar que actualmente existen diferentes métodos de prevención y tratamientos que han avanzado considerablemente. Existen varias causas por las que existe pérdida de piezas dentales, caries dentales, enfermedad periodontal, traumatismos, entre otras. El autor Loza (2007) hace mención de estudios epidemiológicos realizados en los cuales se comprueba que el 80% de la población presentan ausencias de piezas dentales. (Thorén & Gunne, 2013)

Actualmente la odontología brinda distintos tipos de tratamientos odontológicos con la finalidad de rehabilitar al paciente parcialmente edéntulo, los cuales antes de comenzar el tratamiento deben ser dados a conocer al paciente por parte del odontólogo, para que de esta manera el paciente esté consciente y decida el tratamiento de su conveniencia. Entre los tratamientos utilizados para la rehabilitación del paciente desdentado parcial se encuentran la prótesis parcial removible, la prótesis fija y los implantes oseointegrados. (Thorén & Gunne, 2013) (Loza, 2007)

Telles (2011) menciona un estudio elaborado por la OMS, Organización Mundial de Salud, donde se muestra que la gradiente social es pronunciada, ya que, en la investigación realizada, entre las mujeres de

peor condición socioeconómica con más de 50 años de edad el porcentaje de edentulismo es de 55,9% a comparación de aquellas de mejor situación en donde el porcentaje es de 18,9%. (Telles, 2011)

1.2 SALUD ORAL EN EL ADULTO MAYOR

En la actualidad muchos adultos mayores aspiran mantenerse activos y autosuficientes hasta edad avanzada, pero si bien es cierto el cuerpo va perdiendo su capacidad regenerativa con el transcurso del tiempo, lo que conlleva a un proceso de deterioro, dando paso a la aparición de enfermedades crónicas. (Meller, 2008)

De la misma manera sucede en la cavidad oral, en el envejecimiento comienzan una serie de cambios graduales, los cuales son acumulativo e irreversibles, por lo que el adulto mayor va a tener mayor susceptibilidad hacia los agentes infecciosos y traumáticos. Según Meller (2008) indica que en la vejez la pérdida dental ha sido considerada como uno de los factores que más prevalecen, seguido por el número de restauraciones presentes. Por los motivos mencionados la prevención tiene el mismo grado de importancia tanto en la etapa de la tercera edad como en las otras etapas de la vida de la persona. Los tratamientos en la mayoría de casos en dichos pacientes llegan a complicarse porque no existe continuidad en la terapia, debido a que influyen factores como los efectos adversos y secundarios a los medicamentos y anestésicos utilizados, la movilización a la cita dental, complicaciones ante procedimientos quirúrgicos, hasta inclusive el estado de ánimo que presente el paciente, etc. (Meller, 2008)

En el envejecimiento de la cavidad oral también van a influir los malos hábitos que tenga la persona por ejemplo el tabaquismo o la ingesta de alcohol, los cuales tienen efectos irritantes por lo que van acelerar los cambios normales del envejecimiento. (Roisinblit, 2010)

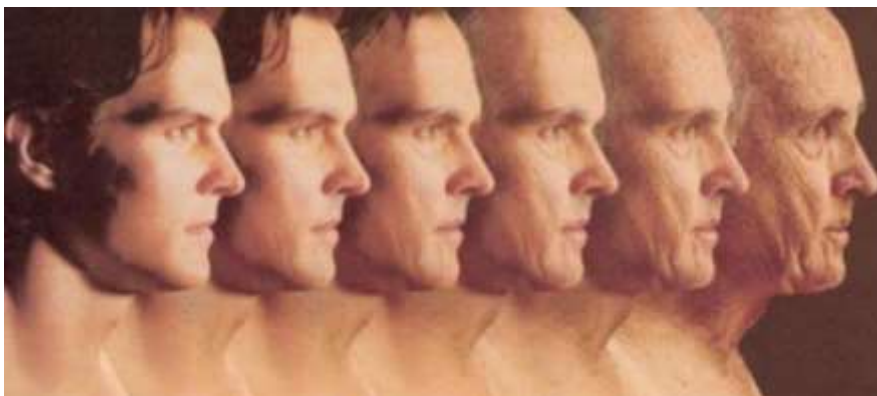


Figura 1: Cambios físicos y proceso natural por envejecimiento.

Fuente: (Chávez-Reátegui, 2014, pg. 201)

1.3 PRINCIPALES CAUSAS DE PÉRDIDA DE PIEZAS DENTALES

Las principales causas de pérdida de piezas dentales son dos, la caries dental afectando más a los jóvenes y la enfermedad periodontal la cual afecta más a los adultos mayores de 30 años. A parte existen otras causas de pérdida dental como son los traumatismos dentoalveolares, extracciones de terceros molares y por causas ortodónticas. (Gómez Delgado & Montero Aguilar, 2011)

1.3.1 CARIES DENTAL

La caries dental proceso patológico e infeccioso transmisible, tiene origen multifactorial que afecta a los dientes. Esta patología se da por el contacto microbiano y por una inestabilidad entre la saliva y la placa bacteriana lo que va a originar la desmineralización y pérdida de los tejidos duros del diente. Como consecuencia de esto, se producirá la formación de cavidades y el origen de alteraciones del complejo dentino-pulpar, lo cual, si no se tratado a tiempo tendrá como consecuencias, pérdida de piezas dentales, infecciones o aún más grave enfermedades a nivel sistémico.

Por este motivo la realización de programas preventivos y educativos para la población tienen mucha importancia para lograr disminuir las extracciones dentales y el riesgo de padecer enfermedades que acompañan a la ausencia dental. En los cuales se haga énfasis en la importancia que tienen las piezas dentales y en lo que significa la conservación de estas sanas por el mayor tiempo posible. (Núñez & García Bacallao, 2010)

1.3.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL

Se considera a la enfermedad periodontal como una enfermedad infecciosa e inflamatoria, la cual, si no se la tratada a tiempo va incrementando su gravedad, y como consecuencia puede llevar a la pérdida del soporte de los dientes y esto a su vez causa la perdida de los mismos. Según Botero (2010) el origen de la enfermedad periodontal inicia al momento que las bacterias contactan con el epitelio de unión causando la formación de bolsas periodontales (4mm o más de profundidad al sondaje). (Botero & Bedoya, 2010)

Existen otros predictores que nos pueden indicar u confirmar que existe una enfermedad periodontal, el sangrado al sondaje y la movilidad. Todos los dientes tienen una movilidad de 0,1 a 0,2 mm dado que no existe contacto directo con el hueso, se la conoce como movilidad fisiológica, pero si el paciente tiene enfermedad periodontal avanzada los dientes la movilidad incrementa en gran medida, como por ejemplo en la movilidad grado 3 en la cual existen movimientos verticales y horizontales mayores a 1 mm, en estos casos la mayoría de veces terminan en la pérdida del diente. (Botero & Bedoya, 2010)

1.4 PRINCIPALES CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA DE PIEZAS DENTALES

Cuando existe pérdida de piezas dentales, existen varias consecuencias. Entre las más importantes tenemos consecuencias físicas, biomecánicas, psicosociales y fonéticas.

1.4.1 CONSECUENCIAS FÍSICAS Y ANATÓMICAS

Al perder un diente o varios dientes el hueso en dicha zona edéntula tiende a reabsorberse, comienza con una disminución de la trabécula y la densidad, tanto en altura como en ancho, inicialmente la velocidad es más alta, luego disminuye, pero continua a lo largo de la vida. Según Telles (2011) el promedio de pérdida ósea en el maxilar es de 2 a 4 mm en el primer año y de 0,1 mm por año los siguientes años y en maxilar inferior es de 4 a 6 mm en el primer año y 0,4 mm en los años siguientes. (Thorén & Gunne, 2013) (Telles, 2011)

La reabsorción se debe a una atrofia por inactividad y falta de estímulo. Si la reabsorción de hueso tiene un grado de severidad puede tener efectos dramáticos en cuanto a la fisionomía del paciente porque se va a ver reducido el tercio inferior de la cara interfiere en el soporte de labios y mejillas. (Thorén & Gunne, 2013)

Antes de comenzar el tratamiento rehabilitador se debe comprobar la reabsorción ósea, mediante un interrogatorio al paciente en el cual se debe averiguar las causas y hace cuánto tiempo se dio la pérdida de dientes y la realización de exámenes complementarios como panorámica o una tomografía para determinar exactamente el estado en el que se encuentra el hueso del maxilar o mandíbula debido a la pérdida de piezas dentales del paciente, así se podrá decidir cuál es el tratamiento adecuado para el paciente. (Barreto, 2008)

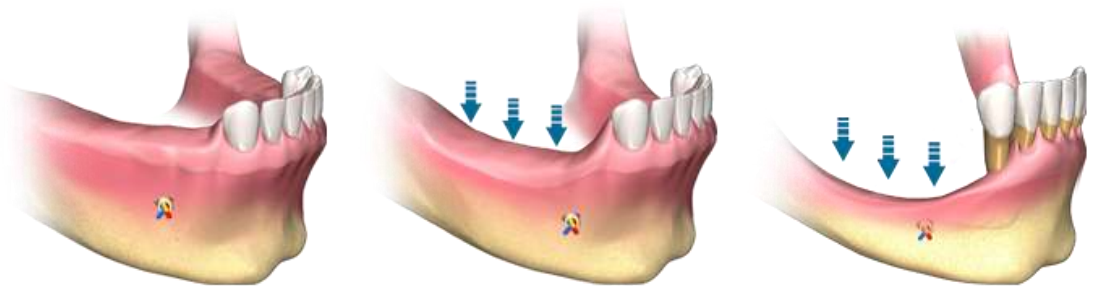


Figura 2: Reabsorción ósea
Fuente: (1888implant, 2012, pág. 3)

1.4.2 CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES

La pérdida de piezas dentales también tiene consecuencias psicológicas y sociales en el paciente parcialmente edéntulo, primero porque el paciente no se va a encontrar en un entorno cómodo para su problema o situación, ya que muchas veces su edentulismo será objeto de ridículo, más aún en la pérdida de los dientes anteriores o en un paciente que llega a perder todos sus dientes. Para la sociedad occidental moderna la ausencia de dientes representa la antítesis de juventud, belleza y atractivo, y puede sobrevenir la pérdida de autoimagen, la ansiedad y la depresión. Se dan casos que, por las razones antes mencionadas, el individuo llega a tomar medidas extremas por ocultar su problema de edentulismo. (Thorén & Gunne, 2013)

Los dientes aparte de tener mucha importancia en la parte fonética y la masticación, tienen un papel muy importante con la estética facial de la persona, ya que van a brindar soporte y estructura a los tejidos blandos y duros del rostro de la persona, por tal motivo cuando se pierden los dientes, aparecen las características más comunes de las facies de un adulto mayor, aparte de lo antes mencionado que va a influir mucho psicológicamente como por ejemplo en su autoestima y

en sus relaciones personales. (Esquivel Hernández & Jimenénz Férez, 2008)

Esquivel Hernández & Jimenénz Férez (2008) mencionan que la odontología tiene como objetivo en el paciente mejorar o conservar el estilo y su calidad de vida, de acuerdo a su costumbre en el cuidado de su dentición. así como también el de los tejidos blandos y duros al momento de realizar las respectivas actividades diarias, siempre considerando las implicaciones en el cuidado y las expectativas según el sistema de valores de su entorno social y cultural. En el adulto mayor el estado de su dentición repercute en su nutrición, autoestima, relaciones personales, su bienestar y salud general. (Esquivel Hernández & Jimenénz Férez, 2008)

1.4.3 CONSECUENCIAS FONÉTICAS

La mayoría de los pacientes parcialmente edéntulos tienen problemas fonéticos. La pronunciación de algunos sonidos varía de lo que están acostumbrados debido a una alteración del flujo de aire a través de la cavidad oral durante el habla. Estos cambios en el habla se producen por lo general durante la articulación dentoalveolar, esto quiere decir cuando la punta de la lengua y el labio inferior forman pasajes estrechos durante la pronunciación de sonidos sordos como la “S” y “F” y sonoros como la “Z”, “V”, “D” y “CH”. Con las otras consonantes y vocales no hay problema ya que se articulan sin emplear los dientes. (Thorén & Gunne, 2013)

Esta resonancia intrabucal puede ser modificada mediante el empleo de una prótesis, reemplazando los dientes ausentes. Siempre se debe evaluar la pronunciación del paciente antes del tratamiento y crear conciencia del problema en el habla que tiene. También hay que informar al paciente que en ocasiones se necesita de un tiempo considerable para la adaptación de la prótesis mejorando así paulatinamente la pronunciación. (Thorén & Gunne, 2013)

2. CAPITULO II: PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Según Thoren (2013) una prótesis parcial removible (PPR) reemplaza los dientes perdidos en el paciente, así como también reemplaza tejidos bucales como encía y hueso alveolar. (Thorén & Gunne, 2013)

Cuando existen grandes tramos bucales sin la presencia de dientes, se tendrá que pensar como tratamiento la colocación de implantes o bien una prótesis parcial removible. Mallat (2004) menciona que un gran número de pacientes consideran la prótesis parcial removible como tratamiento rehabilitador debido a que, no desean ser intervenidos, por condiciones de salud precaria, por edad avanzada o por razones económicas. (Mallat, 2004)

Carr (2006) menciona estudios realizados en los cuales aseguran que el 21,4% de personas entre los 15 y 74 años de edad son portadores de prótesis removibles. Según el mismo estudio en los individuos entre los 55 a 64 años el 22,2% utilizan prótesis parcial removible. (Carr, McGivney, & Brown, 2006)

Como su nombre mismo lo dice la prótesis parcial removible se caracteriza ya que el paciente puede ponerse, retirarse o volverse a colocar, la prótesis por el mismo. (Carr, McGivney, & Brown, 2006)

2.1 INDICACIONES DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

- a) Indicada en pacientes jóvenes menores de 20 años, ya que en dichos pacientes no se aconseja utilizar prótesis fija, ya que sería un tratamiento muy invasivo. (Mallat, 2004)
- b) En pacientes de edad avanzada ya que una prótesis parcial removible se la realizara en un número menor de citas y de corta duración, a la vez se evitaría el uso de anestesia como en otro tipo

de tratamiento, por ejemplo, en el tallado de pilares en una prótesis fija. (Mallat, 2004)

- c) También está indicado el uso de la prótesis parcial removible cuando en la boca del paciente, están presentes extensos espacios edéntulos. (Mallat, 2004)
- d) Cuando la pérdida ósea es excesiva, especialmente en zonas anterosuperiores, en los cuales el uso de prótesis fija o de implantes no van a brindar una rehabilitación estética. (Mallat, 2004)
- e) Cuando el paciente ha sido sometido a extracciones recientemente y en zonas edéntulas como consecuencias de traumatismos con períodos largos de cicatrización. (Mallat, 2004)
- f) También hay que tomar mucho en cuenta, por consideraciones económicas. (Mallat, 2004)
- g) Indicado cuando se espera después de una elevación sinusal y colocación de injertos previos la colocación de implantes. Siempre con acondicionador de tejidos o rebase blando. (Mallat, 2004)
- h) Indicado en extremos libres ya sean bilaterales o unilaterales, en los que independientemente la causa no se pueden colocar implantes. (Mallat, 2004)
- i) Cuando los dientes de la arcada tienen una movilidad generalizada grado I, ya que el uso de una prótesis tipo estabilizador permitirá mantener los dientes estables. (Mallat, 2004)

2.2 PARTES DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

En cuanto a las partes de la prótesis parcial removible cada una tiene sus respectivas características y cumplen diferentes funciones al momento de intervenir, según el tipo de diseño de prótesis elegido. Estos elementos constitutivos de la prótesis deben de manera secuencial al momento del diseño.

2.2.1 APOYOS: Extensión de la estructura metálica la cual tiene como función transmitir las fuerzas funcionales a los dientes. También va a prevenir que la prótesis se mueva hacia los tejidos blandos, conocido como movimiento intrusivo. (Loza, 2007)

Se ha logrado demostrar que, al momento de una carga positiva de la prótesis parcial removible, los apoyos oclusales transmiten las fuerzas generadas por esta carga hacia los pilares. (Loza, 2007)

McGregor y col (2005). describen otra función de los apoyos oclusales cumplen, la cual es evitar la impactación y retención de alimentos y el hundimiento de la dentadura. Esto se logra cuando los apoyos oclusales conservan a los retenedores en una posición correcta. (Loza, 2007)

El apoyo considerado un elemento de mucha importancia porque controla la posición y brinda soporte a la prótesis con relación a los tejidos y dientes. Aparte también ayuda a ferulizar los dientes periodontalmente comprometidos y restaurar el plano de oclusión. (Loza, 2007)

2.2.2 RETENEDORES: Estos componentes de la prótesis parcial removible, son los que van a brindar resistencia a que la prótesis se desplace fuera de su sitio. Estos componentes tienen relación con la base de la prótesis ya que con una correcta adaptación a los tejidos subyacente van a ayudar a la retención como efecto de la cohesión, adhesión, gravedad y presión atmosférica. (Loza, 2007)

Las funciones que debe cumplir un retenedor son:

- I. Soporte: “Evitar que la prótesis se desplace hacia los tejidos vecinos, así las cargas oclusales serán distribuidas de mejor manera y se protegerá a los tejidos periodontales”. (Loza, 2007)
- II. Retención: “La retención se da gracias a los retenedores por sus extremos libres, lo que causa una resistencia evitando que la prótesis se deslice en sentido oclusal”. (Loza, 2007)
- III. Estabilidad: “La resistencia que ofrece el retenedor al componente horizontal de fuerzas. Esta función es dada por los elementos rígidos de los retenedores”. (Loza, 2007)
- IV. Reciprocación: “Cuando una fuerza es ejercida en el pilar por el brazo retentivo del retenedor, esta debe ser neutralizada por una fuerza igual de manera opuesta”. (Loza, 2007)
- V. Circunvalación: “El retenedor debe cubrir las tres partes de la extensión de la circunferencia del pilar”. (Loza, 2007)
- VI. Pasividad: “Significa que el retenedor no debe ejercer fuerza activa sobre el pilar, cuando está sobre este”. (Loza, 2007)

2.2.3 CONECTOR MAYOR: Elemento de la prótesis parcial removible el cual se encarga de unir todas las partes de la prótesis. Tiene como función dar estabilidad, soporte y retención. El conector mayor tiene que ser rígido para que de esta manera evite las fuerzas de palanca y la torsión sobre los pilares y de tal manera pueda brindar mayor distribución de fuerzas sobre los tejidos de soporte. (Loza, 2007)

En el maxilar superior el conector mayor debe terminar 5 o 6 mm del margen gingival y la mandíbula 3 o más mm de separación del margen gingival. (Loza, 2007)

2.2.3.1 TIPOS DE CONECTORES MAYORES UTILIZADOS EN EL MAXILAR SUPERIOR.

Existen diferentes tipos de conectores mayores, que son utilizados en diferentes casos, y tienen su respectivo diseño. Entre estos tenemos:

a) Barra palatina simple:

1. Conector más simple.
2. Forma de media luna.
3. La ubicación debe ser entre las foveas palatinas y la cara distal del primer molar.
4. Indicada en prótesis dentosoportada.
5. Indicada en la clase II de Kennedy.

b) Barra palatina doble:

1. Tiene una barra palatina anterior y una posterior.
2. Más rígida que la barra palatina simple.

3. Se puede usar en la mayoría de casos.
4. Indicada en casos dentomucosoportados y dentosoportados.
5. Indicado en casos de torus palatino.
6. Indicada para reemplazar dientes anteriores.

c) Banda o cinta palatina:

1. Forma de franja la cual se va a ubicar en el centro del paladar.
2. Franja ancha y plana, para brindar rigidez y comodidad.
3. Indicada en Clase III de brecha ancha, Clase I y II con buenos rebordes residuales.
4. Indicada para paladares en forma de V o de U.

d) Placa palatina en herradura:

1. Conector con forma de U.
2. Se lo debe usar para sustituir dientes anteriores.
3. Indicado en la presencia de torus palatino de gran extensión hacia posterior.
4. Indicado cuando el paciente no tolera un conector posterior

e) Placa palatina parcial:

1. Ocupa mayor extensión en el paladar, dando más soporte y estabilidad a la prótesis.
2. Debe reproducir la anatomía del paladar.
3. Indicada en Clase I y II, en extremo libre bilateral.
4. Indicado en Clase III con brechas edéntula amplias.
5. Se utiliza en Clase IV cuando se necesita mayor estabilidad y soporte mucoso aparte del soporte dentario.
6. Indicado en paladares en forma de V o U cuando hay más de seis dientes remanentes anteriores.

f) Placa palatina total:

1. Este tipo de conector va a cubrir todo el paladar.
2. Indicada cuando existe la presencia de pocos dientes remanentes anteriores.
3. El borde posterior debe terminar a nivel de la unión de los tejidos móviles e inmóviles.
4. Está indicada en Clase I cuando los remanentes son dientes anteriores.
5. En Clase II, cuando se quiere reemplazar dientes posteriores y algunos anteriores.
6. Indicado también en casos cuando el paladar profundo, existe mordida fuerte, existe comunicación buco nasal o cuando es una prótesis transitoria a la prótesis total. (Loza, 2007)

2.2.3.2 TIPOS DE CONECTORES MAYORES UTILIZADOS EN EL MAXILAR INFERIOR

En cuanto a los tipos de conectores mayores para el maxilar inferior, son los siguientes:

a) Barra lingual:

1. Si existe suficiente espacio entre el margen gingival lingual de los dientes anteriores y el piso de la boca elevado, este es el conector de elección.
2. Está indicada en Clase III y en Clase I y II con rebordes prominentes.

b) Doble barra lingual:

1. Tiene un sistema diferente el cual sirve para dar mayor estabilidad y retención a la prótesis.
2. Sirve para ferulizar los dientes anteriores inferiores.
3. Esta indicado cuan hay la presencia de diastemas en los dientes inferiores anteriores.

c) Barra labial:

1. Se la conoce como barra cerrada de Kennedy.
2. Se debe usar este conector cuando el piso de la boca elevado llega muy próximo al margen gingival.
3. Indicado en Clase I, con reabsorción alveolar vertical.
4. Se lo usa también con el motivo de ferulizar los dientes anteriores
5. Indicado en la existencia de torus mandibular.

d) Placa lingual

1. Similar a la Barra lingual, con la diferencia que este conector se ubica por la parte vestibular.
2. Se debe ubicar sobre la cresta de hueso alveolar labial.
3. Es un conector muy flexible.
4. Indicado cuando los dientes inferiores tienen demasiada inclinación hacia lingual.

e) Barra sublingual.

1. Evita cubrir los márgenes gingivales y los dientes remanentes.
2. La impresión en la zona del borde lingual es determinante para la confección de este conector.

(Loza, 2007)

CARACTERÍSTICAS DE LOS CONECTORES MAYORES PARA MANTENER LA SALUD Y BIENESTAR
Emplear una aleación compatible con los tejidos orales
Conseguir rigidez y estabilidad cruzada siguiendo los principios de la distribución de fuerzas
No interferir ni irritar la lengua
No alterar sustancialmente los contornos naturales de la superficie lingual de la cresta residual mandibular ni de la bóveda palatina
No comprimir los tejidos orales durante los movimientos de inserción, remoción o rotación funcional
Cubrir el tejido oral indispensable
No contribuir a la retención de partículas alimenticias
Obtener soporte de otros elementos de la estructura para minimizar la tendencia a la rotación funcional
Contribuir al soporte de la prótesis

Tabla 1 CARACTERÍSTICAS DE LOS CONECTORES MAYORES

Elaborador: Shady Eid, 2018

Fuente: (Carr, McGivney, & Brown, 2006)

2.2.4 CONECTOR MENOR: El conector menor tiene como función unir al conector mayor con el resto de elementos de la prótesis. Estos tienen que tener forma piramidal, para que de esta manera la base que va unida al conector mayor este bien reforzada en cuanto a la unión. (Mallat, 2004)

Otra función a parte de la unión de los elementos, es la de transferir la carga funcional a los pilares, esta es una función de prótesis a pilar, las fuerzas que se ejercen sobre la base y los dientes artificiales se transmitirán hasta la cresta alveolar, más aún cuando la base es mucosuportada. Estos conectores que surgen de un conector mayor rígido posibilitan la transferencia de cargas funcionales por toda la arcada. (Carr, McGivney, & Brown, 2006)

2.2.5 BASE DE LA DENTADURA: La base es aquel componente el cual se asienta sobre los tejidos blandos, dando estabilidad, retención y soporte para la prótesis dentomucosuportada. Este puede ser elaborado de metal o de acrílico, para de esta manera pueda dar retención a los dientes artificiales. (Loza, 2007)

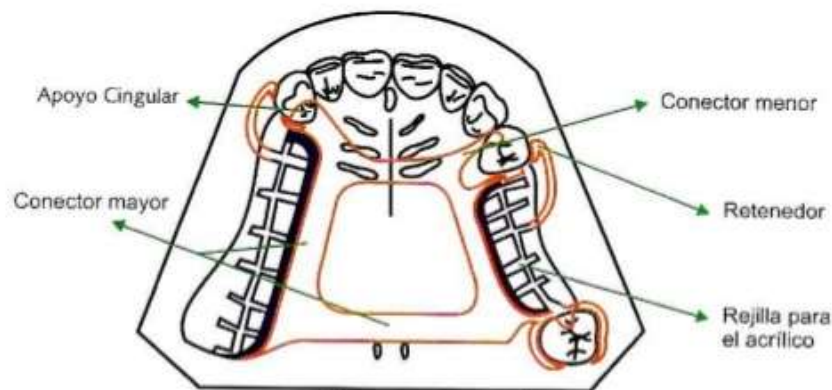


Figura 3. Partes de la prótesis parcial removible superior

Fuente: (Rodríguez, 2014, pág. 16)

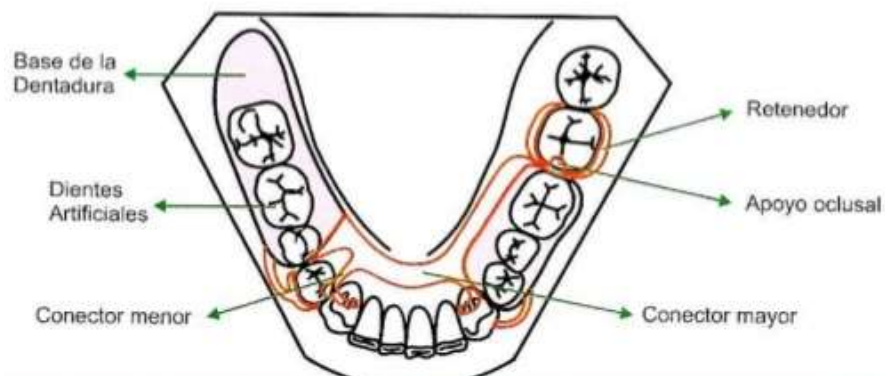


Figura 4. Partes de la prótesis parcial removible inferior

Fuente: (Rodríguez, 2014, pág. 16)

2.3 DISEÑO DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

El diseño se basa en determinar la forma y los detalles de las estructuras de la prótesis. Esto se debe realizar en los modelos de diagnóstico, antes de realizar procedimientos restaurativos en la boca del paciente. Obviamente el diseño se lo debe realizar antes de tomar la impresión definitiva. (Loza, 2007)

Al momento de diseñar la prótesis parcial removible se debe considerar tres importantes factores; *retención, estabilidad y soporte*. (Loza, 2007)

Retención: “La resistencia a las fuerzas fisiológicas y normales que tratan de desplazar a la prótesis en sentido oclusal fuera de su sitio”. La retención será dada por los retenedores, por las extensiones de las bases en casos de extremos libres, con la ayuda de una adecuada adaptación. (Loza, 2007)

Soporte: “Cuando se ejercen fuerzas oclusales sobre la prótesis, la cual es presionada durante la función, la resistencia o soporte se da sobre los dientes pilares y la mucosa”. Durante la función se ejercen fuerzas oclusales sobre los apoyos y la base de la prótesis, los cuales se encargarán de transmitir estas fuerzas sobre la mucosa y los pilares. Así esta manera el hueso alveolar será el que reciba dichas fuerzas. (Loza, 2007)

Estabilidad: “La resistencia que ofrece la prótesis al desplazamiento horizontal”. La estabilidad está dada por las estructuras rígidas que contactan con los dientes, hacia las vertientes de los rebordes los cuales van a estar en contacto con la extensión de la base y los dientes artificiales, de esta manera las fuerzas oclusales podrán ser transmitidas en sentido vertical y no existirá desplazamiento horizontal de la prótesis. (Loza, 2007)

La tabla 4 nos indica ciertos principios que tienen que ser tomados en cuenta para el diseño de la prótesis parcial removible. Es de mucha importancia estas indicaciones para evitar problemas en el resultado final de la prótesis. Problemas en la adaptación, la distribución de fuerzas, el desplazamiento, en la estética de la prótesis con el paciente.

2.4CLASIFICACIÓN DE LAS PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLE

2.4.1 SEGÚN EL TIPO DE SOPORTE

Dentosoportadas: Este tipo de prótesis son las que transmitirán las fuerzas oclusales solamente hacia los pilares por medio de los apoyos dentales. Una prótesis dentosoportada trabaja semejante a una prótesis fija por la transmisión de fuerzas, siguiendo una dirección axial sobre los ejes mismos de los pilares. En este grupo pertenece a la clase III de Kennedy. (Thorén & Gunne, 2013) (Mallat, 2004)

Dentomucosoportadas: La prótesis dentomucosoportadas son aquellas que transmitirá una parte de las fuerzas oclusales a través de los apoyos dentales hacia los pilares y la otra parte la transmitirán hacia los rebordes alveolares y al paladar en la arcada superior. (Thorén & Gunne, 2013)

Mucosoportada: En este tipo de prótesis no existen los apoyos dentales, por lo que todas las fuerzas oclusales se dirigen hacia los rebordes alveolares. (Thorén & Gunne, 2013)

2.4.2 SEGÚN LA UBICACIÓN DE LOS ESPACIOS EDÉNTULOS

De todas las clasificaciones que existen para la prótesis parcial removible, la clasificación de Kennedy ha sido la que más se utiliza y la más

practicada. Fue descrita en el año 1925, se considera la más aceptada ya que con una visión del modelo de estudio ya se puede llegar al diagnóstico. (Mallat, 2004)

La clasificación de Kennedy se divide en cuatro clases y cada una de ellas se subdivide según el número de espacios edéntulos o modificaciones que presenta. Las clases en las que se ordenan son las siguientes:

Clase I: Se encuentra los pacientes que presentan dos extremos libres con presencia del grupo anterior de dientes. En este caso se utilizaría una prótesis dentomucosoportada, ya que se va a apoyar en dientes y mucosa. La subdivisión de denominará dependiendo de la cantidad de espacios edéntulos, modificación 1, 2, 3 y 4. (Mallat, 2004)



Figura 5. Clasificación de Kennedy, Clase I
Fuente: (Sucre, 2017, pág. 1)

Clase II: Se encuentran pacientes con sólo un extremo libre. Indicado una prótesis dentomucosoportada. La subdivisión igual dependerá del número de espacios edéntulos. (Mallat, 2004)

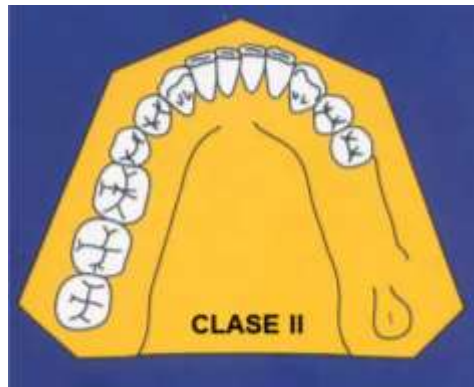


Figura 6. Clasificación de Kennedy, Clase II
Fuente: (Sucre, 2017, pág. 1)

Clase III: Se encontrará en un lado todas las piezas dentarias y en el otro lado estarán ausentes varios dientes salvo el último diente que podría ser un segundo molar o incluso un tercer molar. También sería una prótesis dentomucosoportada. (Mallat, 2004)



Figura 7. Clasificación de Kennedy, Clase III
Fuente: (Sucre, 2017, pág. 1)

Clase IV: En cuanto a estos pacientes la zona edéntula será todo el grupo anterior. La prótesis utilizada será una dentomucosoportada. (Mallat, 2004)



Figura 8. Clasificación de Kennedy, Clase IV

Fuente: (Sucre, 2017, pág. 1)

Clase V: Solo se encontrará un par de molares en un lado de la arcada y el resto está completamente desdentado. Si se realizaría una prótesis parcial removible sería una mucosoportada. (Mallat, 2004)

Clase VI: Estos pacientes solo tendrán presentes en la arcada los dos incisivos centrales. (Mallat, 2004)

2.4.3 REGLAS DE APPLGATE

En la tabla 5, se demuestra las Reglas de Applegate, las cuales deben ser tomadas en cuenta por parte del profesional al momento de determinar el tipo de prótesis parcial removible que se utilizara para reemplazar los dientes ausentes.

Estas reglas han sido adaptadas a la clasificación de Kennedy para facilitar el empleo de esta clasificación, aunque muchas veces no se toman en cuenta estas reglas para determinar la clase de edentulismo que tiene el paciente, lo que con lleva a un diagnóstico erróneo y a un tratamiento no satisfactorio.

2.5IMPRESIÓN DEFINITIVA PARA LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Según Mallat (2004), menciona que existen dos tipos de impresiones de acuerdo al tipo de soporte para la prótesis, una para las dentaduras dentosoportadas y otra impresión para dentaduras con extremo libre o dentomucosoportadas. (Mallat, 2004)

La impresión en las dentosoportadas se la debe realizar con un material denso ya que los elementos principales son los pilares y al ser una estructura dura, se debe ejercer la máxima presión permitida ya que los dientes son duros y no se deforman, de esta manera se obtendrá el máximo detalle de ellos. (Mallat, 2004)

En cuanto a las dentaduras dentomucosoportada como hay dos tipos de estructuras a impresionar, se realizan dos impresiones la primera impresión con un material denso para las estructuras duras, después se obtiene la estructura en metal se debe tomar una impresión individual de las bases con una pasta muy blanda con escasa presión y de alta exactitud. (Mallat, 2004)

2.5.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS MATERIALES DE IMPRESIÓN

Exactitud	El material debe tener una gran capacidad para reproducir los más mínimos detalles y conservar sus dimensiones.
Elasticidad	El material debe ser fuerte y elástico, de esta manera se evita que existan distorsiones.

Estabilidad	El modelo reproducido deberá ser estable para dar tiempo de vaciarlas con escayola extradura.
Compatibilidad	Debe ser compatible con los otros materiales con los que deberá combinarse.
Fluidez	El material que se utiliza tiene que ser fluido para facilitar la reproducción de todos los detalles preparados en los dientes.

Tabla 2.CARACTERÍSTICAS DE LOS MATERIALES DE IMPRESIÓN

Fuente: (Mallat, 2004)

Elaborador: Shady Eid, 20018

2.5.2 MATERIALES DE IMPRESIÓN UTILIZADOS

Alginatos: Hidrocoloide irreversible, muy bueno para la toma de impresiones. Se utiliza para las prótesis dentosoportadas, y con una impresión es suficiente. Cuando se trata de una prótesis dentomucosoportadas se deberá realizar dos impresiones, utilizando para la segunda impresión una pasta de consistencia menor. Se deben vaciar las impresiones de manera inmediata dado a que su estabilidad dimensional es baja y se pueden deformar con suma facilidad. (Mallat, 2004)

Polisulfuros: Este material tiene una buena precisión, se recomienda vaciarlo en los primeros 15 minutos. Presentan buena resistencia a

roturas y deformaciones. Como inconvenientes de este material es el fraguado que varía entre 6-8 minutos, son pegajosos y tienen mal olor y sabor. También se alteran fácilmente con la humedad. (Mallat, 2004)

Poliésteres: Un tipo de material similar al caucho, a los polisulfuros y siliconas. Son de fácil manipulación, estables dentro de las 15 primeras horas y de rápido fraguado. Una vez fraguado son muy duros, por lo que pueden romper fácilmente los muñones al momento del retiro de la cubeta. Aparte también manchan los tejidos con los que contactan. El fraguado se da entre 2,5 y 3 minutos. (Mallat, 2004)

Siliconas: Material con una muy alta exactitud y estabilidad, brindando mucha fidelidad en los detalles. Existen dos tipos de siliconas: Condensación y Adición. (Mallat, 2004)

a) Silicona de condensación: Cuenta con dos tipos de pasta, la base, de consistencia densa y la fluida, las cuales tienen que ser mezcladas. Son de fácil manejo, no manchan, no tiene sabor ni olor, resistentes a la fractura, flexibles y de fácil retiro de la boca. Para la toma de la impresión el campo tiene que estar bien seco. (Mallat, 2004)

b) Siliconas de adición (polisiloxanos): son siliconas compuestas, consta de una doble pasta para la base y dos pastas fluidas para la jeringa. Deben vaciarse pasado los 30 minutos a 1 hora de la toma de la impresión ya por el desprendimiento de oxígeno, puede vaciarse hasta 14 días después. El material tiene una gran exactitud y estabilidad, la precisión dura mucho tiempo y son de fácil manipulación. En casos de cubeta individual debe usarse adhesivo de cubeta. (Mallat, 2004)

2.6 EXTREMO LIBRE

En los casos de pacientes con extremo libre o extensión distal, al momento de elaborar la prótesis no va a tener las mismas ventajas que las prótesis que son dentosoportadas en su totalidad, porque las bases se extienden por detrás del último pilar, por lo tanto, una parte del soporte, estabilidad y retención dependerá de la cresta residual. Esto no lleva a diseñar la prótesis incorporando una retención directa la cual evite la separación de la base protésica de la cresta residual. (Carr, McGivney, & Brown, 2006)

En este caso como no existe retención directa y soporte en cada extremo, muy probable se dé la aparición de cierta movilidad del extremo distal de la prótesis, por lo tanto, se debe informar al paciente antes de realizar el tratamiento sobre esto y también sobre las limitaciones a las que se ve sometido el profesional. (Carr, McGivney, & Brown, 2006)

2.6.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL SOPORTE DE UNA BASE DE EXTREMO LIBRE

El objetivo principal del tratamiento protésico es la rehabilitación funcional y del bienestar sin alterar la estética y la comodidad, manteniendo los contactos oclusales en toda la base de la extensión distal. Por tal motivo se debe conocer los factores que influyen en el soporte de la cresta residual, entre más distancia tenga con el último pilar mayor importancia tendrá. Dependerá de los siguientes factores:

- a) Contorno y calidad de la cresta residual
- b) Extensión de la cresta residual cubierta por la base protésica
- c) Tipo y exactitud de la impresión
- d) Precisión del acoplamiento de la base protésica

- e) Diseño de la estructura de la prótesis parcial removible
- f) Carga oclusal total aplicada

3. CAPITULO III: PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

A continuación, se hablará de lo que fue el caso clínico en sí, y los procedimientos realizados para llevarlo a cabo.

3.1 HISTORIA CLÍNICA

3.1.1 DATOS GENERALES

Nombre: Conchita del Pilar Pacheco Donoso

Sexo: Femenino

Fecha y lugar de nacimiento: Quito-Ecuador 17 de abril de 1947

Edad: 71 años

Nacionalidad: Ecuatoriana

Estado civil: Casada

Ocupación: Abogada

3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA: “Quiero realizarme un chequeo y ponerme dientes.”

3.1.3 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL:

Paciente de sexo femenino de 71 años de edad acude a la consulta de la clínica de la Universidad Internacional del Ecuador, refiriendo usar una prótesis parcial removible cromo-cobalto en mal estado por 17 años, y haber perdido más dientes en el transcurso de ese tiempo. La paciente no presenta ninguna sintomatología.

3.1.4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:

Paciente refiere intervención quirúrgica para extirpación de tumor benigno en el hígado hace 35 años. Refiere ingesta de vitamina B12 y Ácido Fólico.

No presenta antecedentes familiares.

3.1.5 SIGNOS VITALES

Presión Arterial/ mm Hg	136/79 mmhg
Frecuencia Cardíaca	78 latidos/minutos
Temperatura °C	22 respiraciones/minutos
Frecuencia Respiratoria	36.5 grados °C

Tabla 3. Signos vitales del paciente

Elaborador: Shady Eid

3.1.6 EXAMEN CLÍNICO

3.1.6.1 EXAMEN EXTRAORAL: Al examen extraoral la paciente no presenta ninguna patología aparente ni asimetrías, se observa que la paciente tiene un rostro mesofacial. A la palpación no se perciben ganglios inflamados, al examinar la articulación temporomandibular no refiere dolor la paciente y no se encuentra ninguna anomalía. Labios y mejillas se encuentran con normalidad.

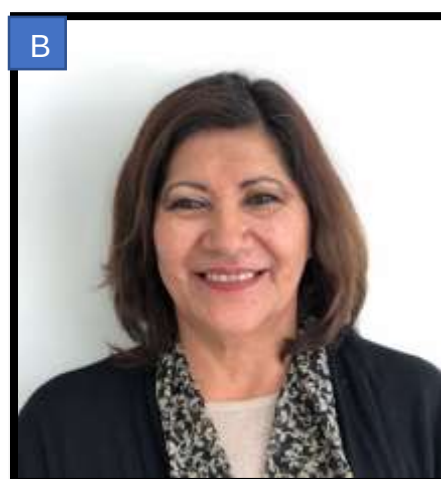




Figura 9.Examen Clínico extraoral. **A)** Fotografía frontal. **B)** Fotografía frontal sonriendo. **C)** Fotografía de perfil lado derecho **D)** Fotografía de perfil izquierdo
Elaborador: Shady Eid

3.1.6.2 EXÁMEN INTRAORAL

Después se realizó el examen intraoral, utilizando un equipo de diagnóstico. Se analizó todos los elementos internos de la cavidad bucal minuciosamente (piso de boca, carrillos, labios, maxilar superior, mandíbula, lengua, paladar, orofaringe y glándulas salivales) los cuales se encontraron normales. En cuanto a las piezas dentales se observó acumulación de biofilm más notorio en los incisivos inferiores, edentulismo parcial superior e inferior (ausencia de piezas dentales 1.4, 1.5, 1.6, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 3.6, 3.7, 4.6, 4.7), presencia de coronas mal adaptadas con lesiones cariosas en los márgenes de los dientes y una restauración con amalgama en mal estado. Se observó el tipo de reborde alveolar, en el maxilar superior es de tipo plano, y en el maxilar inferior tipo filo de cuchillo. Tipo de oclusión I.



Figura 10.Examen Intraoral **A)** Fotografía intraoral oclusal superior, se observa presencia de restauración con amalgama en mal estado y de coronas de porcelana. **B)** Fotografía intraoral oclusal inferior, presencia de restauraciones de resina y coronas de porcelana. **C) y D)** Fotografía intraoral de lado derecho e izquierdo, se observa coronas de porcelana mal adaptadas. **E)** Fotografía intraoral frontal en oclusión. **F)** Fotografía intraoral frontal en desocclusión.

Elaborador: Shady Eid

3.1.7 ODONTOGRAMA

En la odontograma pudimos observar en el maxilar superior: ausencia de los dientes 1.4, 1.5, 1.6, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, restauración de amalgama en mal estado en el diente 1.7, presencia de coronas de metal porcelana mal adaptadas en los dientes 2.2, 2.3, restauraciones en los dientes 2.1, 1.1, 1.3. En el maxilar Inferior: Se observa la ausencia de los dientes 3.6, 3.7,

4.6, 4.5, presencia de coronas mal adaptadas y con caries filtradas en los dientes 3.5, 4.5, restauraciones en los dientes 4.4, 3.2, 3.3, 3.4

Figura 11. Odontograma
Elaborador: Shady Eid

3.1.8 INDICADORES DE SALUD

INDICADORES DE SALUD BUCAL						
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA						
PIEZAS DENTALES			PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS	
			0-1-2-3-	0-1-2-3	0-1	
17	/	55	1	1	0	
21	/	51	1	0	0	
27		65				
37		75				
41	/	71	2	2	0	
47		85				
TOTALES			1,3	1	0	

Figura 12. Indicadores de Salud Bucal
Elaborador: Shady Eid

3.1.9 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Se debe realizar exámenes complementarios para determinar un diagnóstico y plan de tratamiento correctos, entre estos están radiografías, exámenes de sangre (biometría hemática, tiempos de

coagulación, etc.), tomografías, modelos diagnósticos, de esta manera sabremos lo que presenta el paciente y decidir cómo tratarlo.

A la paciente se le solicitó una radiografía panorámica, en la cual se pudo observar aparentemente que las estructuras óseas se encuentran normales, no existe una asimetría en los senos maxilares y no se observa patología alguna. En ambos maxilares se observa en los espacios edéntulos una pérdida ósea.

Maxilar superior: Se observa espacios edéntulos, sombras radiopacas compatibles con restauraciones en los dientes 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, se observa una sombra radiopaca compatible con la colocación de un perno y un tratamiento de endodóntico en el diente 2.2, y en el diente 1.7 una sombra radiopaca compatible con un tratamiento endodóntico y una restauración.

Maxilar inferior: Se observa zonas edéntulas en las cuales hay pérdida ósea, también se observa sombras radiopacas en todos los dientes compatibles con múltiples restauraciones

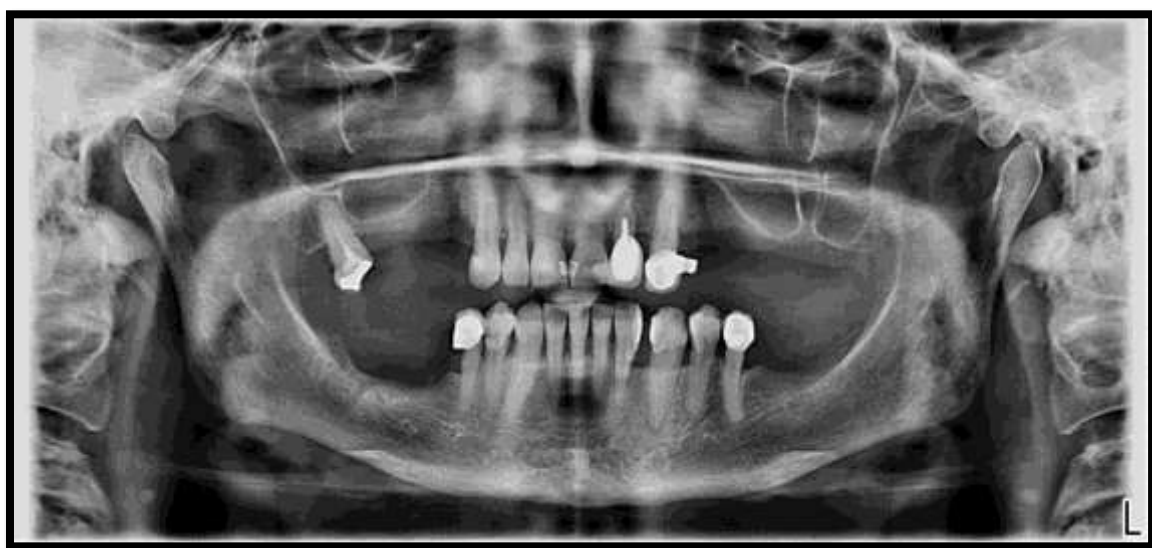


Figura 13. Radiografía Panorámica, estructuras óseas y dentales
Elaborador: Shady Eid

3.1.10 MODELOS DIAGNÓSTICO

Se realizó la toma de modelos diagnósticos, utilizando alginato, el cual es el material de impresión más utilizado para impresiones. El alginato es un hidrocoloide irreversible, es de fácil manipulación y de fraguado rápido (2 a 5 minutos).

Es recomendable no esperar mucho tiempo para realizar el vaciado de los modelos, ya que pierde agua rápidamente por evaporación y produce la contracción del material por lo que los modelos no serían exactos. (Pérez & Bustamante, 2013)



Figura 14. Toma de impresiones con alginato para modelos diagnósticos
Elaborador: Shady Eid

3.2 DIAGNÓSTICO

3.2.1 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Paciente femenino, de 71 años de edad presenta edentulismo parcial superior e inferior, lesiones cariosas 2.3, 2.1, 1.1, 3.5, 4.5, y enfermedad inducida por placa.

3.2.2 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Mediante los exámenes complementarios y los exámenes intraorales el paciente femenino de 71 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares, presenta edentulismo parcial superior con clasificación III modificación I de Kennedy e inferior con clasificación I de Kennedy y caries en los dientes 2.3, 2.1, 1.1, 3.5, 4.5

3.3 PLAN DE TRATAMIENTO

PLAN DE TRATAMIENTO	
Resolución de urgencias	- La paciente no requiere
Control de la infección	- Profilaxis y fluorización - Inactivación de lesiones cariosas 2.3, 2.1, 1.1, 3.5, 4.5
Control del medio condicionante	- Motivación en la higiene bucal y técnica de cepillado - Uso de hilo dental - Asesoramiento en la dieta - Control de momentos de azúcar
Refuerzo o modificación del huésped	- No requiere
Control de las infecciones no resueltas como urgencias	- Alargamiento de corona 4.5, 2.2 - Endodoncia 4.5, 3.5, 1.7
Rehabilitación	- Colocación de pernos prefabricados 3.5, 1.7 - Coronas 3.5, 4.5, 1.7, 2.3, 2.2 - Carilla Indirectas 2.1, 1.1, 1.2, 1.3 - Prótesis parcial removible superior e inferior cromo-cobalto

Monitoreo	- Control inmediato: 48 horas - Control mediato: cada 3 meses
------------------	--

Tabla 4. Plan de Tratamiento
Elaborador: Shady Eid

3.4 PRONÓSTICO

El pronóstico es favorable al tratamiento que ha sido planificado ya que la paciente no presenta ninguna patología y antecedente personal que perjudique la realización del tratamiento. También porque se brindará motivación al paciente en cuanto a la higiene oral y los hábitos que debe evitar.

Del mismo modo la rehabilitación será favorable ya que se logrará devolver la función, estética provocando una mejoría en la calidad de vida de la paciente.

3.5 DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Antes de comenzar el tratamiento mencionado anteriormente se explicó al paciente el procedimiento que se le va a realizar haciéndole conocer los beneficios y riesgos, esto conjuntamente con la historia clínica y el consentimiento informado. También se pidió autorización a la paciente para que cada procedimiento realizado pueda ser publicado en este trabajo de titulación.

3.5.1 FASE INICIAL

Se valoró la presencia de placa bacteriana en la cavidad bucal, seguido por una profilaxis dental con scaler, para remover el biofilm y cálculos dentales, ya que siempre, antes de comenzar un tratamiento, es importante que la cavidad bucal se encuentre en buenas condiciones.

También se motivó a la paciente en cuanto a su higiene bucal, se le enseñó técnica de cepillado, el uso de hilo dental y colutorios.



Figura 15. Profilaxis Dental
Elaborador: Shady Eid

3.5.2 FASE OPERATORIA

En esta fase se valoró la presencia de caries en los dientes, en especial de los dientes que están indicados para ser pilares para las prótesis parciales removibles. La paciente presenta restauraciones filtradas en los dientes que tienen coronas, 2.2, 2.3, 3.5, 4.5, debido a la mala adaptación de las coronas. Por lo tanto, se procedió retirar las coronas de cada diente utilizando fresas transmitéticas, redondas de diamante y saca coronas. Una vez que se retiró las coronas se eliminó las caries de la estructura dentaria de cada diente. También se retiró la amalgama del diente 1.7.

Se decidió la colocación de coronas metal porcelana y un perno prefabricado en los dientes 1.7, 3.5, 4.5, (en el diente 4.5 no fue necesario la colocación del perno), en el diente 2.3 coronas de cerámica pura, el diente 2.2 corona de zirconio.

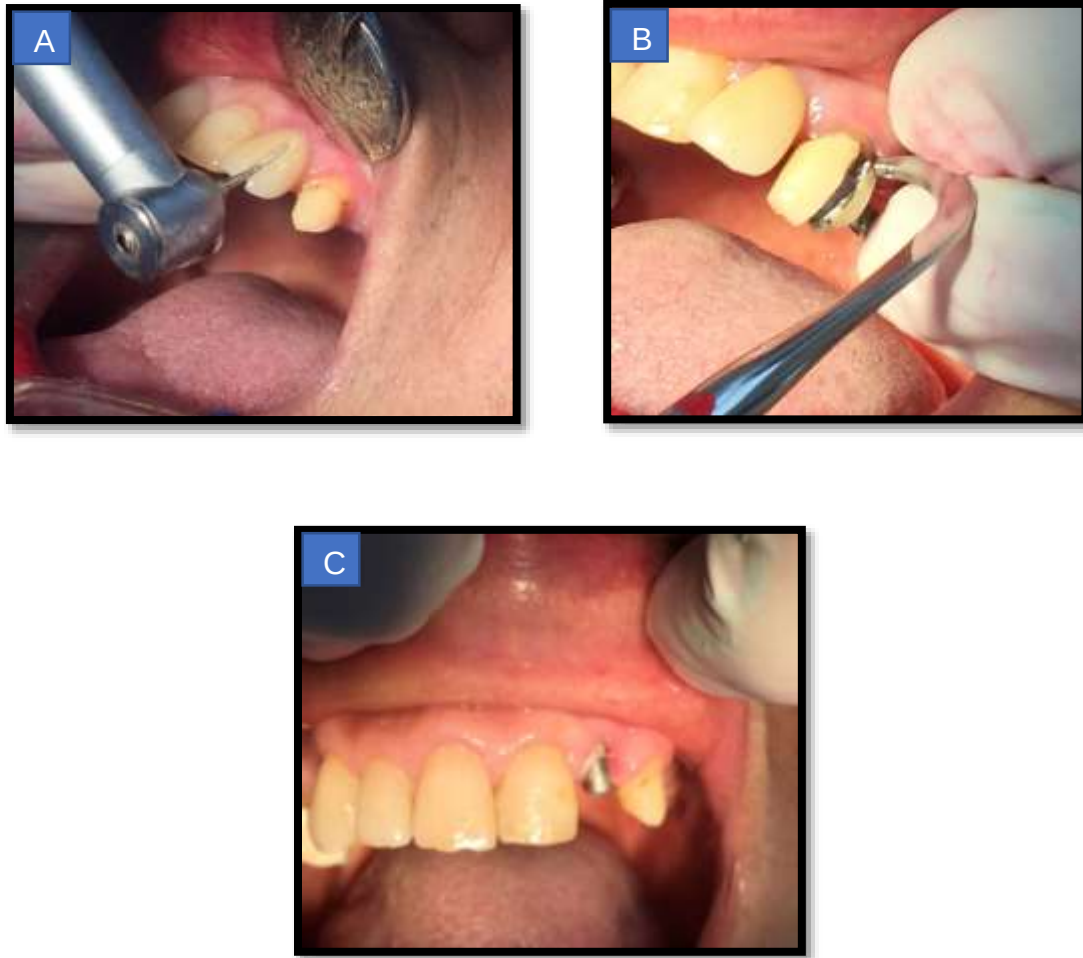


Figura 16. Retiro de coronas **A)** Fractura de la corona por la mitad, mediante el uso de fresas transmitálica y redondas de diamante. **B)** Retiro de la corona con el uso de un sacacoronas. **C)** Dientes 2.2 y 2.3 una vez retiradas las coronas.

Elaborador: Shady Eid

Una vez que se retiraron las coronas se valoraron las piezas dentales minuciosamente, y se decidió qué procedimiento está indicado para cada diente.

3.5.3 ALARGAMIENTO DE CORONA

En los dientes 2.2 y 4.5 se decidió realizar alargamientos de corona. En el diente 2.2 porque se presentó un agrandamiento gingival el cual estaba por encima del hombro que estaba anteriormente tallado, y en el diente 4.5 al momento de retirar la caries se observó que existía caries subgingival en la zona distal.

Para ambos alargamientos de corona se utilizó instrumental quirúrgico estéril y se colocó anestesia infiltrativa.

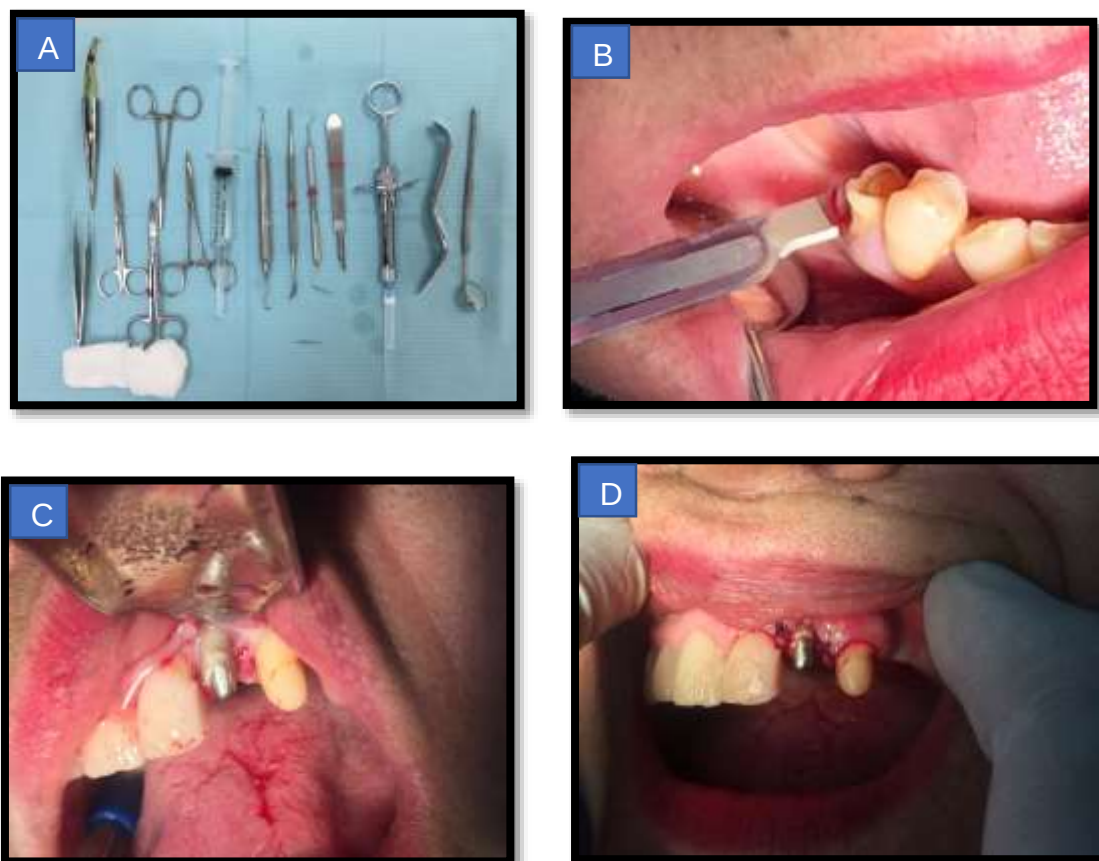


Figura 17.Alargamientos de Corona dientes 2.2 y 4.5 **A)** Instrumental estéril para alargamientos de coronas. **B)** Incisión en el diente 4.5. **C)**visualización del colgajo y el tejido óseo del diente 2.2 **D)** Sutura y finalización del alargamiento de corona del diente 2.2

Elaborador: Shady Eid

3.5.4 ENDODONCIA

Después de realizar los alargamientos de corona, se procedió a realizar endodoncias en los dientes que ameritaban. Esto se determinó mediante radiografías periapicales y pruebas de vitalidad en los dientes 3.5 y 4.5, las cuales fueron positivas al frío y al calor, por lo tanto, se realizó biopulpectomias en ambos dientes, con aislamiento absoluto, utilizando el sistema de instrumentación Protaper-Next. En cuanto al diente 1.7 se realizó la respectiva

valoración del tratamiento endodóntico realizado anteriormente y se decidió realizar un retratamiento endodóntico.

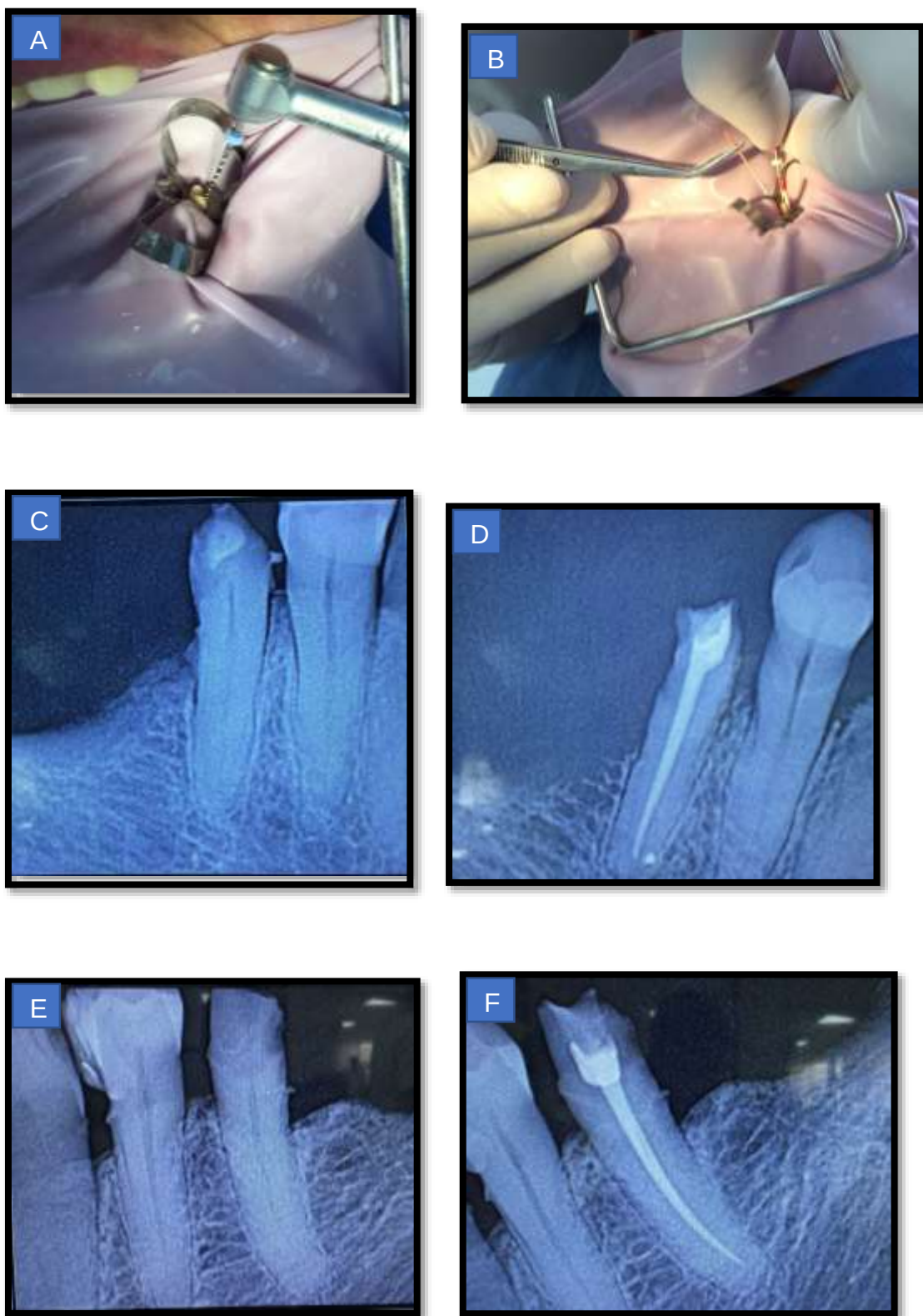


Figura 18. Endodoncias diente 3.5 y 4.5 **A)** Instrumentación con Protaper-Next, diente 3.5 **B)** Obturación diente 3.5 con conos accesorios B y sealapex. **C)** Radiografía Inicial

diente 4.5 **D)** Radiografía Final diente 4.5 **E)** Radiografía Inicial diente 3.5 **F)** Radiografía Final diente 4.5
Elaborador: Shady Eid

3.5.5 REHABILITACIÓN ORAL

3.5.5.1 PERNOS

Después de realizar las endodoncias se valoró la estructura dentaria y se decidió colocar pernos prefabricados a base de fibra de vidrio en el diente 4.5 y 1.7, para disminuir el riesgo de fractura y tener una mejor retención del material restaurador.

En el diente 1.7 debido al ancho del conducto de dicho molar se colocó dos pernos prefabricados.



Figura 19. Pernos Prefabricados **A)** Colocación de perno prefabricado en el diente 4.5. **B)** Colocación de dos pernos prefabricados en el diente 1.7

Elaborador: Shady Eid

3.5.5.2 TALLADO

Posteriormente se realizó el respectivo tallado en los dientes:

1.3, 1.2, 1.1, 2.1, para realizar carillas de porcelana y en los: 1.7, 3.5 y 4.5 para las coronas de metal porcelana y en el diente 1.3 para la colocación de una corona de porcelana pura, esto con el objetivo que las coronas ayuden y sean

buenos pilares para las prótesis parciales removibles superior e inferior y las carillas para mejorar la estética en la paciente.



Figura 20. Tallado y remoción de caries del diente 2.3 con fresa troncocónica de punta redonda para tallado

Elaborador: Shady Eid

En el tallado de los dientes se utilizó las fresas troncocónicas de punta redonda y fresas en forma de flama indicadas especialmente para tallado de prótesis fija, en los dientes en los que se colocaran coronas se desgasto 1.5 mm tanto en vestibular, palatino y oclusal conformando el hombro cervical del pilar. En los dientes que están indicadas las carillas se desgasto 1,5 mm en incisal y 1,5 mm por vestibular. Sin dejar ángulos rectos, sino redondeados, nos ayudamos con discos soflex.





Figura 21. Tallado de sector anterosuperior **A)** Tallado de los dos incisivos centrales superiores. **B)** Finalización del tallado de los dientes 1.3,1.2,1.1,2.1,2.3
Elaborador: Shady Eid

3.5.5.3 ENCERADO

El encerado diagnóstico tiene como función determinar una idea más precisa del tratamiento a realizarse. Se realizó el encerado de lo más necesario e importante, ya que también lo que se buscó, aparte de la funcionalidad, mejorar la estética del paciente. El encerado se hizo de las carillas de los dientes 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, y de las coronas de los dientes 2.2, 2.3.



Figura 22. Encerado diagnóstico del sector anterosuperior
Elaborador: Shady Eid

3.5.5.4 IMPRESIONES

Después de realizar el tallado de los dientes se procedió a colocar hilo retractor 00, 000, para que exista un desplazamiento gingival y que esta no interfiera en toma de la zona del hombro ya que esta zona es la que va a resistir la mayor cantidad de presión.

Para la toma de la impresión el material que se utilizó, fue la silicona de adición, como mencionamos en el capítulo anterior, con este material vamos a tener mayor precisión, y tenemos mayor tiempo de trabajo ya que tiene mayor estabilidad dimensional. Se puede realizar el vaciado hasta 14 días después de la toma de impresión. (Rosenstiel & Land, 2016)

Se solicitó al Laboratorio que en las coronas a fabricarse de los dientes 1.7, 3.5 y 4.5 se realicen con apoyos oclusales ya que estos dientes están indicados para ser pilares en las prótesis parciales removibles a realizarse posteriormente.

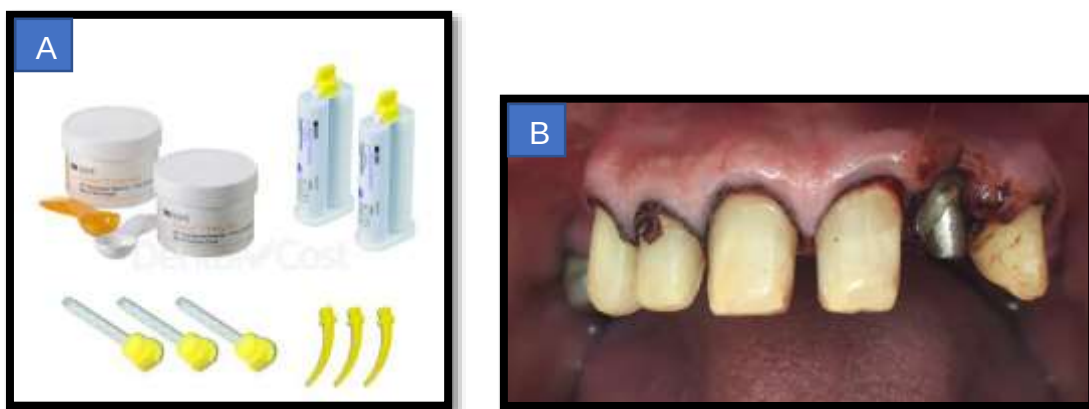


Figura 23, Impresiones A) Silicona de adición, silicona liviana y silicona pesada **B)** Colocación de hilo retractor 00 y 000
Elaborador: Shady Eid

3.5.5.5 PROVISIONALES

La elaboración de los provisionales de la zona anterior superior se realizó con bysacril para que sean más estéticos y reducir el tiempo de trabajo. Las resinas acrílicas tienen buenas propiedades mecánicas y son de fácil manipulación.

Como ventajas están: A) Fáciles de usar; B) No necesitan pulido; C) Reacción de fraguado con poca reacción exotérmica; D) Se pueden reparar mediante composite o resina fluida; E) La contracción de polimerización es baja; F) Mayor durabilidad. (Chritiani, 2013)

En los dientes posteriores se realizaron provisionales de acrílico (polimetacrilato). Los provisionales son utilizados para evitar que paciente tenga una mala apariencia y se sienta cómodo, hasta que esté terminado y se realice la cementación de la prótesis fija. Por otro lado, el provisional tiene como objetivo proteger al diente y evita la que la dentina quede expuesta y por lo tanto que la pulpa no sea afectada.



Figura 24. Provisionales de bisacrílico
Elaborador: Shady Eid
Fuente: (Reality Publishing, 2005)

3.5.5.6 PRUEBA DE METAL

En la prueba de metal se valoró la estructura de las coronas de metal porcelana y la de zirconio, se verificó que asienten completamente en el hombro tallado de cada uno de los respectivos dientes y verificando que no exista la presencia de gradas y escalones. También se observó que exista espacio en oclusal para poder luego poder colocar la porcelana, el cual tiene que ser de 1,5 a 2 milímetros.

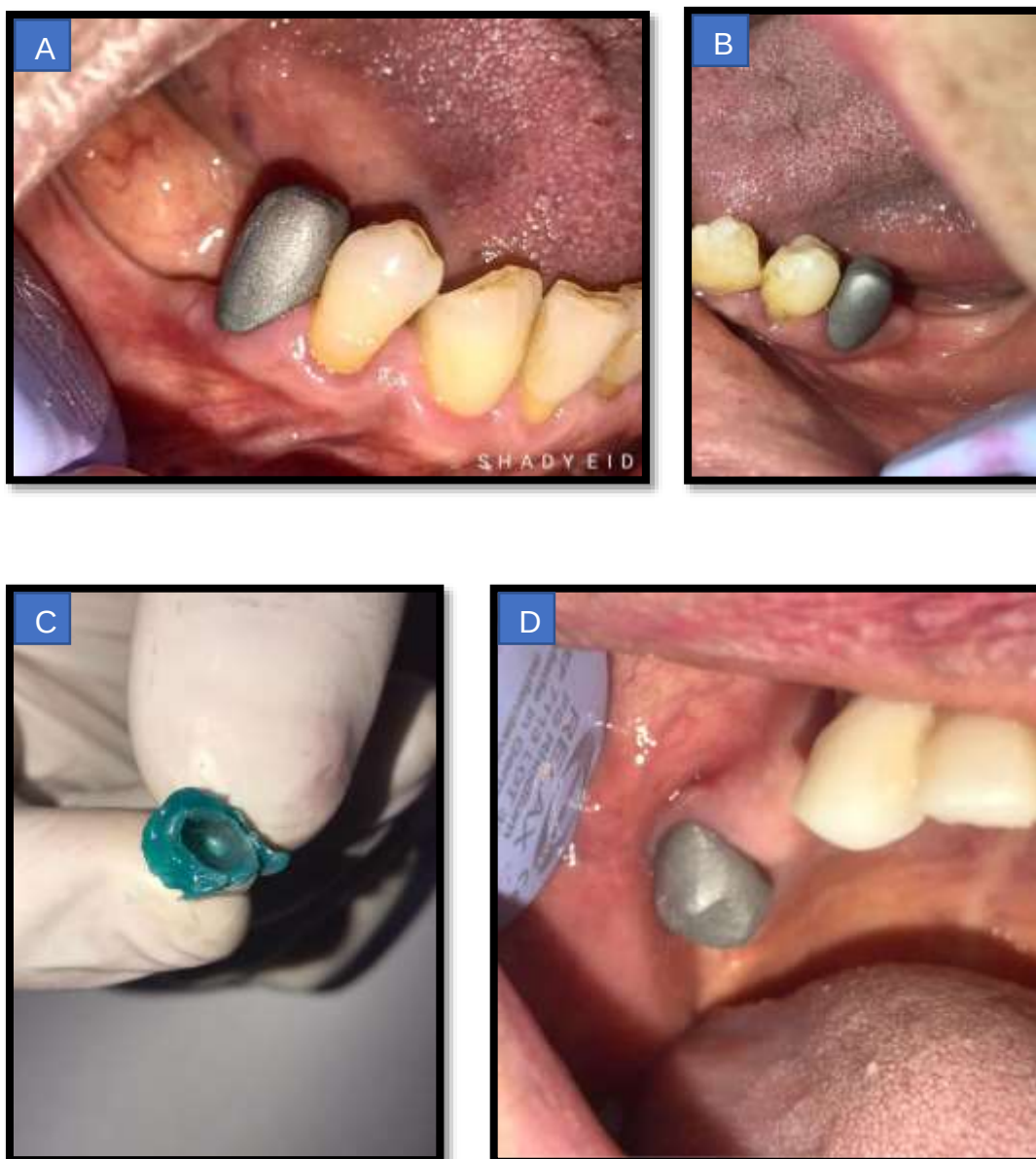


Figura 25. Prueba de estructura metálica de coronas **A)** Prueba de estructura metálica diente 4.5 **B)** Prueba de estructura metálica diente 3.5 **C)** Comprobación de adaptación de coronas **D)** Prueba de estructura metálica diente 1.7
Elaborador: Shady Eid

En esta prueba también se realizó la toma de color tomando como referencia a los dientes vecinos y el gusto del paciente. Se escogió el color de casa comercial Ivostar-Ivoclar, el color 1A-120 CHROMASCOP.

3.5.5.7 PRUEBA DE PORCELANA

En esta prueba se verificó la adaptación de las coronas y carillas al hombro tallado de cada diente, también el color, el tamaño y la morfología de los dientes, con la aceptación del paciente. Se pidió al laboratorio que se pigmente en la zona cervical.



Figura 26. Comprobación de color seleccionado
Elaborador: Shady Eid

3.5.5.8 TERMINADO Y CEMENTACIÓN

Para la terminación y cementación, se comprobó una vez más que la adaptación, el tamaño y morfología de cada diente estén correctas, la oclusión y puntos de contacto proximales tanto individual como conjuntamente, una vez hecho esto se procedió a cementar.

Se realizó la respectiva desinfección de las carillas y coronas y de los pilares con clorhexidina. En las coronas de metal se las areno con polvo de alúmina a una presión de 2 bar por 10 segundos para tener mayor retención. Previamente realizados estos pasos se procedió con la cementación, siguiendo el protocolo respectivo para cada diente.

Para cementar las carillas se utilizó un cemento resinoso de fotopolimerización, ya que este no cambia de color con el tiempo, como es el caso del cemento Dual que, si cambia de color con el tiempo, ya que contiene aminas terciarias.

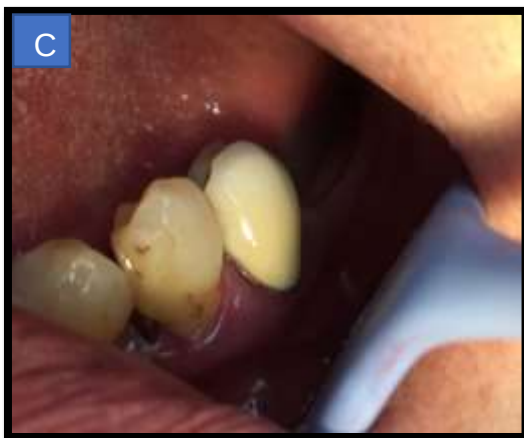
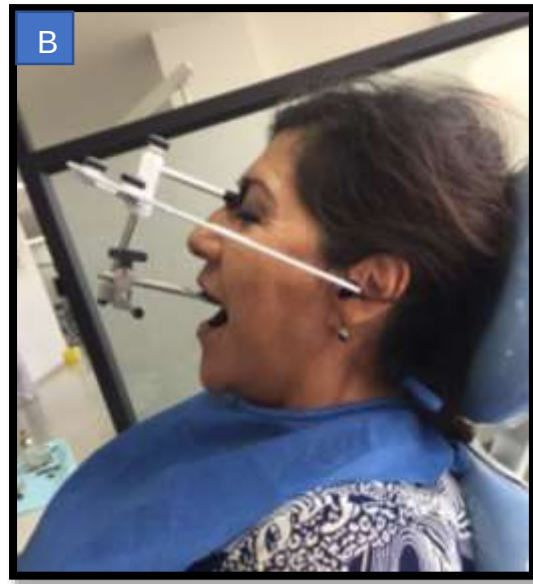
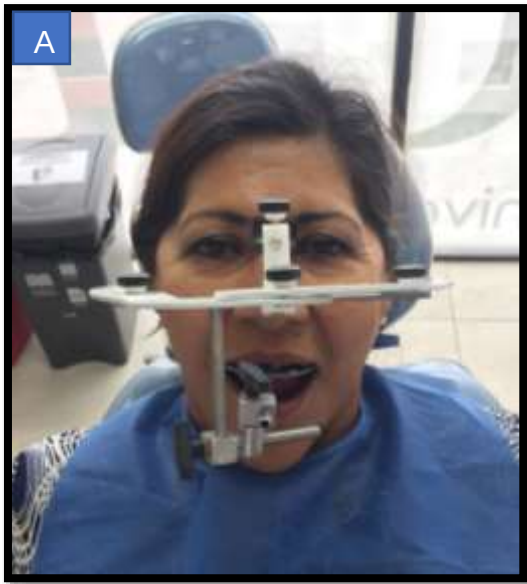


Figura 27. Cementación de coronas y carillas **A)** Material utilizado para la cementación. **B)** Cementación de carillas y coronas antero superiores. **C) y D)** Cementación de coronas metal porcelana en los dientes 3.5 y 1.7
Elaborador: Shady Eid

3.5.5.9 PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

A) MODELOS FIJADOS EN EL ARTICULADOR

El montaje en articulador tiene como objetivo la reproducción de la relación dinámica y estática del maxilar inferior en relación al maxilar superior. Para el montaje del modelo del maxilar superior, se lo realizara conjuntamente del arco facial el cual nos permite registrar la posición del maxilar superior con relación a la base del cráneo.



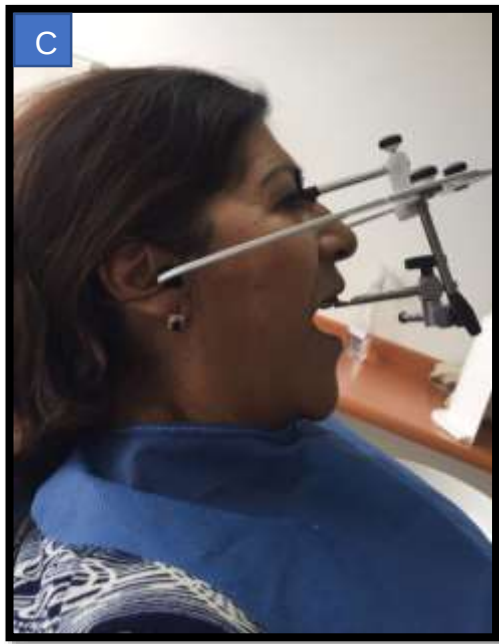


Figura 28. Colocación de arco facial
Elaborador: Shady Eid

B) DISEÑO PRELIMINAR

El diseño preliminar de las prótesis parciales removibles superior e inferior se lo realizo antes de realizar, los otros procedimientos de rehabilitación mencionados anteriormente (coronas y carillas), esto para tener idea del resultado final y tener en cuenta al momento de realizar los procedimientos.

Con esto se ganó tiempo ya que, al nosotros saber el diseño de la prótesis, se solicitó al laboratorio que las coronas que se confeccionaron, sean realizadas con espacio para que se asienten los apoyos oclusales de las prótesis parciales removibles.

C) DISEÑO DEFINITIVO

El diseño definitivo se realizó basándose en la clasificación de Kennedy y las Leyes de Appelgate

1) Prótesis Parcial Removable Superior:

- a) **Conector mayor:** Se seleccionó una barra palatina doble, ya que tiene excelente soporte y rigidez.
- b) **Conector menor:** Unen al conector mayor con los retenedores
- c) **Apoyos:** Se realizó un apoyo oclusal mesial en el diente 1.7
- d) **Retenedores:** En el diente 1.7 se utilizó Retenedor Acker siendo el más indicado para Clase III de Kennedy dando buen soporte y estabilidad. En los dientes 1.3 y 2.3 se utilizó Retenedor en "T" ya que tiene una excelente estética en caninos, son más flexibles para su colocación y remoción. Se utilizó retenedores indirectos palatinos en los dientes 1.2, 1.3 y 2.2, 2.3.
- e) **Rejillas:** Se colocó rejillas en las zonas edéntulas, donde irán los dientes artificiales.

2) Prótesis Parcial Removable Inferior:

- a) **Conector mayor:** Se utilizó una Barra lingual, ya que existe suficiente espacio entre el piso de boca y el margen gingival lingual de las piezas anteriores.
- b) **Conector menor:** Unen al conector mayor con los retenedores
- c) **Apoyos:** Se realizaron apoyos oclusales por mesial en los dientes 3.5 y 4.5
- d) **Retenedores:** Se seleccionó un retenedor doble Acker en los dientes 3.5, 3.4 y 4.5, 4.4 para tener mejor soporte y estabilidad. También se utilizó un retenedor indirecto en el diente 4.3
- e) **Rejillas:** Se colocó rejillas en las zonas edéntulas, donde irán los dientes artificiales.

D) IMPRESIÓN DEFINITIVA

Una vez que se realizó el diseño de ambas prótesis parciales removibles se procedió a realizar la toma de impresiones definitivas con cubetas individuales de ambas arcadas, hechas deacrílico. Se utilizó silicona de adición para tener una copia exacta y más detallada de las arcadas.

1. Primero probó nuevamente las cubetas individuales, que encajen con facilidad en cada arcada, y se realizó perforaciones para tener mayor retención.
2. Después se colocó adhesivo de cubetas, comenzando con la superior.
3. Se puso la silicona presionando en el fondo de la cubeta para que no exista burbujas en la toma, luego se llevó a boca a la arcada superior. Se hizo movimientos del labio superior en todas las direcciones y se esperó 6 minutos hasta que fragüe el material.
4. Se retiró el material con cuidado y se verificó que no existan burbujas y se hayan marcado todos los detalles ya que esto puede alterar el diseño y la adaptación de la prótesis.
5. El mismo proceso se repitió con la arcada inferior, sumándole movimientos de la lengua en distintas direcciones.



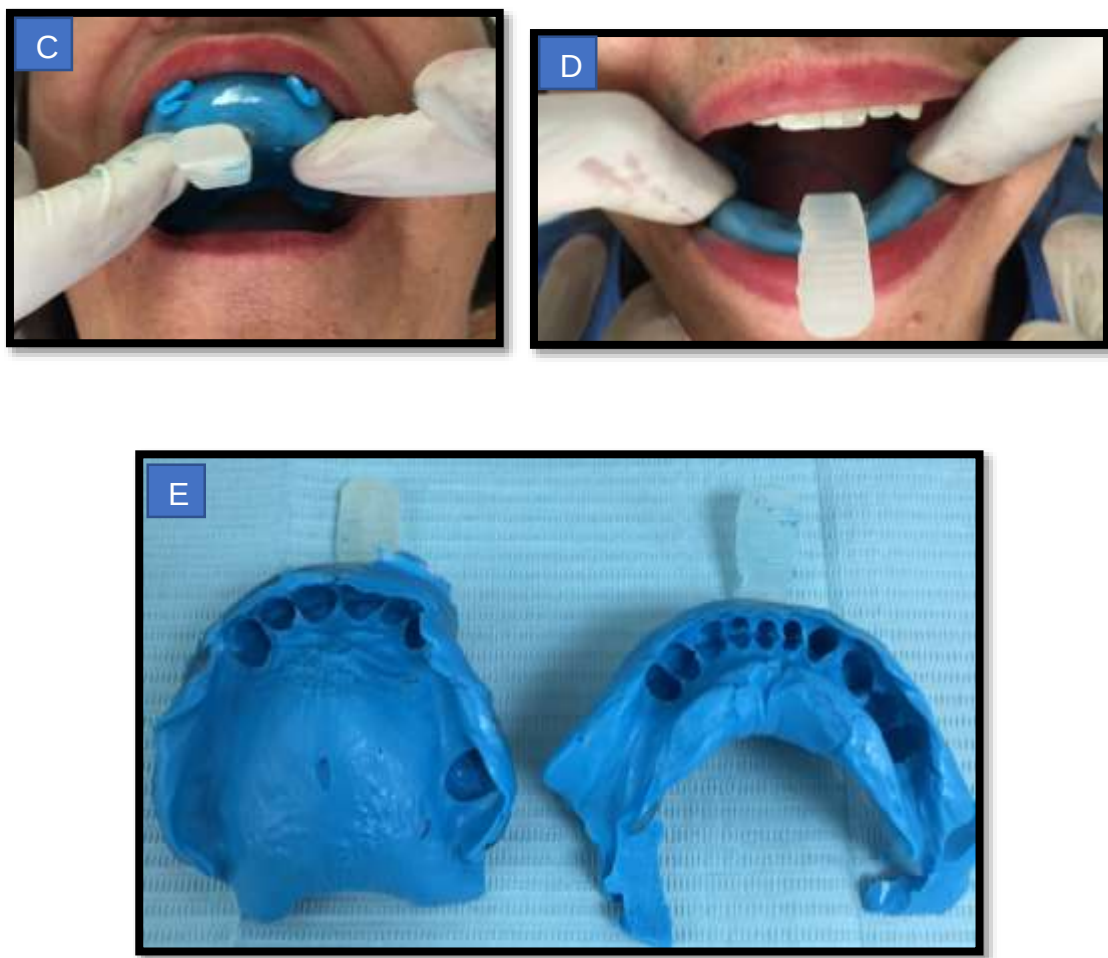


Figura 29. Toma de impresiones definitivas **A)** Colocación de la silicona de adición en la cubeta individual superior **B)** Materiales utilizados para la toma de impresión definitiva. **C)** Toma de impresión definitiva arcada superior **D)** Toma de impresión definitiva arcada inferior **D)** Impresiones definitivas

Elaborador: Shady Eid

E) MODELO MAESTRO



Figura 30. Modelo Maestro

Elaborador: Shady Eid

F) PRUEBA DEL ESQUELETO METÁLICO

Con el esqueleto se realiza la primera prueba de la prótesis parcial removible, en la cual se debe verificar que sea igual al diseño realizado en el modelo. También se comprobó la adaptación de la estructura metálica con respecto a los tejidos mucosos y a los dientes y que no exista movimientos de balance de la misma. A su vez se pidió la comprobación al paciente en cuanto a su comodidad o si existe dolor o molestia en alguna zona, y se le indicó al paciente que pueda retirarse y colocarse fácilmente la prótesis.

G) IMPRESIÓN TÉCNICA DE MCCRAKEN

Para mejorar la adaptación en la arcada inferior y como objetivo de este caso de comparar distintas técnicas de impresión se realizó la Técnica de McCracken, la cual está indicada para arcadas con extremo libre.





Figura 31. Técnica de McCracken **A)** Delimitación en el modelo la extensión de la cubeta. **B)** Creación de alivios con resina acrílica autopolimerizable. Todas las zonas del modelo que contacten con la resina acrílica deben ser colocadas aislante separador. **C)** Antes del fraguado de la resina acrílica, se coloca la estructura de la prótesis ejerciendo presión para posicionarla. **D)** se adapta una capa de resina acrílica al modelo comprimiendo con los dedos. Se elimina el exceso de material de los bordes.

Elaborador: Shady Eid

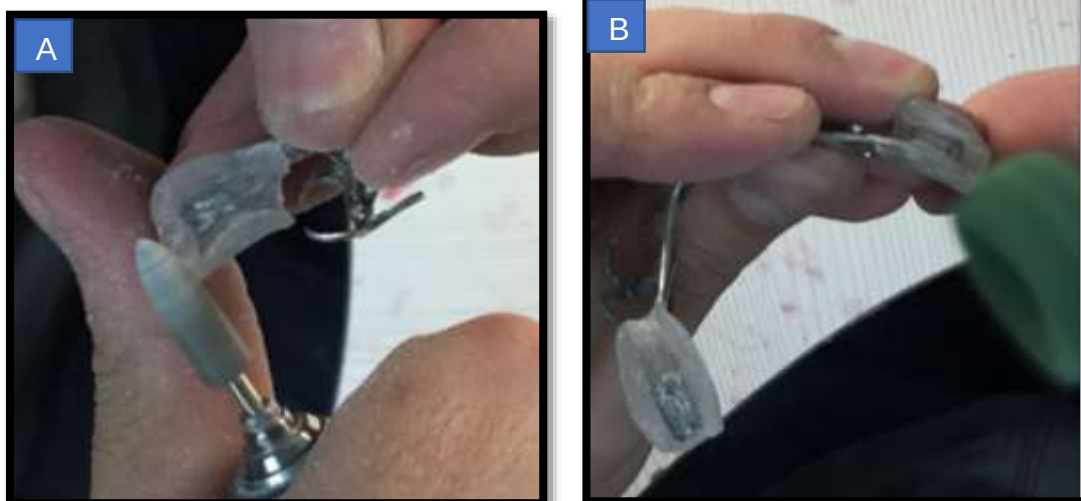




Figura 32. Técnica de McCracken **A)** Se retira la estructura metálica una vez que la resina este polimerizada y se recortan las planchas de resina hasta la línea marcada en el modelo. **B)** Se pule la resina acrílica para no causar molestias en el paciente. **C)** Se ajusta la estructura al modelo comprobando la extensión de los bordes.

Elaborador: Shady Eid



Figura 33. Técnica de McCracken **A)** Toma de impresión con silicona liviana de adición, con la estructura y las cubetas de resina acrílica. Se pide al paciente que mueva la lengua para modelar los bordes y se moviliza las mejillas. **B)** Completada la impresión una vez fraguado el material de impresión.

Elaborador: Shady Eid

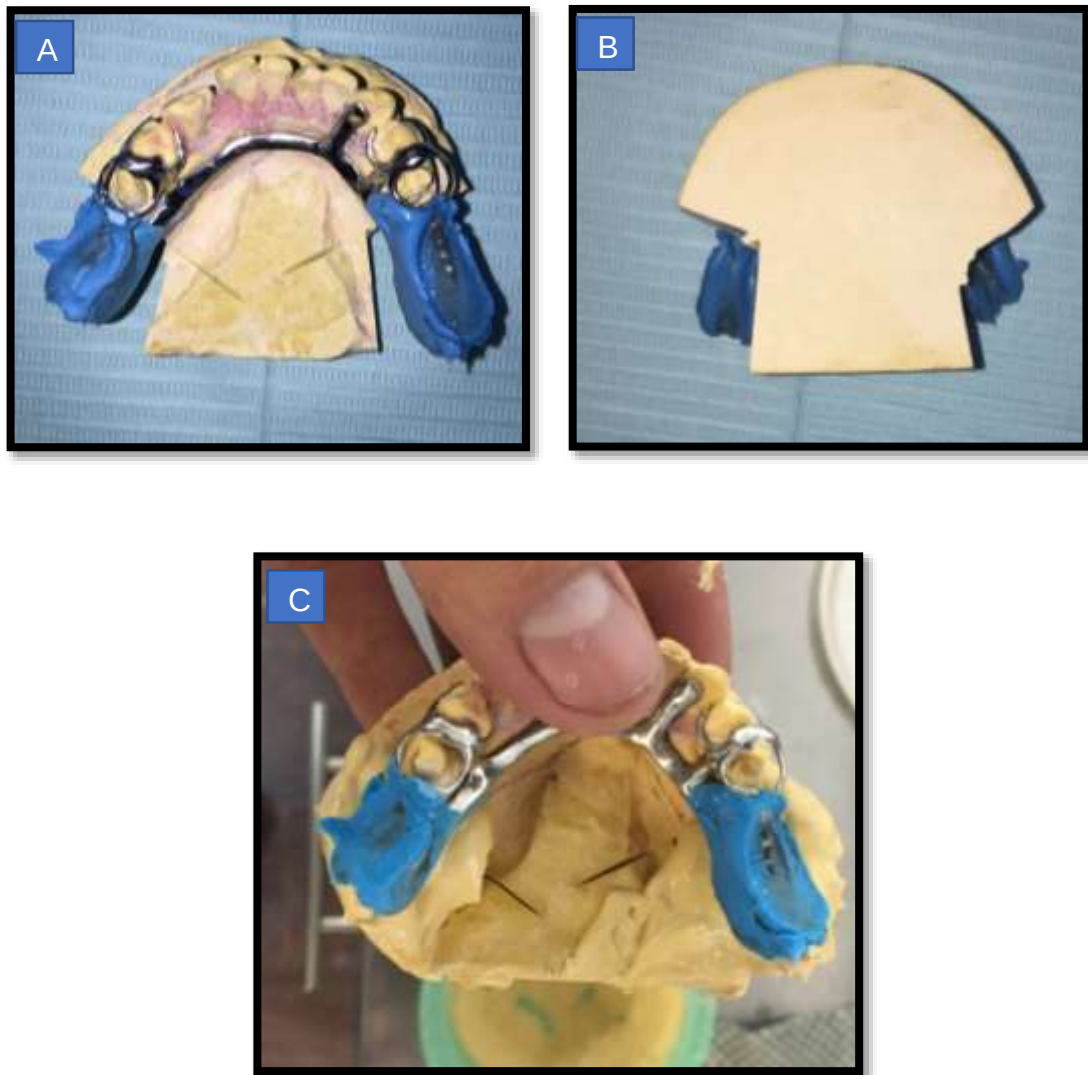


Figura 34. Técnica de McCracken **A)** Se eliminan las regiones edéntulas del modelo y se coloca la estructura en el modelo y se coloca cera para evitar el desplazamiento. **B)** Se marcan surcos en la superficie para añadir retención al yeso que se agregará al construir el modelo modificado. **C)** Modelo modificado con la estructura en posición.
Elaborador: Shady Eid

H) REGISTRO INTERMAXILAR

Una vez que se vuelve a probar la adaptación de ambos esqueletos (superior e inferior), se colocó rodetes de altura hechos de cera base en los espacios edéntulos. Se le indicó a la paciente que muerda para tener una guía del registro de mordida y también para verificar la dimensión vertical.

En esta cita también se realizó la toma de color para los dientes artificiales que irán en las prótesis removibles. Se seleccionó el mismo color que las carillas y coronas realizadas anteriormente; 1A-120 CHROMASCOP.



Figura 35. Registro Intermaxilar **A) y B)** Comprobación de adaptación de estructura metálica y rodetes. **C) y D)** Registro intermaxilar
Elaborador: Shady Eid

I) PRUEBA DE ENFILADO

La prueba de las bases y el enfilado es la segunda prueba que se realiza, en esta prueba igual que las anteriores se comprueba la adaptación y estabilidad de ambas prótesis y la oclusión. Se comprueba que al paciente no le moleste ninguna prótesis en ninguna zona al momento de ocluir, con papel de articular verificamos puntos de contacto. También se verifica la fonética del paciente y que no tenga dificultades al hablar.

Seguido se evalúa la estética y si la paciente esta cómoda con el tamaño, color y posición de los dientes, y explicarle que una vez que se decida se envía al

laboratorio para realizar el enfilado definitivo y es muy probable que no se puedan realizar cambios.

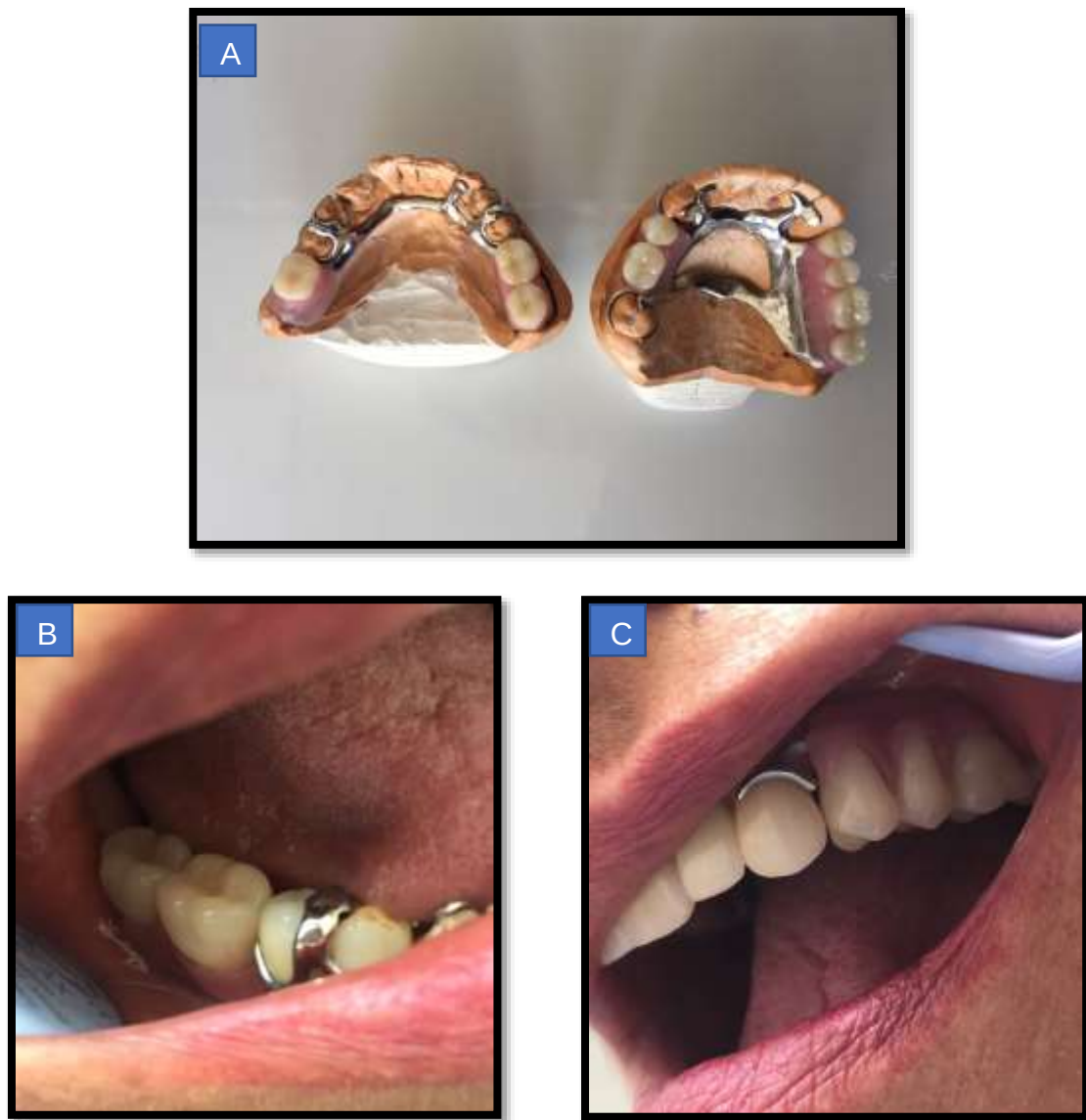


Figura 36. Prueba de Enfilado **A)** Prótesis parciales removibles superior e inferior en modelos maestros, en prueba de enfilado. **B)** Prueba de enfilado inferior. **C)** Prueba de enfilado superior.

Elaborador: Shady Eid

J) INSTALACIÓN DE LA PRÓTESIS TERMINADA

Una vez realizadas todas las pruebas necesarias y con la paciente satisfecha se realizó el acrilizado y acabo de la prótesis para instalarla en boca. Recibida la prótesis se observó que la estructura metálica esté

correctamente acabada, pulida y sin aristas ya que pueden lesionar la mucosa bucal. Se comprobó pasando el dedo a lo largo de todos los bordes del metal y del acrílico. Después se colocaron las prótesis en la boca de la paciente y se volvió a controlar estabilidad, contactos oclusales y fonación hasta que todo esté estable. Se terminó con una evaluación estética, interrogando a la paciente sobre cómo se siente y como se ve con las prótesis colocadas.





Figura 37. Instalación de prótesis parciales removibles superior e inferior
Elaborador: Shady Eid

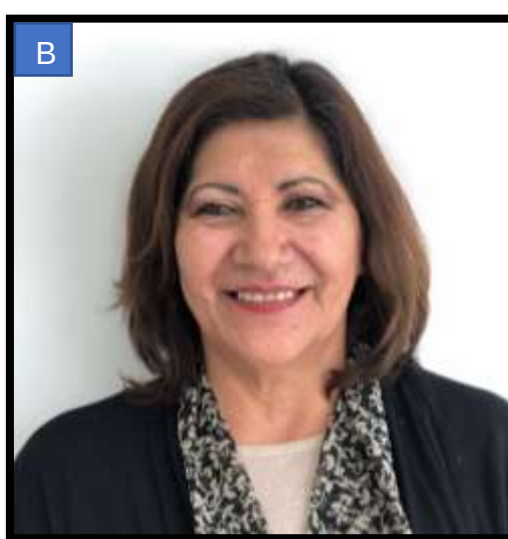




Figura 38. Fotografías finales de la paciente **A y B)** Fotografías del antes y después de finalizar el tratamiento en la paciente **C)** Fotografía de perfil derecho de la paciente sonriendo. **D)** Fotografía frontal de la paciente.

Elaborador: Shady Eid

K) INSERCIÓN Y REMOCIÓN DE LA PRÓTESIS

Se le explicó a la paciente como se debe poner y quitar las prótesis, de la manera correcta. En la colocación sin forzar los retenedores y la importancia de no insertarla cerrando la boca, ya que si no está bien orientada se puede deformar. En la retirada se indicó las zonas de las removibles sobre las que debe hacer tracción y las que no deben ser traccionadas, en este caso los ganchos fueron la zona de elección para la tracción de la prótesis, denominados ganchos guías. (Mallat, 2004)

L) CUIDADOS DE LA PRÓTESIS

Después de instalar las prótesis se explicó a la paciente que la adaptación total de esta puede durar hasta ocho semanas por lo que es necesario hacer varios controles.

En cuanto a las instrucciones para la higiene de las prótesis, se especificó que tienen que ser limpiadas por separado los dientes y las removibles.

Las prótesis se limpiarán con cepillo normal de cerdas duras y con jabón neutro, después de cada comida. Se recomendó que cada 15 días se desinfecte las prótesis sumergiéndolas en clorhexidina por 10 minutos.

Se le indicó nuevamente a la paciente la importancia que tiene el mantener su boca libre de placa bacteriana. Para esto se debe tener un adecuado cepillado de los dientes, mucosas, carrillos y lengua seguido del uso de colutorios e hilo dental después de cada comida, de esta manera se podrá mantener una adecuada salud oral





Figura 39. Secuencia de la inserción y remoción de la prótesis parcial removable superior
Elaborador: Shady Eid

M) CONTROLES

A las 48 horas de la instalación de la prótesis se realizó un control de oclusión y para ver si la paciente ha tenido o no molestias para comer o hablar. Lo mismo se hizo al control de los 8 días.



Figura 40. Fotografía comparativa del antes y después de finalizado el tratamiento
Elaborador: Shady Eid

4. CAPITULO IV

4.1 DISCUSIÓN

Este caso particularmente, al existir ausencia de dientes ha representado un suceso grave en la vida de la paciente, afectada física y social, incluso influía funcionalmente como en la fonética y la masticación, disminuyendo notablemente su calidad de vida. Según Thoren (2013) actualmente muchos adultos mayores buscan mantenerse autosuficientes hasta edad avanzada, pero si bien es cierto entre más envejece la persona más cambios graduales se presentan. Uno de los factores que más prevalecen en el adulto mayor es la pérdida de piezas dentales. Sin embargo, otros autores, como Roisinblit (2010) menciona que en muchos casos también influyen los hábitos que tenga la persona como el consumo de tabaco y alcohol los cuales aceleran los fenómenos normales del envejecimiento.

Encontramos y tratamos el edentulismo parcial, deficiencia que es un problema a nivel mundial, pero para lo cual existen varios tratamientos y métodos de prevención que han ido en progreso constante. Existen varias causas de la pérdida dental, las caries dentales, la enfermedad periodontal, traumatismos, entre otras. (Loza, 2007)

Telles (2011) menciona que existen diferentes tipos de tratamientos para reemplazar los dientes ausentes en el paciente como la prótesis fija, la prótesis parcial removible y el tratamiento ideal que son los implantes, pero a su vez el que tiene más limitaciones; Limitaciones, psicológicas, anatómicas, quirúrgicas y la que más prevalece limitaciones financieras. Por estos factores los pacientes optan y optamos por escoger las prótesis removibles como tratamiento rehabilitador.

Este cuadro llevó a realizar un exhaustivo examen clínico y radiográfico para obtener un debido diagnóstico y respectivo tratamiento, como menciona Carr y McGivney (2006). Por un lado se valoró las arcadas superior e inferior, dientes

presentes, tratamientos realizados, tejidos blandos, cantidad de hueso y por otro lado lo que buscaba y solicitaba la paciente por lo que se decidió el tratamiento más conveniente a realizarse, el cual fue una rehabilitación funcional y a la vez estética mediante el uso de prótesis parciales removibles, en donde se aprovechó para utilizar distintas técnicas de impresión entre ambas arcadas, de esta manera compararlas entre ellas y decidir cuál es más efectiva al momento de la elaboración de una prótesis parcial removible.

Se utilizó la técnica convencional en la arcada superior y la técnica de McCracken para la arcada inferior. McGivney (2004) menciona que las técnicas de impresión para prótesis parcial removible a extensión distal de cumplir con dos requisitos: registrar y relacionar los tejidos bajo cierta carga y distribuir la carga sobre la mayor superficie posible.

Kratochvil (1989) refiere que la técnica de McCracken debe registrar los tejidos de las áreas edéntulas en tal forma que se brinde una extensión protésica basal adecuada y el máximo soporte sin distorsionar o desplazar los tejidos. Esta técnica se caracteriza por la confección previa de la estructura metálica de la prótesis parcial removible en unos modelos obtenidos de unas impresiones anatómicas, siguiendo los pasos respectivos para dicho procedimiento. (McGivney, 2006)

Brudvik (2004) en un estudio demostró que no existen diferencias significativas en el número de ajustes de las bases y la satisfacción y comodidad del paciente cuando se comparó la técnica de modelo alterado con otra técnica de impresión funciona.

McGivney (2004) menciona que lo que se busca con esta técnica es mejorar la estabilidad de las bases a extensión distal, reducir las tensiones sobre los dientes pilares, mantener una oclusión positiva por mayores períodos de tiempo, reducir los ajustes post-inserción y obtener el máximo soporte posible del área edéntula. Por otro lado Brudvik (2004) menciona que estos resultados pueden obtenerse de la técnica con cubeta individual, solo si existe un ajuste preciso de la estructura metálica de la prótesis, se registran todas las estructuras anatómicas

a través de la impresión y la extensión de las bases se mantiene dentro de esos límites. Si no puede lograrse estas 3 condiciones, entonces debe emplearse la técnica de modelo alterado

Se decidió realizar prótesis parciales removible de cromo cobalto en ambas arcadas, porque es una buena alternativa para la paciente, ya que reemplaza los dientes perdidos en el paciente, así como también reemplaza tejidos bucales como encía y hueso alveolar. Por otro lado, porque brinda confortabilidad, retención, estabilidad y estética, lo que va dar un resultado exitoso. Otra variable fue por la situación económica de la paciente ya que es la manera menos costosa de restituir los dientes ausentes. (Thorén & Gunne, 2013)

El objetivo y la finalidad de este tratamiento fue devolver la funcionalidad y estética de la paciente mediante la elaboración de prótesis parciales removible de cromo-cobalto superior e inferior recuperando funciones como la masticación y la fonética, lo cual ayudará considerablemente a la paciente para mejorar su calidad de vida. También con este trabajo se buscó determinar cuál técnica de impresión de las utilizadas es más conveniente al momento de la realización de una prótesis parcial removible. (Carr, McGivney, & Brown, 2006)

4.2 CONCLUSIONES

La rehabilitación oral se basa en devolver la función y la estética, pero en el caso de los pacientes adultos mayores también se busca recuperar su confiabilidad y salud, por eso se insiste en que la atención es diferente que atender a una persona joven o a un niño, ya que el adulto mayor tiene mayores problemas de salud, sociales y económicos, por lo que el trato debe ser especial, de tal manera que el paciente sepa que es alguien importante y que no está solo, y que tenga confianza en el tratamiento que se está realizando y no le sea indiferente.

La rehabilitación mediante prótesis parciales removibles en el paciente adulto mayor tuvo éxito ya que se recuperó las funciones perdidas anteriormente, como la masticación y el habla, todo esto conjuntamente mejorando la estética de la paciente.

En cuanto a la elaboración de las prótesis parciales removibles se utilizó un tipo de técnica de impresión para cada prótesis, las cuales fueron comparadas, en la prótesis superior se utilizó la técnica convencional y en la inferior la técnica de McCracken. En este caso la técnica convencional resultó ser más efectiva ya que al hacer la primera prueba de esqueleto de la prótesis removable en ambas se adaptaron perfectamente, y en la prótesis inferior después de realizar la técnica de McCracken la adaptación continuó siendo la misma. Otra variable fue el tiempo, con la técnica convencional sumando el tiempo de las citas, la elaboración de las cubetas individuales, la toma de la impresión en sí y la prueba del esqueleto el tiempo fue 1:56 hora, mientras que con la Técnica de McCracken el tiempo fue de 3:15 horas (una cita más con la paciente). Claro está que es bueno saber distintos métodos de impresiones definitivas para la elaboración de las prótesis parciales, ya que al momento que se presente un caso el profesional tenga criterio y decida cual técnica es la más factible realizar y sea conveniente tanto para el odontólogo como para la satisfacción del paciente. Por ejemplo, en el caso de una prótesis de extremo libre si la adaptación no fue correcta en la primera prueba, se puede corregir mediante el uso de otras técnicas de impresión.

En cuanto a la eficacia ambas técnicas resultaron exitosas, ya que las dos prótesis tuvieron buena adaptación a los tejidos dentarios y mucosos. Por otro lado no existieron molestias en la paciente al masticar

4.3 RECOMENDACIONES

Como recomendación principal para el odontólogo, es tener conocimiento sobre distintas alternativas del proceso para cada tipo de caso al momento de realizar algún tratamiento odontológico, así, de esta manera se logrará un tratamiento exitoso y se disminuirán las complicaciones.

Se recomienda que a todos los pacientes que acudan a la consulta odontológica, brindar motivación y educación en cuanto a la higiene bucal, dando a conocer la importancia de utilizar una buena técnica de cepillado, el uso de colutorios e hilo dental, también con los malos hábitos como el tabaquismo, con el fin de evitar complicaciones futuras y que el tratamiento se mantenga estable por un largo periodo de tiempo.

Otra recomendación para el odontólogo es seguir estrictamente con los protocolos establecidos desde el llenado de la historia clínica hasta los controles con el paciente, para que no exista complicaciones durante o después de tratamiento. En especial con la historia clínica y el consentimiento informado ya que estos pueden tener consecuencias legales si no son llenados correctamente. Cabe recalcar que no se puede realizar ningún tratamiento sin antes haber realizado el consentimiento informado con el paciente, donde se explica lo que se realizará, las opciones de tratamiento que tiene el paciente y las complicaciones que pueden darse en el transcurso del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- 1888implant. (2012). *1888implant*. Obtenido de Implantes dentales: comodidad, practicidad y confianza como antes:
<http://www.1888implant.com/spanish/bone-grafting.html>
- Barreto, J. (marzo de 2008). *Red de revistas científicas de américa Latina y el Caribe, España y Portugal*. Obtenido de Dimensión vertical restaurada en la prótesis dental parcial removible: <http://www.redalyc.org/html/283/28339909/>
- Botero, J., & Bedoya, E. (8 de julio de 2010). *Revisión Clúinica. Periodoncia. Implantología. Rehabil. Oral. Vol 3*. Obtenido de Determinantes del diagnostico periodontal: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v3n2/art07.pdf>
- Cabrera, G. B. (Febrero de 2013). ALGINATO. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 30, 8-9. Obtenido de
http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000300004&script=sci_arttext
- Carr, A., McGivney, G., & Brown, D. (2006). *McCraken Removable Partial Prosthodontics*. Madrid: Elseiver.
- Chritiani, J. (17 de abril de 2013). *ISSN*. Obtenido de Resinas utilizadas en la confección de prótesis provisionales: [file:///C:/Users/Conchita/Downloads/1688-4532-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Conchita/Downloads/1688-4532-1-PB%20(1).pdf)
- Esquivel Hernández, R., & Jimenénz Férez, J. (febrero de 2008). *Odontología Actual*. Obtenido de El efecto de los dientes perdidos:
<http://132.248.9.34/hevila/Odontologiaactual/2007-08/vol5/no58/7.pdf>
- Gómez Delgado, A., & Montero Aguilar, M. (2011). *Revistas UCR*. Obtenido de Razones para la extracción de piezas dentales en la facultad de odontología:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/view/4767/4578>
- Loza, D. (2007). *Introducción, en diseño de prótesis parcial removible*. Madrid: Ripano.
- Mallat, E. (2004). *Prótesi parcial removible y sobredentaduras*. Madrid: Elseiver.

Meller, C. (febrero de 2008). *Medicina Oral*. Obtenido de importancia de la odontología preventiva en el adulto mayor: Una aproximación personal:
<http://www.medicinaoral.com/preventiva/volumenes/v1i2/73.pdf>

Núñez, P., & García Bacallao, L. (septiembre de 2010). *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. Obtenido de Bioquímica de las caries dental:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v9n2/rhcm04210.pdf>

Pérez, A., & Bustamante, C. (2013). *Revistas Bolivianas*. Obtenido de Revista de actualización clínica volumen 30:
http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v30/v30_a04.pdf

Reality Publishing. (2005). Obtenido de Provisionals Materials:
https://www.realityesthetics.com/protected/book/2005/Provisional_Materials.pdf

Rodríguez, O. (29 de septiembre de 2014). *SlideShare*. Obtenido de Prótesis parcial removible: <https://es.slideshare.net/orlandorochi/protesis-parcial-removible-39662884>

Roisinblit, R. (2010). *Ondontología para las personas mayores*. Buenos Aires: Ebook.

Rosenstiel, & Land. (2016). *Prótesis Fija Contemporánea*. Barcelona: Elseiver.

Sucre, F. (2 de agosto de 2017). *Rehabilitación oral*. Obtenido de Clasificación de Kennedy:
<https://rehabilitacionoralblog.wordpress.com/2017/08/02/clasificacion-de-kennedy/>

Telles, D. (2011). *Protesis total, convencional y sobre implantes*. Sao Paulo: Santos.

Thorén, M., & Gunne, J. (2013). *Prótesis Rmovible*. Dianamarca: Amolca.

ANEXOS

PRINCIPIOS DEL DISEÑO DE LA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

- a) La PPR debe ser rígida
- b) Las fuerzas oclusales deben ser distribuidas sobre los dientes remanentes y la mucosa
- c) Los retenedores deben tener apoyos que dirijan las fuerzas oclusales sobre el eje mayor de los pilares
- d) Máximo soporte mucoso, necesario para el extremo libre (Clase I y II de Kennedy).
- e) La retención no es el factor primario del diseño.
- f) Los retenedores deben estar lo más cerca del fulcrum de los pilares.
- g) Se debe establecer la retención indirecta para el extremo libre.
- h) Los conectores mayores nunca deben terminar en el margen gingival.
- i) Los conectores mayores deben cubrir sólo las zonas estrictamente necesarias.
- j) La oclusión de la prótesis debe armonizar con la de los dientes naturales.

Tabla 5.PRINCIPIOS DEL DISEÑO DE LA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Elaborador: Shady Eid, 2018

Fuente: (Loza, 2007)

REGLAS DE APPLGATE	
REGLA 1	“La clasificación se debe establecer después de las extracciones de los dientes que podrían alterar la clasificación original”
RGELA 2	“Si se ha perdido un tercer molar y no se ha reemplazado, no se debe tener en cuenta en la clasificación”
REGLA 3	“Si existe un tercer molar y se emplea como pilar, se debe tener en cuenta en la clasificación”
REGLA 4	“Si se pierde un segundo molar y no se reemplaza, no se debe tener en cuenta en la clasificación (p. ej. En el caso de que el segundo molar opuesto está asimismo ausente y no se haya reemplazado)”
REGLA 5	“El área (o áreas) edéntula más posterior es la que determina la clasificación
REGLA 6	“Las áreas edéntulas, que no determinan la clasificación se refieren como modificaciones y se designan por un número”
REGLA 7	“La extensión de las modificaciones no se tiene en cuenta, solamente el número de áreas edéntulas adicionales”
REGLA 8	“No puede haber modificaciones en las arcadas de la clase IV”

Tabla 6. Reglas de Applegate

Fuente: (Carr, McGivney, & Brown, 2006)

Elaborador: Shady Eid, 20018



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, DE LA SALUD Y DE LA VIDA
ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Conchita Del Pilar Pacheco Donoso con cédula de identidad N° 1700041397 autorizo al estudiante Shady Abdo Eid Vázquez para que pueda tomar fotografías, cintas de video o grabaciones de sonido de mi persona y que estas puedan ser copiadas y publicadas.

Conchita Del Pilar Pacheco Donoso
1700041397

Dr. Esteban Vizcaíno

Shady Eid Vázquez

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR									
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA									
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. LUG		COD. LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
UIDE		CLÍNICA				PARROQUIA CANTÓN PROVINCIA		10149	
PACHICO		DONGO		CACHITA		DEL PILAR		0500041397	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y NÚM. MANZANA Y CASA)		BARIO		PARROQUIA		CANTÓN		PROVINCIA	
DONGO		DONGO		Quito		Riobamba		2391038	
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD (PAÍS)		GRUPO ÉTNICO		EDAD AÑOS	
02/04/77		Quito		Ecuatoriana		Desano		70	
FECHA DE ADMISIÓN		OCCUPACIÓN		EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE	
04/01/17		ABOGADA		ABOGADA		Privada		IESS	
EN CASO NECESARIO LLAMAR A:		PARIENTESCO AFINIDAD		DIRECCIÓN		NÚM. DE TELÉFONO			
Couso Valenzuela		Esposo		DONGO		0996210550			
CÓDIGO: QUIRÚRGICA - QUIRÚRGICA - MINIMAMENTE - FEMENINO - SOL-SOLTERO - CAS-CASADO - DIV-DIVORCIADO - VIU-VIUDO - U-LIACIÓN LIBRE									
ADMISSIONISTA								CÓDIGO	

AUTORIZACIÓN

FECHA: 24. AGO. 2017

YO: CACHITA DEL PILAR PACHICO DONGO con C.I. No. 0500041397

En conocimiento que la Clínica de Especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador "Servicio Docente" su tratamiento lo realiza especialistas y estudiantes.

Se me ha expresado adecuadamente las actividades esenciales que se realizarán sobre el tratamiento de mis problemas bucales.

AUTORIZO a que se me realice procedimiento de diagnóstico y tratamiento clínico quirúrgico con el estudiante asignado, comprometiéndome a cancelar los valores correspondientes previo el tratamiento indicado.

NOMBRE DEL PACIENTE: CACHITA PACHICO

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: SHADY EID

NOMBRE DEL TUTOR: Dña. Soledad PENSABARRERA

FIRMA DEL TUTOR: [Firma]

CODIGO	ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLINICA
	VIDE	CONCHITA	PACHECO	F	71	10142
	MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	10 - 14 AÑOS PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS
						X
	EMBARAZADA					

1 MOTIVO DE CONSULTA		ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE
" QUIERO REALIZARME UN CHEQUEO Y PONERME DIENTES "		

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL		REGISTRAR SÍNTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL
PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 71 AÑOS DE EDAD ACUDE A LA CLÍNICA, REFINANDO USAR UNA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE COMO CODIGO EN TAL ESTADO POR 17 AÑOS. NO PRESENTA SINTOMATOLOGÍA		

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES		
1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRAGIAS
4. VIH/SIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA
7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA
10. OTRO		
Paciente refiere intervención quirúrgica para extirpación de tumor benigno en el HIGADO HACE 35 AÑOS.		

4 SIGNOS VITALES		
1. PRESION ARTERIAL	120/70	2. FRECUENCIA CARDIACA
78	3. TEMPERATURA A °C	36.5
4. F. RESPIRATORIA	22	

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO		DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR
4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR
7. PISO	8. CARRILLOS	
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.
12. GANGLIOS		
Paciente NO PRESENTA NINGUNA PATOLOGÍA CLÍNICA AL EXAMEN EXTERNO E INTRABUCAL.		

6 ODONTOGRAMA		PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA
RECESIÓN	MOVILIDAD	
18	17	16
15	14	13
12	11	
21	22	23
24	25	26
27	28	
55	54	53
52	51	
61	62	63
64	65	
71	72	73
74	75	
48	47	46
45	44	43
42	41	
31	32	33
34	35	36
37	38	

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL		
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA	ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN
PIEZAS DENTALES	PLACA	CÁLCULO
GINGIVITIS	LEVE	MODERADA
SEVERA	ANGLE I	ANGLE II
FLUOROSIS	LEVE	MODERADA
SEVERA		
10	17	55
11	21	51
25	27	65
38	37	75
51	41	71
48	47	85
TOTALES	1,3	1

8 ÍNDICES CPO-ceo		
D	C	P
4	11	4
d	c	e
19	0	0
TOTAL		

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA		
* rojo	SELLANTE NECESARIO	PERDIDA (OTRA CAUSA)
* azul	SELLANTE REALIZADO	ENDODONCIA
X rojo	EXTRACCIÓN INDICADA	PROTESIS FIJA
X azul	PERDIDA POR CARIES	PROTESIS REMOVIBLE
		PROTESIS TOTAL
		CORONA
		OBTURADO
		CARIES

PLANES DE DIAGNOSTICO		PRESCRIPCIONES		OCCASION FINAL	
FECHA	INDICACIONES Y COMENTARIOS	FECHA	INDICACIONES Y COMENTARIOS	FECHA	INDICACIONES Y COMENTARIOS
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					

PLANES DE DIAGNOSTICO		PRESCRIPCIONES		OCCASION FINAL	
FECHA	INDICACIONES Y COMENTARIOS	FECHA	INDICACIONES Y COMENTARIOS	FECHA	INDICACIONES Y COMENTARIOS
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					

FECHA	EDAD	FECHA IN	FECHA BA	MAPA	ALIMENTACIÓN MATERNA	VALA DE MATERIALES
24/2	8	11/2/4		WTE 40 10/10/55 Año 40 Quilogramos	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
24/2	9	10/1/55		WTE 40 10/10/55 Año 40 Quilogramos	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
24/2	10	15/8/55		WTE 40 10/10/55 Año 40 Quilogramos	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
24/2	11	17/6/54		WTE 40 10/10/55 Año 40 Quilogramos	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
24/2	12	17/7/14		WTE 40 10/10/55 Año 40 Quilogramos	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
24/2	13	19/15		WTE 40 10/10/55 Año 40 Quilogramos	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
24/2	14	19/15		WTE 40 10/10/55 Año 40 Quilogramos	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
24/2	15	19/15		WTE 40 10/10/55 Año 40 Quilogramos	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
24/2	16	19/15		WTE 40 10/10/55 Año 40 Quilogramos	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
24/2	17	19/15		WTE 40 10/10/55 Año 40 Quilogramos	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
24/2	18	19/15		WTE 40 10/10/55 Año 40 Quilogramos	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

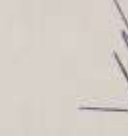


Escuela de Odontología

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

PROTOCOLO DE ALARGAMIENTO DE CORDON

FORMULARIO UIDE-CD-028

ORDEN	No.	PASO CLINICO	FIRMA
	1	Radiografía Periapical, Análisis Radiográfico Análisis Clínico Diagnóstico. Exámenes clínicos (biometría hemática, química sanguínea).	
	2	Asépsis y antisepsia más colocación de campos operativos. Preparación de mesa de trabajo (Insumos e Instrumental). Desinfección de la cavidad bucal.	
	3	Técnica de Anestesia local. Tipo de incisión en el sitio a intervenir. Gingivectomía (retiro de collar de encía). Levantamiento de colgajo mucoperiosteico. Osteotomía y osteoplastia. Sutura.	
	4	Lavado de la superficie con suero fisiológico. Enjuague por 30 segundos con colutorio de clorhexidina. Colocar apósito (grasa). Indicaciones de posoperatorio.	
	5	Control y retiro de puntos a los 8 días.	

Estudiante
Nombre: Sandy Ego

Firma: LSJL

Tutor
Nombre: 

Firma del Paciente: 

Recibí el trabajo a entera satisfacción



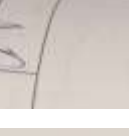
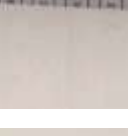
Escuela de Odontología

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

FORMULARIO UIDE-CD-028

FORMULARIO UIDE-CD-028

ORDEN	No.	PASO CLINICO	FIRMA
	1	Radiografía Periapical, Análisis Radiográfico Análisis Clínico Diagnóstico. Exámenes clínicos (biometría hemática, química sanguínea).	
	2	Asépsis y antisepsia más colocación de campos operativos. Preparación de mesa de trabajo (Insumos e Instrumental). Desinfección de la cavidad bucal.	
	3	Técnica de Anestesia local. Tipo de incisión en el sitio a intervenir. Gingivectomía (retiro de collar de encía). Levantamiento de colgajo mucoperiosteico. Osteotomía y osteoplastia. Sutura.	
	4	Lavado de la superficie con suero fisiológico. Enjuague por 30 segundos con colutorio de clorhexidina. Colocar apósito (grasa). Indicaciones de posoperatorio.	
	5	Control y retiro de puntos a los 8 días.	

Estudiante
Nombre: Sandy Ego

Firma: LSJL

Tutor
Nombre: 

Firma del Paciente: 

Recibí el trabajo a entera satisfacción

[illegible]

[illegible]

[illegible]

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGIA
PROTOCOLO DE ALARGAMIENTO DE CORONA

FORMA CITA:

FECHA	Nº	PASO CLINICO	FIRMA
15/04/18	1	radiografía Periapical. Análisis Radiográfico Análisis Clínico. Diagnóstico.	
15/04/18	2	Aspirar y antisepsia más colocación de campos operativos. Preparación de mesas de trabajo (Insumos e Instrumental). Desinfección de la cavidad bucal. Técnica de Anestesia local.	
15/04/18	3	Tipo de incisión en el sitio a intervenir. Gingivectomía (retiro de collar de encía). Levantamiento de colgajo mucoperiosteico. Osteotomía y osteoplastia. Sutura.	
15/04/18	4	Lavado de la superficie con suero fisiológico. Enjuague por 30 segundos con colutorio de clorhexidina. Colocar apósito (gasa). Indicaciones de posoperatorio.	
15/04/18	5	Control y retiro de puntos a los 8 días.	

Acabó el trabajo a entera satisfacción

Forma del Paciente
C.A.

Estudiante
Nombre: SHIRLEY C.D.
Firma: Shirley C.D.

Tutor
Nombre: DR. ANTONIO PARRA
Firma: Antonio Parra

FORMULARIO JDE-CEO-038

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGIA
PROTOCOLO DE BIOPULPECIONIA

FORMA CITA:

FECHA	Nº	PASO CLINICO	FIRMA
15/04/18	1	Diagnóstico Clínico y Radiográfico Intrapulpa.	
15/04/18	2	Anestesia del diente a tratar. Alisamiento del campo operatorio. Apertura de la cámara pulpar.	
15/04/18	3	Vaciado de la mayor cantidad de tejido pulpar inflamado. Irrigación profunda con hipoclorito de sodio al 2.25% hasta que se ceba la hemorragia. Determinación de longitud de trabajo electrónica y Radiográfica. Instrumentación Técnica Step Down. Medicación intracanal.	
15/04/18	4	Colocación de una botica de silicona estéril. Colocación de Óxido de Zinc Eugenol. Medicación sistémica con AUGS.	

SEGUNDA CITA:

FECHA	Nº	PASO CLINICO	FIRMA
15/04/18	1	Analgesia del diente a tratar. Alisamiento del campo operatorio. Apertura cervical. Replanamos la longitud de trabajo e instrumentación. Irrigación profunda. Conformetría y control radiográfico. Secado de los conductos. Obturación con técnica lateral.	
15/04/18	3	Control radiográfico penacho. Cortamos el exceso de gutapercha. Colocación de Ionómero de Vidrio en la entrada de los conductos. Colocación de Cemento sellador Provisional.	
15/04/18	4	Radiografía final de control. Remisión a rehabilitación Oral. Medicación sistémica con AUGS.	

Acabó el trabajo a entera satisfacción

Forma del Paciente
C.A.

Estudiante
Nombre: SHIRLEY C.D.
Firma: Shirley C.D.

Tutor
Nombre: DR. ANTONIO PARRA
Firma: Antonio Parra

FORMULARIO JDE-CEO-039

RISO ELIMCO		FIRMA
1	Diagnostico Correo y Redefinición ambiente	
2	Asistencia del cliente a traer	
3	Asistencia del campo (operario)	
4	Apertura de la cámara pupar	
5	Visualización de la mayor cantidad de larvas pupales obtenidos	
6	Identificación de las pupas	
7	Identificación de las pupas	
8	Identificación de las pupas	
9	Identificación de las pupas	
10	Identificación de las pupas	
11	Identificación de las pupas	
12	Identificación de las pupas	
13	Identificación de las pupas	
14	Identificación de las pupas	
15	Identificación de las pupas	
16	Identificación de las pupas	
17	Identificación de las pupas	
18	Identificación de las pupas	
19	Identificación de las pupas	
20	Identificación de las pupas	
21	Identificación de las pupas	
22	Identificación de las pupas	
23	Identificación de las pupas	
24	Identificación de las pupas	
25	Identificación de las pupas	
26	Identificación de las pupas	
27	Identificación de las pupas	
28	Identificación de las pupas	
29	Identificación de las pupas	
30	Identificación de las pupas	
31	Identificación de las pupas	
32	Identificación de las pupas	
33	Identificación de las pupas	
34	Identificación de las pupas	
35	Identificación de las pupas	
36	Identificación de las pupas	
37	Identificación de las pupas	
38	Identificación de las pupas	
39	Identificación de las pupas	
40	Identificación de las pupas	
41	Identificación de las pupas	
42	Identificación de las pupas	
43	Identificación de las pupas	
44	Identificación de las pupas	
45	Identificación de las pupas	
46	Identificación de las pupas	
47	Identificación de las pupas	
48	Identificación de las pupas	
49	Identificación de las pupas	
50	Identificación de las pupas	
51	Identificación de las pupas	
52	Identificación de las pupas	
53	Identificación de las pupas	
54	Identificación de las pupas	
55	Identificación de las pupas	
56	Identificación de las pupas	
57	Identificación de las pupas	
58	Identificación de las pupas	
59	Identificación de las pupas	
60	Identificación de las pupas	
61	Identificación de las pupas	
62	Identificación de las pupas	
63	Identificación de las pupas	
64	Identificación de las pupas	
65	Identificación de las pupas	
66	Identificación de las pupas	
67	Identificación de las pupas	
68	Identificación de las pupas	
69	Identificación de las pupas	
70	Identificación de las pupas	
71	Identificación de las pupas	
72	Identificación de las pupas	
73	Identificación de las pupas	
74	Identificación de las pupas	
75	Identificación de las pupas	
76	Identificación de las pupas	
77	Identificación de las pupas	
78	Identificación de las pupas	
79	Identificación de las pupas	
80	Identificación de las pupas	
81	Identificación de las pupas	
82	Identificación de las pupas	
83	Identificación de las pupas	
84	Identificación de las pupas	
85	Identificación de las pupas	
86	Identificación de las pupas	
87	Identificación de las pupas	
88	Identificación de las pupas	
89	Identificación de las pupas	
90	Identificación de las pupas	
91	Identificación de las pupas	
92	Identificación de las pupas	
93	Identificación de las pupas	
94	Identificación de las pupas	
95	Identificación de las pupas	
96	Identificación de las pupas	
97	Identificación de las pupas	
98	Identificación de las pupas	
99	Identificación de las pupas	
100	Identificación de las pupas	

SEGUNDA CITA

FECHA	PASO CLINICO	No.
	Anestesia del diente a tratar Aislamiento del campo operatorio. Apertura cameral Ileumamos la longitud de trabajo e instrumentación	1
	Irrigación por fosa Conometría y control radiográfico Setado de los conductos Obturación con técnica lateral	2
	Control radiográfico apical Cortamos el exceso de gutapercha Colocación de ionómetro de Vidler en la entrada de los conductos Colocación de Cemento sellador Provisional	3
	Radiografía final de control Remisión a rehabilitación Oral Medicación sistémica con AMBIS.	4

	medication system
	control el trabajo a altura satisfactorio

73
 elicited latencies

brillante
brillare
bravo
bravo

Tutor: Dora Hellen
 Nombre: _____
 Fecha: 11/05/2015
 ID: 1005-200-011

[illegible]

FECHA	NÚM.	NOMBRE	PRÁCTICA	FECHA
15.6.18	1		Pratografía / Curioso Poca	15.6.18
15.6.18	2		Método valoración analítica	15.6.18
15.6.18	3		Caracterización	15.6.18
15.6.18	4		Pratografía de control	15.6.18
15.6.18	5		Preparación	15.6.18
15.6.18	6		- Ácido Fosfórico - Blanes - Adhesivo	15.6.18
15.6.18	7		Preparación Dental	15.6.18
15.6.18	8		- Desinfección (Clorhexidina y povidón) - Clorhexidina ácido a nivel de enamele - Adhesivo a nivel esmalte	15.6.18
15.6.18	9		Coloca sin cemento autoglizado	15.6.18
15.6.18	10		Fotocurado 20 segundos	15.6.18

hacia el trabajo y entorno satisfactorio.

FORMA DEL PACIENTE

STUDENT

NAME: Sunday E.D

NAME: Dr. B. B. B.

2000: 21/2

WILLIAM

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

PROTOCOLO DE ENDODONTIAS (PRIMO PREPARACION)

Nombre del paciente: Camila Pineda
 Edad: 10 años
 Sexo: F
 Fecha: 15/11/17 (2 periodos)

NO.	FASE CLINICA	FASE CLINICO	FINA
1	1. Radiografía / Control inicial		
2	2. Medida de longitud del conducto		
3	3. Descontaminación		
4	4. Radiografía de control		
5	5. Preparación		
6	6. Descontaminación (Clorhexidina y ácido)		
7	7. Colocación cemento autoglirado		
8	8. Fotocurado 20 segundos		

Acá el trabajo a entera satisfacción.

FINA DEL PACIENTE: Camila Pineda
 TUTOR: Dr. Oscar Vazquez
 FIRMA: [Firma]

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

PROTOCOLO DE ALARGAMIENTO DE CORONA

NO.	FASE CLINICA	FINA
1	1. Radiografía Periapical. Análisis Radiográfico Diagnóstico. Exámenes clínicos (biometría hemática, química sanguínea). Preparación de muelas de trabajo (insuflador e instrumental). Desinfección de la cavidad bucal. Técnica de Anestesia local. Tipo de incisión en el sitio a intervenir. Gingivectomía (retiro de collar de encía). Levantamiento de colgajo microquirúrgico. Osteotomía y osteoplastia. Sutura.	
2	2. Lavado de la superficie con suero fisiológico. Enjuague por 30 segundos con colorido de clorhexidina. Colocar apósito (gas). Indicaciones de posoperatorio.	
3	3. Control y retiro de puntos a los 8 días.	

Acá el trabajo a entera satisfacción.

FINA DEL PACIENTE: Camila Pineda
 TUTOR: Dr. Oscar Vazquez
 FIRMA: [Firma]

[illegible]

UIDE
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

PROTOCOLO DE COMENSA

Se aplicara según procedimiento protocolado en la prima realizada de conformidad de este protocolo al plan de tratamiento establecido.

Paciente: **Dr. VILLANOVA** No. Historia: **10142** No. Diente: **#35, #45, #13**

Nombre del paciente: **Concepcion Pantoja**

PASO CLINICO

1	Modelado del Estudio	
2	Encerado	
3	Preparación de placa	
4	Elaboración de protuberancias	
5	Impresiones funcionales	
6	Exposición del material	
	Metal porcelana ☒	
	Porcelana pura ☐	
	Zirconio ☐	
7	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo	
8	Prueba de cofa	
9	Prueba de porcelana sin terminado	
10	Terminado, camuflación definitiva meta porcelana/zirconio.	
11	CEMENTACIÓN CERAMICA Preparación cerámica Colocación todo fluorizado Lavado y secado Colocación cemento dual bioadhesivo 30 segundos oca Preparación de la Desinfección de la Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado CEMENTACIÓN METAL CERAMICA / ZIRCONIO Desinfección de la y corona Lavado y secado Cementación - ionomero de vidrio	

Recibi el trabajo a entera satisfacción

Firma del Paciente: *[Firma]*

Firma del Representante: *[Firma]*

UIDE
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

PROTOCOLO DE COMENSA

Se aplicara según procedimiento protocolado en la prima realizada de conformidad de este protocolo al plan de tratamiento establecido.

Paciente: **Dr. VILLANOVA** No. Historia: **10142** No. Diente: **#35, #45, #13**

Nombre del paciente: **Concepcion Pantoja**

PASO CLINICO

1	Modelado del Estudio	
2	Encerado	
3	Preparación de placa	
4	Elaboración de protuberancias	
5	Impresiones funcionales	
6	Exposición del material	
	Metal porcelana ☒	
	Porcelana pura ☐	
	Zirconio ☐	
7	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo	
8	Prueba de cofa	
9	Prueba de porcelana sin terminado	
10	Terminado, camuflación definitiva meta porcelana/zirconio.	
11	CEMENTACIÓN CERAMICA Preparación cerámica Colocación todo fluorizado Lavado y secado Colocación cemento dual bioadhesivo 30 segundos oca Preparación de la Desinfección de la Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado CEMENTACIÓN METAL CERAMICA / ZIRCONIO Desinfección de la y corona Lavado y secado Cementación - ionomero de vidrio	

Recibi el trabajo a entera satisfacción

Firma del Paciente: *[Firma]*

Firma del Representante: *[Firma]*

[illegible]

[illegible]

[illegible]

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
FORMULARIO DE HISTORIA DEL PACIENTE

UPE

1. DATOS PERSONALES

Nombre: Dr. Pineda Apellido: Comas Fecha de nacimiento: 1971

Sexo: Varón Estado civil: Soltero Ocupación: Odontólogo

2. DATOS DE LA CONSULTA

Fecha: 15/01/2014 Hora: 10:00 Lugar: Clínica

3. MOTIVO DE LA CONSULTA

Examen de rutina

4. ANTECEDENTES

Enfermedades: Caries Periodontitis Endocarditis Diabetes Hipertensión Asma Alergia Trastorno de ansiedad

5. EXAMEN CLÍNICO

Inspección: Características faciales Características dentales Características orales Características extraorales

6. EXAMEN RADIOGRÁFICO

7. DIAGNÓSTICO

8. PLAN DE TRATAMIENTO

9. EVOLUCIÓN

10. OBSERVACIONES

11. FIRMAS

12. SELLO