



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA SALUD Y LA VIDA

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE
ODONTOLOGA**

**“REHABILITACIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR MEDIANTE LA
COLOCACIÓN DE UNA PRÓTESIS TOTAL INMEDIATA”**

VERÓNICA BELÉN VÁSQUEZ CAICEDO

QUITO, AGOSTO 2014

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue reportar un caso en el cual la paciente al momento en el que acudió a la Clínica de Especialidades Odontológicas de la UIDE, portaba una prótesis acrílica removible en mal estado y sus dientes remanentes se encontraban en condiciones inadecuadas para un tratamiento conservador, por lo que se optó por realizar una dentadura total inmediata, la cual constituye una alternativa de tratamiento cuando los dientes remanentes se encuentran en mal estado y su pronóstico es desfavorable. Para la fabricación de esta dentadura inmediata se copiaron los datos existentes como forma, tamaño, color, dimensión vertical y oclusión habitual del paciente, para mejorarlos y pasarlos a la futura dentadura. Una vez confeccionada la prótesis se realizaron las extracciones de los dientes remanentes y se colocó al instante la dentadura total inmediata. Los resultados obtenidos fueron una mejor apariencia estética del paciente brindándole seguridad confort y autoestima sin haber repercutido en su ámbito social y psicológico. Las dentaduras inmediatas permiten brindar al paciente una etapa de transición y acoplamiento de dientes naturales a dientes artificiales, difieren de las dentaduras convencionales ya que no se necesita esperar la cicatrización de los tejidos para poder ser colocadas en boca sino que pueden ser colocadas inmediatamente después la extracción de los dientes.

Palabras Clave: Dentadura, inmediata, total, estética.

ABSTRACT

The aim of the present clinical report was to describe a case where the patient at the time was wearing a partial acrylic prosthesis and the remaining teeth were in poor conditions for a conservative treatment. Therefore we decided to fabricate an immediate complete denture, which is an alternative treatment when the remaining teeth are hopeless and there prognosis is unfavorable. To fabricate the immediate denture, we copied the existing data as shape, size, color, vertical dimension and occlusion, to improve them and pass them on to the future denture. Once the prosthesis was finished, extractions of the remaining teeth were made and the immediate denture was placed immediately. The results were, better aesthetic appearance providing safety, comfort and self esteem to the patient without affecting in their social and psychological state. Immediate denture offer a transitional period where artificial teeth replace natural teeth, they differ from conventional dentures since they don't need to wait for the healing of tissue to be placed in mouth, immediate denture can be placed immediately after extractions.

Key words: dentures, immediate, complete aesthetic.

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres y a mi hija que han sido mi motor, mi empuje y mis guías para llegar a donde estoy, gracias por haberme acompañado en todo este camino.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis tutores que me han sabido transmitir todos sus conocimientos, con paciencia y dedicación.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTOS.....	5
LISTA DE TABLAS.....	10
LISTA DE FIGURAS.....	11
LISTA DE ANEXOS.....	14
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I: ASPECTOS BÁSICOS.....	15
1.1. Planteamiento del problema.....	15
1.2. Justificación.....	15
1.3. Objetivos.....	16
1.1.1 Objetivo General.....	16
1.1.2 Objetivos Específicos.....	16
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. Introducción a las Dentaduras inmediatas.....	17
2.1.1. Generalidades de las dentaduras inmediatas.....	18
2.1.2. Indicaciones de las dentaduras inmediatas.....	19
2.1.3. Contraindicaciones de las dentaduras inmediatas.....	20
2.1.4. Ventajas de las dentaduras inmediatas.....	20

2.1.5.	Desventajas de las dentaduras inmediatas.....	21
2.1.6.	Examen Clínico del Paciente.....	22
2.1.7.	Preparo Preoperatorio.....	22
2.1.8.	Preparación Preliminar de la boca.....	23
2.2.	Protocolo para realización de una prótesis inmediata.....	23
2.2.1.	Tratamiento Periodontal y Endodóntico.....	23
2.2.2.	Toma de impresiones preliminares para conseguir modelos de diagnóstico.....	24
2.2.3.	Confección de la cubeta individual.....	26
2.2.4.	Sellado Periférico y toma de impresión secundaria del reborde alveolar.....	27
2.2.5.	Relaciones Intermaxilares.....	29
2.2.6.	Placa base y rodetes.....	30
2.2.7.	Montaje en articulador con arco facial del modelo superior e inferior.....	31
2.2.8.	Cirugía del modelo.....	32
2.2.9.	Encerado y construcción de la prótesis.....	33
2.3.	Cirugía y colocación de la prótesis.....	33
2.3.1.	Procedimientos pre protésicos.....	33
2.3.2.	Colocación de la prótesis.....	34
2.3.3.	Indicaciones Posteriores.....	34
3.	CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	36
3.1.	Historia Clínica.....	36
3.1.1.	Motivo de la consulta.....	36
3.1.2.	Antecedentes Personales y Familiares.....	36

3.1.2.1.	Signos Vitales.....	35
3.1.3.	Examen Clínico Bucal.....	37
3.1.3.1.	Odontograma.....	37
3.1.3.2.	Indicadores de salud bucal	38
3.1.3.3.	Registro Periodontal Simplificado (PSR) e Índice de placa....	38
3.1.3.4.	Periodontograma.....	39
3.1.4.	Exámenes Complementarios.....	41
3.1.4.1.	Examen radiográfico.....	41
3.1.4.2.	Exámenes de Laboratorio.....	42
3.2.	Diagnóstico Presuntivo.....	42
3.3.	Diagnostico Definitivo.....	43
3.4.	Plan de Tratamiento.....	43
3.5.	Pronóstico.....	47
3.6.	Consentimiento Informado.....	47
3.7.	Desarrollo del tratamiento.....	47
3.7.1.	ETAPA 1: Estudio del caso del paciente.....	47
3.7.2.	ETAPA 2: Fase Higiénica.....	49
3.7.3.	ETAPA 3: Fase correctiva.....	50
3.7.4.	ETAPA 4: Fase de rehabilitación.....	52
3.7.4.1.	Impresión Preliminar y modelo de estudio.....	52
3.7.4.2.	Cubeta Individual.....	53
3.7.4.3.	Sellado Periférico.....	55
3.7.4.4.	Impresiones Funcionales o Definitivas.....	55
3.7.4.5.	Modelo definitivo y cubeta individual.....	57
3.7.4.6.	Rodetes de Altura.....	58

3.7.4.7.	Montaje de modelo superior en articulador.....	59
3.7.4.8.	Montaje modelo inferior.....	61
3.7.4.9.	Cirugía de modelo.....	63
3.7.4.10.	Enfilado de dientes.....	63
3.7.4.11.	Exodoncias múltiples y regularización de rebordes.....	64
3.7.4.12.	Colocación de prótesis total inmediata.....	67
3.7.5.	ETAPA 7: Rehabilitación del maxilar inferior.....	69
3.7.6.	CONTROL PRÓTESIS INMEDIATA.....	73
3.7.7.	RESULTADOS FINALES.....	74
4.	CAPÍTULO IV.....	75
4.1.	DISCUSIÓN.....	75
4.2.	CONCLUSIONES.....	78
	BIBLIOGRAFÍA.....	79
	ANEXOS.....	84

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: FORMAS DE REBORDES Y CALIDAD DE TEJIDO CONJUNTIVO.....	26
TABLA 2: TIPOS DE IMPRESIONES DE ACUERDO AL REBORDE Y LA MUCOSA ALVEOLAR.....	29
TABLA 3: ETAPAS DEL PLAN DE TRATAMIENTO.....	47

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: ODONTOGRAMA.....	38
FIGURA 2: ÍNDICE DE PLACA, CÁLCULO Y GINGIVITIS.....	39
FIGURA 3: PSR E ÍNDICE DE PLACA.....	40
FIGURA 4: PERIODONTOGRAMA.....	41
FIGURA 5: RADIOGRAFÍA PANORÁMICA.....	43
FIGURA 6: A) FOTOGRAFIA DE FRENTE. B) FOTOGRAFÍA DE PERFIL. C) FOTOGRAFÍA INTRAORAL DE FRENTE.....	49
FIGURA 7: A) MODELO SUPERIOR. B) MODELO INFERIOR.....	50
FIGURA 8: A y B) FOTOGRAFÍAS INTRAORALES.....	50
FIGURA 9: A) ENDODONCIA DIENTE 4.8. B) ENDODONCIA DIENTES 3.4 Y 3.7.....	52
FIGURA 10: A, B Y C) CIRUGÍA RESTO RADICULAR 4.5.....	52
FIGURA 11: A) IMPRESIÓN INICIAL. B) MODELO DE ESTUDIO.....	53
FIGURA 12: A) MATERIALES PARA CONFECCIÓN DE CUBETA. B) ALIVIOS.....	54
FIGURA 13: A Y B) DELIMITACIÓN CUBETA INDIVIDUAL.....	55
FIGURA 14: A Y B) AJUSTE DE CUBETA INDIVIDUAL EN BOCA.....	55
FIGURA 15: A, B Y C) SELLADO PERIFÉRICO.....	56
FIGURA 16: A Y B) COLOCACIÓN DE ADHESIVO VIRTUAL EN CUBETA.....	56
FIGURA 17: A, B, C Y D) COLOCACIÓN DE MATERIAL DE IMPRESIÓN EN CUBETA. E) COLOCACIÓN DE CUBETA EN BOCA. F) IMPRESIÓN TOMADA.....	57
FIGURA 18: A) DELIMITACIÓN DE MODELO. B) CUBETA INDIVIDUAL.....	58
FIGURA 19: A) RODETES. B Y C) COLOCACIÓN PLATINA DE FOX.....	59
FIGURA 20: A) INSERCIÓN DE HORQUILLA EN BOCA. B) HORQUILLA CON CUBETA.....	59
FIGURA 21: COLOCACIÓN DE ARCO FACIAL.....	60
FIGURA 22: MONTAJE MODELO SUPERIOR.....	61
FIGURA 23: OCLUSIÓN HABITUAL.....	61
FIGURA 24: A Y B) RODETES EN OCLUSIÓN HABITUAL.....	62
FIGURA 25: MONTAJE MODELO INFERIOR.....	62

FIGURA 26: A Y B) CIRUGIA DE MODELO.....	63
FIGURA 27: PRUEBA EN CERA DE PRÓTESIS INMEDIATA.....	64
FIGURA 28: A) TECNICA ANESTESICA INFILTRATIVA. B) DECOLAMIENTO DE TEJIDOS.....	65
FIGURA 29: A Y B) EXTRACCIÓNES MÚLTIPLES.....	65
FIGURA 30: A Y B) REMODELADO ÓSEO.....	66
FIGURA 31: A) SUTURA SIMPLE CONTINUA. C) EXTRACCIÓN DE DIENTE 1.8.....	67
FIGURA 32: A Y B) AJUSTES DE PRÓTESIS INMEDIATA.....	67
FIGURA 33: A Y B) PRÓTESIS TOTAL INMEDIATA EN BOCA.....	68
FIGURA 34: CONTROL 72 HORAS.....	68
FIGURA 35: A) REMOCIÓN DE SUTURAS. B) CONTROL A LA SEMANA.....	69
FIGURA 36: A) TALLADO DIENTE 4.8. B) TALLADO DIENTE 3.7.....	70
FIGURA 37: A Y B) IMPRESIÓN CON SILICONA DE ADICIÓN.....	71
FIGURA 38: CEMENTACIÓN CORONA E INCRUSTACIÓN.....	71
FIGURA 39: PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE TERMINADA.....	72
FIGURA 40: A) KIT UFI GEL. B) RELLENO REALIZADO.....	73
FIGURA 41: A) FOTO INICIAL. B) FOTO FINAL.....	74

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1: EXÁMENES DE LABORATORIO.....	85
ANEXO N°2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	86
ANEXO N°3: HISTORIA CLÍNICA.....	87
Historia de Cirugía de los dientes remanentes 1.2, 1.3, 2.1, 2.3 y 1.8.....	93
ANEXO N°4: HISTORIA PRÓTESIS TOTAL.....	94

INTRODUCCIÓN

El tratamiento con prótesis dentales consiste en la sustitución de los dientes naturales mediante la colocación de dientes artificiales, para por medio de esto restablecer funciones perdidas y devolver la estética que tan importante es hoy en día. La rehabilitación con prótesis sean totales, removibles o fijas, pueden aportar un elevado nivel de satisfacción tanto al paciente como al odontólogo (Moreno, 2011; Gilboa & Cardash, 2009).

La prevalencia de edentulismo hoy en día se asocia a muchos factores, siendo los más relevantes, la mala higiene oral, caries, enfermedad periodontal, entre otras causas, que no solo afectan al sistema estomatognático, sino a la salud en general del paciente (Shah & cols., 2012).

Cuando la pérdida dental es inminente y abarca toda una arcada, entra la posibilidad de una prótesis total inmediata como alternativa de tratamiento. Este tipo de prótesis difiere de las convencionales y se define como una prótesis sea total o parcial que se fabrica para colocarla inmediatamente después de la extracción de los dientes naturales, dando la posibilidad al paciente de mantener la estética sin alterar su estado facial, psicológico y social (Preti, 2008; Díaz & Quintana del Solar, 2013).

CAPITULO I: ASPECTOS BÁSICOS

1.1. Planteamiento del problema

La paciente lleva usando una prótesis removible acrílica superior durante 2 años, la cual se encuentra apoyada únicamente sobre 4 dientes anteriores y un posterior. Debido a la fuerte carga protésica apoyada únicamente sobre los dientes anteriores a la larga ha generado una movilidad dental grado 2 y 3 (según Miller) y dolor, junto a esto se suma la mala higiene de la paciente la cual ha generado una enfermedad periodontal generalizada. En la región mandibular presenta un edentulismo clase III modificación 1 de Kennedy por lo que en esta zona presenta pérdida de reborde alveolar y por lo tanto pérdida de función en dicha zona.

1.2. Justificación

Debido al daño causado por una prótesis mal adaptada sin haber analizado profundamente las condiciones en las que se encontraba el paciente en un inicio y la repercusión de estas sobre la salud oral de la paciente, se decidió devolver la estética y función perdida mediante un tratamiento accesible y aceptable tanto para el paciente como para el operador, el cual tiene como meta extraer los dientes remanentes que no cumplen con ninguna función en boca y colocar una prótesis total inmediata evitándole al paciente pasar por una etapa de edentulismo total y más bien proveer al paciente de una transición y acoplamiento al uso de prótesis total,

este tratamiento se complementará con una rehabilitación integral la cual incluye la rehabilitación del maxilar inferior con una prótesis removible de cromo cobalto. Todo esto con el fin de brindar al paciente una mejor calidad de vida y cumplir con las expectativas con las que llego a la Clínica de la UIDE.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Devolver la estética y función perdida de una paciente de sexo femenino mediante la colocación de una prótesis total inmediata posterior a la extracción de sus dientes remanentes.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Copiar y mantener la dimensión vertical de la paciente junto con su oclusión habitual para la fabricación de la prótesis total inmediata.
- Proveer una etapa de acostumbramiento y transición de dientes naturales a dientes artificiales.
- Evitar posibles cambios en su aspecto facial, funcional y psicológico por la pérdida de los dientes remanentes.
- Brindar un tratamiento que permita corregir la estética ayudándonos de elementos previos como la presencia de sus dientes, color, forma y tamaño.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Introducción a las Dentaduras inmediatas

La dentadura inmediata es aquella que se la confecciona sobre un modelo obtenido, antes de la extracción completa de los dientes remanentes y se la instala después de las mismas, todo esto con el objetivo de sustituir los dientes perdidos (Tamaki, 1983; Limonta, 2006; Fuertes & cols., 2007; Kumar, 2013; Gilboa & Cardash, 2009).

Este tipo de dentadura por lo general no debe ser la definitiva sino una dentadura de transición, ya que los tejidos adyacentes después de las extracciones sufren múltiples cambios y modificaciones, lo cual no sucede con las dentaduras totales convencionales (Fuertes & cols., 2007; Telles, 2011).

Existen dos tipos de dentaduras inmediatas, la dentadura clásica convencional la misma que se espera que sea la dentadura definitiva y permanente, en la cual después de un periodo de cicatrización (3-6 meses) se puede realizar un rebase con el fin de conservar su adaptación basal a las estructuras de soporte y el segundo tipo de dentadura inmediata es aquella llamada provisional o de transición “para desechar”, la cual va a ser útil únicamente por un tiempo limitado, por lo general el tiempo que dure la cicatrización, después del cual se cambiara por una dentadura total convencional o definitiva (Rahn & cols., 2011, Caputi & cols., 2013).

2.1.1. Generalidades de las dentaduras inmediatas.

Las dentaduras inmediatas no constituyen una técnica moderna, ya que son conocidas hace más de un siglo y aun no se sabe quien fue el precursor. Según Tamaki los autores que comenzaron con el concepto de dentaduras inmediatas fueron Benedetti y Richardson en 1860, Rodríguez en 1861, Atkinson y Herbast en 1863 (Tamaki, 1983, Díaz & Quintana del Solar, 2013).

En 1860 Richardson se enfocó en un servicio de dentadura inmediata. Después de esto aparece la publicación de Sears en 1923, donde menciona que en casos donde existan piezas dentales remanentes, es sabio considerar la posibilidad de construir dentaduras completas inmediatas antes de remover los dientes y habla acerca de una guía quirúrgica e instalación de dentaduras inmediatas. Más tarde aparece la primera publicación acerca de las dentaduras inmediatas de la cual se sabe fue escrita por Wistrow y Scheff en 1983. A partir de esa época, varios autores han tratado ese asunto como es el caso de Fletcher, Doxater, Kazojian y otros más (Goswani & Singh, 2012).

La técnica de confección de dentaduras inmediatas difiere de las convencionales ya que es más exigente y requiere de bastante habilidad y conocimiento por parte del profesional, para su colocación como su nombre lo indica se lo realiza inmediatamente después de las extracciones de lo

dientes remanentes y no es necesario esperar la cicatrización como pasa en el caso de las dentaduras convencionales (Goswani & Singh, 2012; Fuertes & cols., 2007, Cacciacane, 2012).

Lo que se busca al confeccionar una dentadura inmediata es reducir el golpe físico y psíquico que se produciría en el paciente desdentado, ya que permite una etapa de transición o acostumbramiento al uso de una dentadura total sin cambios faciales ni alteraciones en su estética. Devolviendo también la función y la fonética (Caputi & cols., 2013; Fuertes & cols., 2007; Kumar, 2013, Nagaraj & cols., 2012).

2.1.2. Indicaciones de las dentaduras inmediatas

- Pacientes edéntulos parciales cuyos dientes naturales remanentes deben ser extraídos.
- Pacientes con dentición afectada por caries excesivamente destructiva o enfermedad periodontal, en la cual la extracción es el único plan de tratamiento razonable.
- Que el estado general del paciente permita las extracciones múltiples, es decir se busca que el paciente se encuentre física y psicológicamente normal.
- Aceptación del tratamiento por parte del paciente (Preti, 2008; Goswani, 2012; Mallat Desplat & Mallat Callis, 2004; Fuertes & cols., 2007, Kumar, 2013, Díaz & Quintana del Solar, 2013).

2.1.3. Contraindicaciones de las dentaduras inmediatas

- Pacientes con enfermedades de compromiso sistémico (diabetes, insuficiencia cardíaca, hemofilia, discrasias sanguíneas, entre otras), en estos pacientes el problema no es la confección de las prótesis sino la intervención quirúrgica a la que se tienen que someter y los riesgos que trae la misma: hemorragias, arritmias, taquicardias, entre otros (Díaz, 2001; Limonta, 2006; Cacciacane, 2012; Mallat Desplat & Mallat Callis, 2004).

2.1.4. Ventajas de las dentaduras inmediatas

- Evita al paciente problemas de estética, ofreciendo sostén a las mejillas y los labios, evitando la pérdida de los contornos faciales y la dimensión vertical de oclusión.
- El paciente en la misma cita de extracción, sale con sus dientes sin sufrir periodos edéntulos.
- Sirve como una guía para resultados óptimos y estéticos ya que al tener los dientes naturales en boca, eso permite copiar su forma, tamaño y posición natural.
- Se evita que el paciente adopte hábitos, gestos, posiciones o muecas que disimulan la falta de dientes.
- El paciente conserva su aspecto tanto físico como psicológico, de esta manera evita la incomodidad social.

- Protege a los tejidos aislándolo del medio bucal, reduciendo el dolor, la inflamación y posibles infecciones postoperatorias.
- Impide el desprendimiento del coagulo.
- Constituye un medio para el acondicionamiento y conservación de las estructuras residuales (Preti, 2008; Kumar, 2013; Limonta, 2006; Fuertes & cols., 2007; Nagaraj & cols., 2012; Tamaki, 1983; Rahn & cols, 2011; Goswani & Singh, 2012; Díaz & Quintana del Solar, 2013).

2.1.5. Desventajas de las dentaduras inmediatas

- El procedimiento es más tedioso y más largo por lo que se requiere de más citas, particularmente después de colocada la prótesis.
- La rápida reabsorción del reborde alveolar posterior a la cirugía, es una de las desventajas de las dentaduras inmediatas, por lo que se necesitan de rebases para brindar estabilidad a la prótesis.
- De la misma manera por la existencia de dientes anteriores remanentes, en el momento de tomar las impresiones, se crea una retención en la zona anterior del reborde que cuesta capturar con precisión la impresión.
- Este tipo de prótesis limita la evaluación de la misma tanto en los aspectos estéticos y fonéticos, ya que la única manera de probarlos es al final en la colocación definitiva posterior a las extracciones, cuando la prótesis se encuentra ya confeccionada (Rahn & cols.,

2011; Goswani & Singh, 2012; Kumar, 2013; Díaz & Quintana del Solar, 2013).

2.1.6. Examen Clínico del Paciente

El examen clínico del paciente para dentaduras inmediatas, debe ser lo más completo posible, los datos obtenidos deben ser anotados en la historia clínica, todo esto con el fin de tener buenos resultados. El orden o protocolo a seguir debe ser igual al de la confección de una dentadura convencional. Es importante indagar en cualquier antecedente médico por el cual el paciente este cursando o curso en el pasado, realizar un correcto examen intra y extra oral ayudándose de radiografías, modelos de estudio y fotografías del paciente, de la misma manera es importante evaluar el perfil psicológico del paciente si es una persona receptiva, séptica, histérica o indiferente (Tamaki, 1983; Rahn & cols., 2011).

2.1.7. Preparo Preoperatorio

La preparación del paciente que va a recibir una dentadura inmediata se basa en una intervención quirúrgica, para lo cual antes de realizar la cirugía en sí se necesitaran exámenes como pruebas de coagulación y biometría hemática todo esto junto con una preparación del paciente, la cual consistirá en indicarle paso a paso al paciente los procedimientos que se tienen que seguir para la colocación de la dentadura inmediata, respondiendo a todas sus dudas e incertidumbres (Fuentes & cols., 2007).

2.1.8. Preparación Preliminar de la boca

La técnica para la realización de estas prótesis inmediatas, difiere entre autores, según Tamaki, el menciona a dos autores, Winkler que propone la extracción de todos los dientes remanentes y la instalación de la dentadura inmediata en una sola cita, con el objetivo de minimizar el impacto de la pérdida de los dientes manteniendo la estética, la ventaja de esta técnica es que en esta misma cirugía se realiza la reducción de tuberosidades y remoción de las espículas óseas; Leathers que es el otro autor, difiere con Winkler, ya que él propone la extracción de los dientes posteriores primero, esperando un tiempo de seis semanas hasta su cicatrización y posterior a esto la extracción de los dientes anteriores, colocando la prótesis en esa misma cita, la ventaja de esta técnica es una menor extensión de la herida y un acto quirúrgico más corto (Tamaki, 1983, López & Granizo, 2012; Gilboa & Cardash, 2009).

2.2. Protocolo para realización de una prótesis inmediata

2.2.1 Tratamiento Periodontal y Endodóntico

La rehabilitación bucal de pacientes que han tenido enfermedad periodontal en especial periodontitis severa generalizada, cursan con afecciones de tipo óseo, una reducción en sentido horizontal y vertical de los procesos alveolares, generando esto una pérdida de soporte y retención (Utreras & Ozawa, 2011).

La periodontitis severa generalizada es una enfermedad que cursa con una pérdida de inserción y una pérdida ósea severa, que genera una movilidad dental y hasta la pérdida dental. Lo cual repercute mucho en el estado psicológico ya que el paciente se ve privado de una parte importante de su identidad y de su estado físico, pudiendo sufrir una inadaptación (Khalifa & cols., 2012).

El raspado y alisado radicular de las piezas residuales se lo realiza con el objetivo de conseguir una mejoría del medio bucal y de esta manera una reducción de la inflamación gingival, buscando una buena cicatrización de los tejidos después de las extracciones (Lindhe, 2009).

Terminada la terapia básica periodontal, se procede a realizar la fase correctiva si es que el paciente lo amerita. Previo a realizar cualquier tratamiento es necesario identificar los dientes que se encuentran vitales y no vitales evaluando la calidad del tratamiento existente en estos dientes, a su vez es necesario analizar que dientes se tomaran en cuenta para el futuro plan de tratamiento y se estos ameritan un manejo endodóntico previo como medida preventiva. La endodoncia tiene como objetivo preservar los dientes naturales, mediante la desinfección y obturación de los conductos radiculares, logrando mantener la función y estética del diente (Cohen & Hargreaves., 2008).

2.2.2. Toma de impresiones preliminares para conseguir modelos de diagnóstico.

El objetivo de la impresión preliminar, anatómica o de diagnóstico, es lograr una copia en negativo de los tejidos presentes en maxilar y mandíbula, tratando de reproducir al máximo los rebordes óseos remanentes (Kawabe, 1992; Correa & cols., 2001).

Es de vital importancia poner énfasis y atención a la forma del reborde con el que se va a trabajar y a la calidad de tejido conjuntivo, como se menciona en la Tabla 1, ya que estos van actuar directamente sobre el soporte funcional de la base de la prótesis que se va a construir (Kawabe, 1992, Cacciacane, 2012).

En forma de “U”	Plano	Pirámide	Filoso
Mucosa fibrosa y densa; Superficie ósea densa y suave.	Mucosa móvil y delgada; superficie ósea suave.	Mucosa desplazable; superficie ósea suave.	Mucosa Delgada y dispareja.

Tabla 1: Formas de rebordes y calidad de tejido conjuntivo.

Fuente: Kawabe, 1992. Elaborador: Verónica Vásquez 2014

La toma de la impresión preliminar se la realiza utilizando hidrocoloide irreversibles siendo el material más comúnmente usado, por lo general la cubeta se la suele modificar sus bordes con cera para extender la impresión

hacia los tejidos blandos, ciertos autores recomiendan la colocación de cera a nivel del centro del paladar para así conseguir una distribución uniforme del material hacia todos los sectores (Zarb & cols., 1994; Telles, 2011; Preti, 2008; Fuertes & cols., 2007).

En ocasiones por la disposición de los dientes remanentes es necesario la colocación de cera entre los espacios interdentes, para poder eliminar posibles retenciones que puedan interferir con la toma de la impresión o avulsiones accidentales por el grado de movilidad de los dientes remanentes (Dixon, 2012, Cacciacane, 2012).

2.2.3. Confección de la cubeta individual

Obtenidos los modelos anatómicos, se delimita la futura base de la dentadura, bordeando frenillos, inserciones musculares, zona post-dam y se realiza alivio de la papila piriforme. En modelo inferior se alivia papila piriforme y zona retromolar (Aguilar, 2002).

La profundización de la cubeta se la debe realizar a 2 – 3 mm del fondo del surco vestibular, tanto en impresiones superiores como inferiores. Las cubetas se las realiza con resina acrílica de autopolimerización o de fotopolimerización, eliminando las zonas retentivas y creando alivios con cera, incluyendo la zona de los dientes remanentes dando una forma expulsiva. La cubeta debe tener una uniformidad y un grosor aproximado de 2 a 3 mm, esta deber constar de un mango que debe ser vertical y no debe

interferir con el borde del labio (Cacciacane, 2012; Díaz, 2001; Telles, 2011, Dixon, 2012; Zarb & cols., 1994).

2.2.4. Sellado Periférico y toma de impresión secundaria del reborde alveolar.

El paso previo a la toma de la impresión funcional o secundaria, es el ajuste de la cubeta en la boca del paciente, es necesario poner atención si es existiera dislocamiento de la cubeta o alguna interferencia con frenillos o inserciones musculares (Cacciacane, 2012; Nagaraj & cols., 2012; Sowter, 1981).

Teniendo ya estos ajustes, se procede a realizar el sellado periférico con la finalidad de modelar los bordes de la cubeta individual y generar una mejor retención, para este paso el material más usado es la godiva de baja fusión sin embargo, existen autores que mencionan el uso de poliéter y siliconas. Existen técnicas para lograr un correcto sellado periférico con godiva planteadas por distintos autores, generalmente se comienza por el sector anterior, después el sector de premolares, molares y por último la región posterior, es necesario que al colocar la godiva en boca, el paciente realice movimientos musculares para generar una mejor impresión (Zarb & cols., 1994).

La impresión secundaria o también llamada funcional, será la impresión que nos dará como resultado un modelo funcional o de trabajo,

sobre el cual se va a trabajar la prótesis total definitiva, por lo que se debe tratar de obtener una copia con mucho detalle del área basal (Kawabe, 1992).

Previo a esto se debe diagnosticar el tipo de mucosa con la que vamos a trabajar y de acuerdo a esto también que calidad de hueso presenta, teniendo ya definido estas características podemos clasificar a las impresiones en: impresiones con presión, mínima presión y presión selectiva como lo muestra la tabla 2 (Correa & cols., 2001; Kawabe, 1992).

Impresión sin presión	Impresión con presión	Impresión selectiva
• Reborde alveolar vertientes paralelas • Mucosa alveolar lisa y adherida al reborde	• Mucosa alveolar irregular • Reborde alveolar plano.	• Reborde alveolar con mucosa irregular • Mucosa móvil • Reborde alveolar estrangulado • Reborde alveolar disparejo

Tabla 2: Tipos de impresiones de acuerdo al reborde y la mucosa alveolar
Fuente: Kawabe, 1992. Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

Actualmente un gran número de profesionales utilizan la técnica sin presión, para evitar distorsiones en la mucosa por el dislocamiento que sufren los tejidos. El material ideal para este tipo de impresión deberá ser leve y con un alto índice de escurrimiento (Correa & cols., 2001).

Este tipo de impresión funcional, ha venido cambiando con el tiempo, se comenzó empleando hidrocoloides, posteriormente se introdujo el uso de

pasta de óxido de zinc, hidrocoloide irreversible, siliconas, materiales plásticos, polisulfuros, poliéter, masillas termoplásticas, en fin una cantidad de materiales los cuales cada uno brinda ventajas y desventajas (Koeck, 2007, Zarb & cols., 1994, Cagna & Massad, 2009).

2.2.5. Relaciones Intermaxilares

La dimensión vertical se define como la distancia que existe entre dos puntos, un punto fijo que es el maxilar superior y un punto móvil que es la mandíbula. La dimensión vertical en oclusión hace referencia a la relación de la mandíbula con respecto al maxilar superior cuando los dientes se encuentran en oclusión habitual es decir no existe un espacio interoclusal. La dimensión vertical en reposo es aquella en la que el paciente cierra la boca y se mantiene en un descanso fisiológico, es decir sus dientes superiores e inferiores no ocluyen y se forma un espacio interoclusal libre este espacio es la diferencia que existe entre la dimensión vertical en oclusión y la dimensión vertical en reposo que aproximadamente es de 2-4 mm (Kawabe, 1992).

La determinación de la dimensión vertical, es un paso de la confección de las dentaduras totales importantes, ya que esto va a influenciar directamente sobre la estética y el correcto funcionamiento neuromuscular específicamente sobre la estabilidad y eficacia de la función masticatoria (Quiroga & cols., 2012).

Se han realizado diversos estudios e investigaciones acerca de métodos que ayudan a determinar esta dimensión vertical en los cuales se encuentran: mediciones faciales, pre extracción, métodos radiográficos, estéticos, fonéticos, de sensibilidad táctil, de deglución, de cierre mandibular, de apertura en reposo, método craneométrico de Knebelman, entre otros (Gaete, 2003).

Una de las ventajas de la dentadura inmediata es poder trabajar con una dimensión vertical de oclusión y una oclusión central o habitual que el paciente previamente ya posee (Tamaki, 1983; Caputi & cols., 2013; Sisson & cols., 2005; Díaz & Quintana del Solar, 2013).

2.2.6. Placa base y rodetes

Obtenido ya el modelo definitivo se fabrican las placas bases sobre estos modelos los mismos que van a estar confeccionadas con resina acrílica de auto polimerización (como se menciono anteriormente), para sobre estas realizar los rodetes de oclusión. El propósito de este paso es orientar los rodetes de cera en relación con el plano de oclusión y actuar como una guía de oclusión para la futura prótesis (Koeck, 2007; Tamaki, 1983).

La altura generalmente de los rodetes en el maxilar en la zona anterior debe tener aproximadamente 20mm en total y en la zona posterior debe alcanzar 5mm, en los rodetes mandibulares en la parte anterior o frontal

debe medir 18mm y en la zona posterior debe llegar al centro del triángulo retromolar es decir va a quedar en 0mm, esto pasa generalmente en pacientes desdentados totales sin embargo, en pacientes con dientes remanentes presentes como en este caso, los rodets deben realizarse a la misma altura de los dientes (Koeck, 2007; Milano & Desiate, 2011, Díaz & Quintana del Solar, 2013).

Al tener listos los rodets, se los introduce en boca y se observa que tengan una buena adaptabilidad, la extensión de los márgenes, la existencia de puntos de presión en boca provocados por las cubetas y la relación con las estructuras vecinas, labios, mejillas y lengua. Al tener los rodets en boca es importante verificar el paralelismo del rodete en función al plano de Camper y la línea bipupilar, para determinar el plano oclusal en sentido sagital. El plano de Camper se lo realiza tomando en cuenta trago- ala de la nariz (Koeck, 2007; Díaz & Quintana del Solar, 2013).

Verificado todos los puntos anteriores en cuanto a los rodets, se lleva al paciente a su dimensión vertical y oclusión habitual, reblandeciendo la cera hasta alcanzar su oclusión central (Caputi & cols., 2013; Díaz & Quintana del Solar, 2013).

2.2.7. Montaje en articulador con arco facial del modelo superior e inferior

El articulador es un artefacto que cumple con la función de fijar dos modelos, el maxilar y el mandibular, para de esta manera registrar las relaciones intermaxilares y reproducir los movimientos de la mandíbula. El articulador se complementa con un dispositivo conocido como arco facial, que es el encargado de llevar los planos de orientación de la boca al articulador (Milano & Desiate, 2011).

Existen algunos tipos de articuladores: articulador arbitrario, estático, semiajustable y totalmente ajustable. En estos casos es ideal el empleo de un articulador semiajustable ya que permite reproducir la inclinación de recorrido condíleo, ángulo de Bennett y la distancia intercondílea (Tamaki, 1983).

Para poder pasar los registros previamente tomados en boca con los rodets se usa el arco facial y la horquilla metálica tomando en cuenta la línea media del paciente al momento de introducirle en la boca. Una vez pasados los registros al arco facial, se coloca sobre el articulador semiajustable y se monta primero el modelo superior con yeso piedra hasta que contacte con la platina superior y posteriormente se procede a realizar el montaje del modelo inferior (Zarb & cols., 1994; Tamaki, 1983, Díaz & Quintana del Solar, 2013).

2.2.8. Cirugía del modelo

Es un paso anterior a la cirugía en boca de los dientes a ser extraídos, esta cirugía se la realiza en el modelo definitivo en donde en base a los requerimientos clínicos se van extrayendo los dientes del modelo, dejando algo muy parecido al alveolo post extracción. Posterior a esto se van articulando los dientes protésicos (Cacciacane, 2012; Díaz & Quintana del Solar, 2013).

2.2.9. Encerado y construcción de la prótesis

Este constituye un paso que lo realiza el laboratorista, a partir de las referencias previas del paciente, como el tamaño de los rodets de orientación, tamaño y disposición de dientes remanentes, oclusión central, modelo antagonista sin embargo, también se puede tener como punto referencial la papila palatina, para dientes anteriores superiores rugas palatinas en especial el primer par sirven como guía para posicionar los caninos (Cacciacane, 2012; Criado & cols., 2012).

2.3. Cirugía y colocación de la prótesis

2.3.1. Procedimientos pre protésicos

De acuerdo al caso que se va a tratar los procedimientos pre protésicos incluyen alveoloplastías con extracciones; remodelado del reborde cuando se presentan rebordes en filo de cuchillo o en general problemas en la forma del contorno dados por varios motivos; alveoloplastia intraseptal;

reducción de tuberosidades y eliminación de torus. Y de la misma manera existen procedimientos de tejidos blandos (Rahn & cols, 2011; Díaz & Quintana del Solar, 2013; Criado & cols., 2012).

Después de la exodoncia de los dientes remanentes, se debe tomar en cuenta la calidad de reborde que queda y si es o no adecuado para la retención de la futura prótesis. El remodelado óseo, como su nombre lo dice consiste en regularizar el hueso, para esto se realiza un colgajo de espesor total que abarque toda la zona a tratar, para dicho procedimiento se pueden utilizar lima de hueso, pinza gubia o pieza de mano, dependiendo de la complejidad (Criado & cols., 2012; López & Granizo, 2012).

2.3.2. Colocación de la prótesis

Una vez terminada la cirugía, se le coloca la dentadura inmediata, desinfectándola previamente. Se le pide al paciente que cierre y se le realiza una primera revisión de oclusión y contornos, se revisa que no existan puntos de presión y si lo existieran se deben hacer las modificaciones en ese momento (Díaz, 2001; Cacciacane, 2012; Fuertes & cols., 2007, Preti, 2007; Caputi & cols., 2013).

2.3.3. Indicaciones Posteriores

- No retirarse la dentadura sobre todo las 24 horas posteriores a la extracción bajo ningún concepto.
- Aplicar hielo local en la zona de la cirugía

- Analgésicos y antibióticos
- Dieta blanda durante las primeras 24 horas
- Chequeo a las 24 o 48 horas por el odontólogo para remover la prótesis y de ser necesario realizar ajustes de la base de la prótesis (Criado & cols., 2012; Díaz, 2001; Fuertes & cols., 2007; Díaz & Quintana del Solar, 2013).

Es de suma importancia explicarle al paciente que tanto la superficie ósea como la mucosa alveolar sufren notables cambios posterior a las extracciones, para lo que se necesitan realizar varias modificaciones a la dentadura y así crear una adecuada retención y estabilidad (Preti, 2007).

CAPITULO III: PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Después de haber dado una revisión a la bibliografía acerca del tema a tratar, presentaremos el caso clínico de forma detallada, organizada y precisa.

3.1. Historia Clínica

Paciente de sexo femenino, de 49 años de edad, orientado en tiempo y espacio, asintomático, acude a la clínica por presentar inconformidad con su actual prótesis removible acrílica que la lleva usando por 2 años aproximadamente y desea mejorar su apariencia física.

3.1.1. Motivo de la consulta

Al preguntar el motivo de la consulta en la Clínica de Especialidades Odontológicas de la UIDE, el paciente supo referir *“Cambiarle la prótesis”*.

3.1.2. Antecedentes Personales y Familiares

Al realizar la anamnesis, la paciente no presento ningún antecedente personal o familiar de importancia, se encontró aparentemente sano.

3.1.2.1. Signos Vitales

Al realizar el control de los signos vitales se obtuvo una presión arterial de 110/70 mmhg, con una frecuencia cardiaca de 80ppm, la frecuencia respiratoria de 24rpm y la temperatura de 37°.

3.1.3. Examen Clínico Bucal

Una vez terminada la anamnesis, procedemos a realizar el examen bucal del paciente, con los instrumentos específicos, guantes espejo y ayudándonos del sillón y la luz natural. Se hizo un examen minucioso de toda la cara, incluyendo, los labios, mejillas maxilar superior e inferior, lengua, paladar, piso de boca, carrillos, glándulas salivales, orofaringe, la ATM y la presencia de ganglios. Después de realizado toda la revisión, el paciente no presento patología aparente.

3.1.3.1. Odontograma

La revisión de los dientes de la cavidad oral nos indico lo siguiente: dientes cariados (C= 4), dientes perdidos (P= 15) y dientes obturados (O= 1), con un CPOD= 20 y presencia de movilidad dental en los dientes 1.1, 1.3, 2.1 y 2.3 junto con presencia de recesión en los dientes 1.3 y 2.3, como la muestra la Fig. 1.

6 ODONTOGRAMA

PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR 'X' (1, 2 ó 3), SI APLICA

RECESIÓN	MOVILIDAD	VESTIBULAR	LINGUAL	VESTIBULAR	MOVILIDAD	RECESIÓN
18						
17						
16						
15						
14						
13	X	X				
12						
11	X	X				
21	X	X				
22						
23	X	X				
24						
25						
26						
27						
28						
51						
52						
53						
54						
55						
61						
62						
63						
64						
65						
71						
72						
73						
74						
75						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						

Figura 1: Odontograma
Fuente: Clínica UIDE. Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

3.1.3.2. Indicadores de salud bucal

Acotándose a lo que el Ministerio de Salud recomienda, se realizó un análisis de la placa bacteriana, calculo y gingivitis con la utilización de la sonda periodontal, obteniendo como resultado lo que se muestra en la figura 2.

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL									
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA									
PIEZAS DENTALES				PLACA	CÁLCULO		GINGIVITIS		
				0-1-2-3	0-1-2-3		0-1		
16	-	17	-	55	-	-	-	-	-
11	X	21		51	3	0	1		
26	-	27	-	65	-	-	-	-	-
36		37	X	75	3	1	1		
31	X	41		71	2	2	1		
46	-	47	-	85	-	-	-	-	-
TOTALES					1,3	0,5	0,5		

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

Figura 2: Índice de Placa, Cálculo y Gingivitis.
Fuente: Clínica UIDE. Elaboración: Verónica Vásquez 2014.

3.1.3.3. Registro Periodontal Simplificado (PSR) e Índice de placa

Para realizar un buen diagnostico periodontal, acudimos al PSR, el índice de placa y lo complementamos con un correcto periodontograma. Estos exámenes en conjunto nos van a permitir evaluar cada diente. Para comenzar la revisión de los dientes nos guiamos en tres puntos de cada diente, su cara distal, media, mesial, tanto su cara vestibular como la palatina o lingual y se anotó el valor de mayor gravedad, para evaluar a cada diente seguimos como referencia lo siguiente:

- 0= sano
- 1= sangrado
- 2= cálculo y márgenes desbordantes
- 3= la sonda se oculta parcialmente
- 4= la sonda se oculta totalmente (Figura 3).

P.S.R (REGISTRO PERIODONTAL SIMPLICADO)

MAXILAR SUPERIOR

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
2	X	X	X	X	3	X	3	3	X	4	X	X	X	X	X
					M		M	M		M					
2	X	X	X	2	2	X	2	3	2	2	3	2	X	2	2
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

MAXILAR INFERIOR

Códigos Adicionales: MOVILIDA (M) FURCA (F) RECESION GINGIVAL (RG)

INDICE DE PLACA

Silness- Loe1964

	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
VESTIBULAR		X	X	X	X	3	X	3	3	X	4	X	X	X	X	X
MESIAL		X	X	X	X	3	X	3	3	X	4	X	X	X	X	X
PALATINO		X	X	X	X	3	X	3	3	X	4	X	X	X	X	X
DISTAL		X	X	X	X	3	X	3	3	X	4	X	X	X	X	X
Indice grupo 1:	0					Indice Grupo 2: 4					Indice Grupo 3: 0					

BOCA

	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
VESTIBULAR		X	X	X	2	2	X	2	2	2	2	2	2	X	3	
MESIAL		X	X	X	2	2	X	2	2	2	2	2	2	X	3	
LINGUAL		X	X	X	2	2	X	2	2	2	2	2	2	X	3	
DISTAL		X	X	X	2	2	X	2	2	2	2	2	2	X	3	
Indice Grupo 4:	3					Indice Grupo 5: 3					Indice Grupo 6: 3					

Figura 3: PSR e Índice de Placa
Fuente: Clínica UIDE. Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

3.1.3.4. Periodontograma

El periodontograma nos sirve para evaluar la enfermedad periodontal del paciente, cuando después de haber realizado el PSR obtenemos resultados de 3 o 4. En el caso de la paciente después de haberle realizado

el Periodontograma, se obtuvieron resultados que nos dieron como diagnostico una Periodontitis Crónica Severa Generalizada asociada a mala higiene oral y prótesis mal adaptada (Fig. 4).

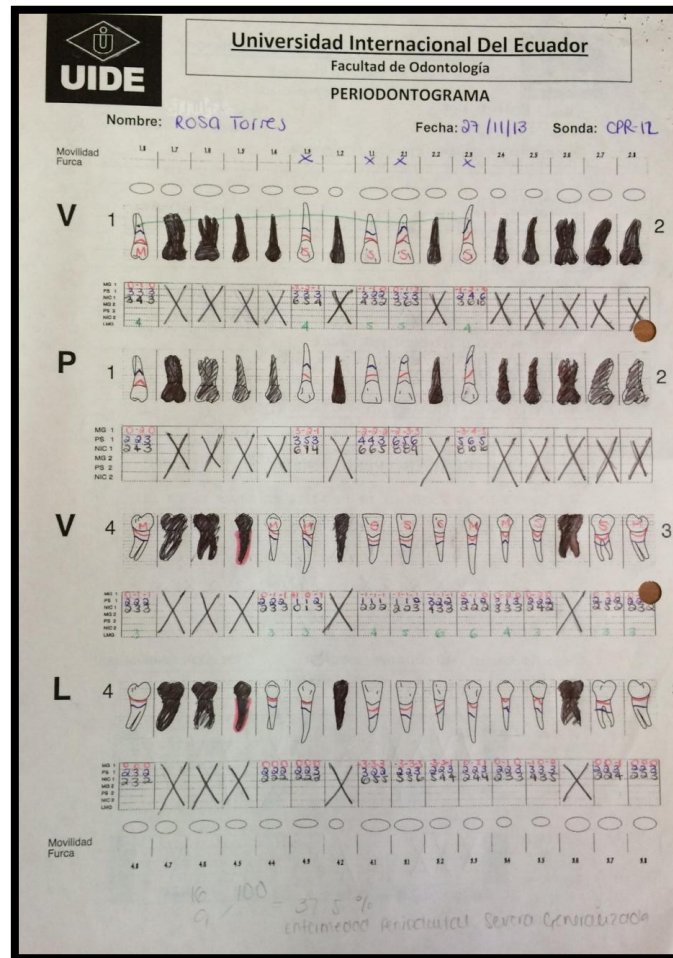


Figura 4: Periodontograma
Fuente: Clínica UIDE. Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

3.1.4. Exámenes Complementarios

Los exámenes complementarios sean estas radiografías panorámicas, periapicales, análisis de laboratorio son herramientas que pueden ayudar a complementar nuestro diagnóstico final del paciente.

3.1.4.1. Examen radiográfico

En la radiografía panorámica vista en el negatoscopio nos permite tener una visión general de la cavidad oral de la paciente. Podemos observar los dos maxilares tanto superior como inferior, las estructuras dentarias presentes en la cavidad oral, se observa reabsorción ósea pronunciada en zona anterior superior, sombras radiolúcidas en ápices de los dientes 1.3 y 2.3, edentulismo parcial múltiple tanto en zona superior como inferior, tercer molar 4.8 funcional con una subobtusión, resto radicular 4.5, restauraciones profundas y desbordantes en dientes 3.4 y 3.7 y presencia de tercer molar 3.8 funcional (Fig. 5).

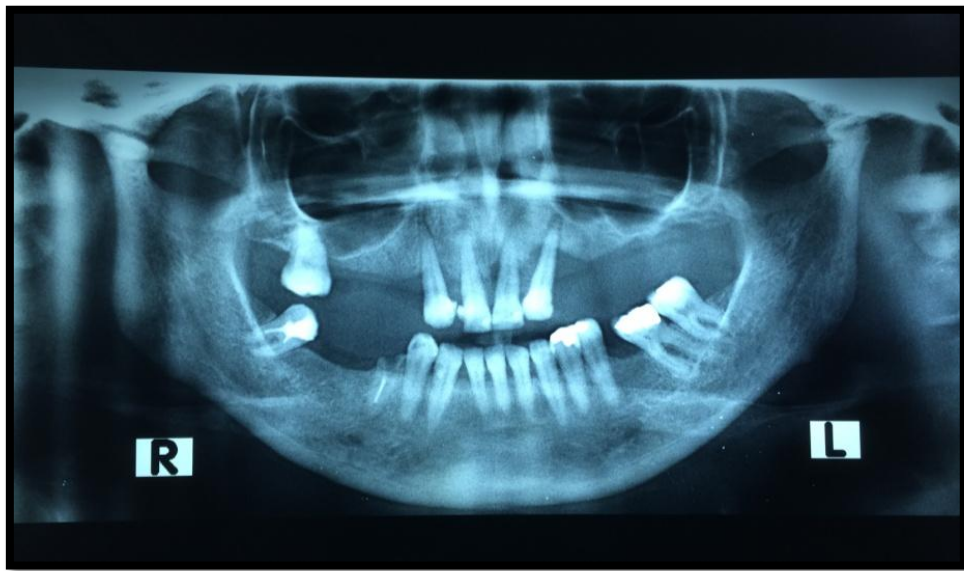


Figura 5: Radiografía Panorámica
Fuente: Verónica Vásquez.

3.1.4.2. Exámenes de Laboratorio

La biometría hemática es un examen que nos permite tener una noción de cómo se encuentran los niveles de de glóbulos rojo, glóbulos blancos y plaquetas de la paciente, a este examen se le complementa con exámenes de hematología y coagulación en los cuales se encuentra los tiempos de coagulación TP, TTP y tiempo de sangría. Con todo esto nos aseguramos que el paciente no se encuentre cursando con alguna infección, enfermedad crónica o alguna discrasia sanguínea (Anexo N°1).

3.2. Diagnóstico Presuntivo

Paciente de 49 años de edad, sexo femenino, que presenta biofilm duro y blando, caries en 3.4, 3.5, 3.7 y 3.8, presencia de movilidad dental de

las piezas 1.1, 1.3, 2.1 y 2.3, presencia de resto radicular en diente 4.5 y tercer molar 4.8 funcional con restauración coronal.

3.3. Diagnóstico Definitivo

Mediante el examen bucal y los exámenes complementarios, la paciente de sexo femenino de 49 años de edad, sin antecedentes médicos presenta:

- Biofilm blando y duro, con un diagnóstico de Periodontitis Crónica Severa Generalizada.
- Reabsorción ósea marcada en maxilar superior.
- Movilidad dental 1.1, 2.1, 1.3 y 2.3 (Grado 2 y 3 según Miller).
- Caries en 3.4, 3.5, 3.7 y 3.8.
- Resto Radicular 4.5.
- Tercer molar 4.8 con restauración coronal y subobtusión.

3.4. Plan de Tratamiento

El tratamiento que se realizara a la paciente abarca varias especialidades por lo que se dividirá en etapas (Tabla 3).

ETAPA 1: Análisis del caso clínico. Apertura de Historia Clínica, fotografías, modelos de estudio

ETAPA 2: Terapia Básica Periodontal, Raspado y Alisado Radicular de los cuatro cuadrantes con una evaluación al mes.

ETAPA 3: Fase Correctiva, la cual involucra operatoria, endodoncia y quirúrgica.

A. Tratamiento de Endodoncia

1. Retratamiento del diente 4.8
2. Endodoncia por fines protésicos en 3.7 y 3.5

B. Tratamiento Quirúrgico

1. Exodoncia de resto radicular 4.5

C. Tratamiento de Operatoria

1. Restauración en 4.8, 3.7, 3.5, y 3.8

ETAPA 4: Fase de Rehabilitación maxilar superior

Ejecución de prótesis total inmediata superior, toma de impresiones preliminares, vaciado de modelo, confección de cubeta individual, toma de impresión definitiva, vaciado y confección de cubeta, realización de rodetes

funcionales, toma de dimensión vertical y oclusión central, montaje en articulador de modelo superior e inferior, cirugía de modelo y enfilado de dientes, prueba de color de prótesis y terminado.

ETAPA 5: Cirugía de dientes remanentes superiores con remodelado del reborde óseo.

ETAPA 6: Colocación de Prótesis Total Inmediata Superior.

ETAPA 7: Rehabilitación del maxilar inferior

- Colocación de corona metal porcelana 4.8
- Colocación de incrustación de cerómero en 3.7
- Realización de Prótesis Parcial Removible Inferior

ETAPAS DEL PLAN DE TRATAMIENTO	
Resolución de Urgencias	No presenta
Control de la Infección y Reinfeción Bucal	Acondicionamiento del medio bucal
Control del medio condicionante	Asesoramiento dietético Uso de sustitutos
Control de las infecciones no resueltas como Urgencias	Periodoncia: Control mecánico y químico. Raspado y Alisado Radicular
	Endodoncia de dientes 4.8, 3.7 y 3.4
	Exodoncia: 1.1, 2.1,1.3, 2.3, 1.8 y 4.5
Rehabilitación	Colocación Prótesis Total Inmediata Corona en 4.8, Incrustación en 3.7 Restauraciones en 3.4, 3.5 y 3.8
Monitoreo	Terapias de Mantenimiento cada 3 meses.

Tabla 3: Etapas del Plan de Tratamiento
Elaborador: Verónica Vásquez 2014

3.5. Pronóstico

El pronóstico de la paciente es favorable, ya que previamente se analizo su caso y se planifico el tratamiento más adecuado de acuerdo a sus condiciones bucales y económicas.

3.6. Consentimiento Informado

Para comenzar cualquier tipo de tratamiento odontológico, es necesario tener un respaldo en el que se detalle que el paciente se encuentre de acuerdo con el tratamiento propuesto (Anexo 2). Es importante recalcar que la paciente accedió y dio su autorización para que todos los procedimientos que se presentaran, puedan ser publicados en este trabajo de titulación.

3.7. Desarrollo del tratamiento

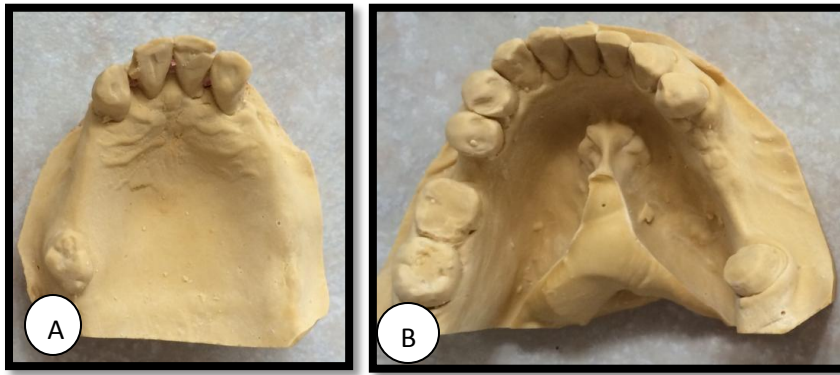
3.7.1. ETAPA 1: Estudio del caso del paciente

En la primera cita del paciente que acude a la Clínica de Especialidades de la Universidad Internacional del Ecuador, se realizó la apertura de la historia clínica se le solicito al paciente realizarse una radiografía panorámica y junto con todo esto se le tomo fotografías de frente y de perfil (Anexo 3) (Fig. 6).

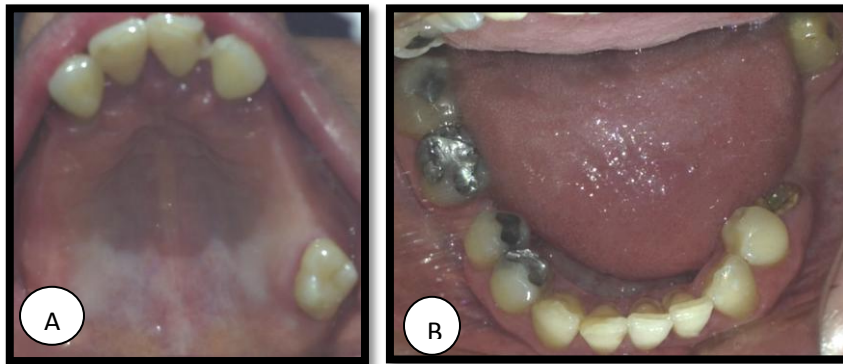


Figura 6 : A) Fotografía de frente. B) Fotografía de perfil. C) Fotografía intraoral de frente.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

Se complemento con fotografías intraorales del maxilar superior e inferior, fotografías laterales y se realizo la toma de impresiones superior e inferior para obtener modelos de estudio y así planificar de mejor manera el tratamiento adecuada para la paciente (Fig. 7 y 8).



**Figura 7 : A y B) Modelos de Estudio.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.**



**Figura 8: A y B) Fotografías intraorales.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.**

3.7.2. ETAPA 2: Fase Higiénica

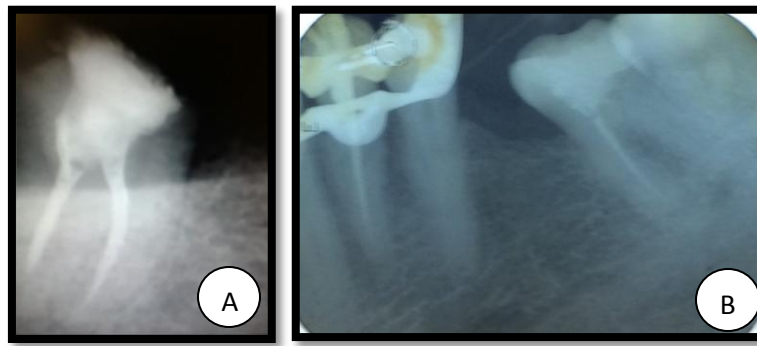
Para comenzar el tratamiento necesitamos contar con un medio bucal adecuado, por lo que se realizó una terapia básica periodontal, raspado y alisado radicular de los cuatro cuadrantes y junto con todo este tratamiento se le enseñó a la paciente una adecuada técnica de cepillado, la utilización de hilo dental y enjuague bucal.

3.7.3. ETAPA 3: Fase correctiva

El diente 4.8 presentaba una subobtusión, por lo que para rehabilitar se necesitó estar seguro de que no exista ninguna contaminación intracanal proveniente del tratamiento anterior. Se decidió realizar un retratamiento el cual se lo realizó en tres citas, colocando medicación intraconducto entre cada cita, la medicación que se utilizó fue hidróxido de calcio. El tercio de la raíz distal se quedó corto (2mm) porque presentó una calcificación apical (Fig. 9 A).

El diente 3.4 presentaba una restauración profunda, filtrada en oclusal mesial y distal, las pruebas de vitalidad fueron negativas al frío y al calor, su diagnóstico fue Necrosis pulpar, por lo que su tratamiento fue Necropulpectomía la cual se realizó en dos citas, se colocó hidróxido de calcio como medicamento intraconducto (Fig. 9 B).

El diente 3.7 presentaba una restauración compleja con amalgama, que se encontraba filtrada. Las pruebas de vitalidad fueron positivas al frío y al calor. Al examen radiográfico, la restauración presentaba una profundidad que llegaba a cuerno pulpar. El diagnóstico fue Pulpitis Irreversible y el tratamiento fue Biopulpectomía. En la raíz distal, no se localizó la entrada del conducto, la primera opción fue realizar una radicectomía pero al no presentar sintomatología ni patología periapical se decidió mantenerla en observación (Fig. 9 B).

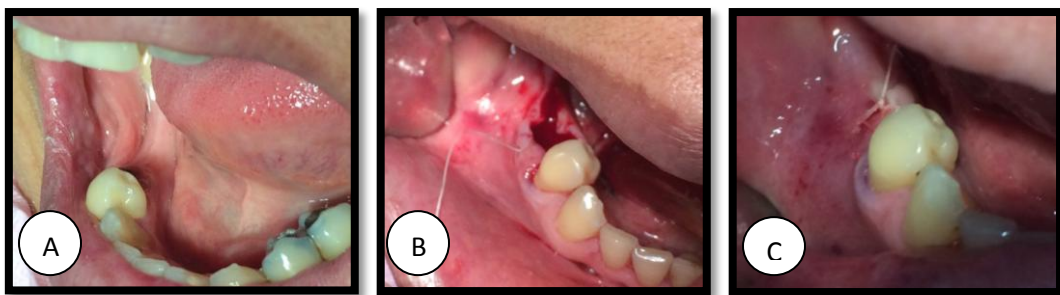


**Figura 9: A) Endodoncia diente 4.8. B) Endodoncia dientes 3.4 y 3.7.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.**

Se hizo controles al primer mes y a los tres meses, en los cuales se encontró al paciente asintomático y sin signos radiográficos.

En los dientes vecinos el 3.5 y 3.8 presentaban unas restauraciones con amalgama filtrada y en mal estado, se les restauró con resinas, recuperando su morfología oclusal.

El paciente presento un resto radicular, por tanto, se realizó la exodoncia del diente 4.5 (Fig. 10).



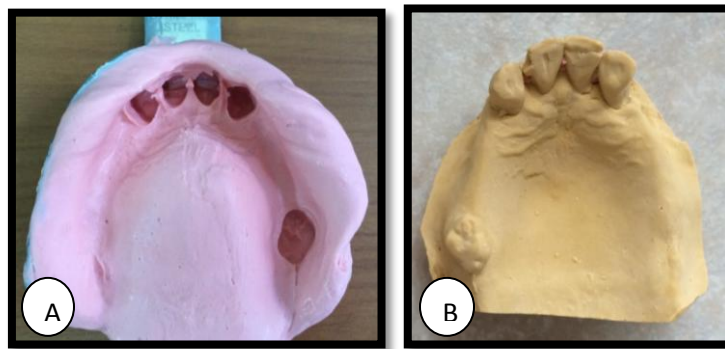
**Figura 10: A, B y C) Cirugía resto radicular 4.5.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.**

3.7.4. ETAPA 4: Fase de rehabilitación

En primer lugar se llena la historia de prótesis total de prótesis total dada por la Clínica de Especialidades Odontológicas de la UIDE (Anexo 4).

3.7.4.1. Impresión Preliminar y modelo de estudio

Se toma la impresión preliminar con alginato del maxilar superior y posterior a esto se vacía el modelo de estudio con yeso piedra, sobre el cual nos guiaremos para la confección de las cubetas individuales (Fig. 11).

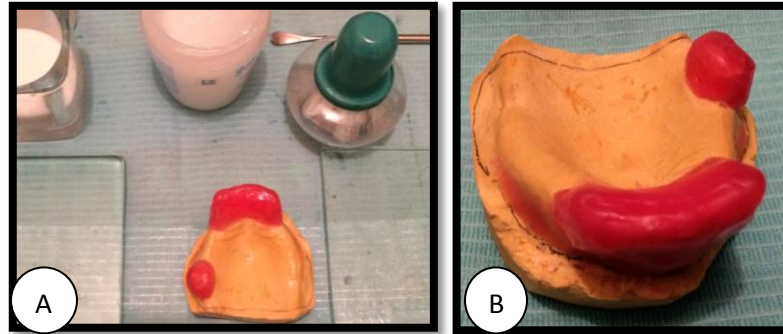


**Figura 11: A) Impresión Inicial. B) Modelo de estudio.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.**

3.7.4.2. Cubeta Individual

Para la creación de la cubeta individual, primero delimitamos el modelo para tener un margen al cual debe alcanzar la cubeta, respetando inserciones musculares, frenillos y línea de delimitación entre paladar blando y paladar duro. En el caso de la paciente, como presentaba dientes remanentes, estos dientes se los alivió con cera junto con las zonas

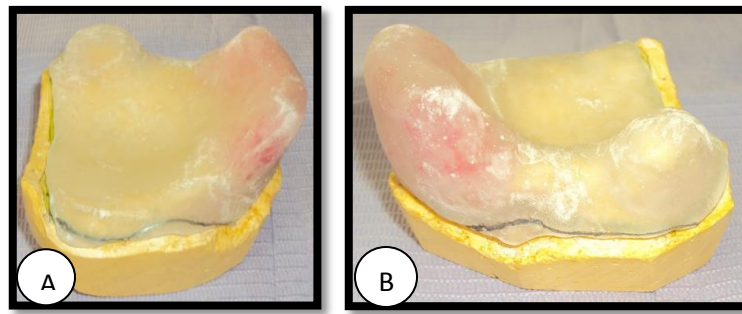
retentivas que presentaba en el reborde, tal cual como se los enseña en la Fig. 12.



**Figura 12: A) Materiales para confección de cubeta. B) Alivios.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.**

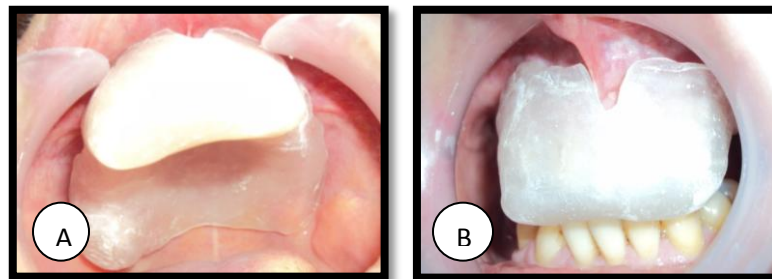
Habiendo ya realizado los alivios correspondientes, comenzamos a fabricar la cubeta individual, aislando previamente al modelo en toda su extensión con vaselina, preparamos el acrílico y esperamos hasta que este alcance su fase plástica para así colocarlo sobre el modelo y lo moldeamos hasta alcanzar una consistencia uniforme en toda su extensión, aproximadamente 2 mm como lo enseña la Fig. 13.

Teniendo la cubeta lista pulimos hasta alcanzar bordes redondeados y un grosor uniforme.



**Figura 13: A y B) Delimitación cubeta individual.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.**

Una vez ya lista la cubeta, la probamos en boca para ver si se adapta bien al reborde en conjunto con las inserciones musculares y frenillos. Realizamos ligeros movimientos para observar que se mantenga en el sitio y no se desplace como lo enseña la Fig. 14.



**Figura 14: A y B) Ajuste de cubeta individual en boca.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.**

3.7.4.3. Sellado Periférico

Teniendo la cubeta lista se procede a realizar el sellado periférico de la misma, con la finalidad de modelar el fondo de surco y crear más retención en la impresión definitiva, este procedimiento se lo realizó con godiva de baja

fusión. El sellado periférico solo se lo realizó en los bordes donde existía edentulismo y no fue necesaria la fabricación de un mango para la cubeta ya que la presencia de dientes anteriores suplanto al mango como se presenta en la Fig. 15.

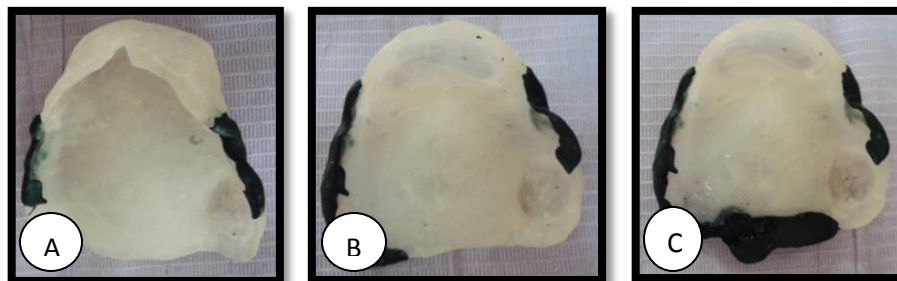


Figura 15: A, B y C) Sellado periférico.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

3.7.4.4. Impresiones Funcionales o Definitivas

Teniendo lista las cubetas procedemos a la toma de las impresiones definitivas, para lo cual primero se colocó una capa de adhesivo en la superficie interna de la cubeta como se muestra en la Fig. 16.

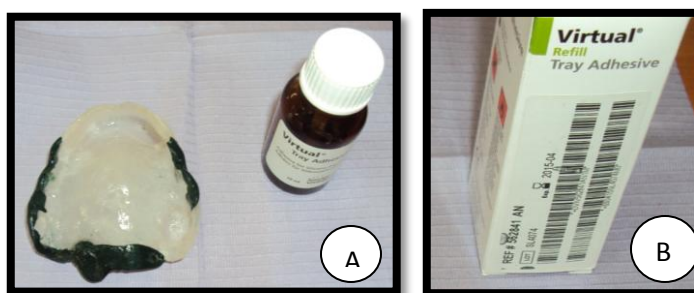


Figura 16: A y B) Colocación de adhesivo virtual en cubeta.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

Posterior a esto se colocó delicadamente la silicona de adición tipo ligera, de manera uniforme por toda la cubeta, se la llevo a la boca, con los dedos índices se presionó a nivel de la zona del primer molar, sosteniendo la cubeta sin desplazarla a ningún lado, esperamos el tiempo que indica el fabricante y la retiramos con un movimiento hacia abajo y hacia adelante (Fig. 17). Una vez tomada la impresión, se procede a revisar la impresión y se realiza la corrección de burbujas.

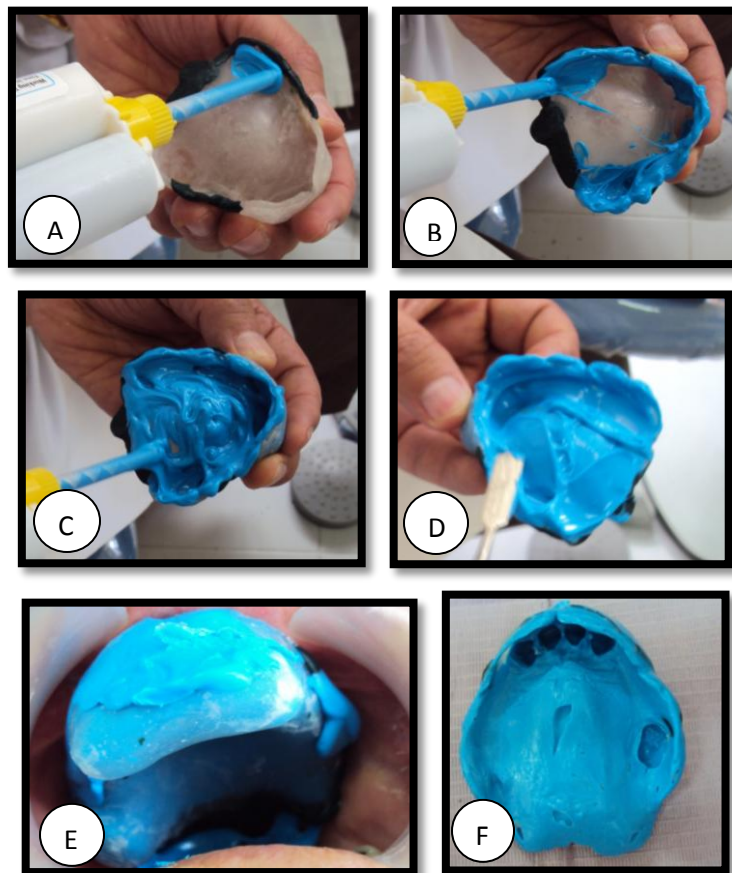


Figura 17: A, B, C y D) Colocación de material de impresión en cubeta. E) Colocación de cubeta en boca. F) Impresión tomada.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

3.7.4.5. *Modelo definitivo y cubeta individual*

Tomada ya la impresión se vacía el modelo con yeso piedra y se delimita nuevamente para realizar la cubeta final, la cual no va a incluir los dientes remanentes ya que sobre esta cubeta irán apoyados los rodetes de altura (Fig. 18).

Para la confección de la cubeta individual se la realiza de la misma manera como se realizó la primera cubeta.

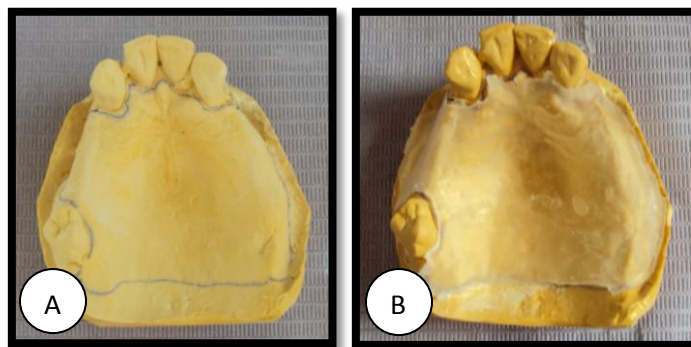


Figura 18: A) Delimitación de modelo. B) Cubeta individual.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

3.7.4.6. *Rodetes de Altura*

Para los rodetes de altura se tomo como referencia las piezas vecinas del modelo y se adecuaron los rodetes. Teniendo listo los rodetes se colocó en boca, para comprobar el paralelismo con el plano de Frankfurt (ala – trago) tanto del lado derecho como del lado izquierdo, para esto se utilizó la platina de Fox (Fig. 19).



Figura 19: A) Rodetes de altura. B y C) Colocación platina de Fox.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

3.7.4.7. Montaje de Modelo Superior en articulador.

Una vez listo el rodete superior, comenzamos con el montaje en el articulador semi ajustable (BioArt), tomamos la horquilla y colocamos godiva de baja fusión derretida en el sector anterior y posterior, insertamos en boca teniendo cuidado de centrar el mango de la horquilla sobre la línea media del rostro (Fig. 20).

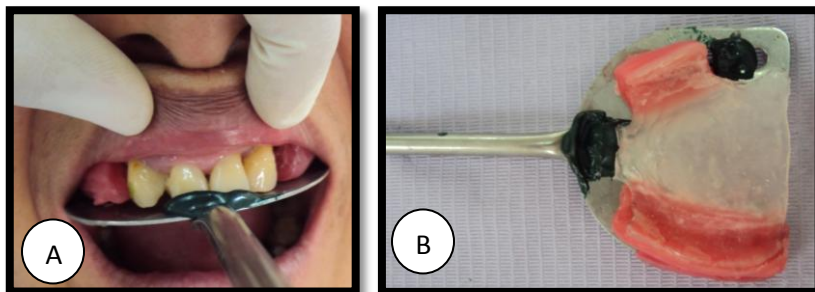


Figura 20: A) Inserción de horquilla en boca. B) Horquilla con cubeta.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

Posterior a esto se realiza la inserción intraauricular del arco facial y su conexión a la horquilla, se hace el posicionamiento del nasión y alineación anterior (Fig. 21).



Figura 21: Colocación arco facial.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

Luego se hace la transferencia de la posición del maxilar y el montaje del modelo superior, se retira con mucho cuidado el arco facial que se encuentra colocado sobre la paciente y se colocan las olivas auriculares del arco sobre el articulador, teniendo fijo el articulador colocamos yeso piedra sobre el modelo hasta contactar con la platina superior del articulador (Fig. 22).



Figura 22: Montaje modelo superior.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

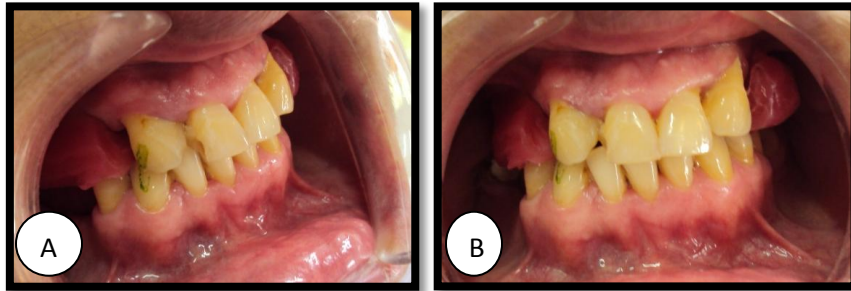
3.7.4.8. Montaje del modelo inferior

Acabado el montaje del modelo superior, retiramos la cubeta del modelo y la colocamos nuevamente en boca, ya que la paciente tenía dientes remanentes en el maxilar superior e inferior, decidimos mantener su dimensión vertical y su oclusión habitual, por lo que marcamos a nivel de caninos su oclusión para tener una guía a la cual debíamos alcanzar una vez puesto los rodetes en boca (Fig. 23).



Figura 23: Oclusión habitual.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

Colocamos la placa base con los rodetes en boca y se procedió a reblandecer la cera en los sitios donde habían puntos de contacto, varias veces hasta llegar a su oclusión habitual (Fig. 24).



**Figura 24: A y B) Rodetes en oclusión habitual.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.**

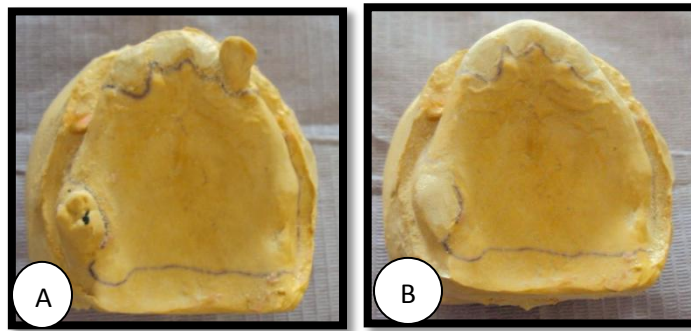
Una vez listo el rodete superior con el registro de mordida de la paciente, se lo colocó nuevamente en el modelo superior ya montando en el articulador y se procedió a realizar el montaje del modelo inferior (Fig. 26).



**Figura 25: Montaje modelo inferior.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.**

3.7.4.9. Cirugía de modelo

Teniendo listo el montaje en el articulador, procedemos a realizar la cirugía del modelo, la cual consiste en extraer las piezas que están destinadas a ser removidas y moldear al reborde remanente que va a estar en contacto con la base de la prótesis (Fig. 26).



**Figura 26: A y B) Cirugía de modelo.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.**

3.7.4.10. Enfilado de dientes

El trabajo conjunto con el laboratorista es importante ya que él se encarga del enfilado de los dientes, en la prótesis total inmediata la ventaja es que al tener una referencia de los dientes remanentes esto nos permite elegir el tipo de diente que irá en la prótesis, su color, su forma y su ubicación. La cita previa a la extracción se realizó la revisión del enfilado y se verificó el color, el cual se escogió el 2B de DURATONE, habiendo revisado todos estos datos se mandó a acrilizar (Fig. 27).

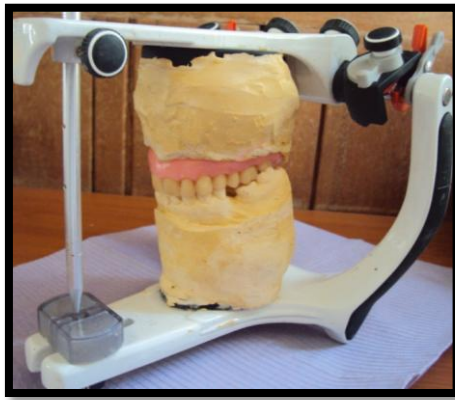


Figura 27: Prueba en cera de prótesis inmediata.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

3.7.4.11. Exodoncias múltiples y regularización de rebordes

Una vez terminada la prótesis se programó la cirugía en la cual se planificó la exodoncia de los dientes remanentes del maxilar superior (1.1, 2.1, 1.3, 2.3 y 1.8), por el examen radiográfico se vio la pérdida desnivelada de hueso a nivel del sector anterior por lo que se decidió realizar una regularización de rebordes con el fin de tener una mejor adaptación de la prótesis. Para entrar a quirófano se le pidió a la paciente exámenes de sangre (biometría hemática, TP, TTP) los cuales se encontraron en niveles normales.

Se le realizó la exodoncia de los dientes del sector anterior, siguiendo con los pasos de una exodoncia simple, anestesiarnos el sector anterior utilizando una aguja corta y anestésico con vasoconstrictor a nivel vestibular y palatino, esperamos unos minutos y realizamos el decolamiento de tejidos

primero con bisturí y posteriormente con legra a nivel de la encía marginal con el fin de retirar las inserciones epiteliales (Fig. 28).

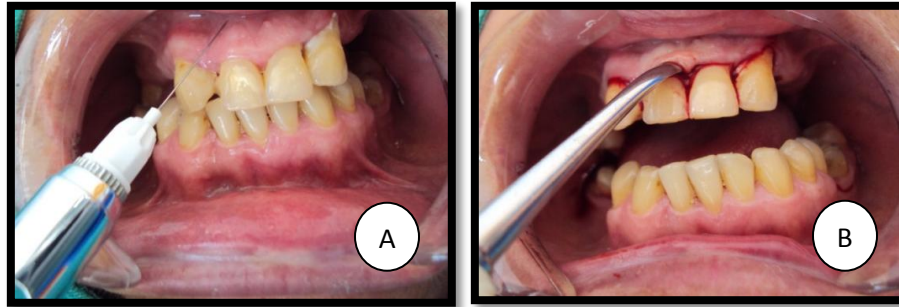


Figura 28: A) Técnica anestésica infiltrativa. B) Decolamiento de tejidos.
Elaborador: Dra. Mónica Rivera 2014.

Una vez hecho el decolamiento de tejidos se realiza la cirugía propiamente dicha, con fórceps superior se realizaron los movimientos de aprehensión, intrusión, rotación y tracción en cada diente sucesivamente (Fig. 29).

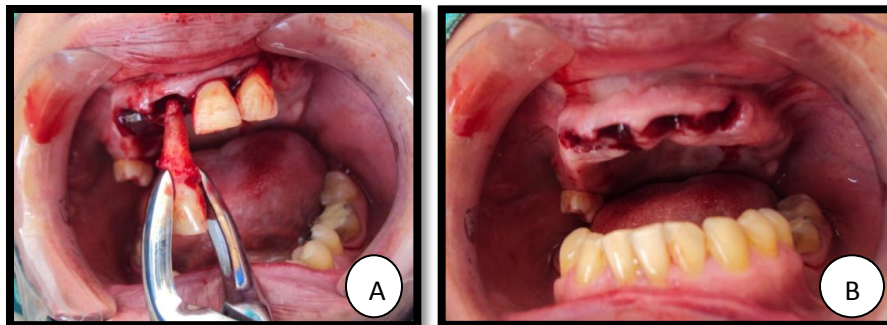
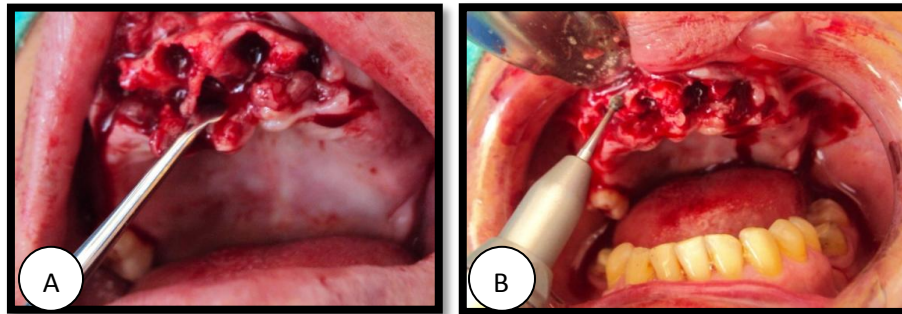


Figura 29: A y B) Extracciones múltiples.
Elaborador: Dra. Mónica Rivera 2014.

Acabada la exodoncia de los dientes anteriores, se continuo con la regularización de reborde, para lo que se realizó un colgajo mucoperiostico

con el bisturí, se hizo el desplazamiento de los tejidos con una cureta de Lucas para poder visualizar de manera apropiada el hueso remanente y con una fresa redonda # 8 se comenzó a regularizar el reborde anterior se hizo uso de la pinza gubia para ciertos bordes óseos que se encontraban mas sobresalidos (Fig. 30).



**Figura 30: A y B) Remodelado óseo.
Elaborador: Dra. Mónica Rivera 2014.**

Teniendo el reborde regularizado, se concluyo con la sutura del sector anterior utilizando una sutura simple continua con seda negra no reabsorbible por lo que se necesita una supervisión en ocho días para remover la sutura. Acabado el sector anterior se hizo la extracción del último diente 1.8, para lo cual se siguió con los procedimientos mencionados anteriormente (Fig. 31).

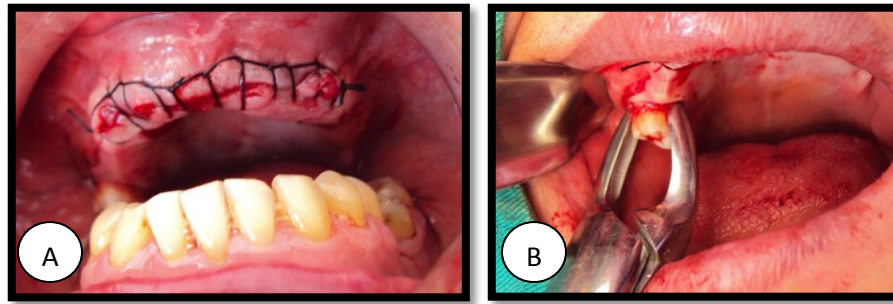


Figura 31: A) Sutura simple continua. B) Extracción diente 1.8.
Elaborador: Dra. Mónica Rivera.

3.7.4.12. Colocación de prótesis total inmediata

Concluida la cirugía, procedemos inmediatamente a la colocación de la prótesis inmediata, desinfectándola previamente con clorhexidina al 2%. Introducimos en boca, observamos la posición de la prótesis con respecto a los frenillos y realizamos los ajustes pertinentes (Fig. 32).

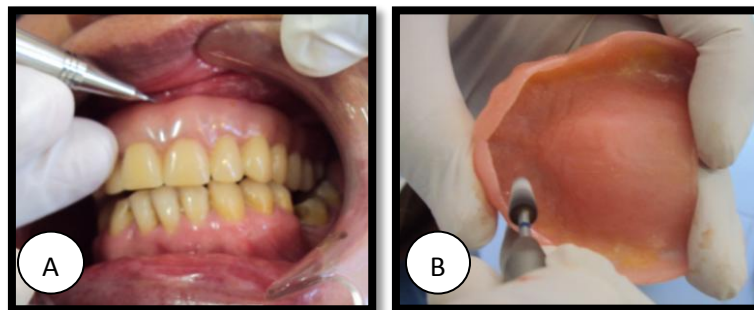


Figura 32: A y B) Ajustes de prótesis inmediata.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

Una vez lista la prótesis inmediata se le indica a la paciente no retirarse la prótesis por 72 horas, tomar los medicamentos (antibióticos,

antiinflamatorios y analgésicos), dieta blanda, aplicar hielo local, buena higiene oral y el retiro de puntos a los 8 días (Fig. 33).



Figura 33: Prótesis total inmediata en boca.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

Se le hizo un control a las 72 horas posteriores a la cirugía, para la remoción de la prótesis, a partir de ese día la paciente ya podía retirarse su prótesis para dormir se le indico los cuidados como una prótesis total, antes de ir a dormir lavar su prótesis con jabón líquido de manos y un cepillo de cerdas suaves y dejarla sumergida en un vaso de agua, a la mañana ella después de su aseo normal realizarse una buchada con enjuague bucal y colocarse su prótesis con cuidado de no lastimar los tejidos (Fig. 34).



Figura 34: Control 72 horas.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

A los ocho días después de la cirugía, se le retiró los puntos y se realizó un seguimiento las semanas posteriores a la extracción múltiple (Fig. 35).

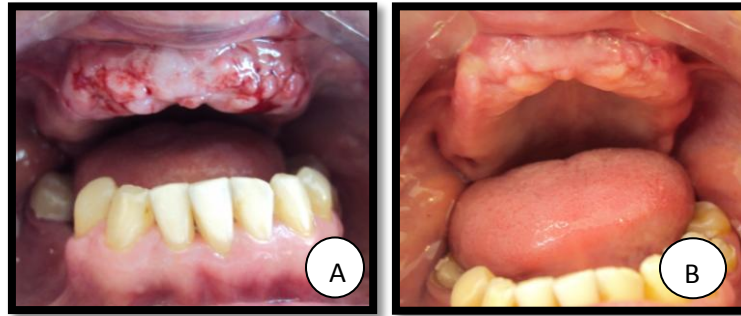


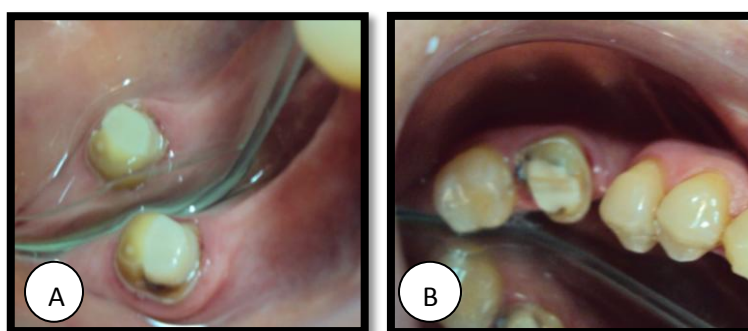
Figura 35: A) Remoción de las suturas. B) Control a la semana.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

3.7.5. ETAPA 7: Rehabilitación del maxilar inferior

Al presentar la paciente edentulismo parcial inferior, se le preparó el diente 4.8 para recibir una corona metal porcelana, la cual servirá como pilar para la prótesis removible de cromo cobalto. Simultáneamente se le realizó el tallado del diente 3.7 el cual posterior a la endodoncia se planeó colocar una incrustación de cerámico.

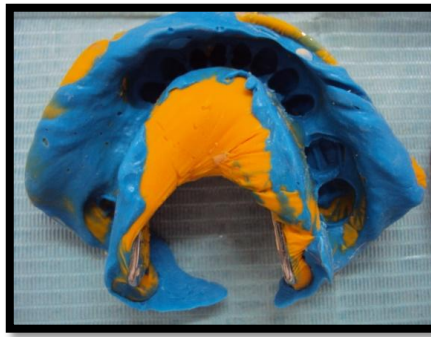
Se realizó el tallado del diente 4.8 siguiendo el protocolo de tallado para coronas metal porcelana, se realizó una terminación en chaflán, paredes convergentes con una angulación de 6°, márgenes redondeados y ya que el diente se encontraba tallado previamente sus paredes eran cortas por lo que se realizó un surco vestibular para aumentar la retención (Fig. 36 A).

Para la incrustación se le preparo al diente para recibir una incrustación tipo overlay, lo cual consistió en un tallado con paredes expulsivas (divergencia 10°), ángulos interno redondeados, caja con paredes expulsivas en interproximal, el tallado de las cúspides fue de aproximadamente 1,5 – 2 mm tomando en cuenta su oclusión con respecto a la prótesis total (Fig. 36 B).



**Figura 36: A y B) Tallado de dientes 4.8 y 3.7.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.**

Terminado ya el tallado de los dos dientes se tomo la impresión en una misma cubeta con silicona de adición en dos pasos (Fig. 37). Se preparo los provisionales tanto para la corona como la incrustación, se hizo la toma de color y se mando al laboratorio.



**Fuente 37: Impresión con silicona de adición.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.**

Una semana después se cemento la incrustación ya acabada y se hizo la prueba de la cofia metálica para la corona del diente 1.8. Una semana después se cementó la corona del diente 1.8 y los resultados finales lo enseña la figura 38.



**Figura 38: Cementación corona e incrustación.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.**

Acabados los procedimientos de prótesis fija, se procedió a tomar impresiones preliminares para la confección de la prótesis parcial removible de cromo cobalto, se duplicaron los modelos y se confeccionó el diseño de prótesis sobre el modelo de yeso, la paciente presentaba una clase III de Kennedy modificación 1, por lo que se planificó una barra lingual con apoyos

en el diente 4.8, 4.4 y en el diente 3.7 y 3.5, se colocó ganchos tipo ackers y un circunferencial.

Se paralelizó los dientes y posterior a esto se comenzó a tallar los dientes pilares tal como se había planificado, una vez listos los apoyos se tomaron impresiones del maxilar inferior con alginato y se vaciaron inmediatamente.

Se hizo la toma de color y se mando los modelos superior e inferior al laboratorio. A la semana siguiente se hizo la prueba de la estructura metálica y verificamos la correcta adaptación de la prótesis en el lugar de los apoyos y que no exista interferencia con su oclusión habitual.

Se mando al laboratorio para la colocación de los dientes acrílicos sobre la estructura metálica y a la semana siguiente se entrego finalmente la prótesis removible a la paciente y estos fueron los resultados finales (Fig. 39).



Figura 39: Prótesis parcial removible terminada.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.

3.7.6. CONTROL PRÓTESIS INMEDIATA

A los tres meses de haber sido colocada la prótesis, se le realizó un chequeo en el cual se pudo apreciar reabsorción ósea junto con una ligera falta de adaptabilidad de la prótesis, por lo que se le realizó un relleno provisional.

Para esto se desgasto ligeramente la superficie interna de la prótesis utilizando un pimpollo, luego se lavó y se desinfectó con alcohol por un minuto, teniendo la superficie lista se procedió a colocar una capa de Ufi Gel P adhesivo dejándola actuar un minuto sobre la prótesis, posterior a esto en una loseta de vidrio mezclamos en catalizador junto con la silicona Ufi Gel P en proporción 1:1 por 30 segundos, la colocamos en la superficie de la prótesis y la introducimos en boca por 3 minutos, hasta tener los resultados finales (Fig. 40).



**Figura 40: A) Kit Ufi Gel P. B) Relleno realizado.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.**

3.7.7. RESULTADOS FINALES

Después de un trabajo meticuloso en el cual tanto la paciente como el operador aportaron, los resultados finales fueron de entera satisfacción para la paciente como lo indica la Fig. 41.



**Figura 41: A) Foto inicial. B) Foto Final.
Elaborador: Verónica Vásquez 2014.**

CAPITULO IV

4.1 DISCUSIÓN

El edentulismo es definido como la pérdida irreversible de todos los dientes permanentes, lo cual es el resultado final de procesos multifactoriales en el que se incluyen caries, enfermedad periodontal, infecciones, patologías, traumas y cáncer oral (Shah & cols, 2012).

En el caso descrito en este documento la paciente presentaba dientes remanentes en mal estado, resultado de una mala higiene oral y la presencia de enfermedad periodontal. Se le planteo una serie de alternativas de tratamiento en las cuales se encontraba la colocación de implantes, prótesis total convencional o una prótesis total inmediata. debido a su clase social no tenía la posibilidad de un tratamiento con implantes, la opción de una prótesis total convencional implicaba un periodo de cicatrización en la cual tanto para el paciente y como para el operador existirían cambios en diferentes aspectos, por lo que en este caso la opción más aceptada tanto para la paciente y el operador fue la colocación de una prótesis total inmediata.

La prótesis total inmediata es una opción de tratamiento protésico cuando la perdida de dientes es inevitable y se necesita sustituir inmediatamente los dientes extraídos, de esta manera el paciente atraviesa una etapa de transición y acoplamiento de dientes naturales a dientes artificiales,

manteniendo la estética y la función (Criado & cols, 2012; Shah & cols., 2012).

Como cualquier otro tratamiento el cuidado y mantenimiento posterior de la prótesis es lo que le va a brindar éxito al tratamiento, es necesario advertir al paciente de los cambios que van a existir durante el proceso de cicatrización del reborde alveolar cuando se colocan dentaduras inmediatas, los rebases de la prótesis a los 3, 6 y 12 meses, son necesarios para brindar al paciente una buena adaptación y retención de la prótesis (Tay & cols, 2011).

Es importante recalcar que al haber colocado una prótesis total inmediata y al presentar la paciente un edentulismo parcial inferior previo es importante mencionar al síndrome combinado de Kelly.

El síndrome combinado de Kelly, describe una situación en la que se presenta un edentulismo total del maxilar superior junto con un edentulismo parcial en el maxilar inferior, existen variaciones de este síndrome y estas pueden presentarse de distintas maneras, edentulismo parcial inferior unilateral o bilateral, con extremos libres (Mallat Desplat & Mallat Callis, 2004).

La presencia de dicho síndrome puede conllevar a una reabsorción progresiva en el sector anterior del maxilar junto con una hipertrofia papilar palatina, reabsorción de los extremos libres inferiores, generando una

sobrecarga a nivel anterior y extrusión de los dientes anteriores mandibulares, que en conjunto van a repercutir sobre el sistema estomatognático. Para compensar todos estos acontecimientos que se genera al existir edentulismo total superior y parcial inferior, la alternativa de tratamiento más adecuada en estos casos es la colocación de implantes osteointegrados para evitar así el progreso de este síndrome y tener una mejor distribución de fuerzas (Cunha & cols., 2007).

En el caso de la paciente no existían extremos libres en el maxilar inferior, presentaba una clase III de Kennedy modificación 1, sin la presencia de las manifestaciones clínicas que usualmente se presenta en el síndrome de Kelly sin embargo, es necesario realizar un seguimiento de la paciente para observar las modificaciones del reborde alveolar.

4.2 CONCLUSIONES

1. Se logro reproducir y mantener la dimensión vertical y la oclusión de la paciente, trasladándola a la prótesis total inmediata.
2. Mediante la colocación de esta prótesis inmediata se le permitió a la paciente tener una etapa de transición y acostumbramiento a los dientes artificiales luego de la extracción de los dientes naturales.
3. No existieron cambios en su aspecto físico, psicológico o social ya que el mismo día de las extracciones se coloco su prótesis total inmediata.
4. Se corrigió la estética mediante la ayuda de los datos existentes previos a la extracción, se copio la forma, tamaño y color de sus dientes naturales y se los mejoró para poder pasarlos a la nueva prótesis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar, E. (2002). Prótesis Total en una sola cita. *Medicina Oral*, 4 (2), 52-53.
2. Cacciacane, O. (2012). *Prótesis Bases y Fundamentos*. Madrid: Ripano.
3. Cagna, D., & Massad, J. (2009). Vinyl Polysiloxane Impression Material in Removable Prosthodontics Part 2: Immediate Denture and Reline Impressions. *ODA JOURNAL*. 28 (9), 500-506.
4. Caputi, S. Murmura, G. Ricci, L. Varvara, G. Sinjari, B. (2014). Immediate denture fabrication: a clinical report. *Annali di Stomatologia*. 4 (3-4), 273-277.
5. Cohen, S. Hargreaves, K. (2008). *Vías de la Pulpa*. Madrid: Elsevier.
6. Correa, G. Rana, C. Castilla, M. Cabral, A. Gomes, T. (2001). Protesis Total- impresión funcional con mínima presión de la maxila utilizándose silicona de adición: caso clínico. *Rev. Inst. Cienc. Saúde*. 19 (1), 57-62.
7. Criado, Z. Sarracent, H. Almagro, Z. García, I. Aragón, T. Ortiz, F. (2012). Prótesis Inmediata post alveolectomía correctora y tuberooplastia bilateral a propósito de un caso clínico. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 11(2), 556-562.
8. Cuhna, L. Rocha, E. Pellizzer, E. (2007). Prevalência da Síndrome de Kelly em usuários de prótese parcial removível. *RGO*. 55(4), 325-328.

9. Dalaya, M. Ishaq, S. Ghadage, M. (2013). An Edentulous State of the oral cavity. Complete Dentures A "BOON". *IDA Times*. 9 (11), 16-16.
10. Diaz, A. Gamarra, R. Barreda, S. De la Fuente, A. Geller, D. Meza, A. Pardo, J. Zevallos, D. Zuiko, A. (2001). Protesis Dental Inmediata. *Revision Bibliografica, La Carta Odontologica*. 5(16), 13-18.
11. Díaz, F., & Quintana del Solar, M. (2013). Prótesis Total Inmediata como alternativa de tratamiento. Reporte de caso. *Revista Estomatológica Herediana*. 23(1), 29-33.
12. Dixon, C. Eakle, W. Bird, W. (2012). *Materiales Dentales Aplicaciones Clínicas*. Mexico: Manual Moderno.
13. Fuertes, R. Del Valle, O. Justo, M. (2007). Rehabilitación con Prótesis Inmediata en Pacientes Geriátricos: (presentación de un caso). *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 6(2), 1-7.
14. Gaete, M. Riveros, N. Cabargas, J. (2003). Dimensión Vertical Oclusal (DVO): Análisis de un método para su determinación. *Revista Dental Chile*. 94 (2), 17-21.
15. Gilboa, I., & Cardash, H. (2009). An Alternative Approach to the Immediate Overdenture. *Journal of Prosthodontics*. 18 (1), 71-75.
16. Goswani, R., & Singh, M. (2012). *Inmediate Denture-The Spatial Modeling Way. Guident, Your Guide on the path of Dentistry*. Journal of Prosthodontics, 40-44.

17. Jonkman, R. E. G. Van Waas, M.A.J. Kalk, W. (1995). Satisfaction with complete immediate dentures and complete immediate overdentures. A 1 year survey. *Journal of Oral Rehabilitation*. 22 (11), 791-796.
18. Kawabe, S. (1992). *Dentaduras Totales*. Japón: Actualidades Medico Odontologicas Latinoamerica C.A.
19. Khalifa, N. Allen, P. Abu-Bakr, N. Abdel-Rahman, M. (2012). Factors associated with tooth loss and prosthodontic status among Sudanese adults. *Journal of Oral Science*. 54(4), 303-312.
20. Koeck, B. (2007). *Prótesis Completas*. España: Elsevier.
21. Kumar, L. (2013). Immediate Removable Partial Denture an Esthetic Option. *Prosthodontics*. 43-47.
22. Limonta- Bandera, L. Dávila, M. Castillo, C. Pérez, B. Rodríguez, G. (2006). *Ventajas de la Prótesis Inmediata*, 10 (1). Recuperado de [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_\(esp\)_06/san08\(esp\)06.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_(esp)_06/san08(esp)06.htm)
23. Lindhe. (2009). *Periodontologia Clinica E Implantologia Odontologica*. España: Panamericana.
24. López, A. Granizo, R. (2012). *Cirugía Oral y Maxilofacial*. España: Panamericana.
25. Mallat Desplat, E., & Mallat Callis, E. (2004). *Protesis Parcial Removable y Sobredentaduras*. Madrid: Elsevier.
26. Milano, V., & Desiate, A. (2011). *Prótesis Total Aspectos Gnatológicos, Conceptos y Procedimientos*. Venezuela: Amolca.
27. Moreno, M. (2011). *El ABC de la Prostodoncia Total*. México: Trillas.

28. Nagaraj, P. Biju, P. Anandkumar, G. (2012). Full Mouth Rehabilitation by Immediate Denture Prosthesis a Case Report. *Annals and Essences of Dentistry*. 4 (4), 28-33.
29. Preti, G. (2008). *Rehabilitación Protésica. Tomo 2*. Venezuela: Amolca.
30. Quiroga, R. Riquelme, B. Sierra, M. Del Pozo, J. Quiroga, R. (2012). Determinación de la Dimensión Vertical Oclusal en desdentados totales: comparación de métodos convencionales con Craneómetro de Knebelman. *Revista Clínica Periodoncia Rehabilitación Oral*. 5(1), 20-24.
31. Rahn, A. Ivanhoe, J. Plummer, K. (2011). *Protesis Dental Completa*. Buenos Aires: Panamericana.
32. Samant, A., & Martin, J. (2003). Fabrication of immediate transitional denture for patients with fixed partial denture. *JADA*. 134(4), 473-475.
33. Shah, F. K. Gebreel, A. Elshokouki, A.H. Habib, A.H. Portwal, A. (2012). Comparison of immediate complete denture, tooth and implant-supported overdenture on vertical dimension and muscle activity. *Journal Adv Prosthodontics*. 4(61), 61-71.
34. Shah, V. Shah, D. Parmar, C. (2012). Prosthetic status and prosthetic need among the patients attending various dental institutes of ahmedabad and gandhinagar district, gujarat. *Journal of Indian Prosthodontics Society*. 12(3), 161-167.

35. Sisson, J. Boberick, K. Winkler, S. (2005). Conversion of a removable partial denture to transitional complete denture: A clinical report. *Journal of Prosthetic dentistry*. 93 (5), 416-418.
36. Sowter, J. Barton, R. (1987). *Removable Prosthodontic Techniques*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.
37. Tamaki, T. (1983). *Dentaduras Completas*. Sao Paulo, Brasil: Sarvier.
38. Tay, L. Ball, M. Herrera, D. Janalna, J. (2011). Propiedades de materiales resilientes para rebase de prótesis. *Revista Estomatológica Herediana*. 21(1), 102-109.
39. Telles, D. (2011). *Prótesis Total Convencional y sobre Implantes*. Sao Paul: Santos.
40. Unger, J.W., & cols. (1988). The transitional complete denture. *Quintessence Int*. 19 (7), 509-512.
41. Utreras, M., & Ozawa, J. (2011). Tratamiento interdisciplinario prótesis bucal-periodoncia de paciente con periodontitis agresiva. *Revista Odontológica Mexicana*. 15 (1), 53-61.
42. Zarb, G. Hobkirk, J. Eckert, S. Jacob, R. (1994). *Prosthodontic Treatments for Edentulous Patients: Complete dentures and implant-supported prostheses*. United States: Mosby.

ANEXOS

ANEXO N°1: EXÁMENES DE LABORATORIO.

WALMED CENTRO MEDICO COMUNITARIO
MEDICINA - ESPECIALIDADES MEDICAS - ECOGRAFIA
LABORATORIO CLINICO - RAYOS X
EMERGENCIAS - ODONTOLOGIA
Avenida General Enriquez #335 y Cotopaxi - Telf.: 2333 946 - SANGOLQUI
waldos49@hotmail.com

NOMBRE: **ROSA TORRES** Edad: 49 años
Fecha: 03-may-14

ANALISIS DE LABORATORIO

HEMATOLOGIA

Hematocrito:	46 %	Segmentados:	52 %
Hemoglobina:	14,58 g%	Linfocitos:	38 %
Leucocitos:	8.200 /mm3	Monocitos:	7 %
Sedimentacion:	15 mm/h	Eosinofilos:	2 %
Plaquetas:	- /mm3	Basofilos:	1 %
		Cayados:	- %
		Otros:	

Características de hematies: normales

PRUEBAS DE COAGULACION.

Tiempo de protrombina: 13,2" = 90,9% (control normal 12,20")
INR: 1,26
Tiempo de tromboplastina parcial: 29,1" (normal 28-40")

T.M. U. F. 1661 C. Concha

WALMED
Una Comunidad
para servir a la Comunidad
Avenida General Enriquez No.325
Telf. 2333-946 - SANGOLQUI

ANEXO N°2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.


UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

Formulario de explicación y autorización de tratamiento médico

Nombre del paciente
ROSA REGINA TORRES CRIOLLO.

Diagnóstico
Pérdida ósea y movilidad dental dientes superiores, presencia de enfermedad periodontal y ausencia de dientes inferiores

Tratamiento Planificado
Prótesis Total Inmediata superior, prótesis removable inferior como cobalto.

Beneficios del tratamiento

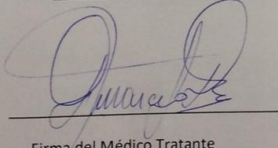
- Mejoría en aspecto facial
- Devolver función perdida por ausencia de dientes
- Brindar comodidad con la colocación de prótesis total superior y removable inferior.

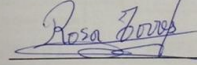
Riesgos

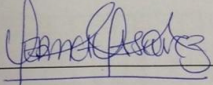
- Cicatrización lenta
- Hinchazón
- Desajuste la prótesis sup a los 3 meses

Todo procedimiento médico no está exento de riesgo. Se me explicó el procedimiento y las posibles complicaciones. Autorizo a mi médico u otro especialista realizar los procedimientos necesarios o interconsultas si las circunstancias lo ameritan, así como la toma de fotos y la filmación con fines docentes.

Quito, 27 Noviembre 2013.


Firma del Médico Tratante


Firma del Familiar Responsable o Representante


Firma del Testigo

ANEXO N°3: HISTORIA CLÍNICA.

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD.UO	COD.LOCALIZACIÓN			NUMERO DE	
VUDE		Clínica de Especialidades Odontológicas #1			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	HIS	CLINICA
									6202
1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN									
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		N° CEDULA DE CIUDADANÍA	
Torres		Cnollo		Rosa		Regina		110224121-1	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N° MANZANA Y CASA)				BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA	N° TELEFONO
Bamo El Manantici Calle 22 febrero y 2 de Abril #68.				El Manantici	Sangolquí	Ruminahui	Pichincha	U	0980592500
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD(PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD AÑOS CUMPLIDOS	SEXO	ESTADO CIVIL		INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO	
08/09/1964	Caja	Ecuador	meotizo	49	X	X			
FECHA DE ADMISIÓN		OCCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE		
20/11/13		Empleada Doméstica							
EN CASO NECESARIO LLAMAR A		PARENTESCO AFINIDAD		DIRECCIÓN		N° DE TELEFONO			
Samuel Sanchez		Esposo.		Calle 22 febrero y 2 Abril #68.		0993799436			
									CÓDIGO
									ADMSIONISTA

DOD=CÓDIGO U=URBANA R=RURAL M=MASCULINO F=FEMENINO SOL=SOLTERO CAS=CASADO DIV=DIVORSIADO VU=VIUDO U-L=UNIÓN LIBRE

AUTORIZACIÓN

FECHA: 20/11/13

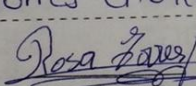
YO: Rosa Torres Cnollo con CI N° 110224121-1

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 explicado adecuadamente las actividades esenciales que se realizarán sobre el tratamiento de mis problemas bucales.

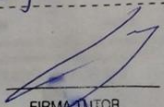
AUTORIZO a que se me realice procedimiento de diagnóstico y tratamiento clínico quirúrgico con el estudiante asignado, comprometiéndome a cancelar los valores correspondientes previo el tratamiento indicado.

NOMBRE PACIENTE: Rosa Torres Cnollo.

FIRMA PACIENTE: 

ESTUDIANTE: Verónica Jolsquez

TUTOR: Dr. Jorge Naranjo

FIRMA TUTOR: 

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M-F)	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA
VIDE		ROSA REGINA		TORRES CROLO		F	49	6202
MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA		
						X		

1 MOTIVO DE CONSULTA
"cambiarme las prótesis"

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
Por acudir a la clínica por material con su prótesis sup. occlusa, presenta movilidad dentona en 13 y 23 desde hace 3 meses, por lo que acude a la clínica para encontrar una solución.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRAJAS	4. VIH/SIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
AP: no refiere									
AF: no refiere									

4 SIGNOS VITALES

Presión Arterial	Frecuencia Cardíaca min	Temperatura A °C	F. Respirat. min
110/70	80		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. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

* Presenta sangrado gingival.

6 ODONTOGRAMA

PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA

RECESIÓN	MOVILIDAD	VESTIBULAR	LINGUAL	VESTIBULAR	MOVILIDAD	RECESIÓN
18	17	16	15	14	13	12
11	10	9	8	7	6	5
48	47	46	45	44	43	42
41	40	39	38	37	36	35
31	32	33	34	35	36	37
38	37	36	35	34	33	32
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	32	33	34
41	42	43	44	45	46	47
48	47	46	45	44	43	42
31	32	33	34	35	36	37
38	37	36	35	34	33	32

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE
PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS		MODERADA	ANGLE II	MODERADA
0-1-2-3	0-1-2-3	0-1		SEVERA	ANGLE III	SEVERA
16	17	55				
11	21	51	3	0	1	
26	27	65				
36	37	75	3	1	1	
31	41	71	2	2	1	
46	47	85				
TOTALES			1,3	0,5	0,5	

8 ÍNDICES CPO-ceo

C	P	O	TOTAL
4	15	0	19
c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* rojo	SELLANTE NECESARIO	⊗	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	=	PRÓTESIS TOTAL
* azul	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	□	CORONA
X rojo	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PROTESIS FLIA	○ azul	OBTURADO
X azul	PÉRDIDA POR CARIES	(—)	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGIA (1)



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICAS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	FIRMA DEL TUTOR
20/11/13	Historia Clínica	—		
27/11/13	Pericardiotomia	—		
04/12/13	Raspado y fijado radicular	• gasas, toallas • anestésicos cu • Agua larga		
07/02/14	Endodamia multiradicular #36	• svern, hipocloro • clorexidina • agua. Anestésico cu		
14/2/14	Exodoncia #45	• Agua larga • Hoja de bisturí • Fijador • Anestésico cu		
14/2/14	Instrumentación y obturación #36	• Selapex • cono de cello • Dique		
07/4/14	Resina simple #45	• Resina A2 • Acido - Bonding • Aplicador - Clorexidina		
07/4/14	Ionómero de restauración #36	• Compad, Papel • Ketac Molar • Clorexidina		
11/4/14	Retratamiento multiradicular #48	• Bisturí • Dique - Anestésico cu. Agua larga • tipo - Clorexidina		
07/4/14	Toma de impresión cuadrangular Protén Tetra cubeta individual sup	• Euceno • Aligato • Vero Piedra • Acetico • Líquido cu acuo		
14/4/14	Sellado Proténico Toma de impresión funcionales	• Gacilla • Rollo de naucian		
21/4/14	Prueba de Róster montaje en Articulador mod sup/inf	• Gacilla • cera • yeso piedra		
25/4/14	Restauración simple #35 #38	• Resina - Acido • Bonding - Papel artificial - Clorexidina		
28/4/14	Prueba en cero protén sup	—		
2/5/14	Instrumentación y obturación #48	• Agua - Anestésico cu • Agua larga - hipo • Clorexidina		
2/5/14	Endodoncia uniradicular #34	• Dique Anestésico cu. Agua larga • hipo - Clorexidina • svern		

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	FIRMA DEL TUTOR
05/05/14	Exodoncia múltiples 11, 21, 13, 23 y remodelado óseo.	Quinófeno		
05/5/14	Instalación y Entrega	Financas de pulido de acrílico		
12/5/14	Control post operatorio 8 días			
12/5/14	Tallado para corona # 48 y preparación provisional	• Pasta condensada • Acrílico 62 • Líquido de pulido • Pasta de condensación		
19/5/14	Tallado incrustación # 37 y toma de impresión provisional	• Pasta de condensación • Resina y pulido • Resina (4)		
19/5/14	Impresión provisional # 37	• Acrílico • Pasta de pulido • Líquido de pulido		
20/5/14	Toma de impresiones	• Pasta de pulido • Líquido de pulido		
26/5/14	Prueba de cerámico sin terminar # 37	• Repel antiwax	NO viene de laboratorio	
26/5/14	Prueba de corona metálica # 48.	• Pasta vitrea • Catáforador	las pruebas	
26/5/14	Restauración simple # 35.	• Acido. Bonding • Comp. Resin • Repel antiwax		
2/6/14	Profilaxis	• Pasta + Piedra • Dames • Clohexidina		
2/6/14	Prueba de cerámico sin terminar # 37	• Repel antiwax		
2/6/14	Prueba de corona metálica # 48.	• Pasta vitrea • Catáforador • Provisol		
9/6/14	Cementación definitiva # 37	• Cemento dual • Ac. Fosfónico • Ac. Fluorimático		
9/6/14	Prueba de porcelana sin terminar corona # 48.	• Bonding. Comp. Resin • Repel antiwax • Pasta vitrea		
23/6/14	Cementación definitiva # 48.	• Ketac Cem • Clohexidina • Repel antiwax		
23/6/14	Toma de impresiones diagnósticas	• Alginato • yeso piedra		

HISTORIA CLINICA

[illegible]

Historia de Cirugía de los dientes remanentes 1.2, 1.3, 2.1, 2.3 y 1.8.

UÍDE
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

CIRUGIA BUCAL

Nombre de Paciente: Rosa Torres No historia Clínica: 6202

Nombre del Estudiante tratante: Verónica Vázquez

FECHA: 05-05-14

ENFERMEDAD ACTUAL: (Síntomas locales, generales, dominantes, empezar con los síntomas mas cercano que el paciente pueda relatar. Poner los síntomas en orden cronológico. Fecha de iniciación del proceso, anamnesis relativa al dolor. Tratamiento previo)
At. Exotemenino de 49 años, que viene a la clínica porque no se sentía a gusto con su prótesis. Al examen intraoral se pudo evidenciar piezas dentales en mal estado y movilidad dental en la arcada superior. La paciente presenta una prótesis removible en mal estado. Al examen radiográfico se evidencia pérdida ósea en la arcada superior y piezas con caries dental. Por lo que junto con el rehabilitador se decidió reemplazar una prótesis total inmediata superior por el estado de las piezas dentales.

HISTORIA DENTAL ANTERIOR
 ¿Recibe atención dental periódicamente? NO
 Tiempo Transcurrido de la última extracción
 Indique las razones para extracciones previas
 ¿Ha tenido alguna reacción a la anestesia local? NO
 ¿Ha sufrido hemorragias después de la Extracción? NO
 ¿Ha tenido alguna complicación después de la Extracción?

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR
 ¿Esta bajo tratamiento medico? NO
 Historia de Intervenciones quirúrgicas
 Padece o ha padecido de?
 Enfermedades Cardiovasculares Hipertensión
 Hígado Riñón Sangre
 Semana de Gestación ¿Qué semana? T.A. 110/70
 Temperatura Pulso 80 Rep 24 Peso 140 libras
 Toma medicación? NO

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF. Y CODIGO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:
 RX panorámica
 Laboratorio Clínico: Biomemética hemática, TP, TTP, INR

Diagnostico:
Enfermedad Periodontal con movilidad dental y procesos
periodontales en 13 y 23

Tratamiento (Anestesia empleada, Complicaciones, Post Operatoria Inmediato)
Exodoncia de piezas dentales 11, 21, 13, 23, 18
Removido ORO

Evolución:

Verónica Vázquez Dra. Mónica Rivera
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO **NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.**

ANEXO N°4: HISTORIA PRÓTESIS TOTAL.


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

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

Nombre del Tutor: Dr. Marcelo Díaz.....No Historia: 6202.....
Nombre del Paciente: Rosa Torres.....

Desde cuando usa prótesis total?
No ha utilizado antes.....

La última prótesis hace que tiempo le pusieron?.....

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

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

EXAMEN CLÍNICO DE LA BOCA

LABIOS:
labios gruesos.....

CARRILLOS:
carrillos delgados.....

SALIVA:
salivorea.....

MOVIMIENTOS MANDIBULARES: chasquido en ATM, movimientos de lateralidad con ruido en la articulación izquierda.....

EXAMEN CLÍNICO DEL ÁREA PROTÉSICA

MAXILAR SUPERIOR

Reborde gingival: Alto..... Bajo..... Normal. ☒
 Reabsorbido. ☒ Estrangulado..... En lámina..... Mixto.....
 Forma: triangular..... Ovoidal. ☒ Cuadrado.....
 Presencia de torus. ☒ NO
 Tipo de mucosa: resiliente. ☒ 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:
 resiliente..... 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:
 * maxilar superior con dientes
 presentes, planificada la exodoncia.

Otras patologías:..... Distancia de ATM.....

PRONOSTICO: Favorable. ☒ Desfavorable.....

Rosa Jones
 FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

FECHA: 07 Abril del 2014.

DATOS CLINICOS

DV REPOSO ... 55mm ... OCCLUSION ... 52mm ...

DIC

DIENTES: 82 (duratene) ... FORMA ... ovada ... TAMANO ... N12 ...

COLOR: COLOR ... Rosado ...

PROTOCOLO CLINICO

FECHA	TRABAJO REALIZADO	MATERIALES USADOS	FIRMA TUTOR
07/4/14	1. ELABORACIÓN HISTORIA CLÍNICA GENERAL Y DE TOTAL		
07/4/14	2. IMPRESIONES ANATOMICAS	Aligato	
07/4/14	3. MODELOS DE ESTUDIO Y DELIMITACIÓN DEL TERRENO PROTÉSICO.	yeso piedra	
07/4/14	4. CUBETAS INDIVIDUALES SUP-INF	Aligato y yeso transparente	
14/4/14	5. RECORTE MUSCULAR Y SELLADO PERIFÉRICO.	Cocina y compa de aligato	
14/4/14	6. IMPRESIONES FUNCIONALES	Silicona de Alucim	
14/4/14	7. MODELOS DEFINITIVOS	yeso piedra y cera rosada	
21/4/14	8. ROSETES DE ALTURA SUPERIOR- INFERIOR	ceros rosada y yeso transparente	
21/4/14	9. PLANO DE ORIENTACIÓN		
21/4/14	10. MONTAJE EN ARTICULADOR MODELO SUPERIOR	yeso piedra y cera rosada	
21/4/14	11. DIMENSIÓN VERTICAL		
	12. RELACIÓN CENTRICA CON PUNTA INSCRIPTORA		
21/4/14	13. MONTAJE MODELO INFERIOR	yeso piedra	
28/4/14	14. ENFILADO DE DIENTES SUP-INF	planteo cera	

	15. AJUSTE OCLUSAL		
28/4/14	16. PRUEBA EN CERA DE PROTESIS		
28/4/14	17. ACRILIZACIÓN		
05/05/14	18. COLOCACION DEFINITIVA	resina de pulido de alucim	
	19. CONTROL EN 24 HORAS		
12/05/14	20. CONTROL EN 8 DÍAS		

Recibí el trabajo a entera satisfacción Rosa Torres

Nombre del Alumno Verónica Vázquez Nombre del Tutor Dr. Marcelo Díaz

Firma [Firma] Firma [Firma]

