



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

TRABAJO DE TITULACIÓN COMO REQUISITO DE GRADO

TÍTULO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:

“Rehabilitación funcional de paciente edéntulo con escaso reborde óseo, mediante prótesis totales convencionales”

ESTUDIANTE: Stephany Michelle Apunte Benalcázar

TUTOR RESPONSABLE: Od. Es. Esteban David Vizcaíno Mancheno

Quito, Octubre del 2018

CERTIFICACIÓN

Yo, **Stephany Michelle Apunte Benalcázar**, declaro bajo juramento, que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada.

Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, para que sea publicado y divulgado en internet, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, reglamento y leyes.

Atentamente

(Michelle Apunte)

CI. 1715166235

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

Atentamente

(Od. Es. Esteban Vizcaíno)

DEDICATORIA

Mi trabajo de titulación, dedico a mis padres Mónica Benalcázar y Diego Apunte
porque gracias a su esfuerzo, apoyo incondicional, consejos, valores
y sobre todo mucho amor, culmino una etapa en mi vida,
siendo los que me han enseñado a ser mejor persona
y siempre levantarme ante cualquier caída
que se me presente en la vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios y a mi Lupita que me han bendecido y guiado por el mejor camino,

A mis padres que son mi ejemplo a seguir, son las personas que siempre han estado junto a mí en la buenas y sobre todo en las malas apoyándome de la mejor manera, inculcándome siempre a seguir a delante ante cualquier tropiezo, mi madre el amor de mi vida la persona que sabe cómo me siento solo escuchando mi voz gracias por haberme educado de la mejor manera, mi padre que con su esfuerzo y amor me ayudó a finalizar mis estudios.

Mi novio que me ha ayudado a crecer mentalmente, su apoyo, paciencia y mucho amor, gracias por siempre haber encontrado una solución ante cualquier problema que se me ha presentado y sobre todo disfrutar mis logros.

Mi familia que se siente orgullosa de mí, dándome muchos ánimos y me han enriquecido de consejos y a todos los que han estado durante toda esta etapa.

A mi tutor, Dr. Esteban Vizcaíno por sus enseñanzas, conocimientos y ayuda a concluir mi trabajo de titulación y de igual manera a la universidad por brindarme una educación de primera.

RESUMEN

El edentulismo es considerado un problema común en las personas adultas mayores. La pérdida dental se debe a diferentes factores como son la edad, nivel cultural, problemas socioeconómicos, hábitos, entre otros. Por ello, es esencial realizar un tratamiento completo, analizando las causas que influyen en la vida del paciente y no solo mejorar su salud bucal con respecto a la indisposición muy prevalente como la pérdida dental. El presente caso fue realizado a una paciente de 77 años de edad que sufre Diabetes Mellitus tipo I controlada, que acudió a la consulta por falta de estética y pérdida de función masticatoria debido a su edentulismo total superior e inferior. Debido a los limitantes que la paciente presentaba para la colocación de sobredentadura sobre implantes, se determinó elaborar una prótesis total convencional, obteniendo un resultado exitoso, adaptándose muy bien a la paciente, devolviendo la función y estética. En cuanto a los hábitos de higiene bucal se le recomendó algunas técnicas de mantenimiento, de esta manera se espera que las prótesis permanezcan en buen estado cumpliendo su función.

Palabras claves: Edentulismo, Prótesis total, Diabetes Mellitus

ABSTRACT

Edentulism is considered a common problem in older adults. Dental loss is due to different factors such as age, cultural level, socioeconomic problems, habits, among others. Therefore, it is essential to perform a complete treatment, analyzing the causes that influence the patient's life and not only improve their oral health with respect to the very prevalent indisposition such as dental loss. The present case was performed to a 78-year-old patient who suffers from controlled Diabetes Mellitus type I, who attended the clinic due the lack of esthetics and loss of masticatory function due to the presence of total edentulism superior and inferior. Due the limitations that the patient presented for the overdentadure placement on implants, it was determined to elaborate a conventional total prosthesis, obtaining a successful result, adapting very well to the patient, returning the function and esthetic. Regarding the habits of oral hygiene, some maintenance techniques were recommended, in this way it is expected that the prosthesis remain in good condition fulfilling its function.

Keywords: Edentulism, Total prosthesis, Diabetes Mellitus.

Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| CAPITULO I..... | 12 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 12 |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 14 |
| 3. JUSTIFICACIÓN | 16 |
| 4. OBJETIVOS | 17 |
| 4.1 Generales | 17 |
| 4.2 Específicos | 17 |
| CAPITULO II | 18 |
| 5. MARCO TEÓRICO..... | 18 |
| 5.1. Tejido óseo | 18 |
| 5.1.1. Composición del tejido óseo | 18 |
| 5.1.2. Características histológicas del tejido óseo | 19 |
| 5.1.3. Funciones del tejido óseo | 20 |
| 5.2 Edentulismo..... | 20 |
| 5.2.1. Características de la pérdida ósea en el maxilar superior..... | 21 |
| 5.2.2. Pérdida ósea en el maxilar inferior..... | 22 |
| 5.2.3. Perfil facial en paciente edéntulo | 22 |
| 5.3. Prótesis Total..... | 23 |
| 5.3.2. Impresiones funcionales | 25 |
| 5.3.3 Impresión definitiva | 28 |
| 5.3.4. Bases de prueba y planos de orientación..... | 29 |
| 5.3.6. Individualización del plano de orientación superior | 30 |
| 5.3.6. Individualización del plano de orientación inferior..... | 32 |
| 5.3.7. Montaje de modelos en el articulador | 34 |
| 5.3.8. Dientes artificiales..... | 35 |
| 5.3.9 Selección y Montaje de dientes artificiales | 36 |
| 5.3.10. Oclusión en Prótesis total..... | 37 |
| 5.3.11 Prueba de dientes montados en cera..... | 37 |
| 5.3.12. Instalación de prótesis total | 38 |
| 5.3.13 Orientaciones al paciente | 38 |
| 5.3.14. Consultas de retorno..... | 39 |
| 5.4 Prótesis total sobre implantes | 40 |

| | |
|---|----|
| 5.4.1 Limitaciones para la instalación de implantes osteointegrables..... | 41 |
| 5.5. Diabetes en odontología..... | 42 |
| CAPITULO III..... | 44 |
| 6. DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CASO CLÍNICO | 44 |
| 6.1 Historia Clínica | 44 |
| 6.1.1. Datos Generales..... | 44 |
| 6.1.2. Motivo de Consulta | 44 |
| 6.1.3. Enfermedad o problema actual..... | 44 |
| 6.1.4. Antecedentes médicos personales y familiares | 44 |
| 6.1.5. Antecedentes odontológicos..... | 44 |
| 6.2. Examen clínico..... | 45 |
| 6.2.1. Examen extraoral..... | 45 |
| 6.2.1. Examen intraoral | 46 |
| 6.3. Exámenes complementarios..... | 47 |
| 6.3.1. Radiografía..... | 47 |
| 6.3.2. Tomografía..... | 48 |
| 6.4. Diagnóstico | 50 |
| 6.5. Plan de tratamiento y planificación..... | 50 |
| 6.6. Tratamiento de prótesis total | 51 |
| 7. DISCUSIÓN | 63 |
| 8. CONCLUSIONES | 65 |
| 9. RECOMENDACIONES | 66 |
| 10. ANEXOS..... | 67 |
| 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 78 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| <i>Figura. 1</i> Presencia de osteoclastos, osteoblastos y osteocitos. Tomado de (Vidal, 2004). | 19 |
| <i>Figura. 2</i> Atrofia de la apófisis alveolar, pérdida de soporte labial. Tomado de: (Misch, 2009, pág. 406)..... | 21 |
| <i>Figura. 3</i> Pérdida ósea del maxilar inferior. Tomado de: (La reabsorción ósea, 2013)..... | 22 |
| <i>Figura. 4</i> En una buena impresión anatómica del maxilar inferior se debe observar, hendidura del masetero (a), papila piriforme (b), línea oblicua interna (c), línea oblicua externa (d), brida de la glándula sublingual (e), apófisis geni (f). Tomado de: (Telles D. , 2011)..... | 24 |
| <i>Figura. 5</i> Regiones del reborde inferior. Tomado de: (Telles D. , 2011, pág. 120)..... | 27 |
| <i>Figura. 6</i> Regiones del reborde superior que establece una delimitación dinámica o funcional para la base de la prótesis. Tomado de: (Telles D. , 2011, pág. 130)..... | 28 |
| <i>Figura. 7</i> Sellado periférico inferior. Tomado de: (Telles D. , 2011, pág. 137). | 28 |
| <i>Figura. 8</i> Sellado periférico superior. Tomado de: (Telles D. , 2011, pág. 128). | 28 |
| <i>Figura. 9</i> Vista frontal del colapso facial y recuperación de él. Tomado de: (Telles D. , 2011, pág. 177)..... | 30 |
| <i>Figura. 10</i> Línea de sonrisa. (Telles D. , 2011, pág. 189)..... | 32 |
| <i>Figura. 11</i> Montaje en el articulador de modelo superior mediante arco facial. Tomado de: (Milano., Desiate, 2011, pág. 29)..... | 35 |
| <i>Figura. 12</i> Montaje de dientes. Tomado de: (Telles D. , 2011, pág. 234). | 37 |
| <i>Figura. 13</i> Ajuste oclusal de los dientes artificiales corrigiendo las alteraciones provocadas en el proceso de Acrilización. Tomado de: (Telles D. , 2011, pág. 283)..... | 38 |
| <i>Figura. 14</i> Limpieza a la prótesis. Tomado de: (Telles D. , 2011, pág. 285). | 39 |
| <i>Figura. 15</i> Análisis fotografías extraorales con prótesis antiguas. Vista frontal (A). Perfil derecho (B). Perfil Izquierdo (C). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011), | 45 |
| <i>Figura. 16</i> Análisis fotografías extraorales sin prótesis. Vista frontal (A). Perfil derecho (B). Perfil Izquierdo (C). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011). | 46 |
| <i>Figura. 18</i> Odontograma. Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: (Apunte, 2018). | 47 |
| <i>Figura. 17</i> Análisis intraoral. Arcada superior (A). Arcada inferior (B). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada con: (Telles D. , 2011)..... | 47 |
| <i>Figura. 19</i> Radiografía panorámica (A). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: (Apunte, 2018). | 48 |

| | |
|--|----|
| <i>Figura. 21</i> Materiales para la elaboración de las zonas de alivio (A), Zonas de alivio y cubetas individuales confeccionadas (B), Pulido de cubetas superior e inferior (C). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte Imagen relacionada: (Telles D. , 2011)..... | 52 |
| <i>Figura. 22</i> Prueba al paciente para la elaboración del recorte muscular (A, B, C). Materiales para sellado periférico (D), Sellado periférico (E, F). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte Imagen relacionada: (Telles D. , 2011). | 53 |
| <i>Figura. 23</i> Materiales para toma de impresión definitiva (A), Toma de impresión superior e inferior (B), Impresiones realizadas (C). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011). | 54 |
| <i>Figura. 24</i> Rodetes superior e inferior (A). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011). | 55 |
| <i>Figura. 25</i> Puntos evaluados en relación al soporte labial (A), Desgaste del rodete (B). Altura Incisal (C). Existe una ligera discrepancia en el paralelismo la relación a la línea de camper y el rodete. (D). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011)..... | 56 |
| <i>Figura. 26</i> Línea media (A), Línea de caninos (B). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011). | 56 |
| <i>Figura. 27</i> Horquilla sujeta al rodete antes de la instalación a la paciente (A), colocación del arco facial en el paciente para montaje en el articulador (B, C, D). Montaje en el articulador del rodete superior (E, F). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011). | 58 |
| <i>Figura. 28</i> Individualización del plano de orientación inferior (A), Evaluación de dimensión Vertical (B). Colocación de grapas para el registro tomado (C), Montaje en el articulador del modelo inferior (D). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011). | 59 |
| <i>Figura. 29</i> Colorímetro para selección de dientes artificiales (A), Dientes montados elaborados por laboratorio (B, C, D), prueba de base en cera con dientes en prótesis (E ,F, G), Vista frontal de modelos en oclusión (H). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011). | 60 |
| <i>Figura. 30</i> Instalación de la prótesis intraoral (A), Vista lateral (B), Vista frontal (C), Control a las 24 horas lesión en tejido (D), Eliminación de zona de presión (E), Paciente totalmente satisfecha (F). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011). | 62 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|--|----|
| <i>Tabla 1.</i> Signos vitales (Apunte, 2018)..... | 44 |
| <i>Tabla 2.</i> Examen Intraoral (Apunte, 2018). | 46 |
| <i>Tabla 3:</i> Plan de tratamiento por sesiones. Elaborado: (Apunte, 2018)..... | 50 |

ANEXOS

| | |
|---|----|
| <i>Anexo: 1</i> Historia Clínica. Elaborado: (Apunte, 2018). | 67 |
| <i>Anexo: 2</i> Historia Prótesis Total. Elaborado: (Apunte, 2018)..... | 73 |
| <i>Anexo: 3</i> Consentimiento Informad. Elaborado. (Apunte, 2018)..... | 77 |

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define a la salud bucodental como “la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan la boca, cavidad bucal y dientes...” (Unidental, 2015).

A pesar de que la odontología y la ciencia han evolucionado a lo largo de los años, en el siglo XXI todavía se encuentra una gran cantidad de casos de pacientes edéntulos de igual forma que hace 100 años atrás. (Telles., Hollweg., Castellucci., Veras, 2011).

“Según la Investigación Mundial de la Salud, realizada por la Organización Mundial de la Salud y dirigida en Brasil por la Fiocruz...” (Telles., Hollweg., Castellucci., Veras, 2011), menciona que el edentulismo en adultos mayores aunque difiere de país a país, sigue siendo alto el porcentaje en cualquiera de ellos, siendo mayor en Islandia con un 69%, países bajos con un 65%, Reino Unido con un 46%, Brasil con un 37.8%. (Valenzuela, 2016, p. 18) (Telles., Hollweg., Castellucci., Veras, 2011).

En los próximos años se espera que estas estadísticas reduzcan notablemente, ya que tales números indicaron la necesidad de mejorar la política de salud pública, el entrenamiento para los odontólogos debe ser minucioso para que ellos puedan encontrar las estrategias correctas para prevención de pérdidas dentales, diagnóstico correcto y su respectivo tratamiento. (Telles D. , 2011, pp. 3 -5).

La rehabilitación oral se centra en restablecer la función del sistema estomatognático en aquellos pacientes que debido a la pérdida dental han sufrido diversos problemas como por ejemplo, en procesos de masticación, deglución, fonación. (Rodriguez, 2013). “Durante el último siglo, la forma de tratamiento más utilizada para rehabilitar a los edéntulos fue la prótesis total...” (Telles., Hollweg., Castellucci., Veras, 2011, p. 5). Aunque la retención y la estabilidad a veces se ven afectadas debido a diversos factores como la cantidad de saliva, la musculatura, oclusión, entre otras que no permiten conseguir las condiciones ideales; es por eso que existen otras alternativas de tratamiento como la cirugía con el fin de aumentar el reborde óseo, profundización del surco vestibular, aunque los resultados no siempre son beneficiosos; otra opción que

está siendo utilizada cada vez por más profesionales por sus excelentes resultados es la prótesis sobreimplantes, que a pesar de sus beneficios también puede enfrentarse con algunas limitaciones financieras, psicológicas, anatómicas y quirúrgicas. (Telles., Hollweg., Castellucci., Veras, 2011, p. 5).

Es por eso, que es esencial realizar un correcto y minucioso plan de tratamiento para elegir la mejor opción de rehabilitación para el paciente según cada caso, como Telles en el año 2011 afirma que la llave de una buena indicación protésica consiste en tomar en cuenta las necesidades y posibilidades de cada paciente para saber qué tipo de prótesis le beneficiaría, realizando correctamente los siguientes aspectos como son: la historia clínica, examen intraoral y extraoral, exámenes complementarios y análisis de modelos de estudio. (Telles., Hollweg., Castellucci., Veras, 2011, p. 5).

La reabsorción del hueso alveolar se puede presentar por diversas causas, una de ellas es la ausencia de dientes, por patologías que provocan la pérdida ósea o una falta de desarrollo de los huesos maxilares. Existen patrones de reabsorción sobre la relación intermaxilar, como son las siguientes: Anteroposterior: En el maxilar superior, la forma de reabsorción es de forma centrípeta mientras que en el maxilar inferior es centrífuga; vertical: la dimensión vertical se ve disminuida; transversal: cuando el maxilar superior cae dentro de la mandíbula. (Odontochile, 2018, p. 2).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Paciente Femenino de 77 años de edad acudió a la consulta de la clínica de especialidades odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador, debido a la colocación de una nueva prótesis total; al momento de la realización de la anamnesis la paciente nos informó que presenta diabetes tipo 1 controlada hace aproximadamente 12 años, administrándose Amaryl de 2mg cada 12 horas y también que se siente inconforme con su prótesis total acrílica ya que se encuentra desadaptada y con los dientes artificiales desgastados, la cual fue realizada hace 35 años.

Tras el examen intraoral se observa las prótesis totales desgastadas, la prótesis inferior desadaptada, el reborde alveolar inferior se observa una reabsorción ósea muy pronunciada mientras que en el maxilar superior una reabsorción poco pronunciada, es por eso que su prótesis sigue adaptada; sus encías, lengua, labios, carrillos se encuentran sin patologías aparentes. En el examen extraoral, se constata que la dimensión vertical en oclusión y en reposo están disminuidas con sus prótesis totales.

La dimensión vertical, se la define como “la altura del tercio inferior del rostro o la relación espacial de la mandíbula en relación al maxilar en el plano vertical.” (Telles, 2011, p. 191), existe dimensión vertical en oclusión (DVO), la cual es la relación vertical de la mandíbula con el maxilar cuando los dientes se tocan y en la dimensión vertical en reposo (DVR), sólo se tocan los labios y no los dientes, apareciendo un espacio entre los dientes cuando la mandíbula se encuentra en reposo y el tono muscular en equilibrio, denominándose este espacio como espacio funcional libre. (Telles, 2011, p. 191).

El soporte labial de la prótesis de la paciente es insuficiente, mostrándose un colapso de tejido labial, surco nasogeniano pronunciado y quielitis angular marcada, siendo estos los signos de una dimensión vertical disminuida y colapso labial por reabsorción ósea. (Telles, 2011, p. 177).

El hueso alveolar después de sufrir una pérdida de la raíz dental sufre reabsorción por una falta de estímulos que son generados gracias a los ligamentos periodontales, entonces los intentos de reponer una dentición pérdida a través de la utilización de prótesis totales puede traer algunas consecuencias como generar presiones no

fisiológicas sobre el hueso remanente, lo que va permitir que el proceso de reabsorción se acelere. La rehabilitación a través de prótesis sobre implante puede crear estímulos funcionales intraóseos, los cuales mantendrían la actividad de los osteoblastos y la condición del hueso alveolar. (Telles, 2011, p 170).

En este caso clínico, la paciente presenta algunas limitaciones que no permiten tomar como opción la prótesis sobre implantes, como son las limitaciones anatómicas con una reducción significativa del hueso alveolar; limitaciones quirúrgicas ya que la paciente al tener diabetes puede comprometer el proceso de cicatrización; limitaciones financieras ya que los costos de los implantes y los componentes protésicos tienen un costo muy elevado; por último, limitaciones psicológicas ya que la paciente al ser muy nerviosa pone resistencia al sometimiento de procedimientos quirúrgicos, prefiriendo las prótesis totales convencionales a pesar de que estas no presentan las mismas características de confort y eficacia masticatoria que con las prótesis sobre implantes. (Telles D. , 2011, pp. 3-9).

Tomando en cuenta todo lo recopilado de la paciente, la fabricación de las nuevas prótesis totales superior e inferior es la mejor opción para su tratamiento, debido a la limitada cantidad de hueso alveolar que presenta la paciente, ya que como se ha mencionado anteriormente, para elegir otra alternativa como la colocación de sobre implantes debemos tomar en cuenta varios aspectos como es la calidad y cantidad de hueso alveolar disponible. (Telles D. , 2011)

Es muy importante seguir los protocolos establecidos para la elaboración de prótesis totales, debido a que si se omite alguno de los pasos o algún detalle, con el fin de acelerar el proceso puede ser el motivo por el cual fracase el tratamiento. (Ganon, 1998).

Como se había mencionado anteriormente para realizar una prótesis total con éxito debemos seguir correctamente los parámetros para su elaboración, tomando en cuenta que los pasos a seguir sería la toma de impresiones anatómicas, impresiones funcionales, Bases de prueba y planos de orientación, individualización del plano de orientación superior, individualización del plano de orientación inferior y establecimiento de la posición mandibular, montaje de los modelos en articulador, montaje de dientes artificiales, Instalación de las prótesis totales y por último el

mantenimiento de la prótesis total seguido por los controles correspondientes a las paciente. . (Telles D. , 2011, pp. 93-311).

3. JUSTIFICACIÓN

Para que se obtenga el éxito esperado en la rehabilitación es imprescindible el conocimiento tanto de la anatomía básica de los huesos maxilares, como de la dinámica de las modificaciones que ocurren con esos huesos en el transcurso del tiempo. (Telles D. , 2011, p. 9).

Como ya se mencionó anteriormente, la utilización de prótesis sobre implantes está contraindicado en pacientes que presentan limitantes anatómicos, quirúrgicos y psicológicos; obteniendo la paciente cada uno de ellos, siendo una paciente nerviosa, con enfermedad sistémica la cual interviene en la cicatrización, bajos recursos económicos y su escaso reborde óseo. Otro limitante es la distancia entre la cortical alveolar y la base de la cavidad nasal que puede verse reducida en pacientes que presentan reabsorción ósea severa como se observa en este caso clínico. (Telles D. , 2011, p. 7).

Es por ello, que para decidir la mejor alternativa de tratamiento para cada caso, se debe tomar en cuenta todos los detalles, conocer las necesidades y posibilidades del paciente con los tipos de prótesis existentes, ya que una decisión equivocada puede traer muchas dificultades durante el tratamiento llevándolo al fracaso. (Telles D. , 2011, p. 3).

Las prótesis dentales removibles son indicadas para pacientes adultos que hayan perdido su dentadura y necesiten una rehabilitación de toda la boca mediante un tratamiento práctico, económico y relativamente sencillo. La prótesis total es la modalidad básica de tratamiento para los pacientes edéntulos y considerando las limitaciones de ese tipo de prótesis discutidas anteriormente, resta establecer los parámetros de indicación de las prótesis totales sobre implantes.” (Telles D. , 2011, p. 10).

4. OBJETIVOS

4.1 Generales

- Proporcionar un tratamiento odontológico integral a una paciente con escaso reborde óseo con la utilización de prótesis total inferior y superior.

4.2 Específicos

- Restituir la dimensión vertical del paciente mediante una rehabilitación oral integral devolviendo las funciones del aparato estomatognático.
- Devolver el soporte labial a la paciente, mediante prótesis totales convencionales debido a que la reabsorción ósea es muy marcada.
- Conseguir la armonía dento-facial, devolviendo la funcionalidad, equilibrio y un trabajo altamente estético para la paciente.
- Incentivar a la paciente, que la higiene bucal es muy importante evitando la acumulación de placa bacteriana puede deteriorar la prótesis y generar problemas en la encía.

CAPITULO II

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Tejido óseo

El tejido óseo es un tejido conjuntivo especializado, compuesto por elementos orgánicos e inorgánicos los cuales se mineralizan. Se encuentra poblado por células muy especializadas que regulan su estabilidad. (Lindhe, 2017, p. 50).

Es un órgano compuesto de varios tejidos, siendo estos el periostio, tejido cartilaginoso, tejido óseo, vasos y médula ósea los que protegen los órganos internos. (Rodríguez, 2009).

Son considerados tejidos que brindan al organismo sostén, y de esta manera también posibilitan la composición de sus diferentes sistemas. El tejido óseo se lo conoce como una agrupación de células que actúan de forma coordinada y presentan ciertas características, exhiben materia orgánica con sales de calcio, los cuales brindan rigidez y resistencia a los huesos. (Lindhe, 2017, p. 34).

El hueso de la apófisis alveolar se la denomina a la parte del maxilar superior como inferior, los cuales forman y sostienen los alveolos de los dientes, está se extiende desde hueso basal de los maxilares siendo un proceso simultáneo con la erupción dental. (Lindhe, 2017, pp. 34-35).

5.1.1. Composición del tejido óseo

“Alrededor del 90% de la matriz orgánica está constituida por colágeno tipo I. Las fibras colágenas, componente principal de la matriz ósea, se disponen siguiendo las líneas de fuerzas tensional, por ello el hueso es muy resistente a la tensión.” (Gómez (Ferraris, 2007, pp. 368-369).

El 10% restante está constituido por sustancias no colágenas; de ellas el 8% son glicoproteínas, fosfoproteínas y proteoglicanos, 2% tiene enzimas (fosfatasa alcalina, colágenas). Entre los componentes minerales del tejido óseo, el 80% corresponde a

cristales de hidroxapatita; el 15% de carbonato de calcio y el 5% a otras sales minerales. (Ferraris, 2007).

5.1.2. Características histológicas del tejido óseo

Histológicamente se localizan células como osteoblastos, osteoprogenitoras, osteoclastos y osteocitos. (Sciarini, 2007).

- Los Osteocitos, se forman cuando el osteoblasto se encuentra rodeada totalmente por la matriz ósea mineralizada, llamándola osteoide que representa en el ser humano menos del 1% del volumen de la matriz ósea, siendo un proceso de maduración de 10 días aproximadamente. (Arbolea., Perez, 2010).
- Los osteoclastos se manifiestan como células gigantes, multinucleadas con un máximo de 50 núcleos, móviles, las células jóvenes se las representa de forma ovoide, mientras que las células viejas sus membranas nucleares adquieren núcleos oscuros; debido la enzima lisosómica, y el hueso comienza a degradarse. (Pérez, 2010).

Podemos observar en la siguiente imagen a los osteoblastos, osteocitos y osteoclasto que fueron tomadas en el año 2014 por Vidal.

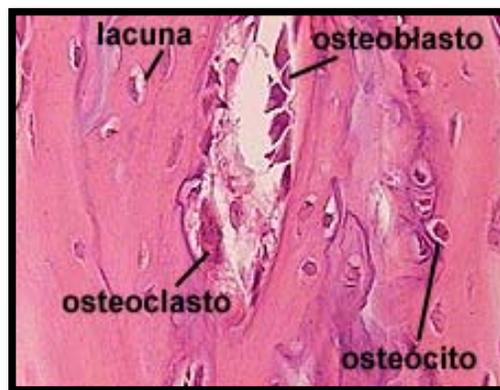


Figura. 1 Presencia de osteoclastos, osteoblastos y osteocitos. Tomado de (Vidal, 2004).

5.1.3. Funciones del tejido óseo

La función principal del tejido óseo es proporcionar locomoción y protección del órgano y la homeostasis mineral. Las tensiones mecánicas, factores ambientales y hormonales sistémicos influyen en el equilibrio de la resorción y el depósito del hueso. (Lindhe, 2017, p. 55).

- a) La función de protección, la cual como dice su nombre es proteger a los órganos y sistemas dependiendo de la zona corporal donde se encuentre. (Fisiopatología ósea, sf, p. párr.2).
- b) Función de sostén, siendo la que soporta las cargas de nuestro cuerpo y forma la estructura de ello, permitiendo la inserción de los músculos para que se generen movimientos gracias a las articulaciones. (Fisiopatología ósea, sf, p. párr.3).
- c) Función de depósito de sales minerales 99% Ca y 80% P, siendo necesarias para la contracción muscular y también otras funciones, cuando es indispensable el hueso libera minerales en la sangre a distintas partes del organismo (Fisiopatología ósea, sf, p. párr.5).
- d) Función hematopoyética, dentro de las cavidades ubicadas en distintos huesos se encuentra un tejido conectivo denominado médula ósea roja, la cual produce las células sanguíneas rojas o hematíes. (Fisiopatología ósea, sf, p. párr.7).

5.2 Edentulismo

La pérdida de cualquier parte de un órgano que sea miembro o parte de ellos, se lo denomina como amputación. Dado esto el edentulismo, sea total o parcial es el resultado de la amputación o pérdida de las piezas dentales por diferentes circunstancias, provocando una deficiencia. (Salud, 2015).

El edentulismo es la pérdida de todos los dientes tanto deciduos como permanentes, muchas veces afectando la salud oral como general y la calidad de vida, debido a la mala ingesta de alimentos, reduciendo el nivel de masticación y la percepción de sabores, afectando el estado de ánimo de las personas que son edentulas. (Lee J., Weyant, R, 2004).

Hace muchos años se especulaba que la pérdida dental es una fase del ciclo de vida por la reabsorción ósea, pero muchos estudios demostraron que no todas las enfermedades

orales son inevitables por los cambios de edad, debido a que existen muchas opciones de prevención para la pérdida dental; dado esto el edentulismo temprano se lo considera que es provocado por una mala higiene bucal y desinterés. (Shamray, 2008).

Como habíamos mencionado anteriormente, la pérdida dental altera las funciones del sistema estomatognático, como la masticación, fonética y estética; Es por ello que se buscaron métodos para realizar tratamientos a pacientes con alteraciones de cualquier complejidad con el fin de devolver la función, estética y armonía del sistema estomatognático mediante el uso de prótesis fija, removible o total, con el objetivo de devolver el funcionamiento con una correcta oclusión; sin embargo con el tiempo las prótesis pueden desadaptarse y deteriorarse, por eso se recomienda cada 4 años el cambio de ellas. (Gutierrez, V., León, R., Castillo, D, 2015).

5.2.1. Características de la pérdida ósea en el maxilar superior

La pérdida ósea en el maxilar es mucho más notoria en la bóveda palatina, conduciendo a la aparición de los tejidos fibrosos sobre el reborde, siendo que en el sector anterior del maxilar la pérdida ósea es vestibular y inferior de manera que la cresta alveolar provoca un movimiento hacia atrás perdiéndose el soporte labial. (Raspall, 2007). En la siguiente imagen podemos observar la reabsorción con una trayectoria centrípeta de vestibular hacia palatino.

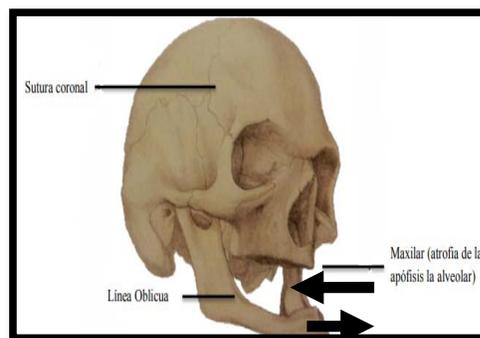


Figura. 2 Atrofia de la apófisis alveolar, pérdida de soporte labial. Tomado de: (Misch, 2009, p. 406).

5.2.2. Pérdida ósea en el maxilar inferior

En la mandíbula la reabsorción ósea es mucho más pronunciada que en el maxilar, “La pérdida de altura ósea puede dejar en la superficie el nervio mentoniano, el cual puede sufrir compresión por la prótesis dentaria. El patrón de pérdida ósea de la mandíbula edéntulo depende de factores, como la secuencia de exodoncias y la existencia de prótesis en la misma arcada o en el antagonista. La reducción de la altura y anchura hace que la cresta alveolar se mueva en sentido anterior adoptando la forma de filo de cuchillo. Las inserciones musculares del piso de la boca pueden quedar por encima de la cresta alveolar.” (Raspall, 2007, p. 145). Es decir que tiene una reabsorción de tipo centrífuga o hacia afuera de lingual a vestibular como podemos observar en la siguiente imagen

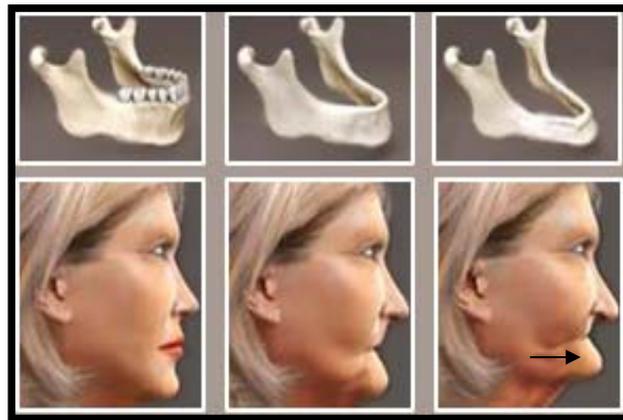


Figura. 3 Pérdida ósea del maxilar inferior. Tomado de: (La reabsorción ósea, 2013).

5.2.3. Perfil facial en paciente edéntulo

El perfil facial de una persona, es el tercio medio e inferior que está dado directamente por la relación de la oclusión que existe entre el maxilar y la mandíbula; la reabsorción ósea degenerativa de clase I a clase IV provocaría muchos cambios en la relación intermaxilar anteroposterior, vertical, transversal con un resultado de cambios estéticos faciales como se mencionará a continuación. (Raspall, 2007).

- La relación anteroposterior, provocara movimientos posteriores de la cresta alveolar junto al movimiento rotacional de la mandíbula, dando como resultado a un perfil en clase III. (López., Granizo, 2012).
- La relación transversal, ocurre un estrechamiento de la arcada maxilar y ensanchamiento de la arcada mandibular. (Raspall, 2007).
- Relación vertical, esta se altera por un aumento de la distancia interarcada, la misma que se compensa por una auto rotación mandibular que disminuye la dimensión del tercio inferior facial. (Raspall, 2007).

5.3. Prótesis Total

La prostodoncia es una rama de la odontología que se encarga de rehabilitar la boca mediante prótesis sobre dientes o sobre implantes, con la finalidad de suplantar las zonas donde no existen piezas dentarias restableciendo la función, estética y confort del paciente. Existen diferentes procedimientos para el reemplazo dental tales como prótesis fija que se apoyan en dientes naturales, combinada o no con implantes, pero cuando existe una pérdida excesiva de dientes la solución será la prótesis parcial removible o total removible cuando no existe ninguna pieza dental. (Mallat , 1998).

Como se ha venido mencionando la pérdida dental aumenta más en pacientes con edad avanzada, provocando una menor capacidad de adaptación de la prótesis total. El objetivo de colocar una prótesis total, es devolver la estética y función del paciente edéntulo, restaurando la relación entre los maxilares y devolviendo la dimensión vertical. (Telles., Bass, Previglio, Schierano, 2011).

5.3.1. Impresiones anatómicas

El objetivo de realizar la impresión anatómica es de tener detalladamente una copia de tejidos que resisten la prótesis y de esta manera obtener un duplicado positivo con el modelo de estudio, analizando cada estructura para obtener un plan de tratamiento adecuado. (Grunert, 2008).

La impresión anatómica debe ser correctamente ejecutada con el fin de conseguir la mínima deformación de tejidos de soporte, debe poseer una extensión correcta de la base de la prótesis con el ajuste de la cubeta individual, de acuerdo a las características

que el paciente presenta anatómicamente, el sellado periférico debe ser funcional y el contacto apropiado de la base de la prótesis con el reborde mediante la confección ideal de los tejidos por el material de impresión. (Telles D. , 2011).

Para lograr una correcta impresión con mínima deformación se pueden utilizar algunos materiales, siendo el alginato el mejor por las propiedades que nos brinda como una fácil manipulación, las estructuras se copiaran con facilidad, el material no es costoso y la toma de ella es en pocos minutos y principalmente porque el alginato es un material mucoestático esto quiere decir que no presiona los tejidos blandos durante la impresión. (Telles D. , 2011).

La selección de cubeta ideal es un paso muy importante para la toma de impresión anatómica tomando en cuenta el tamaño especialmente la anchura de la cubeta; También debemos tomar en cuenta el tipo de reborde del paciente ideal como en filo de cuchillo o plano y por supuesto hay que observar el espacio que existe entre la cubeta y las estructuras residuas que oscilan entre los 3 a 7 mm. (Milano., Desiate, 2011).

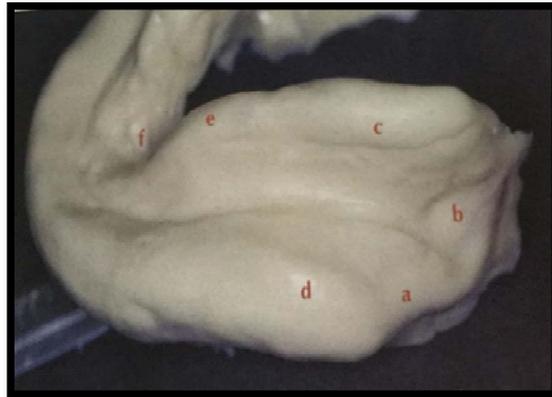


Figura. 4 En una buena impresión anatómica del maxilar inferior se debe observar, hendidura del masetero (a), papila piriforme (b), línea oblicua interna (c), línea oblicua externa (d), brida de la glándula sublingual (e), apófisis geni (f). Tomado de: (Telles D. , 2011).

5.3.1.1. Materiales de Impresión

Como habíamos mencionado anteriormente existen algunos materiales para la toma de impresión anatómica entre ellas encontramos:

- a) Alginato: Este material es de fácil manipulación, produce mínimas deformaciones de tejidos de revestimiento y presenta buena fidelidad de copia, para utilizar alginato es necesario que la cubeta tenga perforaciones o anillos para la retención de ella; Muchas veces los moldes de alginato pueden presentar algunas burbujas o pequeñas fallas una vez fraguado, es por ello que se puede corregir mediante una segunda impresión, haciendo una mezcla más fluida sobre la primera recubriendo no solo las deformaciones sino toda la primera toma, secando la superficie del molde para que haya una buena adhesión de la nueva capa de alginato. (Telles D. , 2011).
- b) Godiva: Material a base de resina termoplástica, este material se utiliza más para impresiones del reborde inferior altamente reabsorbido, sin embargo tiende a comprimir y deforma los tejidos a comparación de otros materiales. (Telles D. , 2011).
- c) Silicona: Se utiliza cuando existen alteraciones grandes del reborde remanente, incluyendo la reabsorción ósea, con el fin de realizar una técnica la cual se deberá lograr la individualización de la cubeta de stock, la silicona deberá ser densa para lograr una copia del material del reborde y del terreno protético. (Telles D. , 2011).

5.3.2. Impresiones funcionales

Como su nombre lo dice la impresión funcional sirve para copiar correctamente la profundidad y amplitud del surco, debemos realizar una copia exacta facilitando la fabricación de la base de la prótesis; para que la impresión se considere funcional el sellado periférico deberá ser el apropiado. (Milano., Desiate, 2011) (Telles D. , 2011).

5.3.2.1. Cubetas individuales

Debemos tomar en cuenta que para realizar las impresiones funcionales se realiza primero las cubetas individuales. El objetivo es establecer cuáles son los límites con respecto a la fisiología y anatomía del paciente; se debe realizar lo más exacta y adaptada al modelo anatómico, dando una correcta distribución del espacio para el material de impresión, es muy importante que hayan zonas de alivio donde se debe ejercer presión y brindar funcionalidad de los tejidos. (Telles D. , 2011).

5.3.2.1.1. Materiales

Los materiales más utilizados para realizar las cubetas individuales son:

- a) Resina acrílica autopolimerizable: Es buena debido a que se obtienen buenos resultados, es indispensable que para su correcto fraguado se mantenga la resina bien adaptada al molde, sin embargo puede tener distorsiones hasta las 24 horas, es por ellos que para utilizarla se debe esperar ese tiempo. (Telles D., 2011).
- b) Resina acrílica termopolimerizable: Para obtener esta cubeta se necesita de una mufla, obteniendo una mejor adaptación al reborde residual, brindando translucidez una vez finalizada la polimerización facilitando la mejor visualización de áreas de compresión. (Telles D., 2011).
- c) Resina compuesta fotopolimerizable: Es una lámina de resina fotopolimerizable se confecciona mediante una caja de luz, es muy confiable y rápido de confeccionarla. (Telles D., 2011).
- d) Placa de poliestireno: Se las realiza en una maquina plastificadora, la cual debe tener un espesor de 3mm con la finalidad de obtener una adecuada cubeta individual con una resistencia notoria. (Telles D., 2011).

5.3.2.2. Recorte muscular

Es un procedimiento el cual se da forma a los borde de las cubetas, para tener una buena adaptación tanto en vestibular como en lingual.

La función del recorte muscular consiste en buscar la estabilidad de la cubeta a base de movimientos musculares para conseguir que la prótesis se establezca dejando un espacio de aproximadamente 2mm para la colocación del sellado periférico. (Telles D., 2011).

5.3.2.3. Sellado Periférico

El sellado periférico permite a los tejidos el establecimiento de las relaciones de contacto con el material de impresión que se utilizará, es necesario que antes de

elaborar el sellado periférico se adapte la cubeta, brindando el espacio suficiente para colocar el material. (Telles D. , 2011, p. 126).

Consiste en obtener un cierre hermético del contorno de la base de la prótesis contra los tejidos gracias a los movimientos musculares, y mejillas obteniendo un efecto de succión, y retención por acciones de adhesión, cohesión y presión atmosférica. (Telles D. , 2011, pp. 126-127).

Debemos considerar que existen algunos materiales con los que se puede realizar el sellado periférico, pero la mejor elección es la godiva debido a las ventajas que presenta ella como; adecuada fluidez para ejercer una mínima presión, es de fácil manejo, fácil remoción, copia los detalles de la boca, es de bajo costo, tiene buena adhesión a la cubeta; siendo este material el mejor para la elaboración de un buen sellado. (Telles D. , 2011, pp. 127-128).

Telles menciona que para lograr un correcto sellado periférico se lo divide al reborde por regiones con el fin que haya una buena adhesión, tanto en el superior como inferior, llamándolas en el reborde superior como espacio coronomaxilar, fondo del vestíbulo bucal, fondo del vestíbulo labia, frenillo labial y término posterior; mientras que en el inferior se encuentra, hendidura del masetero, fondo del vestíbulo bucal, fondo del vestíbulo labial, fosa distolingual, brida vestibular y frenillo lingual, como podemos observar a continuación en la siguientes imágenes. (Telles D. , 2011, pp. 128-145).

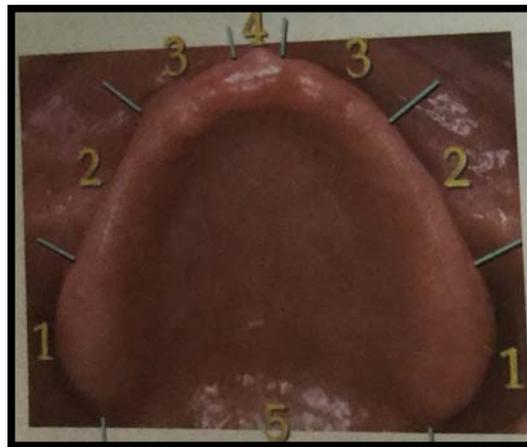


Figura. 5 Regiones del reborde inferior. Tomado de: (Telles D. , 2011, p. 120).

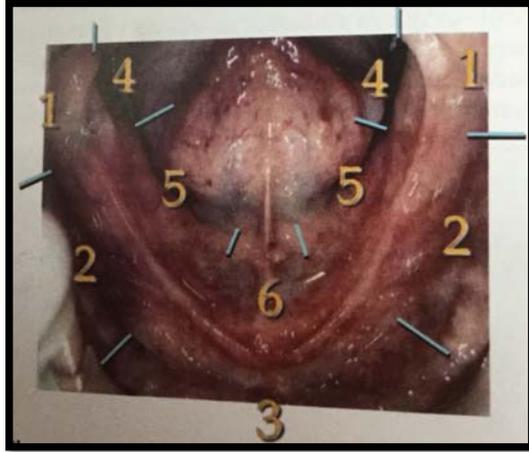


Figura. 6 Regiones del reborde superior que establece una delimitación dinámica o funcional para la base de la prótesis. Tomado de: (Telles D. , 2011, p. 130).



Figura. 8 Sellado periférico superior. Tomado de: (Telles D. , 2011, p. 128).



Figura. 7 Sellado periférico inferior. Tomado de: (Telles D. , 2011, p. 137).

5.3.3 Impresión definitiva

Una vez concluido todos los procedimientos mencionados anteriormente, observamos que la cubeta individual cumpla su función, sellado periférico y todas las características relatadas, proseguimos con la toma de impresión.

5.3.3.1 Materiales de impresión

Para la impresión definitiva encontramos tres tipos de materiales, los cuales son a base de óxido de zinc y eugenol, elastómeros o siliconas.

- a) Las pastas a base de óxido de zinc y eugenol, es un material de impresión rígido de fraguado químico, son biocompatibles, estabilidad dimensional, presenta una baja concentración de fraguado. (Telles, 2011; Medina, 2016).
- b) Elastómeros, también son un material de impresión, es estable, no son frágiles, son muy efectivos cuando existen defectos óseos o áreas muy retentivas, la elección del material ya depende únicamente del profesional. (Telles D. , 2011).
- c) Los Poliésteres son hidrofílicas, se utiliza para copiar los tejidos blandos, dando un molde sin burbujas y preciso. (Telles D. , 2011).

5.3.4. Bases de prueba y planos de orientación

Conocer sobre las características tanto biopatológicas, estéticas y relaciones intermaxilares del paciente, es muy importante tener un adecuado medio para la confección de los dientes artificiales. (Telles D. , 2011).

Es por ello que para obtenerlas se necesita buscar los plano de orientación con cera, anclada en una base de prueba, logrando un ajuste de los planos dependiendo de cada persona con relación a sus características biopatológicas, simulando la presencia de dientes artificiales; la confección de las bases nos ayudará a recuperar sus características estéticas perdidas, y el profesional deberá evaluar y modificar todo lo necesario. (Telles D. , 2011).

Para la obtención de las bases de prueba es muy importante que estas sean rígidas, estables, bien adaptadas al reborde residual y retentivas, las que son confeccionadas con resina acrílica termopolimerizable facilitando el registro de los rebordes edéntulos y la extensión, forma y volumen de la prótesis, esta base se une a dos elementos esenciales la base de la prótesis y dientes artificiales. (Telles, 2011; Ozawa, 2010).

La función de los rodetes de altura es simular a los dientes ausentes, dichos rodetes deben tener una altura apropiada confeccionada con cera hundida número 7 o 9 dando

estabilidad en la base, los valores promedio en el superior es de 22 milímetros y en el inferior de 18 mm, medidas que serán desde el fondo del vestíbulo al borde incisal. (Milano., Desiate, 2011).

5.3.6. Individualización del plano de orientación superior

Comúnmente los planos de orientación superior determinan los principios estéticos, dado que la pérdida dental ocasiona alteraciones y disfunción de ellos, es por esto que el objetivo que realizar este procedimiento es de devolver su estética y función. (Telles D. , 2011).

5.3.5.1. Soporte Labial

El rodete superior nos ayuda a evaluar el soporte labial, este se determinara por tres puntos los cuales corresponden a la glabella (G), subnación (Sn) y el mentoniano (M). Conforme al resultado obtenido en los labios se realizara un desgaste de los planos en cera posicionando correctamente los músculos orbiculares dando armonía al perfil del paciente. (Telles., Milano., Desiate, 2011).



Figura. 9 Vista frontal del colapso facial y recuperación de él. Tomado de: (Telles D. , 2011, p. 177).

5.3.5.2 Altura incisal superior

Es la determinación de la porción visible de los dientes estando el labio en reposo, esta medida puede variar pero lo más estético es de 1 a 2 mm por debajo de la línea en reposo, la dimensión cambia con respecto al sexo, edad y raza en hombres la medida promedio es de 1.9 mm y en mujeres de 3,4 mm³ dichas medidas como mencionamos pueden variar en adultos mayores se puede aumentar debido al desgaste dental y flacidez del labio. (Telles D. , 2011).

5.3.5.3 Línea de sonrisa

Naturalmente los dientes forman una curva ligeramente ascendente acompañada al borde superior del labio inferior, llamándola línea de sonrisa, se la obtiene mediante la orientación correcta del plano oclusal paralelo al plano de Camper y a la línea bipupilar de la sonrisa en armonía con el labio inferior del paciente. La platina de Fox será la que nos dará las referencias craneométricas, finalmente debe haber un paralelismo entre el plano de oclusión y la línea bipupilar dando referencia estética. (Milano., Desiate, 2011).

5.3.5.4 Corredor bucal

Es el espacio que existe entre la superficie vestibular de los dientes posteriores y la mucosa interna de la mejilla, la presencia del corredor bucal, también llamándolo túnel de sombra es fundamental para crear una sonrisa natural. (Telles D. , 2011).

El corredor bucal interviene por la inclinación y posición de los caninos, a pesar de únicamente visualizarlo posteriormente a estos, esto sucede porque el canino es el diente clave en el establecimiento del formato de arco durante el montaje de dientes. (Telles D. , 2011).

5.3.5.5 Línea media

Se debe realizar una línea media vertical en el rodete superior, en relación al plano de oclusión para orientar la posición, de los incisivos centrales de tal manera que

exista una disposición armónica de los dientes anteriores con el rostro. (Milano., Desiate, 2011).



Figura. 10 Línea de sonrisa. (Telles D. , 2011, p. 189).

5.3.6. Individualización del plano de orientación inferior

Se relaciona con el restablecimiento de la posición de la mandíbula en relación al maxilar en los planos horizontal y vertical. (Telles D. , 2011).

5.3.6.1 *Altura inferior del rostro*

Se la define como una de las porciones más importantes de la cara, ya que es la que brinda el aspecto correcto del rostro se la determina como dimensión vertical, existen varios pacientes que presentan dimesión reducida o aumentada inducida por varios factores.

Se habla de dimensión vertical reducida cuando es provocada por edentulismo o otros factores dando algunas características físicas como envejecimiento porque se refuerza la barbilla, arrugas en la región de los labios y el ángulo de la boca, y la desaparición del berbellon del labio. Mientras que en una dimensión aumnetada se dificulta el cierre de los labios manifestándose como la sensación de tener una papa en la boca, los dientes anteriores se ven demasiado visibles. (Ortega, M. 2013).

5.3.6.2 Dimensión vertical

Se la denomina así por la altura del tercio inferior del rostro o la relación espacial de la mandíbula en relación al maxilar en el plano de orientación; es importante mencionar que existen varios conceptos tales como dimensión vertical en reposo (DVR) siendo la distancia nasomentoniana medida cuando la mandíbula se encuentra en reposo, la dimensión vertical en oclusión (DVO) es la distancia nasomentoniana cuando la mandíbula está ocluyendo si existen dientes y en edéntulos en rodetes de altura. (Telles D. , 2011).

5.3.6.2.1 Métodos de determinación

Existen cuatro métodos para determinar la dimensión vertical en oclusión, siendo de fácil aplicación y obtención las cuales se denominan:

- a) Método métrico; Willis definió a la distancia del canto del ojo hasta la comisura del labial serían igual a la distancia del punto subnasion al gnation, el paciente se encontrara DV, incluyendo el espacio funcional libre. Se medirá con el compas de Willis dichos puntos y se disminuye alrededor de 3 a 4 mm equivalentes al espacio funcional libre para establecer la altura en la cual el plano de orientación inferior deberá ser ajustada para llegar a la DVO. (Telles D. , 2011).
- b) Método fisiológico; consiste en registrar la altura del tercio inferior del rostro con la mandíbula en reposo, y se disminuirá de 3 a 4mm relativos al espacio funcional libre para llegar a DVO. (Telles D. , 2011).
- c) Método estético; se pide al paciente que conserve la postura durante algunos minutos y de esta manera la mandíbula asumirá esa posición. (Telles D. , 2011).
- d) Método fonético; al paciente se le pide que pronuncie algunas palabras como “mississippi o sesenta y seis”, mientras tanto se observa el movimiento de la mandíbula formando un espacio interoclusal llamado espacio funcional pronunciado, con el fin de verificar la DVO cuando los dientes ya están fijos sobre la base de prueba. (Telles D. , 2011).
- e) Método Craneométrico; se obtiene mediante la distancia oreja-ojo izquierda puede usarse para predecir la distancia mentón nariz con una exactitud razonable.

- f) Cefalométrico; Se realiza mediante una radiografía laterañ de cráneo la cual se mide la angulo de altura inferior facial de Ricketts.

5.3.6.3 Relación céntrica

“Es la relación articular de la mandíbula con respecto al cráneo, donde el cóndilo se ubica más superior, anterior y medial en la cavidad glenoidea con el disco, interpuesto en posición medial.” (Dawson, 2009, p. 120).

Es esencial conocer que la posición mandibular, cuando presenta muchos contactos interdentarios se lo denomina máxima intercuspidación mandibular habitual, cuando el paciente mantiene la MIH en relación céntrica, se la denomina como una posición ideal. (Telles D. , 2011, p. 195)

5.3.6.3.1. Métodos de determinación

Existen 4 métodos para la obtención de la relación céntrica, las cuales son:

- a) Método de manipulación; consiste en llevar a la mandíbula a la posición más retraída, utilizando las dos manos del profesional. (Telles D. , 2011, p. 196).
- b) Método fisiológico; se pide al paciente que mantenga la punta de la lengua en el paladar, se lo manipula al cerrar o el paciente deglute la saliva de esta manera se lleva la mandíbula para mantener la posición de registro. (Telles D. , 2011, p. 197).
- c) Método mecánico; se realiza con la ayuda de un dispositivo o una tiras de Long con la finalidad que sirva de apoyo en la región anterior de la mandíbula, impidiendo el contacto dentario posterior y llevándolo a una posición retraída. (Telles D. , 2011, p. 197).
- d) Método gráfico; es complejo debido a que es indispensable el uso del un dispositivo para determinar la trayectoria de los movimientos mandibulares. (Telles D. , 2011, p. 197).

5.3.7. Montaje de modelos en el articulador

Una vez realizados todos los ajustes se debe relacionar los planos de referencia sobre la base de prueba en un articulador para que se reproduzca la relación estética y

dinámica de la mandíbula con el maxilar, con el fin de que se posicionen los dientes artificiales sobre la base de prueba de acuerdo a los parámetros que necesita cada uno de ellos. (Telles D. , 2011, p. 201).

5.3.7.1 Montaje del modelo superior

Para el montaje del modelo superior se utiliza el arco facial, el cual nos permite determinar una distancia intercondílea aproximada, podría influir en la necesidad del restablecimiento de la anatomía dentaria en relación a los movimientos extrusivos. (Telles D. , 2011, p. 203). Una vez colocado el arco facial al paciente, se monta el plano de referencia superior en el articulador y se fija. (Telles D. , 2011, pp. 203-204).

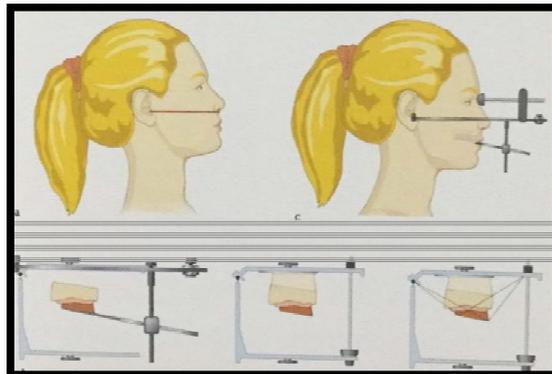


Figura. 11 Montaje en el articulador de modelo superior mediante arco facial. Tomado de: (Milano., Desiate, 2011, p. 29).

5.3.7.2. Montaje del modelo inferior

Consiste en fijar el modelo sobre la rama inferior del articulador de acuerdo a la inclinación del modelo maxilar, tomando en cuenta que deben estar fijados los dos modelos en relación céntrica con el objetivo de posibilitar interponer un material de registro entre los arcos dentarios del paciente con la mandíbula en posición. (Telles., Milano., Desiate, 2011)

5.3.8. Dientes artificiales

Para la selección y montaje de dientes artificiales, es necesario analizar conjuntamente varios aspectos, mecánicos, estéticos y psicológicos con el fin de que el paciente se coloque la prótesis y se encuentre satisfecho. (Telles D. , 2011, p. 209).

5.3.8.1. Dientes de porcelana

La porcelana fue el primer material utilizados, presenta algunas ventajas como la durabilidad, estabilidad dimensional, estabilidad del color y resistencia al desgaste, pero también se debe considerar sus desventajas , tales como el desplazamiento de la base de la prótesis, baja resistencia al impacto y la dificultad al desgastar en caso de ser necesario y al momento de ocluir los dientes creaban un ruido constante cuando la prótesis se encontraba mal adaptada, es por ello que ha reducido la selección de estos dientes. (Telles D. , 2011, p. 214).

5.3.8.2 Dientes de resina

Existe una gran diferencia entre los dientes de resina y de porcelana, que es la unión química que hay entre los dientes y la base de la prótesis, además de su resistencia a rajaduras, presenta mayor resistencia a la flexión y al impacto, además de su agradable sensación al impacto dentario a diferencia de los de porcelana , fácil desgaste dentario al ajuste oclusal, pero también presenta algunas desventajas como baja tolerancia al ambiente bucal, son susceptibles a la absorción de fluidos, cambia de color con rapidez y absorbe olores fácilmente. Actualmente este material de dientes es el más utilizado en prótesis. (Telles D. , 2011, p. 214).

5.3.9 Selección y Montaje de dientes artificiales

La selección de dientes dependerá de cada paciente tomando en cuenta la armonía, características biotipológicas y sugerencias del paciente. La forma del rostro, edad, sexo y color de piel también nos ayudara a confeccionarlos. Una vez observado estos factores proseguimos con la selección del color, aunque la decisión del color sea un aspecto personal tanto para el clínico como el paciente se debe tomar en cuenta que los dientes con el paso de los años tienden a ponerse más oscuros, de esta manera su selección será con respecto a la edad del paciente. (Telles D. , 2011, p. 217).

Continuamos con el Montaje de los dientes, los cuales deben seguir el formato del arco, conformado por plano de cera creado en la boca del paciente, el posicionamiento de

cada diente debe obedecer las dimensiones con respecto a los resultados estéticos y funcionales de cada uno. (Telles D. , 2011, pp. 230-231).

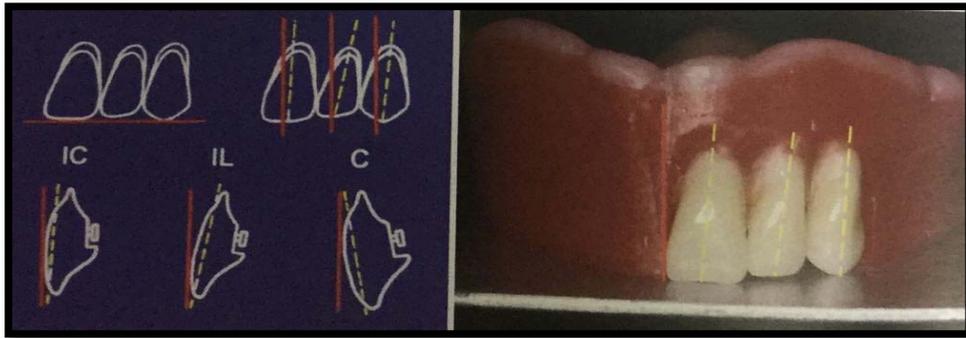


Figura. 12 Montaje de dientes. Tomado de: (Telles D. , 2011, p. 234).

5.3.10. Oclusión en Prótesis total

Las cargas masticatorias son generadas hacia las superficies oclusales de los dientes artificiales, la estabilidad de las prótesis, inclusive la sobredentadura, dependerán en su mayoría del apoyo mucoso. (Telles D. , 2011, p. 241).

Una oclusión ideal en prótesis total debe tener varias características tales como, tener estabilidad al entrar en contacto con las superficies opuestas en intercuspidación, dientes con cúspides bajas evitando contactos prematuros provocando desplazamiento y inestabilidad, respetando los principios de una oclusión balanceada bilateral contactando dos puntos posteriores a cada lado y uno anterior en movimientos protrusivos y excéntricos. (Osawa, 2010., Telles, 2011).

5.3.11 Prueba de dientes montados en cera

Una vez concluido la colocación de cada uno de los dientes en cera se debe colocar en la boca del paciente, y comprobar las relaciones oclusales tanto en los dientes superiores como inferiores, en caso de que la relación céntrica obtenida no corresponde a la del articulador, es necesario volver a montar el modelo inferior para registrar en la correcta relación oclusal. (Telles D. , 2011, p. 260).

5.3.12. Instalación de prótesis total

Finalmente en la instalación se debe realizar los ajustes adecuados, comenzando por la base de la prótesis en contacto con la mucosa, los cuales el paciente indicará la presencia de dolor y seguiremos por los contactos oclusales de los dientes artificiales corrigiendo las alteraciones provocadas en el proceso de acrilización de la base protética. (Telles D. , 2011, p. 282).



Figura. 13 Ajuste oclusal de los dientes artificiales corrigiendo las alteraciones provocadas en el proceso de Acrilización. Tomado de: (Telles D. , 2011, p. 283).

5.3.13 Orientaciones al paciente

Una vez realizado todos los ajustes necesarios en la prótesis y que la paciente este conforme, se le recomendó tomar en cuenta algunas medidas de higienización de la prótesis, es importante la limpieza de la prótesis con un cepillo y jabón neutro, en lugar de soluciones químicas, aunque algunos estudios demuestran que no es suficiente la higienización mecánica debido a la acumulación de placa y colonización de microorganismos, como es la candida albicans ya que puede provocar estomatitis protética. Tomando en cuenta estos factores es necesaria que la prótesis sea desinfectada químicamente, el hipoclorito es la mejor elección en una concentración de 2 a 3% con agua cerca de 300ml, sumergiéndole por toda la noche una vez al mes. (Telles D. , 2011, p. 286).



Figura. 14 Limpieza a la prótesis. Tomado de: (Telles D. , 2011, p. 285).

De igual manera el paciente debe higienizar su boca, a pesar de que la acumulación de placa bacteriana y residuos alimenticios disminuye, es necesaria que el paciente la mantenga limpia con un cepillo de cerdas suaves, debe cepillarse y masajearse la lengua, encía y paladar para eliminar la placa y mantenerla en buenas condiciones, de igual manera para preservar la salud de los tejidos bucales es importante que la prótesis debe permanecer por lo menos de 6 a 8 horas por día fuera de la boca del paciente. (Telles D. , 2011, p. 288).

5.3.14. Consultas de retorno

La primera consecuencia por la cual el paciente retorna a la clínica odontológica, es por la presencia de úlceras traumáticas causadas por el contacto directo de la base de la prótesis sobre la mucosa, estas lesiones son provocadas por una sobreextensión o áreas de mayor presión e irregularidades del acrílico sobre la base de la prótesis. Para poder evidenciar las zonas que efectúan traumas se puede utilizar, pastas de óxido de zinc y eugenol, algunos elastómeros de viscosidad baja o un lápiz copiando esas zonas en la prótesis para poder desgastarlas. (Telles D. , 2011, p. 298).

5.4 Prótesis total sobre implantes

Implantación se define como una maniobra quirúrgica con el propósito de colocar un tejido, órgano u otro material, llamado implante en los tejidos de la cavidad bucal. Los implantes son elementos mecánicos unidos al hueso de la mandíbula o maxilar, dando la posibilidad de sustituir la pieza dentaria perdida y favorecer la rehabilitación protésica. (Río, 2009).

Gracias a la colocación de sobredentaduras, no solo se consigue la retención y el apoyo en la raíces o en los implantes, también aumenta considerablemente la fuerza y la eficacia masticatoria a comparación de la prótesis total convencional. (Sánchez, 2000).

Para rehabilitar a un paciente edéntulo necesariamente se debe iniciar por el tipo de prótesis que se puede ofrecer según el caso. (Telles D. , 2011, p. 10).

Es necesario realizar una tomografía con el fin de simular el posicionamiento de los implantes previo a la cirugía, también conocer la distancia anteroposterior que será requerida entre cada uno de los implantes. (Telles D. , 2011, p. 11).

En caso de que el paciente cumpla todos los parámetros para la colocación de una prótesis sobre implantes, debemos conocer también que la forma del reborde remanente es un factor determinante para la colocación; en los rebordes cuadrados los implantes se instalan casi en línea y en los triangulares la distancia entre los implantes más posteriores y anteriores tiende a ser mayor. (Telles D. , 2011, p. 10).

Es un determinante muy importante la pérdida ósea que existe en cada paciente, para disponer de ella el nivel que presenta para la instalación de los componentes protésicos; en una prótesis fija los componentes deben quedar situados dentro de los dientes artificiales, necesitando poco espacio para su utilización, mientras que en la sobredentadura los elementos de retención se los posiciona dentro de la base acrílica de la prótesis, entre el reborde edéntulo y los dientes artificiales, es por ello que esta prótesis requiere de más espacio especialmente si su sistema es en barra o clip. (Telles D. , 2011, p. 11).

5.4.1 Limitaciones para la instalación de implantes osteointegrables

Es importante que el profesional conozca las necesidades y posibilidades del paciente con los tipos de prótesis que por criterio se le puede ofrecer, es por ello que si tomamos una mala decisión esto puede conllevar a dificultar el tratamiento y fracasarlo. La colocación de implantes osteointegrables es la mejor opción tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, para mejorar el trabajo mecánico de las PTs, evitando las prótesis mucosoportadas. (Telles D. , 2011)

5.4.1.1 Limitaciones financieras

Los costos elevados que conducen los procedimientos quirúrgicos - protésicos, es un factor importante el cual puede restringir este tipo de prótesis, no obstante a ello los fabricantes han disminuido los costos modificando el material de ellos, pero a pesar de esto muchas personas no alcanzan a cubrir el costo. (Telles D. , 2011, p. 6).

5.4.1.2 Limitaciones psicológicas

Los pacientes que son edéntulos por mucho tiempo sin realizarse ningún tratamiento, tienden a presentar niveles más acentuados de reabsorción del reborde residual, constituyendo a un grupo de pacientes con más problemas para utilizar una prótesis convencional. (Telles D. , 2011).

Muchas personas se habitúan con prótesis convencionales, debido a que los implantes requieren cirugías y ciertas personas padecen de nervios y ansiedad, siendo un factor importante ya que también buscamos la satisfacción de cada paciente. (Telles D. , 2011, p. 6).

5.4.1.3 Limitaciones anatómicas

Para que el tratamiento sea exitoso es importante conocer la anatomía de la mandíbula como del maxilar, como también la dinámica de las modificaciones del hueso con el transcurso del tiempo. (Sánchez, 2000).

El factor limitante en la región posterior casi siempre es la distancia vertical entre cresta alveolar y el seno maxilar, es por ello que el tratamiento en el maxilar es más complejo y en función a esto el profesional debe relacionar el costo beneficio del tratamiento comentando al paciente cuales pueden ser los riesgos y buscando el bienestar del paciente. (Telles D. , 2011, pp. 7-9).

5.4.1.4 Limitaciones quirúrgicas

Existen algunas condiciones que limitan las colocación de implantes, como discrasias sanguíneas, uso continuo de medicamentos que inhiban la coagulación, enfermedades que afecten la reparación tisular como la diabetes, osteonecrosis y enfermedades cardiovasculares no controladas, uso excesivo de drogas, tabaco y alcohol, también se contraindica a pacientes que están bajo un tratamiento que altere temporalmente el proceso de reparo como la quimioterapia para el cáncer y por último la administración de bifosfonatos también limita procedimientos quirúrgicos debido a que inhibe la reabsorción ósea interrumpiendo el mecanismo de remodelación y reduciendo niveles séricos de calcio, provocando una osteonecrosis si no tomamos las medidas adecuadas. (Telles D. , 2011, pp. 9-10).

5.5. Diabetes en odontología

La diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica de alto predominio y con gran morbilidad, es por ello que es importante tomar medidas preventivas ante las complicaciones que puede derivar la enfermedad y mantenerse en control. (Sanz, I., Bascones, A, 2008)

Existen dos tipos de diabetes, la primera es la tipo 1 siendo la que se la denomina por la deficiencia total de insulina, que es causada por la destrucción de células Beta pancreáticas. Se la conoce también como diabetes insulino dependiente o diabetes de inicio. (Sanz, I., Bascones, A, 2008).

La segunda se la conoce como diabetes tipo 2, se la denomina así debido a la combinación de resistencia periférica ante el trabajo de la insulina y una respuesta

inadecuada de la secreción de las células Beta pancreáticas. (Sanz, I., Bascones, A, 2008).

Esta enfermedad presenta diferentes alteraciones orales importantes, tales como caries dental, enfermedad periodontal, alteraciones salivales y del gusto, enfermedades de la mucosa oral entre otras, es por ellos que el odontólogo debe manejarlas y diagnosticarlas de manera correcta. (Hampel, H., Marino, A., Pantoja, R., Villanueva, M, 2000).

El manejo de una paciente con dicha enfermedad puede ser fácil pero en algunos difícil, lo importante de ellos es realizar una buena historia clínica recopilando todo lo mencionado por el paciente tales como signos de la enfermedad por ejemplo sed, hambre, pérdida de peso o aumento, orina excesiva, y a nivel oral xerostomía sin causa aparente, glositis, abscesos peiodontales, candidiasis, evolución rápida de caries, y la cicatrización lenta de heridas. Por lo tanto es recomendable que la atención odontológica siempre sea de la mano del médico tratante de su enfermedad, ya que a un paciente controlado de la diabetes se puede realizar los procedimientos necesarios obviamente tomando la medidas correctas ante la enfermedad, mientras que la no controlada no se la puede tratar si no existe una vigilancia del médico tratante ante su enfermedad. (Hampel, H., Marino, A., Pantoja, R. Villanueva, M., 2000).

CAPITULO III

6. DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CASO CLÍNICO

6.1 Historia Clínica

6.1.1. Datos Generales

- Nombre: Dora Beatriz Morales Hidalgo
- Edad: 77
- Género: Femenino
- Ocupación: Jubilada
- Procedencia: Ecuatoriana
- Residencia: Quito- Ecuador
- Composición Familiar: Esposo e hijas

6.1.2. Motivo de Consulta

“Quiero que me coloquen una nueva prótesis”

6.1.3. Enfermedad o problema actual

Paciente no presenta ninguna sintomatología

6.1.4. Antecedentes médicos personales y familiares

Antecedentes personales: Paciente diabético.

Antecedentes familiares: Su mamá murió de cáncer al páncreas.

6.1.5. Antecedentes odontológicos

Paciente de 77 años de edad es edéntulo total superior e inferior, presenta una prótesis total muy desgastada las cual se la realizaron hace aproximadamente 30 años.

| Presión arterial | Frecuencia cardíaca | Temperatura | Respiraciones por minuto |
|------------------|---------------------|-------------|--------------------------|
| 135/85 | 78 | 36.7° | 25 |

Tabla 1. Signos vitales (Apunte, 2018).

6.2. Examen clínico

Paciente adulto mayor, buen estado físico, nutricional, proyecta una actitud cooperante y amable.

6.2.1. Examen extraoral

Al extraoral, se constata que la altura inferior del rostro está disminuida con respecto a las prótesis totales antiguas, mientras que sin las prótesis se observa más marcado el colapso del tejido labial, presenta una expresión facial indeseable, reducción de la dimensión vertical interfiriendo con el soporte de los labios, mejillas, cambios de rasgos faciales, perdió la línea de cupido, rojo del labio, presenta una sonrisa invertida y líneas nasogeniana muy marcadas.

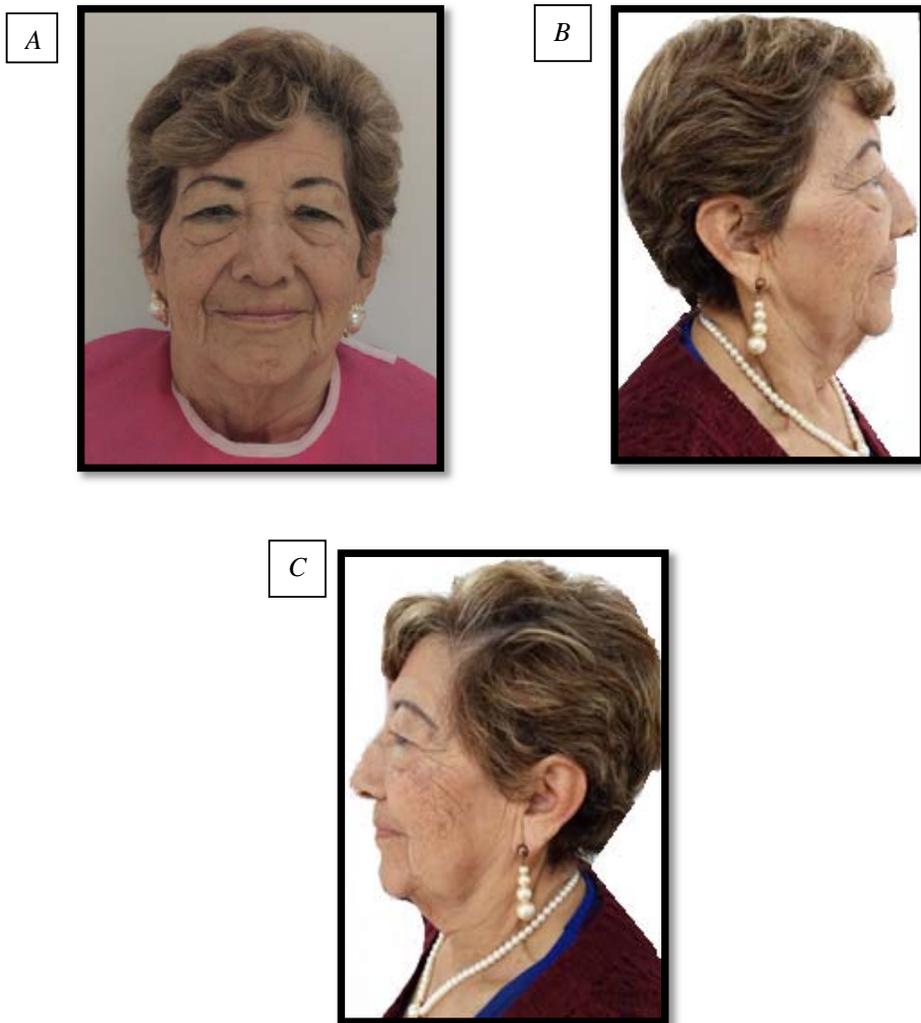


Figura. 15 Análisis fotografías extraorales con prótesis antiguas. Vista frontal (A). Perfil derecho (B). Perfil Izquierdo (C). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011),

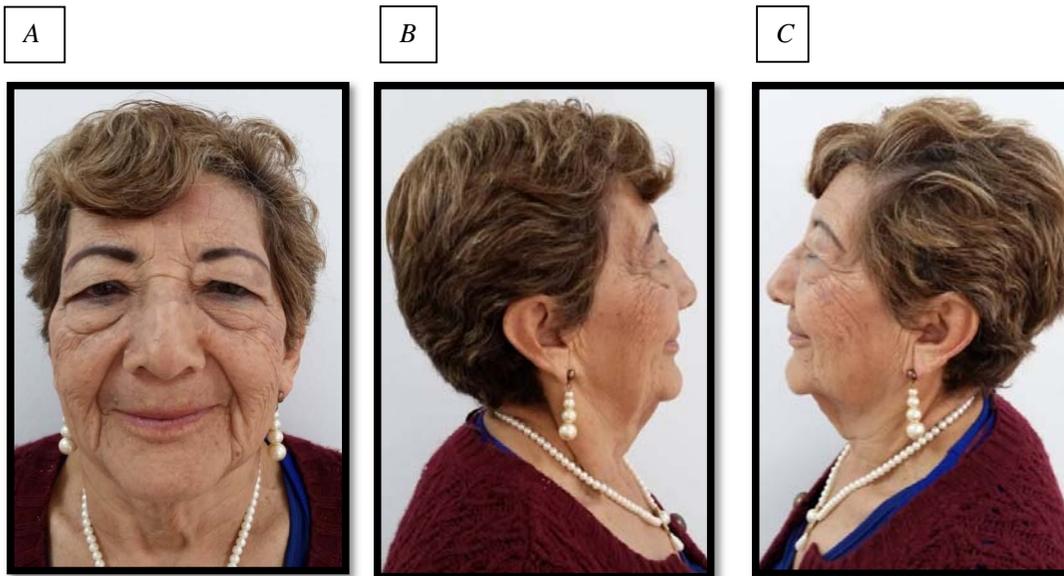


Figura. 16 Análisis fotografías extraorales sin prótesis. Vista frontal (A). Perfil derecho (B). Perfil Izquierdo (C). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011).

6.2.1. Examen intraoral

Se analizó los diferentes elementos que se encuentra en el sistema estomatognático y observamos si presenta alguna alteración o patología aparente.

| | |
|----------------------------|-----------------|
| Labios | Normales |
| Carrillos | Normales |
| Saliva | Normal |
| Lengua | Normal |
| Maxilar superior | Reabsorbido |
| Maxilar inferior | Reabsorbido |
| Paladar | Normal |
| Glándulas salivales | Normal |
| Oro faringe | Normal |
| ATM | Normal |

Tabla 2. Examen Intraoral (Apunte, 2018).

Dentro del examen intraoral de la paciente se observó una reabsorción ósea del reborde alveolar en los maxilares, pero mucho más marcada en el inferior.

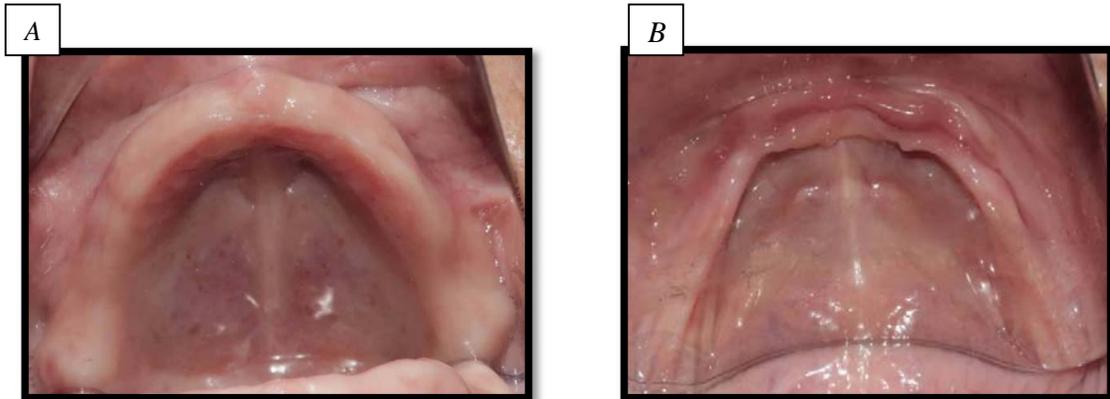


Figura. 17 Análisis intraoral. Arcada superior (A). Arcada inferior (B). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada con: (Telles D. , 2011).

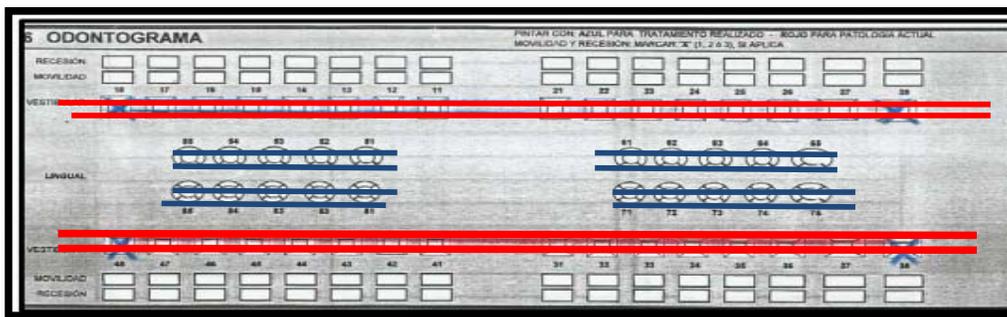


Figura. 18 Odontograma. Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: (Apunte, 2018).

6.3. Exámenes complementarios

6.3.1. Radiografía

Radiográficamente se observaron estructuras anatómicas sin patología aparente y sombras radiopacas compatibles con tejido óseo alveolar del maxilar y mandíbula, se observa una excesiva pérdida ósea en los maxilares.



Figura. 19 Radiografía panorámica (A). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: (Apunte, 2018).

6.3.2. Tomografía

En la tomografía realizada se observó que la cantidad de hueso tanto del maxilar superior como del inferior es insuficiente, a pocos milímetros de comprometer el seno maxilar, mientras que en el maxilar inferior su reborde es en filo de cuchillo y la pérdida de hueso llega a pocos milímetro del agujero mentoniano.



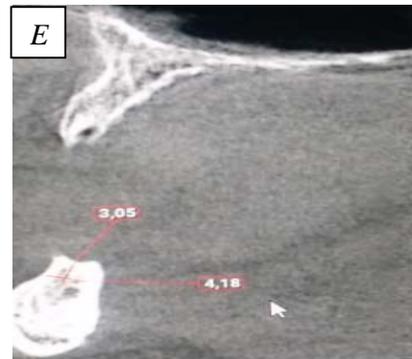
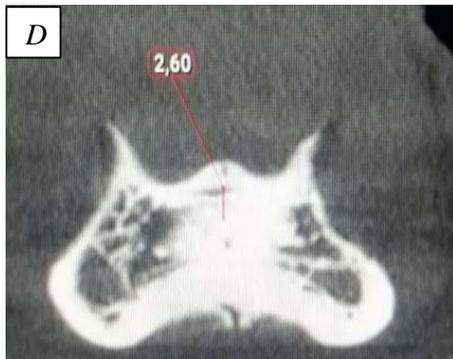


Figura. 20 Corte frontal del maxilar superior (A). Corte sagital del maxilar y distancias correspondiente (B). Corte frontal del maxilar inferior, distancia de 1,25 hacia el agujero mentoniano (C), Corte sagital, distancia que existe en el reborde alveolar (D. E).

6.4. Diagnóstico

Paciente de sexo femenino de 77 años de edad presenta edentulismo total superior e inferior.

6.5. Plan de tratamiento y planificación.

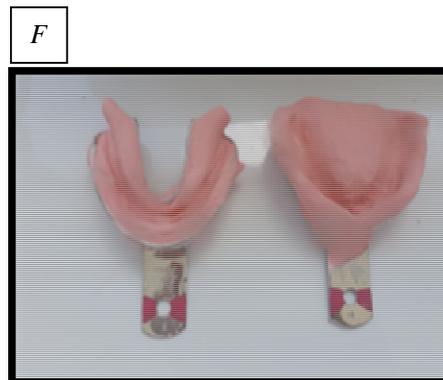
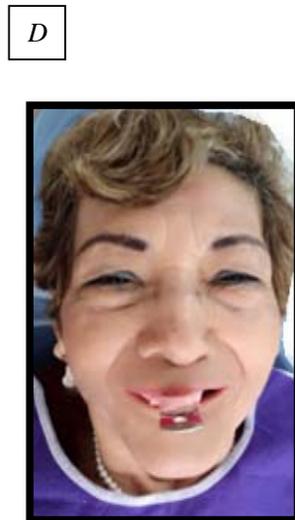
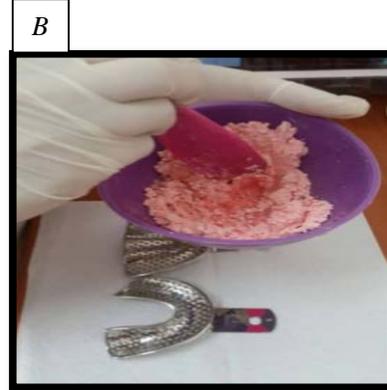
Prótesis removible total superior e inferior.

| FECHA DE ATENCIÓN /SESIONES | PROCEDIMIENTO |
|-----------------------------|--|
| 19-10-17 / 1era sesión | <ul style="list-style-type: none">• Elaboración de historia clínica general• Impresiones anatómicas• Modelos de estudio y delimitación de terreno protético |
| 6-11-17 / 2da sesión | <ul style="list-style-type: none">• Cubetas individuales Superior e Inferior |
| 30-11-17 / 3ra sesión | <ul style="list-style-type: none">• Recorte muscular, Impresiones funcionales |
| 8-12-17 / 4ta sesión | <ul style="list-style-type: none">• Modelo definitivos |
| 12-1-18 / 5ta sesión | <ul style="list-style-type: none">• Rodetes de altura superior – inferior• Planos de orientación• Montaje en articulador modelo superior,• Dimensión vertical• Relación céntrica con punta inscriptora |
| 19-12-18 / 6ta sesión | <ul style="list-style-type: none">• Montaje modelo inferior |
| 26-1-18 / 7ma sesión | <ul style="list-style-type: none">• Enfilado de dientes superior – inferior• Ajuste oclusal• Prueba de cera de Prótesis |
| 9-1-18 / 8va sesión | <ul style="list-style-type: none">• Acrilización• Colocación definitiva de la prótesis |
| 16-1-18 / 9na sesión | <ul style="list-style-type: none">• Control |

Tabla 3: Plan de tratamiento por sesiones. Elaborado: (Apunte, 2018).

6.6. Tratamiento de prótesis total

Se inicio con la toma de impresiones anatómicas mediante alginato, esta debe poseer una mínima deformación de los tejidos de soporte, una correcta extensión y una correcta cantidad de material en la cubeta.



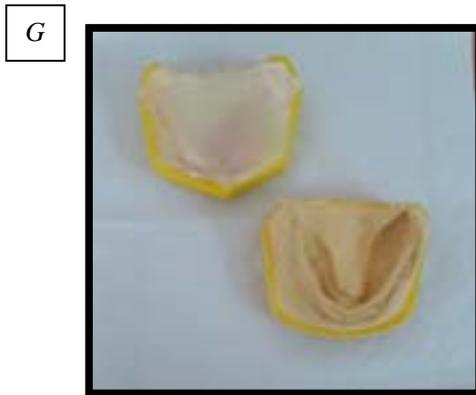


Figura. 21 Material de impresión (A, B) Toma de impresión anatómica (C, D) Impresión anatómica (E) Vaciado de modelo superior e inferior (F). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011).

Una vez realizado el vaciado de los modelos se prosiguió con la delimitación del terreno protético para conocer la extensión que tendrá la cubeta, se crearon zonas de alivio en los modelos de estudio con el fin que al momento de realizar las cubetas no exista ninguna retención, una vez empleada las zonas de alivio se aíslan los modelos de yeso antes de colocar el acrílico y se continúa con confección de la cubeta individual.

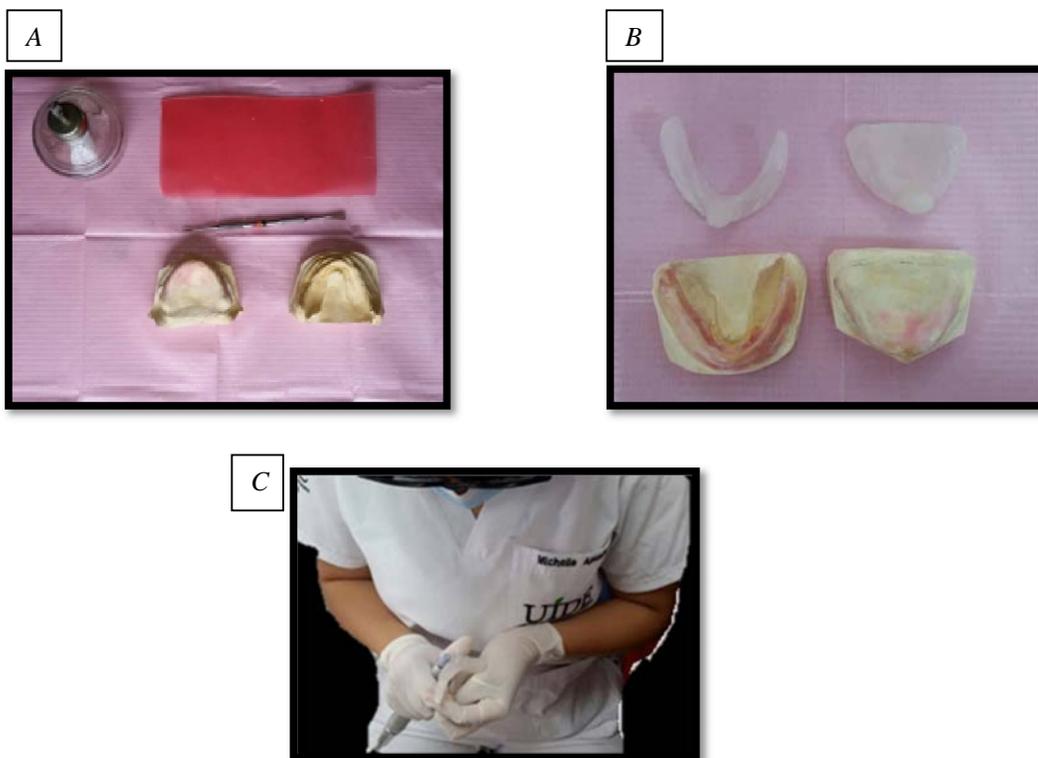


Figura. 20 Materiales para la elaboración de las zonas de alivio (A), Zonas de alivio y cubetas individuales confeccionadas (B), Pulido de cubetas superior e inferior (C). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte Imagen relacionada: (Telles D. , 2011).

Al finalizar el pulido de las cubetas individuales se prueba al paciente y se realizó el recorte muscular buscando estabilidad de la cubeta a base de movimientos musculares, para conseguir que la prótesis se establezca dejando un espacio de 2 milímetros desde la cubeta al fondo del vestíbulo para la colocación del sellado periférico; con la ayuda de godiva se comenzó el sellado con el objetivo de obtener un buen cierre hermético del contorno de la base de la prótesis contra los tejidos gracias a los movimientos musculares y mejillas se consiguió un efecto de succión y retención de la prótesis.

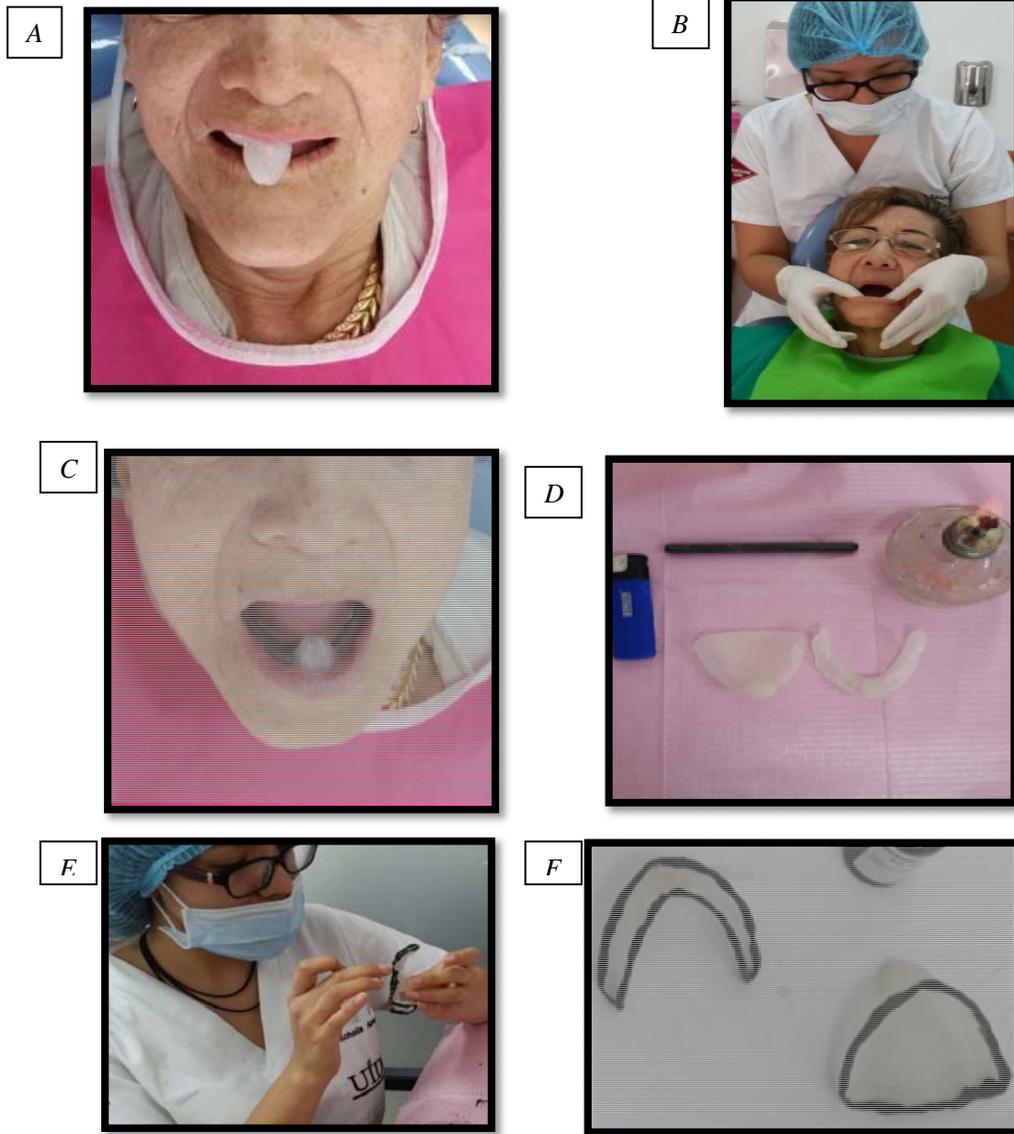


Figura. 21 Prueba al paciente para la elaboración del recorte muscular (A, B, C). Materiales para sellado periférico (D), Sellado periférico (E, F). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte Imagen relacionada: (Telles D. , 2011).

La toma de impresiones definitivas se realizó mediante una pasta de adición liviana, antes de la colocación de la pasta se colocó un adhesivo a la cubeta para que exista mejor retención de la base de la cubeta y el material de impresión.

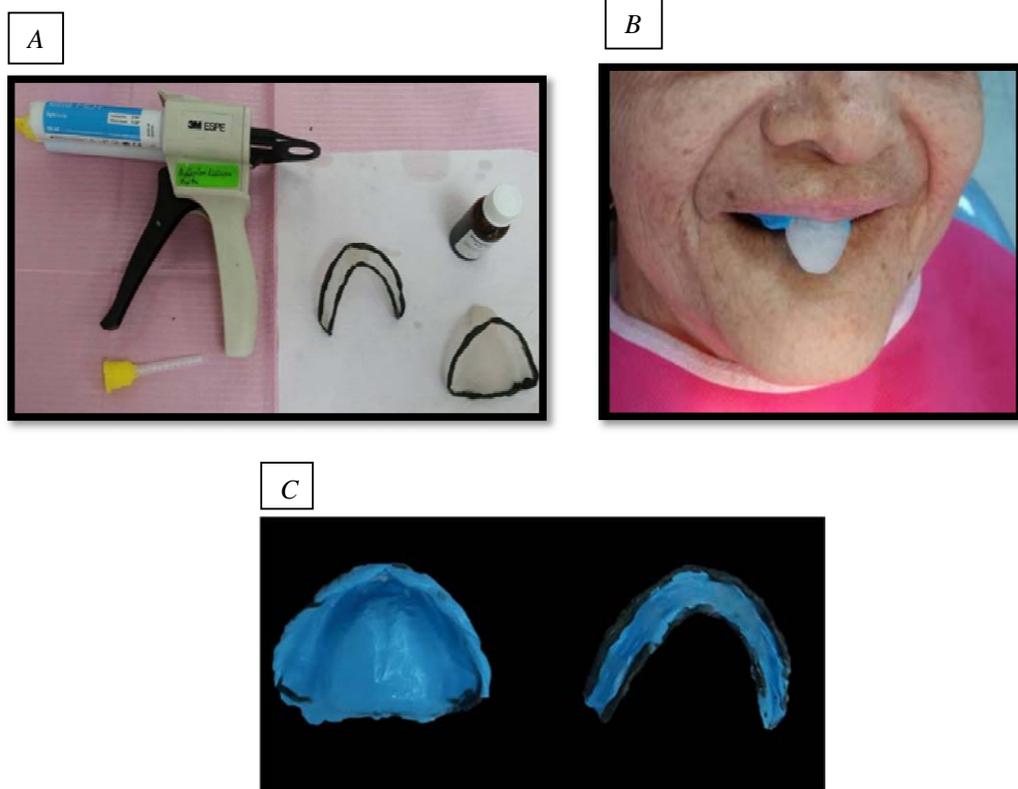


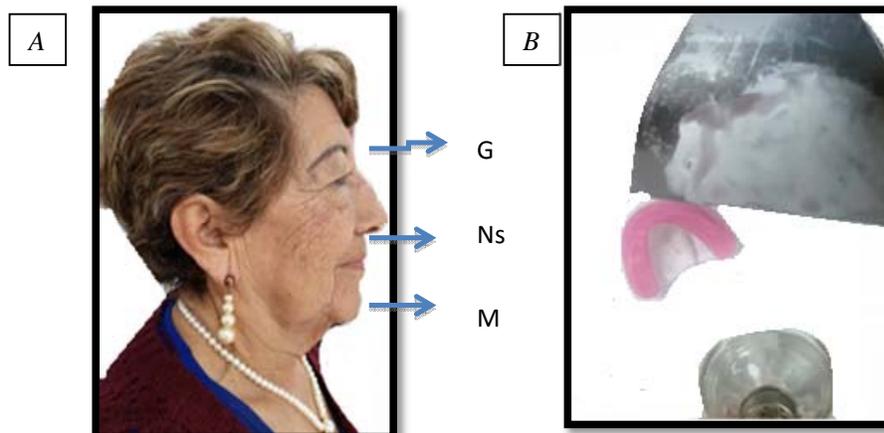
Figura. 22 Materiales para toma de impresión definitiva (A), Toma de impresión superior e inferior (B), Impresiones realizadas (C). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011).

La individualización de planos de orientación se elaboró mediante rodetes de cera y se ancló en la base de prueba, logrando un ajuste de los planos de la paciente, tanto el superior como el inferior.



Figura. 23 Rodetes superior e inferior (A). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011).

Se inició con el rodete superior siendo el que ayuda a evaluar el soporte labial, se determinó mediante tres puntos Glabella (G), subnasion (Sn) y el mentoniano. Al evaluar el labio superior se encontraba salido, se prosiguió a calentar la espátula y aplanar el rodete con la finalidad de reducir la superficie vestibular y oclusal del plano de cera dando armonía al perfil de la paciente. Ricketts menciona que el ángulo nasolabial en mujeres debe ser de 90 a 110° el cual la paciente obtuvo 95 grados siendo una angulación correcta Al finalizar se determinó la altura incisal buscando la porción visible de los dientes en este caso el rodete, que suplanta los dientes estando el labio en reposo seguido por la línea de sonrisa, dicha línea se obtuvo correctamente del plano oclusal paralelo al plano de camper y la línea bipupilar utilizando la platina de fox y la regla. El rodete superior debe ser paralelo a la línea bipupilar en el sector anterior y al plano de camper en el sector posterior, estos parámetros se establecieron con la ayuda de la platina de fox logrando establecer el plano oclusal.



C



D



Figura. 24 Puntos evaluados en relación al soporte labial (A), Desgaste del rodete (B). Altura Incisal (C). Paralelismo de la línea bipupilar y el plano de camper con la ayuda de la platina de fox. (D). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011).

La línea media se trazó siendo el punto que dio apoyo visual del contacto proximal entre las caras mesiales de los incisivos centrales superiores, el cual también dividió el filtrum y sirvió de referencia para la orientación del posicionamiento de los incisivos centrales con el objetivo que exista una disposición armónica de los dientes anteriores con el rostro, de esta manera la línea media y línea de caninos nos brindará la amplitud y altura de los seis dientes anteriores.

A



B

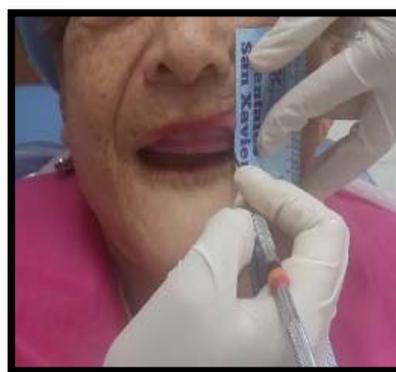


Figura. 25 Línea media (A), Línea de caninos (B). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011).

Una vez realizado las líneas estéticas se transfirió en el articulador el modelo superior con la ayuda del arco facial, el cual nos permite registrar la posición del maxilar superior en relación al cráneo. Se colocó la horquilla a la paciente una vez puesta el rodete superior tomando los planos de referencia del plano de Frankfurt, plano de camper y plano oclusal. A continuación ajustamos hasta que se quede sostenido el arco solo en el paciente, registramos la distancia intercondilar del paciente y de esta manera aflojamos los tornillos de los meatos auriculares y nasion para llevar a la rama superior del articulador y montarlo

A



B



C



D



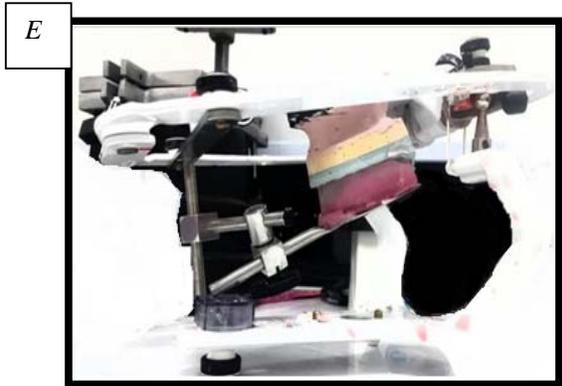


Figura. 26 Horquilla sujeta al rodete antes de la instalación a la paciente (A), colocación del arco facial en el paciente para montaje en el articulador (B, C, D). Montaje en el articulador del rodete superior (E, F). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011).

Para la individualización del plano de orientación inferior y montaje se buscó la dimensión vertical siendo la altura del tercio inferior del rostro o la relación espacial a la mandíbula con relación al maxilar en el plano vertical, el cual se obtuvo mediante el método fisiológico con una regla posicionando la mandíbula en reposo, y se valoró la altura del tercio inferior del rostro con la mandíbula siendo 6 cm y disminuyendo de 2 a 4 milímetros para llegar a la dimensión vertical en oclusión obteniendo una altura de 5.6 cm. También se buscó en el inferior la relación céntrica la cual se le realizó con el método de manipulación, pidiéndole al paciente que se relaje y se manipula en contra del punto del eje de bisagra, esto quiere decir cuando la mandíbula rota libremente de esta manera llevamos a la posición de registro y rápidamente se colocaron 3 grapas calentadas en los rodetes para tener nuestro registro completo y continuar con el montaje del rodete inferior, llevando los dos rodetes juntos.



C



D



Figura. 27 Individualización del plano de orientación inferior (A), Evaluación de dimensión Vertical (B). Colocación de grapas para el registro tomado (C), Montaje en el articulador del modelo inferior (D). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011).

La selección de los dientes se basó en Chromascope (Ivoclar vivadent), siendo el 2 C el mejor con respecto a su edad y género. Terminado el montaje de dientes se prueba a la paciente el encerado y se observó que recuperó las características físicas, estéticas y funcionales como línea media, línea de sonrisa, triángulos negros en los dientes, corredor bucal línea de cupido, rojo del labio, la línea nasogeniana ya no era tan marcada y oclusión; las cuales fueran presentes en el enfilado de esta manera se continuó con la acrilización de la misma, tomando en cuenta también que la paciente se sintió muy satisfecha con su nueva dentadura, de esta manera se observó una correcta oclusión y acoplamiento de la misma.

A



B



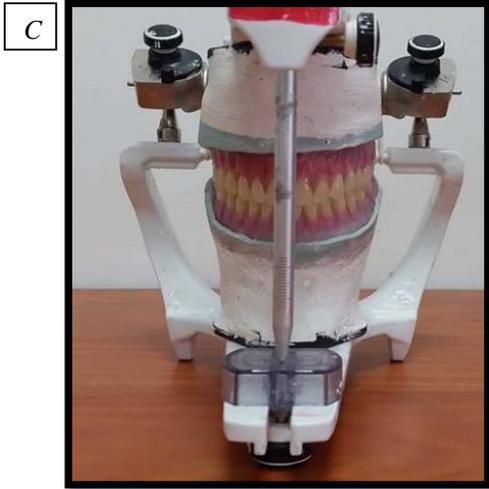


Figura. 28 Colorímetro para selección de dientes artificiales (A), Dientes montados elaborados por laboratorio (B, C, D), prueba de base en cera con dientes en prótesis (E, F, G), Vista frontal de modelos en oclusión (H). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D., 2011).

Finalmente la instalación de la prótesis es paso muy importante ya que observaremos nuevamente todas las características mencionadas anteriormente, va a presentar una sensación extraña hasta que la prótesis se adapte, se le mencionó a la paciente que va a tener dificultad al hablar recomendándole que una buena forma de adaptarse será leyendo en voz alta hasta que la musculatura y la paciente se acostumbre, también sentirá presión en algunas zonas hasta que los tejidos se acoplen a la prótesis; a las 24 horas se controló la función y comodidad de la paciente y a los 7 días de igual manera realizando algunos ajuste con el fin de eliminar las zonas de presión en los tejidos existentes y de igual manera en la oclusión eliminando los puntos de contacto altos que presentaba.

A



B



C



D



F



F



Figura. 29 Instalación de la prótesis intraoral (A), Vista lateral (B), Vista frontal (C), Control a las 24 horas lesión en tejido (D), Eliminación de zona de presión (E), Paciente totalmente satisfecha (F). Fuente: Beatriz Morales. Elaborado: Michelle Apunte. Imagen relacionada: (Telles D. , 2011).

ANTES



DESPUÉS



7. DISCUSIÓN

En el 2003 Peled menciona que el empleo de implantes a pacientes con diabetes Mellitus controlada, pueden ser candidatos a la colocación de implantes siempre y cuando se mantenga la administración de antibióticos y explicarle los posibles efectos que su enfermedad tiene en el proceso de oseointegración y cicatrización. (Peled, 2003). Mientras que Salgado en el año 2018 menciona que la hiperglucemia tiene un efecto negativo en el metabolismo óseo, asociando a una densidad ósea menor, aumentando el riesgo de una fractura; otra complicación que intervienen en esta enfermedad es las alteraciones angiopáticas, neuropatías y un alto riesgo de infección como la periimplantitis. (Salgado, 2018).

Las limitaciones mencionadas anteriormente cumplen un papel muy importante para la colocación de implantes, es por ello que las prótesis convencionales son la mejor opción cuando se contraindica por diferentes causas, con el objetivo de que el paciente este satisfecho, siempre buscando el bienestar de cada uno de ellos. (Telles D. , 2011).

Armas en el 2017 mencionó que la Diabetes Mellitus juega un papel muy importante en la aparición y el progreso de manifestaciones bucales debido al desequilibrio inmunológico del organismo, siendo más propensos a la aparición de *Candida albicans* en la prótesis. (Armas, 2017). Mientras que Mata de Henning y Perrone afirman que “la aparición de *Candida Albicans* no solo afecta a pacientes sistémicamente afectados, también a personas que tienen una higiene bucal, rugosidades en la superficie, desadaptación de la prótesis y el tiempo de uso de ella. (Mata de Henning M; Perrone, M, 2011).

La prótesis total convencional es un tratamiento seguro y bien indicado, siempre y cuando se realice de acuerdo a los criterios de su confección, la toma de impresión, sellado periférico y todos los pasos correspondientes deben dar lugar a que la prótesis realice su función adecuada brindando un tratamiento exitoso. (Almeida, Oliveira; Silva, Martins; Antenucci, Falcon, 2007)

El reborde residual es la porción del proceso alveolar que permanece después de haber perdido los dientes, dichos rebordes pueden ser reabsorbidos, estrangulados, en lámina, Mixtos, triangulares, ovoidales o cuadrados, cada uno de ellos nos indicará qué medidas

debemos tomar para su elaboración; Tarbet en el año 2010 recomienda el uso del adhesivo protésico cuando existe un reborde escaso indicando que este formaría un colchón que amortiguaría las fuerzas que transmite la prótesis hacia los tejidos mucosos y óseos disminuyendo así su rápida reabsorción. (Tarbet, 2010).

El en 2007 Nart; Marcuschamer; Rumeu; Santos Griffin mencionan que la prótesis total dental no está contraindicada en pacientes con escaso reborde óseo en el maxilar como en la mandíbula siempre y cuando al momento de su elaboración se realice una correcta adaptación de la misma con respecto a su reborde. (Nart; Marcuschamer; Rumeu; Santos Griffin, 2007).

Seals en 1996 menciona que la pérdida gradual de la retención y la estabilidad de la prótesis se deben a la reabsorción y remodelación ósea que aparece cuando se pierde los dientes. Dicha reabsorción continúa durante el resto de su vida, pero la velocidad de pérdida de reborde depende de muchos factores como es la salud, calidad y cantidad de hueso, cuidado de la dentadura y la buena higiene que requiere. (Seals, 1996).

De todo el reporte de este caso y estudios anteriormente citados, se siguen elaborando prótesis totales convencionales, obteniendo un exitoso tratamiento, porque muchas veces no todas las alternativas son accesibles para el paciente, es por eso que se busca la mejor opción tomando en cuenta que el odontólogo debe buscar la satisfacción y confort del tratado.

8. CONCLUSIONES

- La colocación de prótesis convencionales fue la mejor opción de rehabilitación debido a que la paciente presentaba algunas de las limitaciones mencionadas anteriormente, es por ello que se buscó la satisfacción de ella, de tal manera que dicha prótesis se realizó con el protocolo correspondiente.
- Con el paso del tiempo se ha mejorado la rehabilitación a pacientes edéntulos, pero no debemos descartar que las prótesis convencionales siguen siendo una opción óptima para muchos de ellos.
- La rehabilitación completa de la paciente fue muy satisfactorio ya que se devolvió la relación de los maxilares estructuras perdidas, estética, función, fonética y mediante citas de control la eliminación de todas las irritaciones causadas por las prótesis, hasta que se acople a su nueva función.
- Los pacientes geriátricos presentan cambios sistémicos como bucales, en periodonto, saliva, articulación temporomandibular, dientes, etc. De tal manera que debemos diferenciar cada una de ellas con la finalidad de conocer que es lo normal y que no.
- El escaso reborde óseo no fue una contraindicación para el tratamiento, debido a que el procedimiento se realizó con los pasos correspondientes elaborando una buena adaptación de las prótesis.

9. RECOMENDACIONES

- El uso de radiografía y tomografía brindó excelentes resultados de visualización en este caso clínico con respecto a la anatomía y sus componentes que se requería conocer, por lo tanto se recomienda utilizar estos exámenes complementarios con el fin de ofrecer un buen tratamiento tomando en cuenta que lo principal es obtener una buena historia clínica que sirve de base para un posterior tratamiento y bienestar del paciente.
- Existen muchos odontólogos que están usando cada vez menos estos tratamientos, pero si son satisfactorios, recomiendo que se debe continuar ejecutando este tipo de rehabilitación debido a que son más accesibles para muchos pacientes, y no solo promover el uso de tratamientos costosos, porque debemos buscar las necesidades, conveniencias y posibilidades que el paciente requiera con la finalidad de satisfacer su tratamiento.

10. ANEXOS

| <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLOGÍA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS </div> </div> | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|---|---------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------|--------------|--------------------------|---|---------------------------------|------|-----------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | | UNIDAD OPERATIVA | | COD. UO | | COD. LOCALIZACIÓN | | | NUMERO DE CLÍNICA | | | |
| UIDE | | Clínica de Especialidades Odontológicas | | | | PARROQUIA | CANTÓN | PROVINCIA | <div style="background-color: #007bff; color: white; padding: 5px; display: inline-block; font-weight: bold;">11959</div> | | | |
| | | | | | | Parquecito | Quito | Panamá | | | | |
| II REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN | | | | | | | | | | | | |
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | PRIMER NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE | | Nº. CÉDULA DE CIUDADANÍA | | | | |
| Morales | | Hidalgo | | Dora | | Beatriz | | 1700774514 | | | | |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y NÚM., MANZANA Y CASA) | | | | | BARRIO | PARROQUIA | CANTÓN | PROVINCIA | ZONA (URB) | Nº. DE TELÉFONO | | |
| Club los Chillos | | | | | Neiva Alegre | | Ramiriz | Panamá | | 2870373 | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO | NACIONALIDAD (PAÍS) | GRUPO CULTURAL | EDAD AÑOS CUMPLIDOS | SEXO | | ESTADO CIVIL | | | INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO | | |
| 19-10-40 | Quito | Ecuatoriana | Mestiza | 77 | M | F | SOL | CAS | DIV | VU | U.S. | Brasileño |
| FECHA DE ADMISIÓN | | OCUPACIÓN | | EMPRESA DONDE TRABAJA | | TIPO DE SEGURO DE SALUD | | | REFERIDO DE | | | |
| 19-10-17 | | Jubilada | | | | | | | | | | |
| EN CASO NECESARIO LLAMAR A | | | PARENTESCO AFINIDAD | | DIRECCIÓN | | | Nº. DE TELÉFONO | | | | |
| Mónica Benalcázar | | | Hija | | 6 de Diciembre y Río Coca | | | 226 9557 | | | | |
| COD. CÓDIGO URBANA R-URBAL MARRASCULO FARMENINO SOL-SOLTERO CAS-CASADO DIV-DIVORCIADO VIUVIUDO U-LIUNION LIBRE | | | | | | | | | | CÓDIGO | | |
| | | | | | | | | | | ADMISIONISTA | | |
| AUTORIZACIÓN | | | | | | | | | | | | |
| FECHA <u>19-10-17</u> | | | | | | | | | | | | |
| YO <u>Dora Morales</u> con C.I. No. <u>1700774514</u> | | | | | | | | | | | | |
| 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: <u>Dora Morales</u> | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA DEL PACIENTE: <u>Beatriz de Benalcázar</u> | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE: <u>Michele Apunte</u> | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL TUTOR: <u>Dra Alejandra Torres</u> | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA DEL TUTOR: <u>Alejandra Torres</u> | | | | | | | | | | | | |

Anexo: I Historia Clínica. Elaborado: (Apunte, 2018).

| | | | | | |
|-----------------|--------|----------|------------|------|---------------------|
| ESTABLECIMIENTO | NOMBRE | APELLIDO | SEXO (M/F) | EDAD | Nº HISTORIA CLÍNICA |
| UIDE | Dora | Moraes | F | 77 | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|---------------------|--------------------------|------------|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------------------------------|
| 1-4 AÑOS | 5-9 AÑOS PROGRAMADO | 10-14 AÑOS NO PROGRAMADO | 15-18 AÑOS | 19-24 AÑOS PROGRAMADO | 25-34 AÑOS | 35-44 AÑOS | 45-54 AÑOS | 55-64 AÑOS | 65-74 AÑOS | 75-84 AÑOS | 85-94 AÑOS | EMBARAZADA |
| | | | | | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE
 "Quiero que me coloque una nueva prótesis"

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL
 Paciente no presenta ninguna sintomatología.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|-----------------|-----------|------------------|---------|-------------|-----------------|------------------|----------|
| 1. ALERGIAS ANTIBIÓTICAS | 2. ALERGIAS ANESTÉSICAS | 3. HECHO BRUJAS | 4. VIVIDA | 5. TUBER CULOSIS | 6. ASMA | 7. DIABETES | 8. HIPERTENSIÓN | 9. ENF. CARDIACA | 10. OTRO |
| | | | | | | | | | |

AP: Diabética, hipertensa, sufrió de un infarto hace y presenta hipertiroidismo
 AF: Mama cancer al paraceas

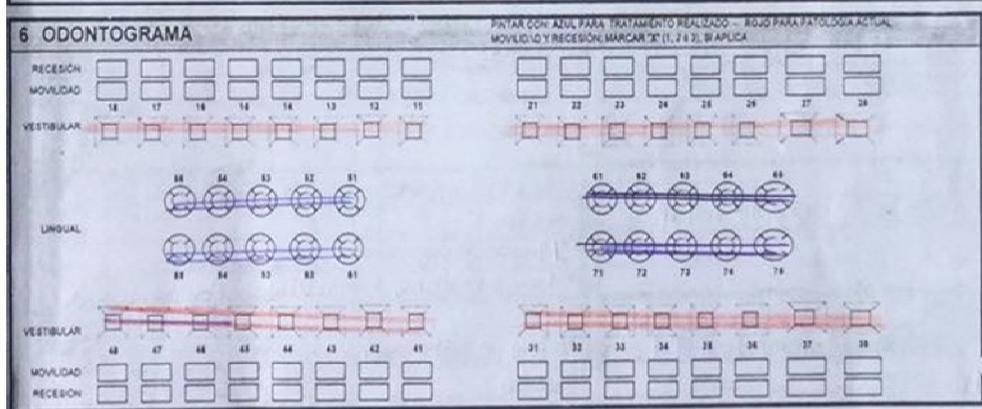
4 SIGNOS VITALES

| | | | |
|------------------|---------------------|-------------|-----------------|
| PRESIÓN ARTERIAL | FRECUENCIA CARDÍACA | TEMPERATURA | F. RESPIRATORIA |
| 135/67 | 78 | 36.5 | 25 |

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. GANGLIAS SALIVALES | 10. OROFARINGE | 11. A.T.M. | 12. GANGLIOS | | | | |
| | | | | | | | |

No presenta ninguna patología estomatognática.



7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

| HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA | | | | ENFERMEDAD PERIODONTAL | MAL OCLUSIÓN | FLUOROSIS |
|---------------------------|----|----|------------|------------------------|--------------|-----------|
| PIEZAS DENTALES | | | | LEVE | ANGLE I | LEVE |
| 16 | 17 | 55 | PLACA | MODERADA | ANGLE II | MODERADA |
| 11 | 21 | 51 | CÁLCULO | SEVERA | ANGLE III | SEVERA |
| 26 | 27 | 65 | GINGIVITIS | | | |
| 36 | 37 | 75 | 0-1-2-3 | | | |
| 31 | 41 | 71 | 0-1 | | | |
| 46 | 47 | 85 | 0-1 | | | |
| TOTALES | | | | | | |

8 INDICES CPO-ceo

| | C | P | O | TOTAL |
|---|---|----|---|-------|
| D | 0 | 32 | 0 | 32 |
| d | 0 | 0 | 0 | 0 |

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

| | | | | | |
|------------------|---------------------|---|----------------------|---|----------------|
| * ₁₆₀ | SELLANTE NECESARIO | ⊗ | PÉRDIDA (OTRA CAUSA) | ≡ | PRÓTESIS TOTAL |
| * ₂₆₀ | SELLANTE REALIZADO | △ | ENDODONCIA | ⊕ | CORONA |
| X ₁₆₀ | EXTRACCIÓN INDICADA | ○ | PRÓTESIS Fija | ○ | BEUL |
| X ₂₆₀ | PÉRDIDA POR CARIES | — | PRÓTESIS REMOVIBLE | ○ | OBTURADO |
| | | | | ○ | rojo |
| | | | | | CARIES |

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA: CUMCA BANGUENEA RAYOS X OTROS Motivación fisiocepea oral

Recepción:

Educación: cepillado de dientes y tejidos

Rehabilitación: Prótesis total Superior, Inferior

11 DIAGNÓSTICO

1- Edentulo total Superior / Inferior K06.9

FECHA DE APERTURA: 19-10-17 FECHA DE CONTROL: 6-11-17 PROFESIONAL: Dia Torres FIRMA: [Firma] NUMERO DE HOJA:

12 TRATAMIENTO

| SESIÓN Y FECHA | DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES | PROCEDIMIENTOS | PRESCRIPCIONES | CÓDIGO Y FIRMA |
|----------------------------|-------------------------------|--|-------------------|-------------------------|
| SESIÓN 1 FECHA 19-10-17 | Edentulo Total K06.9 | • Toma de impresión primaria - alginato. • Toma de fotografías. • Apertura de historia. | B. de Benalcázar. | CÓDIGO FIRMA [Firma] |
| SESIÓN 2 FECHA 6-11-17 | Edentulo Total. K06.9 | • Cúmulos individuales | B. de Benalcázar. | CÓDIGO FIRMA [Firma] |
| SESIÓN 3 FECHA 30-11-17 | Edentulo Total K06.9 | • Recete muscular. • Impresión definitiva | B. de Benalcázar. | CÓDIGO FIRMA [Firma] |
| SESIÓN 4 FECHA 8-12-17 | Edentulo total. K06.9 | • Sellado periférico. • Impresión definitiva. | B. de Benalcázar. | CÓDIGO FIRMA [Firma] |
| SESIÓN 5 FECHA 12-1-18 | Edentulo Total K06.9 | • Prueba de retención de altura. • Planos de orientación • Montaje articulares, dimensión y Relación Centrica. | B. de Benalcázar. | CÓDIGO FIRMA [Firma] |
| SESIÓN 6 FECHA 19-1-18 | Edentulo Total K06.9 | • Montaje del modelo inferior | B. de Benalcázar. | CÓDIGO FIRMA [Firma] |
| SESIÓN 7 FECHA 26-1-18 | Edentulo Total K06.9 | • Prueba de enfilado de dientes sup, inferior en cera. | B. de Benalcázar. | CÓDIGO FIRMA [Firma] |
| SESIÓN 8 FECHA 9-1-18 | Edentulo Total K06.9 | • Colocación definitiva de prótesis total. Sup, Inf. | B. de Benalcázar. | CÓDIGO FIRMA [Firma] |
| SESIÓN 9 FECHA 10-1-18 | Edentulo Total K06.9 | Control 24 horas | B. de Benalcázar. | CÓDIGO FIRMA [Firma] |

| FECHA | | DIAGNÓSTICO Y COMPUTACIONES | PROCEDIMIENTOS | PRESCRIPCIONES | CODIGO Y FIRMA | |
|--------|---------|-----------------------------|-----------------|-------------------------|----------------|---|
| SESIÓN | 10 | | | | CODIGO | |
| FECHA | 16-1-18 | Exentolo Total K06,9. | Control 7 días. | <u>B. de Bonalcazar</u> | FIRMA |  |
| SESIÓN | 11 | | | | CODIGO | |
| FECHA | | | | | FIRMA | |
| SESIÓN | 12 | | | | CODIGO | |
| FECHA | | | | | FIRMA | |
| SESIÓN | 13 | | | | CODIGO | |
| FECHA | | | | | FIRMA | |
| SESIÓN | 14 | | | | CODIGO | |
| FECHA | | | | | FIRMA | |
| SESIÓN | 15 | | | | CODIGO | |
| FECHA | | | | | FIRMA | |
| SESIÓN | 16 | | | | CODIGO | |
| FECHA | | | | | FIRMA | |

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
FICHA CLINICA DE PROTESIS TOTAL

Nota: No se realizara ningún procedimiento de prótesis fija sin la previa realización de tratamientos de otras especialidades de acuerdo al plan de tratamiento establecido.

Nombre del Profesor: Dr. Alejandra Torres No Historia 1959

Nombre del Paciente: Dora Morales

Desde cuando usa prótesis total?
30 años

La última prótesis hace que tiempo le pusieron? 30 años

Le hicieron algún rebase? Si..... NO: Hace que tiempo:.....

Le lastima? Si..... No Esta floja? Si No..... Usa pega? Si..... No

EXAMEN CLINICO DE LA BOCA

LABIOS:
Normales

CARRILLOS:
Normales color rosa coral, sin presencia de lesiones

SALIVA:
Normal

MOVIMIENTOS MANDIBULARES Normales

EXAMEN CLINICO DEL AREA PROTESICA

MAXILAR SUPERIOR

Reborde gingival: Alto Bajo Normal
Reabsorbido Estrangulado En lámina Mixto
Forma: triangular Ovoidal Cuadrado
Presencia de torus No
Tipo de mucosa: resilente fibrosa flácida Hipertrofiada
Inserción de frenillos: Alto Baja
Paladar: Ojival Normal Plano

MANDIBULA:

Reborde gingival: Alto Bajo Normal
Reabsorbido Estrangulado En Lámina Mixto
Tipo de mucosa:
resilente fibrosa flácida hipertrofiada
Inserción de frenillos: alto bajo
Piso de la boca: normal presencia de glándulas
Lengua: Normal Macroglosia
Presencia de torus mandibular Si No
Presencia de lesiones: Si No De qué tipo?
Espacio intermaxilar en mm: cuánto
Paciente: Receptivo Indiferente Con problemas

Observaciones:

Otras patologías: Distancia de ATM

PRONOSTICO: Favorable Desfavorable

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

Beatriz de Benavente

FECHA: 9-1-18

DATOS CLINICOS

DV REPOSO OCLUSION.....

DIC.....

DIENTES:
 COLOR, 20 FORMA..... TAMAÑO.....

ENCIAS: COLOR.....

PROTOCOLO CLINICO

| FECHA | TRABAJO REALIZADO | MATERIALES USADOS | FIRMA TUTOR |
|----------|---|--|-------------|
| 9-10-17 | 1. ELABORACIÓN HISTORIA CLÍNICA GENERAL Y DE TOTAL | | |
| 19-10-17 | 2. IMPRESIONES ANATÓMICAS | alginate, yeso | |
| 19-10-17 | 3. MODELOS DE ESTUDIO Y DELIMITACIÓN DEL TERRENO PROTÉSICO. | | |
| 6-11-17 | 4. CUBETAS INDIVIDUALES SUP-INF | acrilico | |
| 30-11-17 | 5. RECORTE MUSCULAR Y SELLADO PERIFÉRICO. | godiva. | |
| 30-11-17 | 6. IMPRESIONES FUNCIONALES | si se cae de adhesion hacia adhesivo para cubeta. | |
| 8-12-17 | 7. MODELOS DEFINITIVOS | | |
| 12-1-18 | 8. RODETES DE ALTURA SUPERIOR-INFERIOR | | |
| 12-1-18 | 9. PLANO DE ORIENTACIÓN | | |
| 12-1-18 | 10. MONTAJE EN ARTICULADOR MODELO SUPERIOR | yeso blanco | |
| 12-1-18 | 11. DIMENSION VERTICAL | | |
| 12-1-18 | 12. RELACIÓN CÉNTRICA CON PUNTA INSCRIPTORA | | |
| 19-1-18 | 13. MONTAJE MODELO INFERIOR | yeso blanco | |
| 26-1-18 | 14. ENFILADO DE DIENTES SUP-INF | | |

| | | | |
|---------|--------------------------------|--|--------------------|
| 26-1-18 | 15. AJUSTE OCLUSAL | | <i>[Signature]</i> |
| 26-1-18 | 16. PRUEBA EN CERA DE PROTESIS | | <i>[Signature]</i> |
| 9-1-18 | 17. ACRILIZACION | | <i>[Signature]</i> |
| 9-1-18 | 18. COLOCACION DEFINITIVA | | <i>[Signature]</i> |
| 10-1-18 | 19. CONTROL EN 24 HORAS | | <i>[Signature]</i> |
| 16-1-18 | 20. CONTROL EN 8 DIAS | | <i>[Signature]</i> |

Recibi el trabajo a entera satisfacción Beatriz de Basalaja

Nombre del Alumno
Michelle Apante

Nombre del Tutor
Di. Viccaino

Firma
Michelle Apante

Firma
[Signature]

UIDE
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|--------------------------------------|--|---------------|--|-------------------|--------|--------------------------|----------------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | | UNIDAD OPERATIVA | | COD. UO | | COD. LOCALIZACIÓN | | | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA | |
| UIDE | | Clínica de especialidad odontológica | | | | PARROQUIA | CANTÓN | PROVINCIA | 11595 | |
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | PRIMER NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE | | No. CEDULA DE CIUDADANÍA | | |
| Moaales | | Hidalgo | | Dora | | Beatriz | | 1700974514 | | |

1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|----------|--|--------|--|----------------|--|
| PROPOSITOS | | TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS | | | | | | | |
| Devolver Relación centrada, dimension vertical. | | Prótesis Total Superior, inferior. | | | | | | | |
| RESULTADOS ESPERADOS | | RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS | | | | | | | |
| Buena estabilidad de la prótesis | | Mala adaptación de prótesis | | | | | | | |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE | | ESPECIALIDAD | | TELÉFONO | | CÓDIGO | | FIRMA | |
| DR Esteban Vizcaino | | Rehabilitador | | | | | | <i>[Firma]</i> | |

2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

| | | | | | | | | | |
|----------------------|--|---------------------------------------|--|----------|--|--------|--|-------|--|
| PROPOSITOS | | INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROPUESTAS | | | | | | | |
| RESULTADOS ESPERADOS | | RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRURGICAS | | | | | | | |
| NOMBRE DEL CIRUJANO | | ESPECIALIDAD | | TELÉFONO | | CÓDIGO | | FIRMA | |

3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|---------------------------------------|--|----------|--|--------|--|-------|--|
| PROPOSITOS | | ANESTESIA PROPUESTA | | | | | | | |
| RESULTADOS ESPERADOS | | RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTESICAS | | | | | | | |
| NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO | | ESPECIALIDAD | | TELÉFONO | | CÓDIGO | | FIRMA | |

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

| | | |
|---|--|--|
| A | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD. | FIRMAS DEL PACIENTE <i>Beatriz de Bernabé</i> <i>Beatriz de Bernabé</i> <i>Beatriz de Bernabé</i> <i>Beatriz de Bernabé</i> <i>Beatriz de Bernabé</i> |
| B | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD. | |
| C | CONSENSO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD. | |
| D | CONSENSO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA. | |
| E | HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS. | |
| F | HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO. | |
| G | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA). | |
| H | HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO. | |
| I | DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIDAD SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO. | |

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE

| | | | | | | | | | |
|--|--|--------------|--|----------|--|--------|--|-------|--|
| COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGUN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO | | FIRMA | | | | | | | |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE | | ESPECIALIDAD | | TELÉFONO | | CÓDIGO | | FIRMA | |

FORMULARIO UIDE CEO 016

Anexo: 3 Consentimiento Informad. Elaborado. (Apunte, 2018).

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, O; Silva, M; Eulalia, M; Falcón, A; Rosse, M; Changas, A. (2007). Prótesis dental en el paciente anciano. Revista Estomatológica Herediana. 17(2). 104-107. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/pdf/4215/421539348010.pdf>

Arboleda, L; Pérez, L. (2010). Manual de enfermedades óseas. Editorial Médica Panamericana: Madrid. Recuperado de

<https://books.google.com.ec/books?id=ehYu7AuRs28C&pg=PT23&lpg=PT23&dq=duplomb+2007+tejido+oseo&source=bl&ots=Ko8nEE71WG&sig=9iKzpr5HAtlkZHEtCVDOMVPouWY&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiUm-nV693bAhWQvVMKHdUyBX4Q6AEIcTAN#v=onepage&q=duplomb%202007%20tejido%20oseo&f=false>

Beltrán, R. (2010). Determinación de la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta del distrito de celendín, provincia de celendín, departamento de Cajamarca. Recuperado de

<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/NADIAAWUAPARAFLORES.pdf>

Del Carmen, M. (2001). Rehabilitación Oral a paciente geriátrico. 1ª ed. 100 – 102. Bogotá.

Forray, F. (2017). Técnica de impresión para rebordes móviles. Revista clínica de periodoncia. 10(3). Recuperado de

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072017000300173

Gutierrez, V., León, R., Castillo, D. (2015). Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Revista Estomatol Herediana. 25(3). 86 -179. Recuperado de

<http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a02v25n3.pdf>

Grunert, I., Crepaz, M (2008). Prótesis Total, estético funcional individual. 1ª ed. 126 - 130. Quintessence: Barcelona

Hilario, L. (2015). Técnica de confección de prótesis total. Recuperado de

http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000900005&script=sci_arttext

(Hampel, H., Marino, A., Pantoja, R. Villanueva, M. (2000). Manejo estomatológico del paciente diabético. 91(2). 32-33. Chile. Recuperado de

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123454/villanueva-2000.pdf?sequence=1>

Lindhe, J., Lang, N. (2017). Periodontología Clínica e Implantología Odomtológica. 6ª ed. Tomo 1. 34 – 91. Panamericana. Argentina.

Lindhe, J., Lang, N. (2017). Periodontología Clínica e Implantología Odomtológica. 6ª ed. Tomo 2. 610- 611. Panamericana. Argentina.

López, E. (2015). Osteogénesis por distracción con mantenimiento de la actividad motriz. Universidad de Sevilla. Recuperado de

<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/41205/TESIS%20DOCTORAL%20Osteog%C3%A9nesis%20por%20Distracci%C3%B3n%20con%20Mantenimiento%20de%20la%20actividad%20motriz.pdf?sequence=1>

Lee J., Weyant R., Corby P., Kritchevsky S., Harris T., Rooks R., Rubin S., Newman A. (2004). Edentulism and nutritional status in a biracial sample of wellfunctioning, community-dwilling elderly: the Health, Aging, and Body Composition Study. 295 - 302.

Mata de Henning M; Perrone, M. (2001). La prótesis odontológica de *Cándida albicans* en cavidad bucal. Recuperado de

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6326663.pdf>

Machado, A., Chacana, L., Michea, C., Aránguiz, S. (2015). Alteraciones de la masticación en usuarios de prótesis dental removible. Recuperado de

<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n4/1982-0216-rcefac-17-04-01319.pdf>

Milano, V., Desiate, A. (2011). Prótesis Total, Aspectos gnatólogicos, conceptos y procedimientos. 3 – 65. Amolca: Italia.

Nart, M; Mercuschamer, E; Rumeu, J; Santos, A; Griffin, T. (2007). Preservación del reborde alveolar. 4(17). Recuperado de

http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/17-4_04.pdf

Osawa, Y., Osawa, M. (2017). Fundamentos de Prostodoncia total. 1ª ed. 228 – 250. Trillas. Mexico.

Odontochile. (s.f). Cirugía preprotética. Recuperado de www.odontochile.cl/archivos/cuarto/cirugia2/cirurgiapreprotetica.doc

Rodríguez, C. (2013). Secuencia clínica de la rehabilitación del edéntulo total bimaxilar. Acta odontológica Venezolana. 51 (3). Recuperado de <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art-15/>

Shamrany, M. (2008). Is depression associated with edentulism in Canadian adults? Universidad de Toronto.

Sanz, I., Bascones, A. (2008). Diabetes Mellitus: su complicación en la patología oral y preiodontal. Ondontoestomatol. 25(5). 249-263. Madrid. Recuperado de

<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n5/original2.pdf>

Tarbet, W. (2010). Observations of denture-supporting tissues during six months of denture adhesive wearing. 779-785. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2007000300004

Telles, D. (2011). Prótesis Total. Livraria Santos: Sao Paulo.

Unidental, (2015). Salud bucodental. Recuperado de

<http://www.unidental.es/blog/curiosidades/que-es-salud-bucodental>

Velázquez, C. (2012). Sistema esquelético: funciones. huesos: estructura y clasificación. histología del tejido óseo: células, tejido óseo compacto y tejido óseo esponjoso. Universidad de Veracruz. Recuperado de

<https://www.uv.mx/personal/cblazquez/files/2012/01/Sistema-Oseo.pdf>