

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA

SALUD Y DE LA VIDA

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO.**

PRÓTESIS TOTAL EN UN PACIENTE DIABÉTICO CONTROLADO.

**Elaborado
por:**

PEDRO ESTEPHANO PANTOJA BORJA.

Tutor:

DR. JORGE NARANJO.

Quito, septiembre, 2014.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD.

Yo, **Pedro Estephano Pantoja Borja**, con cédula de ciudadanía 040173510-5 declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y, que se ha consultado la bibliografía detallada (Anexo 9).

CERTIFICADO DE TUTOR DEL CASO CLÍNICO.

Yo, **Dr. Jorge Naranjo** en mi calidad de tutor del caso clínico, cuyo título es “Prótesis total en paciente diabético controlado” que he procedido a la revisión del documento, habiendo ejercido las funciones asignadas a mi persona con la asesoría; estando en conformidad con el trabajo efectuado por lo cual autorizo al señor **Pedro Estephano Pantoja Borja**, la presentación final, como requerimiento parcial para la obtención de Odontólogo.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a:

Mis padres por el apoyo incondicional que me brindan,

Nuestros queridos profesores Dr. Jorge Naranjo y Dra. Anita Armas

Por incentivarne a descubrir nuevos métodos de investigación.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme culminar
con éxito esta monografía,
de igual manera a mis padres,
y a mis profesores que de una u otra forma
colaboraron en la elaboración del trabajo.

RESUMEN

Los pacientes diabéticos tipo 2 padecen diferentes manifestaciones bucales cuando no existe un adecuado control de la enfermedad y una mala higiene de la cavidad oral. En la consulta odontológica, el manejo y control de pacientes diabéticos antes, durante y después del tratamiento es importante. Su rehabilitación oral resulta imprescindible para lograr elevar y mejorar su calidad de vida pues les proporciona beneficios funcionales y estéticos como: restitución de la capacidad masticatoria, optimización de la digestión, claridad en su expresión y comunicación oral además de la consecuente mejoría en el aspecto físico. Para el presente caso clínico, nos enfocamos en un paciente diabético tipo 2 que se presenta a consulta y a quien se le procede a confeccionar una prótesis inmediata postextracción de los dientes 1.5, 1.6 y un resto radicular 1.4; luego de seis meses se realiza una prótesis total convencional en el maxilar superior. Se logra el éxito total al alcanzarlos objetivos planteados a través de la rehabilitación oral al colocar una prótesis inmediata como primer paso para luego del remodelado óseo confeccionar la prótesis total definitiva se consiguió devolver al paciente la función masticatoria y una condición estética óptima.

PALABRAS CLAVE: DIABETES MELLITUS, PRÓTESIS INMEDIATA, PRÓTESIS TOTAL.

ABSTRACT

Type 2 diabetic patients suffering from different oral manifestations in the absence of adequate control of their disease. In the dental office, the management and control of diabetic patients - before, during and after treatment - is important. Their oral rehabilitation is essential to achieve increase and improvement in their quality of life as it provides functional and aesthetic benefits like the following: restoration on the chewing ability, optimization on digestion, clarity on their oral expression and communication; in addition to the consequent improvement in their physical appearance. For the present research case, we focus on a type 2 diabetic patient who goes to consultation and therefore we proceed to create an immediate denture post-extraction of teeth: 1.5, 1.6 and a residual roots; later - after six months - a conventional total denture is made in the upper jaw. Total success is gotten at achieving the already set objectives because as result of oral rehabilitation through placing an immediate denture as a first step and then after the bone remodeling go to the placement of the denture complete, we got to restore the patient's masticatory function and her optimal cosmetic condition.

KEY WORDS: DIABETES MELLITUS, IMMEDIATE DENTURE, DENTURE COMPLETE.

ÍNDICE

RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
LISTA DE TABLAS.....	XI
LISTA DE FIGURAS.....	XI
LISTA DE ANEXOS.....	XII
LISTA DE ABREVIATURAS.....	XII
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I (ASPECTOS BÁSICOS)

1.1. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. JUSTIFICACIÓN	3
1.3 OBJETIVOS	4

CAPÍTULO II (MARCO TEÓRICO)

2.1 DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	5
2.1.1. DEFINICIÓN	5
2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA	5
2.1.3. ETIOPATOGENIA.....	6
2.1.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	6
2.1.5. DIAGNÓSTICO	7
2.1.6. COMPLICACIONES SISTÉMICAS	8
2.1.5.1. COMPLICACIONES AGUDAS.....	8
2.1.5.2. COMPLICACIONES CRÓNICAS.....	9
2.1.7. MANIFESTACIONES ORALES.....	10
2.1.7.1. CARIES DENTAL	11
2.1.7.2. ENFERMEDAD PERIODONTAL	11
2.1.7.3. CANDIDIASIS.....	11
2.1.7.4. XEROSTOMÍA	12
2.1.7.5. RETARDO EN LA CICATRIZACIÓN.....	12

2.1.8.- ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES DIABÉTICOS.....	12
2.2 PRÓTESIS INMEDIATA.....	15
2.2.1. VENTAJAS DE PRÓTESIS INMEDIATA.....	16
2.2.2. DESVENTAJAS DE PRÓTESIS INMEDIATA.....	16
2.2.3. CICATRIZACIÓN ÓSEA.....	16
2.3. PRÓTESIS TOTAL SUPERIOR.....	18
2.3.1. EXAMEN CLÍNICO DEL PACIENTE.....	18
2.3.2. IMPRESIONES PRIMARIAS.....	19
2.3.3. MODELO DE DIAGNÓSTICO.....	20
2.3.4. CONFECCIÓN DE CUBETAS INDIVIDUALES.....	20
2.3.5. SELLADO PERIFÉRICO.....	21
2.3.6. IMPRESIONES DEFINITIVAS Y MODELO DEFINITIVO.....	22
2.3.7. PLACA BASE Y RODETE DE ALTURA.....	22
2.3.8. REGISTROS MAXILOMANDIBULARES.....	23
2.3.8.1. CONFORMACIÓN DEL PLANO DE OCLUSIÓN.....	23
2.3.8.2. DIMENSIÓN VERTICAL.....	24
2.3.8.3. RELACIÓN CÉNTRICA.....	25
2.3.9. OCLUSIÓN.....	25
2.3.9.1. ARTICULADORES.....	26
2.3.9.2. FOMA DE LOS DIENTES LATERALES.....	26
2.3.10. SELECCIÓN DE DIENTES.....	27
2.3.10.1. SELECCIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES Y POSTERIORES.....	27
2.3.10.2. SELECCIÓN DEL COLOR.....	28
2.3.11. PRUEBA DE ENFILADO.....	29
2.3.12. INSTALACIÓN DE PRÓTESIS TOTAL.....	29

CAPÍTULO III (CASO CLÍNICO)

3.1 HISTORIA CLÍNICA.....	31
3.1.1. DATOS DE AFILIACIÓN.....	31
3.1.2. MOTIVO DE CONSULTA.....	31
3.1.3. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL.....	31
3.1.4. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES.....	32

3.1.5.	SIGNOS VITALES.....	32
3.1.6.	EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL	33
3.1.7.	EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL	33
3.1.8.	ODONTOGRAMA	34
3.1.9.	INDICADORES DE SALUD BUCAL	35
3.1.10.	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	36
3.2	DIAGNÓSTICO.	37
3.2.1.	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	37
3.2.2.	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	37
3.3.	ASPECTOS ÉTICOS.....	37
3.4.	PLAN DE TRATAMIENTO	38
3.5.	DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS EJECUTADOS.	38
3.5.1.	PRÓTESIS INMEDIATA.....	39
3.5.1.1.	TOMA DE IMPRESIONES.....	39
3.5.1.2.	MODELO DE TRABAJO.....	39
3.5.1.3.	BASE Y RODETE.....	40
3.5.1.4.	CONTORNO DE LOS RODETES DE OCLUSIÓN.....	41
3.5.1.5.	DIMENSIÓN VERTICAL.....	42
3.5.2.	CIRUGÍA.....	42
3.5.2.1.	EXODONCIA	42
3.5.2.2.	SUTURA Y COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS TOTAL	43
3.5.2.3.	CONTROL OCLUSAL.....	44
3.5.2.4.	RETIRO DE PUNTOS.....	45
3.5.3.	REBASE.	45
3.5.4.	PRÓTESIS TOTAL	46
3.5.4.1.	IMPRESIÓN PRIMARIA Y MOLEDO DE ESTUDIO PARA LA PRÓTESIS TOTAL.....	46
3.5.4.2.	CUBETA INDIVIDUAL PARA LA PRÓTESIS TOTAL.....	46
3.5.4.3.	SELLADO PERIFÉRICO	47
3.5.4.4.	IMPRESIÓN SECUNDARIA Y MODELO DEFINITIVO	48
3.5.4.5.	BASE Y RODETE DE OCLUSIÓN	49
3.5.4.6.	CONFORMACIÓN DEL PLANO DE OCLUSIÓN	50
3.5.4.7.	SELECCIÓN DE LOS DIENTES.....	50
3.5.4.8.	DIMENSIÓN VERTICAL	51
3.5.4.9.	MONTAJE EN EL ARTICULADOR.....	52
3.5.4.10.	PRUEBA DEL ENCERADO.....	53

3.5.4.11. PRÓTESIS TOTAL TERMINADA.....	54
---	----

CAPÍTULO IV

4.1 DISCUSIÓN.....	56
4.2. CONSLUSIONES.....	58
4.3 RECOMENDACIONES.....	59

BIBLIOGRAFÍA.....	60
-------------------	----

ANEXOS.....	63
-------------	----

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. SIGNOS VITALES.	32
TABLA 2. HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA.....	36
TABLA 3. ÍNDICE CPO-CEO	36
TABLA 4. ETAPAS EN LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO.....	38

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.- MEDIDAS DE LOS RODETES.	23
FIGURA 2. ANÁLISIS DE LAS FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES.....	33
FIGURA 3 EXAMEN INTRAORAL	34
FIGURA 4. ODONTOGRAMA.	35
FIGURA 5. RADIOGRAFÍA PANORÁMICA.	37
FIGURA 6. TOMA DE IMPRESIONES.....	39
FIGURA 7. MODELOS DE TRABAJO.	40
FIGURA 8. REALIZACIÓN DEL LA BASE Y EL RODETE.	41
FIGURA 9. RELACIONES HORIZONTALES.....	42
FIGURA 10. DIMENSIÓN VERTICAL.	42
FIGURA 11. EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES 1.4, 1.5, 1.6.	43
FIGURA 12. SUTURA Y COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS TOTAL INMEDIATA.	44
FIGURA 13. AJUSTE OCLUSAL.	44
FIGURA 14. RETIRO DE PUNTOS.	45

FIGURA 15. REBASE Y EVALUACIÓN DEL REBORDE.	45
FIGURA 16. TOMA DE IMPRESIONES Y MODELOS DE ESTUDIO.	46
FIGURA 17. ELABORACIÓN DE LA CUBETA Y RECORTE FUNCIONAL.	47
FIGURA 18 .SELLADO PERIFÉRICO.	48
FIGURA 19. IMPRESIÓN DEFINITIVA Y MODELO DE TRABAJO.....	49
FIGURA 20 . CONFECCIÓN DEL RODETE SUPERIOR.	49
FIGURA 21. RELACIONES HORIZONTALES.....	50
FIGURA 22. SELECCIÓN DE LOS DIENTES	51
FIGURA 23. DIMENSIÓN VERTICAL.	52
FIGURA 24 . MONTAJE EN EL ARTICULADOR SEMIAJUSTABLE.....	53
FIGURA 25. PRUEBA DEL ENFILADO.	53
FIGURA 26. PRUEBA DE LA PRÓTESIS TOTAL TERMINADA.....	54
FIGURA 27. RESULTADO FINAL.	55

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. HISTORIA CLÍNICA.....	63
ANEXO 2. HISTORIA CLÍNICA.....	64
ANEXO 3. PROTOCOLO DE PRÓTESIS TOTAL INMEDIATA.....	65
ANEXO 4. PROTOCOLO DE PRÓTESIS TOTAL INMEDIATA.	66
ANEXO 5. PROTOCOLO DE PRÓTESIS TOTAL DEFINITIVA.	67
ANEXO 6. PROTOCOLO DE PRÓTESIS TOTAL DEFINITIVA.	68
ANEXO 7. EXAMEN DE LABORATORIO: BIOMETRÍA HEMÁTICA Y GLUCOSA.	69
ANEXO 8. EXÁMENES DE LABORATORIO: TP, TTP.	70
ANEXO 9.ÍNDICE DE SIMILARIDAD.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS.

ADA.	Asociación americana de diabetes.
DM.	Diabetes mellitus.
DM1.	Diabetes mellitus tipo 1.
DM2.	Diabetes mellitus tipo 2.
DV.	Dimensión vertical.
DVO.	Dimensión vertical en oclusión.
DVR.	Dimensión vertical en reposo.
DVFM.	Dimensión vertical fonética mínima.

INTRODUCCIÓN.

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad de importancia creciente en salud pública. En los últimos años tanto a nivel mundial como local, la prevalencia ha ido aumentando junto con la eficacia de los protocolos diagnósticos y terapéuticos, por lo que hoy en día los odontólogos tratan cada vez más pacientes diabéticos (Pacheco, 2008; Romero, 2013).

Esta enfermedad necesita un tratamiento bidireccional entre médico y odontólogo, por esta razón, el conocimiento sobre la diabetes mellitus resulta imprescindible para su completa atención por estas dos ramas. Los odontólogos estamos inmersos en la salud con el fin de prevenir enfermedades bucales, poder actuar frente a sus posibles complicaciones y su rehabilitación (Romero, 2013).

Entre los factores de riesgo de la diabetes se encuentran: el sobrepeso, el sedentarismo, el estrés, la malnutrición como consecuencia de la ingesta excesiva de dieta hiperhidrocarbonada y la herencia genética. El riesgo de contraer diabetes se incrementa con la edad, según lo han demostrado varios estudios (Castro, Aguilar, Liceaga, & Hernández, 2010).

Se asocia a los pacientes con diabetes en dos grandes grupos: pacientes diabéticos controlados y diabéticos no controlados. Entre las manifestaciones odontológicas en pacientes con esta patología están: caries, enfermedad periodontal, xerostomía, infecciones fúngicas, abscesos y cicatrización retardada (Castellanos, 2002).

Por la complejidad de la atención al paciente diabético, es menester realizar una detallada historia clínica en la consulta odontológica. Ésta debe tener un interrogatorio sobre la evolución de la enfermedad, antecedentes familiares, el control de la glucosa, el uso de fármacos, dieta, actividad física, entre otros. Además, es esencial contar con exámenes de laboratorio básicos pertinentes antes de ésta, como: glucosa en ayunas, glucosa posprandial y hemoglobina glucosilada (Cardozo & Pardi, 2003).

Se desarrolló este trabajo con el objetivo de realizar una revisión completa acerca de la rehabilitación oral en el paciente diabético, los riesgos y la correcta atención odontológica.

CAPÍTULO I (ASPECTOS BÁSICOS).

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los factores causantes ambientales y genéticos de la diabetes mellitus, junto con un mal cuidado de la cavidad oral determinan la aparición de manifestaciones en ésta última. A menudo no se presta la debida importancia al cuidado bucal de una persona con diabetes, en contraste en las demás manifestaciones sistémicas.

Es preocupante el impacto de la diabetes mellitus sobre la cavidad bucal. La caries y la enfermedad periodontal constituyen causas de pérdida dentaria en los pacientes diabéticos y a su vez, la falta de dientes conlleva a problemas tanto en la función masticatoria, fonética y estética que deterioran su estado de salud y calidad de vida (Castellanos, 2002).

Todo lo expuesto anteriormente evidencia lo acertado de nuestra selección de temática. La afectación bucal provocada por la diabetes mellitus es ahora un problema social y sanitario, pero afortunadamente existen diferentes tratamientos odontológicos que restablecen la salud oral. Para evitar que padezcan severas enfermedades como la pérdida de los dientes, se hace necesaria la rehabilitación oral con la adaptación de prótesis que elevan la calidad de vida, no solo física sino también funcional.

1.2.- JUSTIFICACIÓN.

La rehabilitación oral vinculada con una buena atención odontológica en pacientes portadores de diabetes mellitus, tiene un gran valor para la conservación de la salud bucal y el mejoramiento de la calidad de la vida. En el caso de las personas con diabetes mellitus, la atención puede prevenir la aparición de las enfermedades bucodentales y otras complicaciones asociadas a aquella. Incluso las personas que padecen de diabetes pueden desconocer las manifestaciones orales que se presentan con la enfermedad de base.

Cabe destacar que el caso clínico que se presenta, tiene una relevancia significativa y se justifica en el aspecto teórico, porque proporciona una amplia información recabada en diferentes referencias documentales y bibliográficas; conocimiento que da nuevas ideas y respuestas a las interrogantes sobre la temática examinada; lo que será de gran ayuda para los futuros odontólogos.

El caso clínico se justifica desde el punto de vista metodológico porque sigue los pasos de un proceso científico. Se alcanzan pautas, características como un estudio de caso; con el fin de obtener un diagnóstico sobre el objeto de estudio. Los datos aquí recogidos servirán de aporte a investigaciones posteriores con la finalidad de profundizar y modificar los planteamientos expuestos.

En el aspecto social, este estudio permite detectar y corregir problemas de higiene bucal en las personas diabéticas, elevar su calidad de vida y evitar fases más avanzadas de la enfermedad periodontal; por consecuencia, favorece la instauración de un marco que conduce al reconocimiento de los problemas de salud bucal por el odontólogo y la población; hecho que se ajusta a los nuevos paradigmas y estrategias basadas en la enfermedad bucal y tipo de diabetes.

1.4.- OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

- ✚ Restablecer la salud bucal a un paciente diabético controlado, mediante la colocación de una prótesis total para mejorar la estética y la función masticatoria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✚ Confeccionar la prótesis inmediata mientras se espera el tiempo del remodelado óseo, y luego elaborar la prótesis total definitiva.
- ✚ Concienciar al paciente diabético sobre las complicaciones bucales u orales que puede padecer.
- ✚ Incentivar la importancia de mantener una dieta adecuada y actividad física permanente como parámetros básicos para estabilizar los valores de glucosa en cifras normales.
- ✚ Propiciar buenos hábitos para una buena higiene bucal.

CAPÍTULO II (MARCO TEÓRICO).

2.1 DIABETES MIELITUS TIPO 2.

2.1.1.- DEFINICIÓN.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) define a la diabetes mellitus (DM) como un conjunto de enfermedades heterogéneas, caracterizada por una alteración en la función de las células B pancreáticas y/o la disminución de la sensibilidad tisular a la insulina, la cual produce como resultado el aumento de glucosa en sangre (hiperglucemia), (Corbatón, 2004).

2.1.2.- EPIDEMIOLOGÍA.

La diabetes mellitus, es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en la sociedad contemporánea. En el mundo hay más de 347 millones de personas que padecen diabetes y según la OMS para el año 2030 será la séptima causa de muerte mundial. Entre los diferentes tipos de diabetes, aquella definida como tipo 1 abarca aproximadamente el 10% de los casos; mientras que la del tipo 2 es la forma más frecuente y representa del 80 al 90% de estos (OMS, 2013; Ramírez, 2011).

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP), en el 2010 registró 92.691 casos de diabetes y se ha incrementado de forma progresiva en las últimas décadas. Según la encuesta Nacional de Salud y Nutrición, la prevalencia de diabetes es del 2.7% entre edades de 10 a 59 años, y se encontró una mayor prevalencia del 15.2% en el grupo de 60 a 64 años de edad (Freire, Ramírez, Belmont, Mendieta, Silva, & Romero, 2013; INEC, 2011).

2.1.3.- ETIOPATOGENIA.

La Diabetes Mellitus tipo 2 está causada por un factor poligénico y multifactorial, el cual incluye diversas interrelaciones entre genes y factores externos (Corbatón, 2004).

Entre las alteraciones genéticas de la DM están los que se conocen como genes diabetógenos entre los más frecuentes: CPN10 y PPAR, los cuales provocan una disminución progresiva de la sensibilidad a la insulina en los tejidos insulino dependientes (muscular, esquelético y adiposo), (Corbatón, 2004).

Los factores ambientales determinantes en ésta enfermedad son: el sedentarismo, consumo de dieta hiperhidrocarbonada, edad mayor a 40 años (aunque cada vez más se observa DM tipo 2 en edades más tempranas), obesidad, antecedentes familiares e individuales (hipertensión arterial), dislipidemia especialmente hipertrigliceridemia, etnia o raza y diabetes gestacional (Guzmán & Castellanos, 2013).

Los dos defectos metabólicos principales que caracterizan a la diabetes tipo 2 son: la capacidad disminuida de los tejidos periféricos para responder a la insulina (resistencia a la insulina) y la disfunción de las células B, que se muestra como una insuficiente secreción de insulina en el contexto de una resistencia de esta hormona e hiperglucemia. La resistencia a la insulina obedece también a una relación entre factores genéticos y ambientales (Pacheco, 2008).

2.1.4.- MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Esta enfermedad, suele comenzar en edades intermedias o avanzadas de la vida; tiene un comienzo lento de evolución en ocasiones asintomático durante años (Pombo, 2007).

Las principales manifestaciones clínicas de la diabetes son: sed intensa (polidipsia), gran cantidad de orina (poliuria), hambre (polifagia), pérdida de peso y menos frecuentes son: la fatiga, debilidad, sensación de adormecimiento de las piernas (parestias), visión borrosa, infecciones frecuentes, prurito y malestar general (Hervás, 2002).

La poliuria puede ser significativa durante todo el día pero en ocasiones es sobre todo nocturna, sucede cuando la glucosa se encuentra por encima de los 180 mg/dl. A medida que aumenta la cantidad de azúcar en la circulación renal, el paciente se deshidrata por lo que estimula a la polidipsia, produciendo gran sequedad de la boca y la faringe; el aumento de ingestión de agua durante la noche, puede ser el único síntoma. Si la pérdida de glucosa por la orina es importante, se observará disminución del peso. El organismo para compensar esta pérdida aumenta el apetito y la ingesta (Pombo, 2007; Hervás, 2002).

El prurito puede presentarse por acción de la hiperglucemia a nivel de las terminaciones nerviosas; en las mujeres se presenta en la región genital. El deterioro del organismo, lo hace más susceptible a infecciones por: mala circulación, incorrecta nutrición tanto de los órganos como los tejidos, defensas disminuidas, piel débil y frágil. Además pueden presentar alteraciones visuales incluso a veces éstos trastornos pueden ser la pauta para orientar al diagnóstico de diabetes. Otros pueden quejarse de adormecimiento, dolor, hormigueo en las manos y en los pies (Hervás, 2002).

2.1.5.- DIAGNÓSTICO.

Los niveles normales de glucosa en sangre oscilan entre 70 y 120 mg/dl. La ADA expresa que los niveles de glucosa entre 100 a 125 mg/dl son elevados pero son considerados normales. Para verificar el control de glucosa antes de un procedimiento quirúrgico se puede confirmar sus valores en sangre con estos exámenes: glucosa en

ayunas, glucosa postprandial o hemoglobina glicosilada (Zárate, Castellanos, & Díaz, 2003).

La ADA considera a la diabetes mellitus tipo 2 cuando los: niveles de glucosa en ayunas son ≥ 126 mg/dl por dos ocasiones, glucosa 2 horas postcarga ≥ 200 mg/dl, glucosa a cualquier hora del día ≥ 200 mg/dl más síntomas de hiperglucemia y hemoglobina glicosilada $\geq 6.5\%$ (Pacheco, 2008).

2.1.6.- COMPLICACIONES SISTÉMICAS.

Las complicaciones en el diabético pueden dividirse en agudas y crónicas.

2.1.6.1.- COMPLICACIONES AGUDAS.

La hipoglucemia severa es una de las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 más frecuente cuando se busca un control estricto de la glucemia, sobre todo en los que reciben sulfonilureas o se aplican insulina (Dorantes, 2008).

Hay situaciones que aumentan el riesgo de hipoglucemia en la persona con DM: retrasar u omitir una comida, ingerir bebidas alcohólicas, realizar actividades físicas en exceso, una toma inadecuada de la dosis del medicamento hipoglucemiante como puede ocurrir en personas de edad avanzada que olvidan si ya tomaron la medicina (Dorantes, 2008).

Otra de las complicaciones es la **hiperglucemia** la cual se manifiesta de dos maneras:

1.- Cetoacidosis diabéticas se presenta cuando el cuerpo no puede usar el azúcar (glucosa) como fuente de energía, debido a que no hay insulina o ésta es insuficiente. En lugar de esto, se utiliza la grasa para obtener energía. Los subproductos del metabolismo de las grasas, llamados cetonas, se acumulan en el cuerpo. Se presenta con niveles de glicemia $> 250\text{mg/dl}$. Esta complicación es común en diabetes tipo 1, pero es poco frecuente en DM tipo 2 (Ramírez, 2011).

2.- Estado hiperosmolar no cetósico implica niveles extremadamente altos de glucosa en la sangre sin la presencia de cetonas, es frecuente en DM tipo 2. Se puede presentar en aquellos que no han sido diagnosticados con diabetes o en personas que no han sido capaces de controlar la enfermedad. La hiperosmolaridad crea un ciclo de incremento de los niveles de glucosa en la sangre llegando hasta valores $>600\text{ mg/dl}$ además como consecuencia hay deshidratación (Ramírez, 2011).

2.1.6.2.- COMPLICACIONES CRÓNICAS.

Por un inadecuado control de la enfermedad se deterioran diferentes órganos del cuerpo como son: ojos, riñones, sistema nervioso, piel, aparato cardiovascular, huesos y articulaciones. Las complicaciones crónicas pueden ser vasculares y no vasculares. Las vasculares se dividen en **macroangiopáticas**, como son: la retinopatía, nefropatía y neuropatía diabéticas; y en **microangiopáticas**, entre las que se encuentran: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y enfermedad arterial periférica. Entre las complicaciones no vasculares se encuentran las afecciones de la piel (Ramírez, 2011).

La nefropatía diabética es un síndrome clínico caracterizado por proteinuria y disminución progresiva de la función renal. Representa en la actualidad la causa más frecuente de insuficiencia renal crónica (Dorantes, 2008).

La retinopatía diabética es la complicación oftalmológica crónica más frecuentemente observada. Se caracteriza por lesiones y obstrucción de los vasos retínales que a largo plazo podrían provocar la pérdida de la visión (Dorantes, 2008).

La neuropatía diabética se define como la presencia de signos y síntomas de disfunción de los nervios periféricos, debido a la pérdida progresiva de las fibras nerviosas. Puede afectar tanto al sistema nervioso periférico como al autónomo (Dorantes, 2008).

Entre las complicaciones cardiovasculares se hallan: cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca, las cuales se observan más en pacientes diabéticos de larga evolución y no dependientes de insulina. El principal causal de dichas complicaciones es la aterosclerosis coronaria (Pacheco, 2008).

El pie diabético se define como la ulceración, infección y/o gangrena del pie, asociados a neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad arterial periférica (Pacheco, 2008).

La dermatopatía diabética se caracteriza por cambios tróficos y de coloración en zona anterior de la pierna y pies, sin embargo, también se suelen encontrar en el cuello, que pueden terminar en procesos infecciosos sobreañadidos (Dorantes, 2008).

2.1.7.- MANIFESTACIONES ORALES.

Las manifestaciones orales en un paciente diabético sino hay un adecuado control de la enfermedad, el paciente puede presentar: gingivitis, enfermedad periodontal, xerostomía, caries, candidiasis y retraso en la cicatrización (Castellanos, 2002; Guzmán et al., 2013).

2.1.7.1.- CARIES DENTAL.

Una de las principales afecciones presentes en los pacientes diabéticos es la caries dental, aunque no se ha podido establecer aun una asociación clara entre la presencia de caries y diabetes (Romero, 2013).

La caries y la enfermedad periodontal constituyen la causa de pérdida dentaria en los pacientes diabéticos. Su incidencia de caries es más alta que en los diabéticos tipo 1, esta condición podría relacionarse a una falta de secreción salival, aumento de hidratos de carbono, inadecuado control de glucosa y una mala higiene (Castellanos, 2002).

2.1.7.2.- ENFERMEDAD PERIODONTAL.

En pacientes con diabetes la enfermedad periodontal se encuentra incrementada de manera significativa, aún si se mantiene una buena salud bucal. La diabetes produce un quebranto neto de hueso periodontal aumentando el riesgo de la pérdida de dientes (Gutiérrez & Gutiérrez, 2012).

La prevalencia de la enfermedad periodontal es 3 veces más alta en diabéticos que en personas sanas. En un estudio realizado se demostró que los adultos con diabetes tienen mayor predisposición a perder dientes que personas que no padecen esta enfermedad; es considerada la segunda causa de pérdida dentaria, pero puede llegar a ser la primera causa en estos pacientes (Toro, Rodríguez & Cruz, 2006).

2.1.7.3.- CANDIDIASIS.

La candidiasis oral es común en personas diabéticas no controladas que usan prótesis dentales. Esto se debe por un mal control glucémico y xerostomía (Gutiérrez et al., 2012).

2.1.7.4.-XEROSTOMÍA.

La función salival es importante para la digestión, la masticación, el gusto, el habla, la deglución, la protección de las mucosas y dientes. La xerostomía es común en pacientes diabéticos entre un 40 a 80% y se acentúa a medida que envejecen. Esta enfermedad generalmente dificulta el comer, tragar, degustar y hablar. Su etiología depende tanto de la deshidratación como de la neuropatía diabética (Preti, 2008; Leite, Marlow, & Jyotika, 2013).

Los flujos salivales disminuidos característicos de los diabéticos no controlados pueden desarrollar caries, se produce porque la saliva tiene cantidades incrementadas de glucosa con mayor predisposición para las caries y enfermedad periodontal. Las lesiones en la mucosa pueden ser más frecuentes por la falta de saliva (Macpherson, 2014).

2.1.7.5.- RETARDO EN LA CICATRIZACIÓN.

Los pacientes diabéticos no controlados tienen una lenta cicatrización, porque su migración leucocitaria y su fagocitosis se alteran, por lo tanto, el riesgo infeccioso o de sangrado aumenta en ellos. Los pacientes diabéticos no controlados, muestran mayor tasa de infección debido a sus niveles altos de glucosa (Negrato & Tarzia, 2010).

2.1.8.- ATENCIÓN ODONTÓLOGICA A PACIENTES DIABÉTICOS.

Los odontólogos forman parte del equipo de Salud, tienen la obligación de estar informados acerca de la diabetes mellitus y sus complicaciones. Es necesario comunicar a los pacientes sobre las manifestaciones orales que se presentan en la DM, para aumentar la conciencia sobre su educación bucal (Macpherson, 2014).

La atención odontológica de pacientes con DM será más frecuente en el futuro inmediato según lo indica el aumento de su esperanza de vida y el incremento de la prevalencia de diabetes en el mundo. En la consulta dental con propósitos diagnósticos,

preventivos o curativos podemos subclasificar seis grupos, estos son: pacientes sospechosos de diabetes mellitus, aquellos pertenecientes al grupo de riesgo de la enfermedad, diabéticos no controlados, mal controlados, estables y enfermos lábiles (Castellanos, 2002; Romero, 2013).

Los pacientes sospechosos, son aquellos que pueden presentar: destrucción periodontal, abscesos periodontales, xerostomía, pérdida de peso o parestesia en extremidades. Aquellos pertenecientes al grupo de riesgo, pueden mostrar: obesidad, intolerancia a la glucosa, mayor de 40 años de edad, antecedentes de diabetes gestacional o familiar (Castellanos, 2002).

Los diabéticos no controlados son aquellos que son diagnosticados pero no siguen un tratamiento a diferencia de los definidos como diabéticos estables, éstos últimos son quienes mantienen un tratamiento, dieta y ejercicio adecuados para mantener estable su glucosa. En individuos diabéticos mal controlados se observan signos y síntomas con una farmacología inadecuada. Los definidos del tipo lábiles sufren descompensaciones a pesar del trabajo médico y su cooperación (Castellanos, 2002).

Los aspectos que debemos considerar en la consulta odontológica para minimizar el riesgo de emergencia en la atención, antes, durante y después del tratamiento son: historia clínica adecuada, indagación sobre la evolución de la enfermedad, niveles de glucosa, medicación antidiabética (dosis, tiempo de administración) y frecuencia de los episodios de hipoglucemia. El horario de consulta se recomienda por la mañana. El odontólogo debe asegurarse que el paciente haya comido normalmente e ingerido su medicación (Cardozo et al., 2003).

La complicación más común de un diabético en la consulta es un episodio de hipoglucemia. Éste se produce por una administración excesiva de insulina o por falta de ingestión de alimentos. Los signos y síntomas iniciales incluyen hambre, sed, debilidad; estos pueden ser seguidos de sudores, incoherencia. Si no es tratada puede

producirse inconciencia, coma y muerte. Si se sospecha que el paciente está experimentando un episodio hipoglucémico, primero se debe confirmar los niveles de glucosa con un glucómetro. En caso de confirmarse el cuadro de hipoglucemia, se le puede administrar una solución azucarada (Cardozo et al., 2003; Sander, 2011).

Durante la atención a diabéticos no controlados es mejor postergar el tratamiento y realizar una interconsulta con el médico. Si el paciente acude a la consulta por algún tratamiento de emergencia se puede realizar un buen interrogatorio y una prueba rápida de glucosa en sangre, a diferencia de los pacientes diabéticos controlados, éstos pueden ser sometidos a cualquier tratamiento odontológico (Hampel, 2000).

Los pacientes diabéticos en especial los no controlados tienen un riesgo de infección aumentado y una cicatrización retardada, por ello es aconsejable realizar profilaxis antibiótica en tratamientos quirúrgicos (Cardozo & Pardi, 2003).

En la rehabilitación oral es necesario valorar el estado periodontal, promover la higiene oral y de sus prótesis, valorar la hidratación de las mucosas para evitar molestias, dolor y ulceraciones (Castellanos, 2002).

2.2 PRÓTESIS INMEDIATA.

La prótesis inmediata, es aquel dispositivo dental removible colocado inmediatamente después de las extracciones dentales, con el objetivo de remplazar algunos o todos los dientes faltantes en las arcadas sin dejar transcurrir tiempo alguno entre la fase quirúrgica y la protésica (Rahn, Ivanhoe, & Plummer, 2011).

En la primera fase del examen del paciente se debe investigar su estado en general de salud y evaluar la cavidad bucal. Este desempeña un papel importante y debe ser considerado antes del procedimiento. Es necesario estar atento a la queja principal del paciente, lo cual revela el motivo que lo llevó a buscar el tratamiento (Telles, 2011).

La colocación de una prótesis inmediata está indicada en: enfermedad periodontal terminal y aquellos tratados con cirugía. El empleo de prótesis inmediata es contraindicado en pacientes que no soporten el acto quirúrgico y con problemas psíquicos, poco cooperantes. Para un diagnóstico correcto es necesario contar con radiografías, modelos de estudio, anotaciones de la entrevista y del examen clínico (Telles, 2011; Díaz & Quintana , 2013).

El tomar la decisión de extraer los dientes sin la construcción de una prótesis conlleva a las siguientes desventajas: pérdida de función masticatoria, estética pobre por la ausencia de dientes; como consecuencias de efectos mentales y físicos indeseables, la lengua y las mejillas pueden invadir el espacio de la futura prótesis (Basker, Davenpo, & Thomason, 2012).

La extracción de varios dientes y la colocación de la prótesis inmediata, puede implicar tratamiento a corto plazo; permitiendo regeneración del hueso por motivos terapéuticos cuando la enfermedad periodontal es diagnosticada tardíamente. Es importante conocer en detalle las ventajas y las desventajas de colocar una prótesis total inmediata para evitar insatisfacciones del paciente diabético durante el tratamiento (Preti, 2008).

2.2.1 VENTAJAS DE LAS PRÓTESIS INMEDIATAS.

Evita al paciente depresión de los tejidos peribucal, conserva la función masticatoria, permite que los músculos sigan funcionando en sus posiciones normales, facilitan la adaptación de la prótesis definitiva, protección de la herida quirúrgica, evita un deterioro en la autoestima del paciente por haber perdido sus dientes (Basker et al., 2012).

Impide la pérdida de la dimensión vertical en oclusión (DVO), ayuda a conservar el hueso alveolar aunque la evidencia científica no es concluyente, la reabsorción del reborde es menor si se usa prótesis inmediata postextracción, favorece la cicatrización de los tejidos blandos, soporta y protege el coágulo durante el período postextracción inmediata; reduciendo la posibilidad de su desprendimiento mecánico, por ejemplo por partículas de alimentos (Basker et al., 2012).

2.2.2.- DESVENTAJAS DE LAS PRÓTESIS TOTALES INMEDIATAS.

Las desventajas por el contrario, son escasas: el hueso alveolar sufre remodelaciones con el transcurso del tiempo, desadaptándose poco a poco la prótesis; el costo es elevado en comparación con el uso de la prótesis; el paciente debe estar constantemente donde el odontólogo para permitir mantener a la prótesis inmediata, realizando rebases así como ajustes oclusales y; no se realizan pruebas previas a la instalación de la prótesis (Bortolotti, 2006).

2.2.3.- CICATRIZACIÓN ÓSEA.

La prótesis inmediata es temporal, ésta necesita ser sustituida por una prótesis nueva después del tiempo de remodelado óseo. El criterio basado en el cambio de prótesis varía entre autores, Artur Rahn estima: el tiempo necesario para la cicatrización es de

tres a seis meses para la colocación de la prótesis definitiva (Rahn et al., 2011; Díaz et al., 2013).

La cicatrización del alvéolo ocurre por segunda intención, se desencadenan varios procesos fisiológicos y a los seis meses ya tenemos hueso formado:

- 1) Luego de la extracción dental en el alvéolo se forma el coágulo que posteriormente se retrae en 24 a 72 horas.
- 2) Después de 2 a 3 días el coágulo es remplazado por tejido de granulación.
- 3) En la primera semana tenemos tejido de granulación, tejido conectivo joven y tejido osteoide.
- 4) En la tercera semana hay mineralización del tejido y formación de tejido nuevo; a la sexta semana hay presencia de trabéculas primarias y remodelación ósea.
- 5) Luego de 4 a 6 meses va existir hueso maduro. Entonces este es el tiempo ideal para la realización de una prótesis definitiva (Lindhe, Karring, & Lang, 2009).

2.3.- PRÓTESIS TOTAL

La prostodoncia total es la encargada de reemplazar todos los dientes de una o ambas arcadas dentarias, con la finalidad de devolver la función masticatoria, estética y fonética al paciente (Dapprich, 2002).

La prótesis total tiene tres superficies: una superficie interna en contacto con las crestas alveolares, una superficie externa en contacto con las mejillas, labios, lengua, y una superficie oclusal. Esta interacción es responsable de la retención, estabilidad, soporte: en reposo y función (Prete, 2008).

La retención es la resistencia de la fuerzas de extrusión. Esta propiedad se da por una interposición de una capa delgada de saliva, entre la mucosa y la superficie interna del cuerpo protésico; los factores que intervienen son: cohesión, tensión y presión atmosférica. La estabilidad es la resistencia a fuerzas horizontales o rotacionales, los factores que intervienen en la estabilidad son: el control neuromuscular, la armonía oclusal, la altura y morfología de las crestas alveolares. El soporte son las estructuras de apoyo (mucosa y hueso) capaces de resistir las presiones masticatorias, éstas se subdividen en zona de soporte primario y secundario (Prete, 2008).

2.3.1.- EXAMEN CLÍNICO DEL PACIENTE.

Luego de una correcta historia clínica se realiza el examen extraoral e intraoral, donde se valora las estructuras anatómicas. La exploración debe ser detallada y ordenada, consta de inspección, palpación, percusión y auscultación (Rahn et al., 2011).

El examen extraoral se inicia mientras el paciente relata su historia, se examina: el cuello, la cabeza, la articulación temporomandibular (ATM), los ganglios, perfil facial, aspecto de la cara, maxilar superior e inferior, tejido muscular peribucal, labios y mejillas (Rahn et al., 2011).

El perfil facial generalmente es cóncavo por la pérdida de dientes, al valorar el aspecto de la cara buscamos verificar características como: dimensión vertical, soporte del labio, línea de sonrisa y altura incisal. La inspección de los labios puede revelar la presencia de fisuras o grietas por pérdida de dimensión vertical (Prasad & Buch, 2014).

En el examen intrabucal, se debe evaluar: la mucosa bucal, el reborde en el tamaño, la forma y la sección transversal; presencia de torus, tamaño de la lengua y las tuberosidades maxilares (Rahn et al., 2011).

En el paciente desdentado es necesario identificar los tres tipos de mucosa que pueden existir: firme es de fácil irritación, resiliente muestra un grosor adecuado y flácida cuyo grosor es exagerado y móvil. Además se valora tanto el tamaño, la forma como la sección transversal del reborde; el reborde más grande tendrá mayor estabilidad y retención (Rahn et al., 2011).

La forma de arco puede ser: ovoide, triangular y cuadrada. El más favorable es el tipo ovoide ya que tiene una mejor resistencia y estabilidad. La forma del reborde, al corte transversal puede ser: “U”, “V” o en filo de cuchillo; siendo el ideal en “U”. Se examina también la presencia de torus y tamaño de lengua. Además la cantidad así como la consistencia de saliva permite un sellado hermético entre la base protésica y el maxilar (Rahn et al., 2011).

2.3.2.- IMPRESIONES PRIMARIAS.

La impresión es una copia negativa de todos los elementos que se necesitan reproducir en un modelo, debe incluir: todos los tejidos blandos como duros de los rebordes, la totalidad de los vestíbulos, la tuberosidad del maxilar, el paladar duro y los surcos hamulares (Rahn et al., 2011).

Para realizar la impresión primaria se debe elegir la cubeta correcta y el material ideal que vamos a usar en el momento de la impresión. Existen cubetas especiales para desdentados de diferente tamaño para el maxilar y la mandíbula. El material ideal que cumple con varias características especiales y el más usado es el hidrocoloide irreversible (alginato), (Telles, 2011).

El alginato es el material empleado por los odontólogos debido a su fácil manipulación, supera los socavados y tiene una reproducción regular. Existen otros materiales que podemos usar, como son: godiva y silicona. La godiva es un material termoplástico de baja fusión; se usa en pacientes edéntulos, puede comprimir y deformar los tejidos; con poco uso en la actualidad. La silicona se utiliza cuando existen grandes alteraciones óseas en el reborde remanente (Telles, 2011).

2.3.3.- MODELO DE DIAGNÓSTICO.

El modelo primario se genera a partir del vaciado de las primeras impresiones y reproduce las estructuras anatómicas de los maxilares desdentados. El modelo debe reproducir de manera exacta, fiel, la anatomía del paciente y servirá para construir la cubeta individual. El material que se usa para los modelos primarios es el yeso clase III (yeso piedra) por su dureza y resistencia mecánica (Bortolotti, 2006).

La impresión primaria y el modelo de estudio permitirán observar mejor algunos detalles como el arco esquelético, el tipo y la cantidad del reborde residual, comparar con el modelo antagonista, la presencia de exostosis, la inserción desfavorable de los frenillos, el tamaño como la forma de las tuberosidades y la zona límite posterior (Basker et al., 2012).

2.3.4.- CONFECCIÓN DE CUBETAS INDIVIDUALES.

La cubeta individual es de uso exclusivo y a medida para cada paciente. Es un paso esencial para la impresión definitiva. Se elabora a partir de un modelo primario. La

cubeta permite la obtención de una impresión más exacta y detallada abarcando la mayor cantidad de soporte, sin interferir con los tejidos móviles del paciente que generalmente no se obtiene con las cubetas de stock (Macchi, 2007).

La forma de la cubeta se diseña en el modelo de estudio: 2mm arriba del fondo del vestíbulo y se coloca cera donde existan socavados. La cubeta individual debe cumplir con las siguientes características: ser rígida, tener mango, espacio para el material de impresión, superficie lisa, extenderse hasta la línea cero anatómica, espesor de 2-3 mm, bordes suaves y romos (Bortolotti, 2006).

El material para la confección de la cubeta es acrílico, éste puede ser resina acrílica de autocurado o fotocurado. Ya realizada la cubeta es necesario probar en boca, comprobar su adaptación, asentamiento, espacio adecuado para la movilidad de los frenillos y la extensión correcta. En el caso donde sea necesario se debe realizar un recorte funcional para que no existan interferencias con los tejidos blandos (Bortolotti, 2006).

2.3.5.- SELLADO PERIFÉRICO.

El sellado periférico es un paso importante para dar retención a la prótesis, es la delimitación del borde; la cubeta individual debe llegar hacia la línea cero anatómica. El material para el sellado periférico se debe añadir hasta que permita llegar de una zona estática (línea cero anatómica) a una zona dinámica (línea cero funcional), en la que los músculos sean invadidos moderadamente por la prótesis, sin que la actividad muscular desplace la prótesis total (Bortolotti, 2006).

Los materiales empleados para el sellado periférico son godiva y vinil polisiloxano. La godiva verde es un excelente material entre las propiedades más destacadas tenemos: es rígido, preciso, posibilidad de rectificar al calor y fácil eliminación de excesos. El vinil polisiloxano es un material que al momento de tomar la impresión definitiva, se adhieren y no se puede rectificar si lo desea, su tiempo de polimerización es prolongado (Rahn et al., 2011).

2.3.6.- IMPRESIONES DEFINITIVAS Y MODELO DEFINITIVO.

La impresión definitiva registra con mucho más detalle las características anatómicas de los maxilares desdentados; con el empleo de las cubetas individuales posteriormente luego de haber realizado el sellado periférico. A partir de ésta impresión, se obtendrán los modelos definitivos. El material para las impresiones definitivas se usa vinil polisiloxano (Telles, 2011) .

La impresión definitiva con vinil polisiloxano, ofrece, entre otras ventajas las siguientes: impresiones muy precisas, pueden superar los socavados y no son tóxicas para el paciente. Los modelos definitivos permiten obtener un modelo exacto del terreno protésico, para una rehabilitación correcta. El material para el uso de los modelos de trabajo es el yeso clase IV (extraduro), (Bortolotti, 2006; Preti, 2008).

2.3.7.- PLACA BASE Y RODETE DE ALTURA.

Las placa base se realiza sobre el modelo definitivo con acrílico autocurable o fotocurable, que le confieren forma y grosor a la base de la prótesis. En ellas se ubican los rodetes de oclusión. La placa base debe cumplir los siguientes requisitos: rigidez, resistencia, grosor 2 a 3 mm, extensión de base protésica adecuada y estabilidad (Bortolotti, 2006).

En el modelo de trabajo, antes de empezar a confeccionar el rodete, se debe marcar la tuberosidad del maxilar, papila incisiva y la línea del reborde alveolar. Los rodetes de altura se fabrican sobre la placa base, determinan: el soporte funcional, el nivel del plano oclusal y la forma del arco. Registran las relaciones tanto intermaxilares horizontales como verticales, establecen el tamaño y la posición de los dientes: línea media, la línea de la sonrisa, la guía canina, además, en él se enfilan los dientes. (Milano & Desiate, 2011).

El material que se usa para la fabricación es cera de base rosada, porque no se deforma a la temperatura de la boca, son susceptibles al desgaste y se puede agregar material sin

dificultad. El tamaño y su diseño es de vital importancia para el remplazo de los dientes en el zona edéntula (Milano et al., 2011).

Las medidas del rodete superior son: en la parte anterior 22 mm entre el plano de oclusión hasta el fondo de la hendidura con inclinación de 15° hacia vestibular desde la papila incisal; en el segmento posterior 12 mm a partir del plano oclusal hasta el nivel de la tuberosidad del maxilar; en el plano oclusal, en la zona de los molares de 8-10 mm y en la parte incisal de 6-8 mm (Rahn et al., 2011). Ver figura 1.

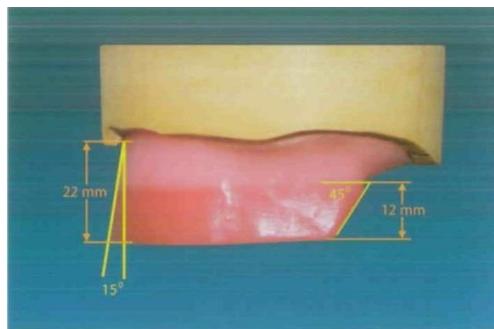


FIGURA 1.- MEDIDAS DEL RODETE SUPERIOR.

Fuente: Rahn, Ivanhoe, & Plummer (2011). Pg 138.

2.3.8.- REGISTROS MAXILOMANDIBULARES.

Es un paso crucial, en el cual se coloca los rodetes en el paciente para tomar los registros, donde se modifica y corrige los rodetes tanto en su forma como en su orientación, de acuerdo a parámetros estéticos, fonéticos, antropológicos y mecánicos. (Milano et al., 2011).

2.3.8.1.- CONFORMACIÓN DEL PLANO DE OCLUSIÓN.

El contorno vestibular y el largo incisal se regulan de acuerdo a características estéticas como fonéticas. Con relación a la parte estética debe presentar un adecuado soporte labial, visibilidad adecuada en la zona posterior donde se puede agregar o quitar cera

con el fin de observar el corredor del espacio vestibular. La longitud incisal será la altura de los incisivos centrales superiores, el labio superior debe quedar relajado donde la visibilidad puede ser de 1 a 2 mm, se realizan pruebas fonéticas “f” y “v” (Rahn et al., 2011).

La conformación del plano oclusal por criterios antropológicos nos ayuda a definir el plano tentativo de oclusión. La platina de fox permite paralelizar el rodete superior con la línea interpupilar y con el plano de Camper (línea ala-trago). Éste tiene la información necesaria y no debe modificarse, las adaptaciones se realizan sobre el rodete inferior (Milano et al., 2011; Bortolotti, 2006).

2.3.8.2.- DIMENSIÓN VERTICAL.

La dimensión vertical (DV) es la altura del tercio inferior de la cara, en correlación con el maxilar y la mandíbula. Esta se mide desde la nariz al mentón, se denomina distancia nasomentoniana e intraoralmente determina la medida intercrestal. Existen diferentes posiciones que puede optar la mandíbula en el plano vertical estas son: dimensión vertical en reposo (DVR), dimensión vertical en oclusión (DVO), dimensión vertical fonética mínima (DVFM), (Milano et al., 2011).

La DVR es la medida nasomentoniana cuando los músculos están en reposo, se puede registrar de pie o sentada, además, es un punto de partida para obtener la DVO. La dimensión vertical en oclusión es la distancia entre un punto fijo y móvil; cuando los dientes o los rodetes entran en oclusión (Milano et al., 2011),

La diferencia entre la DVR-DVO nos da el espacio libre funcional, éste puede variar de 1 a 10 mm, su valor promedio es de 2 a 3 mm. La dimensión vertical fonética mínima (DVFM) es la medida nasomentoniana cuando la mandíbula está en posición de descenso fonético, se da en la pronunciación de “S” y nos da un espacio de 1mm, (Milano et al., 2011; Bortolotti, 2006).

La dimensión vertical determina el aspecto y la estética del paciente, cuando está disminuida el paciente puede presentar rostro envejecido, arrugas en la región de los

labios y desaparición del bermellón. En contraste, cuando la DV es grande presenta alteración en el lenguaje, dificultad de cerrar los labios. Existen diferentes métodos para la determinación de la dimensión vertical: métrico, fisiológico, estético y fonético (Telles, 2011; Milano et al., 2011).

2.3.8.3. RELACIÓN CÉNTRICA.

La relación céntrica (RC) es una posición más posterior de la mandíbula en correlación con el maxilar, junto con la dimensión vertical establecen la ubicación espacial del maxilar inferior y su oclusión. Existen diferentes técnicas para determinar la RC en un paciente: métodos de manipulación, mecánicos y gráficos (Telles, 2011).

Los métodos de manipulación se obtienen a través de movimientos mandibulares, con el uso de una o ambas manos para la retracción de la mandíbula. La literatura indica diferentes formas de llegar a relación céntrica como son: homotropía lingulomandibular, reflejo de oclusión molar, manipulación mandibular rítmica (Milano et al., 2011).

La homotropía lingulomandibular se produce cuando colocamos la punta de la lengua en la posición media sobre la placa superior en la zona de post damming. Otro método, es el reflejo de oclusión molar, donde los pulpejos de los índices van directamente sobre el rodete inferior, colocados en la zona molar. La manipulación mandibular rítmica con el pulgar del operador se retrae débilmente la mandíbula, hasta llegar a oclusión, mientras el paciente se encuentra relajado (Milano et al., 2011).

2.3.9.- OCLUSIÓN.

La oclusión es fundamental para la rehabilitación de los pacientes, y la prótesis total no es la excepción, los dientes artificiales se mueven como grupo o plano sobre una base común; debido a la naturaleza de las estructuras de soporte. La reabsorción alveolar no se detiene con el uso de prótesis sobre las mucosa, incluso una mala oclusión puede acelerar la reabsorción de la apófisis, y comprometer la estabilidad de ésta (Hidalgo & Bernaola, 2009).

La oclusión bilateral equilibrada es el objetivo terapéutico más buscado por los odontólogos, es un contacto regular de los dientes laterales en las dos mitades del maxilar en una oclusión dinámica, entre sus ventajas: permite la estabilización de dientes postizos en la oclusión dinámica, contacto regular entre los dientes, estabilidad de la prótesis en la masticación, evita la introducción de restos de alimentos entre la base de la prótesis, distribución regular de cargas, una máxima salud de los tejidos de soporte y evita una reabsorción acelerada (Koeck, 2007).

Para determinar una oclusión que se va a realizar en el paciente es necesario conocer el tipo de articulador que empleamos y la forma de los dientes (Telles, 2011).

2.3.9.1.- ARTICULADORES.

Existen cuatro clases de articuladores: clase I es un instrumento simple de sostén solo permite movimientos verticales, clase II permite movimientos horizontales y verticales; pero no orienta movimientos en relación a las articulaciones temporomandibulares, clase III reproduce trayectorias condiliares de todos los movimientos; permite la orientación de los modelos respecto de las articulaciones pueden ser instrumentos de tipo arcón por ejemplo Bioart y el tipo no arcón, la clase IV copia tres registros dimensionales y dinámicos orienta los modelos con relación a las articulaciones temporomandibulares y reproduce movimientos mandibulares (Rahn et al., 2011).

2.3.9.2.- FORMA DE LOS DIENTES LATERALES.

La forma de los dientes se puede clasificar en dientes anatómicos, dientes semianatómicos y dientes no anatómicos. Los dientes anatómicos o también llamados poliplanos son similares a los dientes naturales, con ángulos de inclinación de 33°. Sus ventajas son: eficaces sobre la masticación, producen una menor reabsorción de las crestas alveolares, garantizan una intercuspidadación máxima con un contacto claro. Una desventaja es que la forma de las cúspides produce fuerza de tracción más intensa, produciendo movilidad de la prótesis en oclusión dinámica (Telles, 2011).

Los dientes semianatómicos tienen sus cúspides reducidas con ángulos de inclinación de 20°, este tipo de dientes es el más empleado en las prótesis totales, ya que permiten una intercuspidación máxima, reducen las fuerzas ejercidas sobre la prótesis y mantienen una estética satisfactoria (Hidalgo et al., 2009).

Los dientes no anatómicos o monoplanos no tienen cúspides, una de sus ventajas es la ausencia de interferencias durante la masticación, pero los dientes artificiales no son estéticos, existe una disminución considerable en la masticación y presenta una mayor reabsorción por el incremento de las fuerzas masticatorias (Hidalgo et al., 2009).

2.3.10.- SELECCIÓN DE DIENTES.

Nos enfrentamos a un reto al seleccionar los dientes en prótesis total, estos deben ser analizados bajo un conjunto de normas estéticas, mecánicas y psicológicas, si alguno de estos falla, el grado de aceptación de la prótesis disminuye en el paciente (Telles, 2011).

2.3.10.1.- SELECCIÓN DIENTES ANTERIORES Y POSTERIORES.

Se puede encontrar en el mercado dos tipos de dientes: cerámicos o de resina. Los dientes cerámicos son más estéticos, mayor durabilidad, resistencia al desgaste, estabilidad de color pero tiene una gran desventaja producen una pérdida severa de altura en los procesos alveolares y su costo. Los dientes de resinas se usan más en la actualidad producen menos trauma al reborde, fácil desgaste para ajuste oclusal, es sus desventajas encontramos: desgastes de los dientes artificiales y el color puede cambiar (Sánchez, 2011; Koeck, 2007).

En los dientes anteriores, podemos determinar la forma y el tamaño a través de fotografías antiguas, al trazar líneas sobre los rodetes como: la línea media, línea de sonrisa forzada y línea del canino. La línea media determina la ubicación entre los dos incisivos centrales, la línea de la sonrisa en una maniobra de sonrisa forzada permite establecer la altura de los dientes y la línea del canino define la prolongación del ala de

la nariz y nos proporciona la distancia de la cúspide del canino hasta la cúspide del otro canino (Grunert & Crepaz, 2008).

El contorno y la forma de la cara en las personas nos ayuda a determinar el diseño y la morfología de los dientes, esto quiere decir que si el rostro de una persona es cuadrado, de igual forma será el contorno de los dientes con ángulos rectos, en una cara triangular los dientes se van estrechando hasta el cuello del diente dándole una forma similar a la fisionomía de la persona y en un rostro redondo los dientes son de tipo ovalado, es decir se caracterizan por superficies regionales afiladas (Koeck, 2007).

Cuando se selecciona los dientes anteriores automáticamente se establecen una indicación para los dientes posteriores, esta indicación obedece a tablas de equivalencia suministradas por los fabricantes. Los dientes posteriores se diferencian por su morfología oclusal, en el comercio se puede encontrar dientes artificiales con 33°, 20°, 0° de inclinación de las cúspides en relación al plano oclusal (Telles, 2011).

2.3.10.2.- SELECCIÓN DEL COLOR DENTAL

El color de los dientes es importante cuando el individuo posee dientes naturales remanentes. Es necesario que se haga la selección del color de los dientes artificiales mediante la comparación de estos, con las escalas de colores, indicadas por los fabricantes (Telles, 2011).

La selección de los dientes se hace con una guía de colores, consiste en una cantidad de muestras con grados variables de tonalidad, claridad e intensidad cromática, en algunas ocasiones se requiere realizar la caracterización (Rahn et al., 2011).

2.3.11.- PRUEBA DEL ENFILADO.

La prueba cera es la última oportunidad de hacer correcciones permitiéndonos controlar todos los criterios necesarios para el buen funcionamiento de la prótesis. Se debe evaluar: estética, fonética y función masticatoria, con relación a la parte estética se analiza: su perfil labial, la visibilidad de los dientes, línea media, curva de la sonrisa y corredor vestibular, en cuanto a la fonética: es importante pruebas de fonemas “s” o la palabra “Misisipi” y referente a la función su oclusión. Si la prueba del enfilado esta correcta, se continuará con la fase de terminación de la prótesis (Grunert, 2004).

2.3.12.- INSTALACIÓN DE LA PRÓTESIS TOTAL.

En la instalación de la prótesis es un paso metodológico donde es necesario tener en cuenta la adaptación, retención y oclusión. En primer lugar, se debe observar y palpar la base de la prótesis para detectar irregularidades o asperezas que pueden traumatizar la mucosa, se puede utilizar un elastómero de baja viscosidad para intentar anticipar puntos traumáticos de la base de la prótesis sobre la mucosa (Telles, 2011).

Luego de las modificaciones en la base de la prótesis se continúa con el ajuste oclusal: es necesario que exista por lo menos un contacto en cada cúspide céntrica con su antagonista correspondiente, en movimientos de lateralidad debe haber contactos en todos los dientes antagonistas a partir de los caninos (Grunert, 2004).

La orientación al paciente sobre la higienización de la prótesis y de la cavidad bucal es necesaria, es valioso conversar con el paciente dándole por escrito las instrucciones de higiene, recomendaciones para el uso de su prótesis (Telles, 2011).

Las prótesis totales no son tan eficientes como los dientes naturales por eso es necesario recomendar al paciente diabético ingerir pequeñas cantidades de alimentos blandos, en pequeños bocados y masticarlos correctamente, no es recomendable ingerir alimentos duros o pegajosos (Grunert, 2004).

Luego de cada comida debe limpiarse la prótesis y los tejidos de soporte, los pacientes deben sumergir la prótesis durante la noche en una solución de enjuague bucal y agua. Al principio puede tener dificultad de hablar, la ejercitación permite hablar claro (Rahn et al., 2011).

CAPÍTULO III (CASO CLÍNICO).

3.1 HISTORIA CLÍNICA.

Se detallará a continuación la historia clínica: Datos de identificación, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, signos vitales, examen estomatognático, odontograma, exámenes complementarios, diagnóstico y plan de tratamiento.

3.1.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: NN.

Sexo: Femenino.

Fecha de nacimiento: 24/11/1941.

Edad: 73 años.

Estado Civil: Viuda.

Ocupación: jubilada (enfermera).

Lugar de procedencia: Quito.

Residencia: Quito.

3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA.

Paciente de 73 años de edad, de sexo femenino acude el día 7 de noviembre del 2013 a la clínica de especialidades odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador. Al momento de preguntar el motivo de consulta refiere: “Quiero realizarme una prótesis porque no puedo comer los alimentos y me avergüenzo al sonreír”.

3.1.3. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL.

La paciente manifiesta dificultad para masticar los alimentos sólidos que se acompañan de dolor y ardor en la encía; además menciona que se avergüenza al sonreír, desde hace aproximadamente un año cuyos síntomas se han intensificado desde hace un mes.

3.1.4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES.

Antecedentes personales.- Paciente padece de diabetes tipo 2 hace diez años, con tratamiento de Glibenclamida de 5 mg (Euglucon) dos tabletas en la mañana, al momento la diabetes se encuentra controlada, se registra la glucemia todas las mañanas con glucómetro.

Antecedentes familiares.- No refiere.

Antecedentes odontológicos.- Describe haberse colocado una prótesis de cromo cobalto hace 5 años, la cual desde hace un año dejó de utilizar por desadaptación de la misma.

3.1.5.- SIGNOS VITALES.

Se evaluó la presión arterial y el pulso con un tensiómetro marca OMRON con el paciente sentado con 5 minutos de reposo en el brazo derecho, se contabilizó el número de respiraciones por minuto y se midió la temperatura con un termómetro de mercurio, obteniéndose los siguientes resultados. Ver tabla 1.

Presión arterial	Pulso	Frecuencia respiratoria	Temperatura
135/85	65	27	36 °C

Tabla 1. SIGNOS VITALES.

Fuente: Historia Clínica.

3.1.6.- EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL.

Paciente normocefálico de rostro ovoide, musculatura normal, simetría facial, los ganglios no son palpables, no existe ninguna alteración en la ATM, maxilar superior e inferior sin patología aparente y en el labio superior existe una leve depresión. Ver Figura. 2.

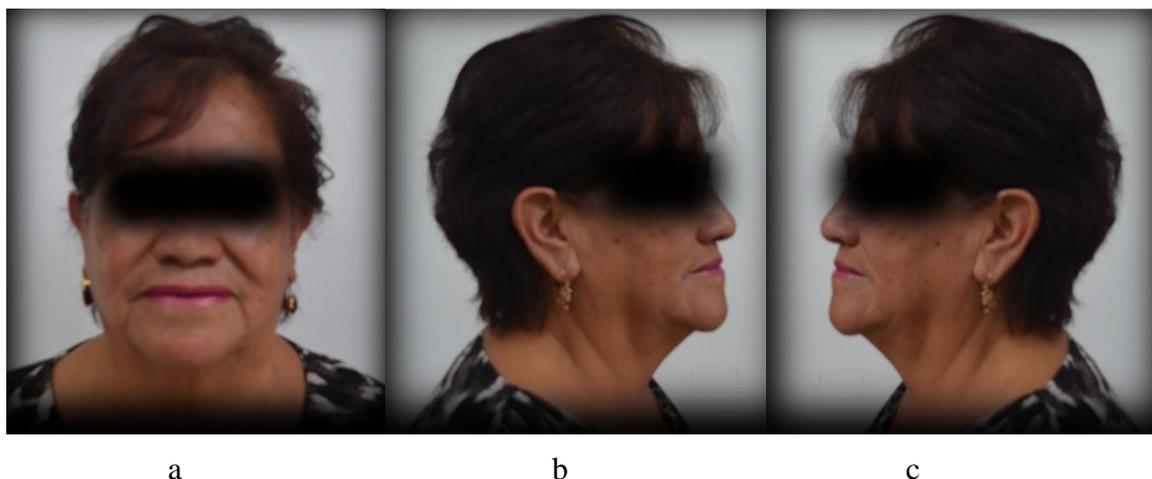


FIGURA 2. ANÁLISIS DE LAS FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES: (a) Fotografía frontal, (b) perfil derecho, (c) perfil izquierdo.

3.1.7 EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL.

En el maxilar superior la paciente presenta: reborde alveolar sin mayor reabsorción ósea, de forma ovoide, tipo de mucosa resilente. La inserción de los frenillos, la secreción salival y el paladar es normal. En el maxilar inferior, no se observa patologías aparentes. Ver figura 3.



FIGURA 3. EXAMEN INTRAORAL. (a)Vista frontal, (b) maxilar superior, (c) maxilar inferior, (d) perfil derecho.

3.1.8.- ODONTOGRAMA.

En el odontograma encontramos la ausencia de todos los dientes a excepto del 1.4, 1.5 y 1.6 en el maxilar superior. Cabe recalcar la presencia de movilidad grado 3 en los dientes 1.5, 1.6 y un resto radicular que corresponde al 1.4 con presencia de placa bacteriana. En el maxilar inferior observamos presencia de placa, recesiones en lingual de los dientes 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, y abrasión nivel incisal de los dientes 3.2, 3.3. Ver figura 4.

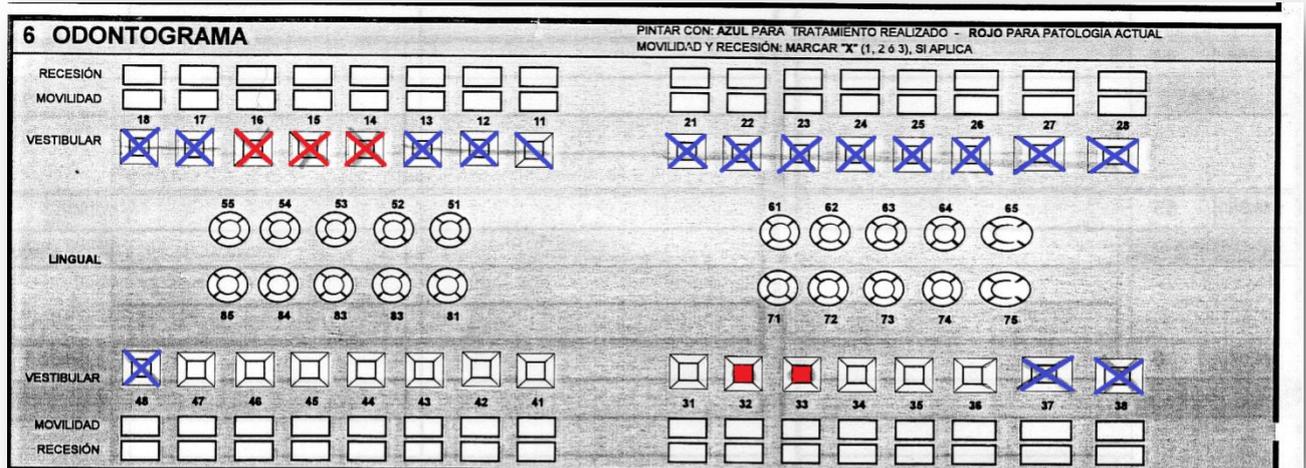


FIGURA 4. ODONTOGRAMA.

Fuente: Historia Clínica.

3.1.9 INDICADORES DE SALUD BUCAL.

Se valoró los niveles de higiene oral simplificada en los dientes presentes, de igual manera se determinó el número de dientes con caries, dientes perdidos y dientes obturados. Ver tabla 2 y 3.

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA			
Piezas dentales	Placa	Cálculo	Gingivitis
1.6	-	-	-
1.1	-	-	-
2.6	2	1	1
3.6	2	1	1
3.1	2	2	1
4.6	1	1	1
TOTAL	1.75	1.25	1

Tabla 2. HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA.

Fuente: Historia Clínica.

ÍNDICE CPO-ceo				
D	C	P	O	TOTAL
	2	15	-	17
d	c	e	o	TOTAL

Tabla 3. ÍNDICE CPO-ceo.

Fuente: Historia Clínica.

3.1.10 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

La radiografía panorámica permitió observar: pérdida de altura ósea en el maxilar superior, en cuanto a los exámenes de laboratorio: la biometría hemática, tiempos de coagulación, química sanguínea se encontraron entre los rangos de normalidad, destacando el nivel de glucosa el cual fue de 89.3 mg/dl. Ver Figura 5, anexos 7 y 8.

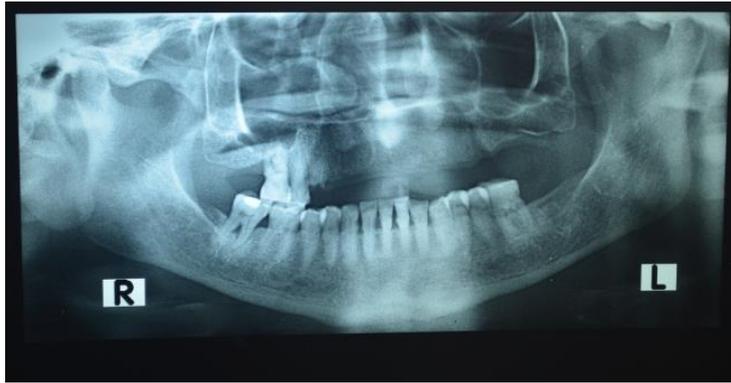


FIGURA 5. RADIOGRAFÍA PANORÁMICA.

3.2 DIAGNÓSTICO.

3.2.1 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.

Edentulismo parcial superior, resto radicular 1.4. En el maxilar inferior presencia de todos los dientes excepto 3.7, abrasión a nivel incisal del 3.2 y 3.3.

3.2.2 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.

- 1) Edentulismo parcial superior, con la presencia de dientes 1.5, 1.6 en boca con grado de movilidad grado 3 y un resto radicular 1.4. En el maxilar inferior presencia de todos los dientes excepto 3.7 y abrasión a nivel incisal 3.2, 3.3.

- 2) Diabetes Mellitus tipo 2 controlada.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS.

La paciente fue informada sobre la realización del caso clínico en ella. Las fotos fueron tomadas con consentimiento de la persona donde se guardó la integridad de la misma. Se añade el consentimiento informado, el diagnóstico con su tratamiento (Anexo 1, 2). Además se encuentran los protocolos de cirugía, prótesis inmediata y prótesis total. (Anexo 3, 4, 5, 6)

3.4 PLAN DE TRATAMIENTO.

Alternativas de tratamiento:

- I. Implantes y sobredentadura.
- II. Prótesis inmediata postextracción de los dientes 1.4, 1.5 y 1.6. Luego del remodelado ósea confección de una prótesis total superior.

Etapas en la Planificación del Tratamiento.	
Resolución de urgencias.	El paciente no presenta sintomatología de dolor e infección.
Control de la Infección y reinfección bucal.	Motivación y fisioterapia oral. Terapia básica periodontal: raspado y alisado radicular.
Control del medio condicionante.	Mantiene una buena alimentación.
Refuerzo o modificación de Huésped	En el presente caso no fue necesario.
Control de las infecciones no resueltas como urgencias	Exodoncias de los dientes 1.4, 1.5 y 1.6.
Rehabilitación	Prótesis inmediata superior. Rebase de la prótesis inmediata cada 15 días, después haber realizado las extracciones dentales por 6 meses. Prótesis total superior.
Monitoreo	Inmediato una vez terminado la rehabilitación en el paciente. Mediato evaluación de la prótesis en boca.

TABLA 4. ETAPAS EN LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO.

3.5 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS A SER EJECUTADOS.

En el paciente diabético tipo 2 controlado, para la rehabilitación su cavidad oral, colocamos una prótesis total inmediata postextracción de los dientes 1.4, 1.5 y 1.6. Luego de seis meses de remodelación ósea continuamos con la colocación de la prótesis total convencional.

3.5.1.- PRÓTESIS INMEDIATA.

3.5.1.1.- TOMA DE IMPRESIONES.

Se realizó la impresión utilizando cubetas de stock de aluminio en el modelo superior y cubeta metálica en el modelo inferior. El primer paso fue probar las cubetas; en la cubeta de aluminio se colocó cera rosada en los bordes. Con el paciente sentado, primero se procedió a tomar la impresión inferior para que el paciente se acostumbre al material y luego se tomó la superior. El material empleado fue hidocoloide irreversible (alginato), la mezcla fue realizada en una taza de caucho y una espátula. Ver figura 6.

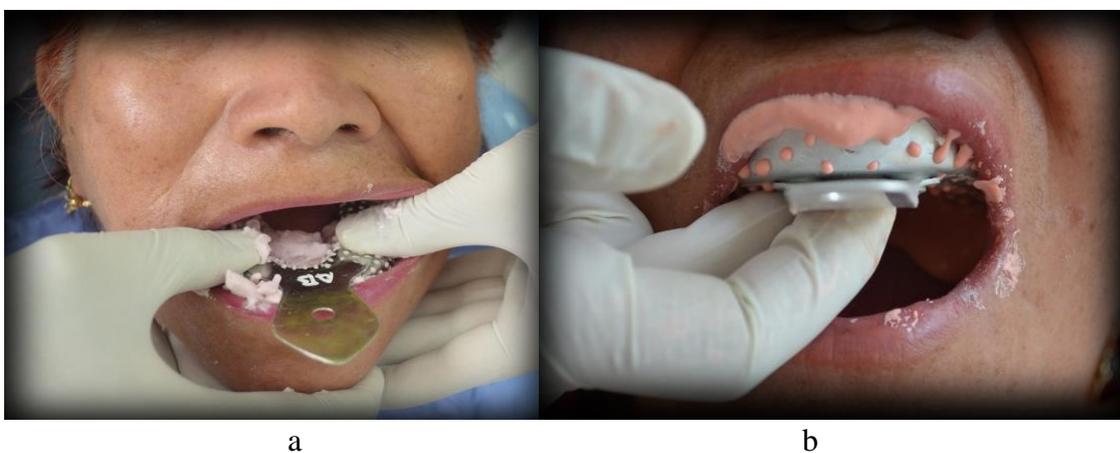


FIGURA 6. TOMA DE IMPRESIONES: (a) Toma de impresión de la arcada inferior, (b) toma de la impresión de la arcada superior.

3.5.1.2.- MODELO DE TRABAJO.

Se realizó el vaciado en yeso extraduro (yeso III) en el modelo superior; y en el modelo inferior se usó yeso piedra. En los modelos obtenidos del paciente, inspeccionamos la presencia de socavados en el modelo superior. Ver figura 7.



FIGURA 7. MODELOS DE TRABAJO: (a) Modelo superior, (b) Modelo inferior.

3.5.1.3.- BASE Y RODETE.

En el modelo superior se delimitó el fondo del surco, y los socavados fueron rellenos con cera rosada. Posteriormente se colocó una solución separadora en el modelo y se dejó secar para luego confeccionar la base de registro con resina acrílica de autocurado. Se procedió al pulido y acabado de la base acrílica, finalmente sobre la base acrílica se formó el rodete con las medidas respectivas. Ver figura 8.

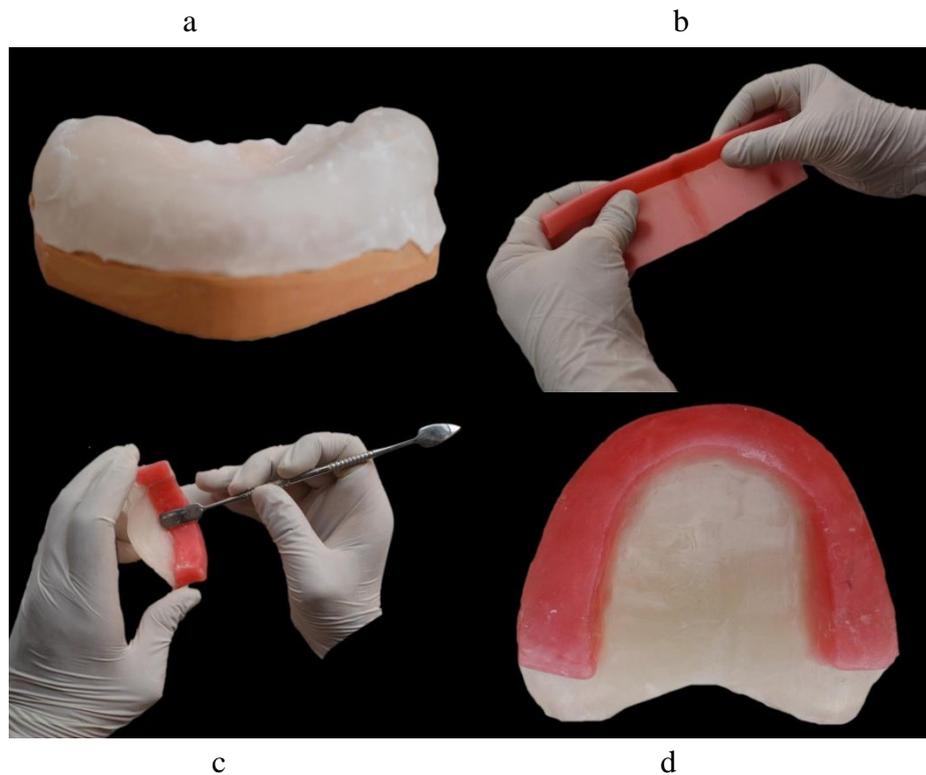


FIGURA 8. REALIZACIÓN DEL LA BASE Y EL RODETE: (a) Recorte de los excesos del acrílico, (b) formación del rodillo, (c) construcción del rodete, (d) rodete terminado.

3.5.1.4.- CONTORNO DE LOS RODETES DE OCLUSIÓN.

Se probó en boca el rodete y se evaluó el perfil, el contorno vestibular con aspectos fonéticos y estéticos; con la platina de fox se colocó el rodete paralelo tanto al plano de Camper como al bipupilar. Los materiales empleados fueron: rodete, platina de fox, mechero de bunsen y espátula. Ver figura 9.

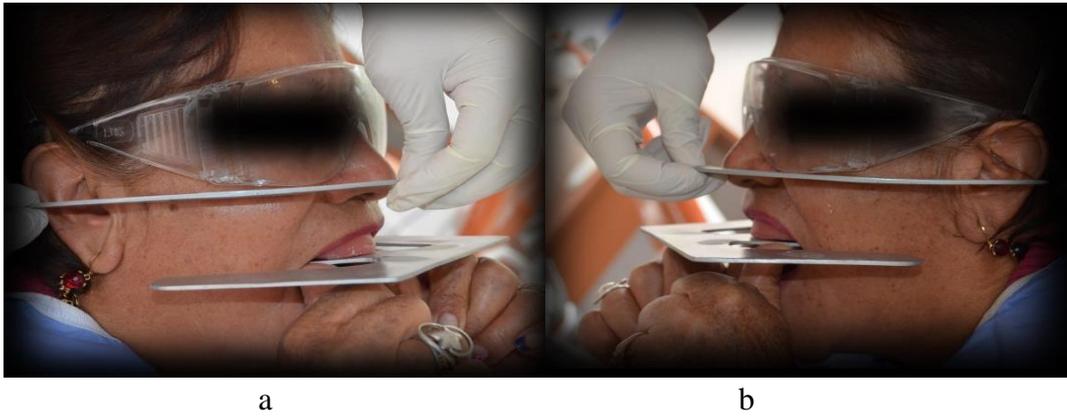


FIGURA 9. RELACIONES HORIZONTALES: (a) Plano de Camper paralelo a la platina de fox derecho, (b) Plano de Camper paralelo a la platina de fox izquierdo.

3.5.1.5.- DIMENSIÓN VERTICAL.

Se estableció la dimensión vertical en oclusión y la relación céntrica. Ver figura 10.

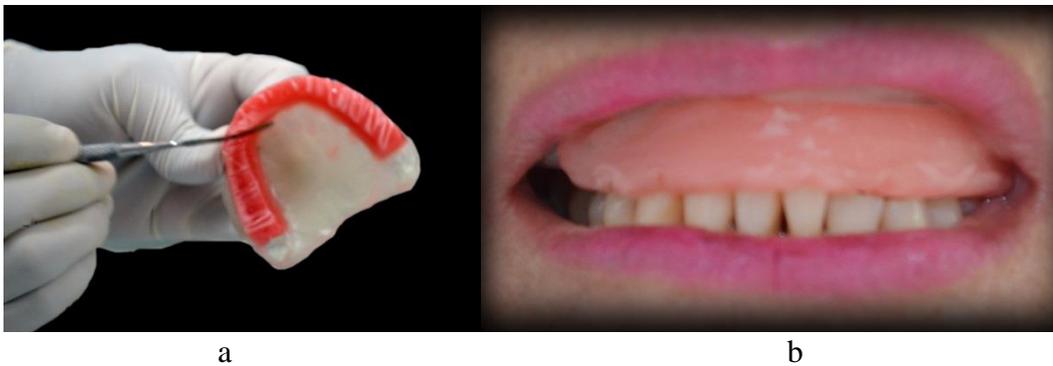


FIGURA 10. DIMENSIÓN VERTICAL: (a) Reblandecimiento del rodete, (b) dimensión vertical en oclusión.

3.5.2.- CIRUGÍA.

3.5.2.1.- EXODONCIA.

Antes de ser ejecutadas las exodoncias de los dientes 1.4, 1.5 y 1.6 se indicó al paciente tomar Amoxicilina de 1g dos horas antes del tratamiento quirúrgico y previos exámenes

de biometría hemática, TP, TTP y glucosa en ayunas. Ver figura 11 y anexo 7, 8.

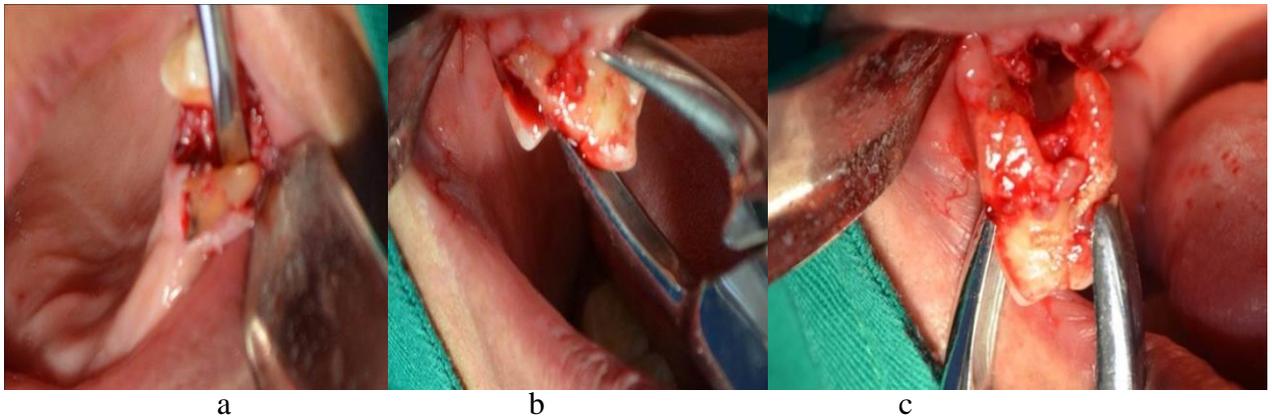


FIGURA 11. EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES 1.4, 1.5 y 1.6: (a) Extracción del diente 1.4, (b) extracción del diente 1.5 (c), extracción del diente 1.6.

3.5.2.2.- SUTURA Y COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS TOTAL.

Se empleó sutura seda y se colocó prótesis inmediata postextracción. Ver figura 12.

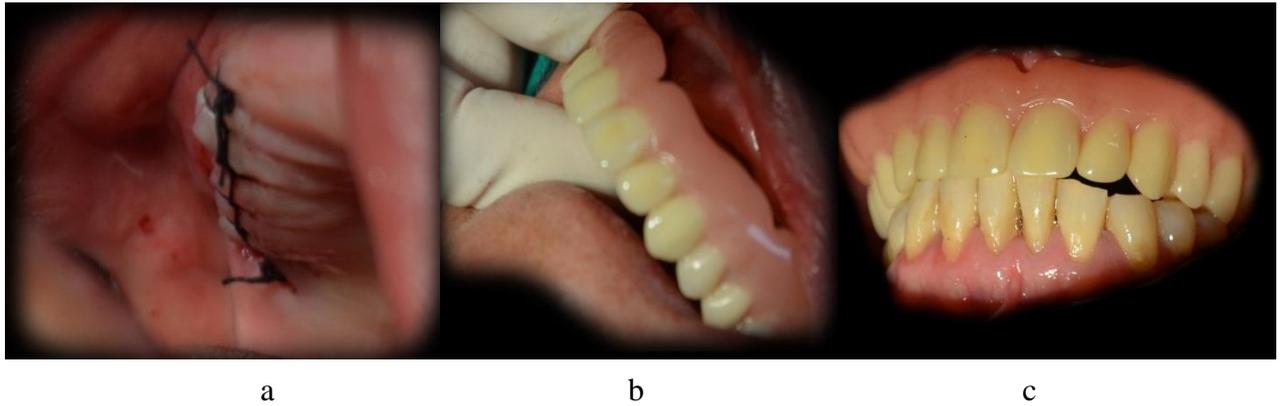


FIGURA 12. SUTURA Y COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS TOTAL INMEDIATA: (a) Sutura simple continua, (b) colocación de la prótesis inmediata, (c) prótesis inmediata en boca.

3.5.2.3.- CONTROL OCLUSAL.

Luego de 24 horas de postextracción se realizó un ajuste oclusal con papel articular y restauraciones en los dientes 3.2 y 3.3. Ver figura 13.



FIGURA 13. AJUSTE OCLUSAL.

3.5.2.4.- RETIRO DE PUNTOS.

Se retiró los puntos y se observó el área que fue operada normal, no hubo ninguna complicación. Ver figura 14.

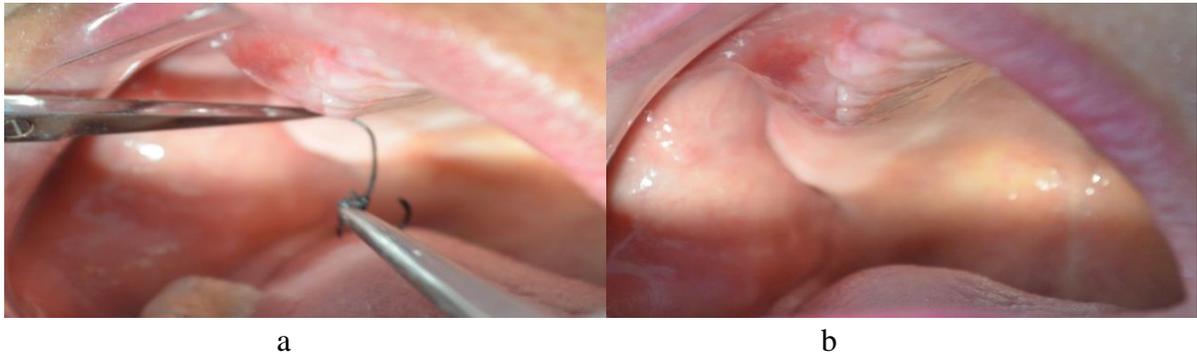


FIGURA 14. RETIRO DE PUNTOS: (a) Retiro de puntos, (b) evaluación del reborde alveolar.

3.5.3.- REBASE.

Luego de la colocación de la prótesis inmediata se realizó rebase con Virtual Ufi Gel cada 15 días por los seis meses, hasta la remodelación ósea. Ver figura 15.



FIGURA 15. REBASE Y EVALUACIÓN DEL REBORDE: (a) Rebase de la prótesis inmediata, (b) evaluación del reborde alveolar a los 3 meses.

3.5.4.- PRÓTESIS TOTAL.

3.5.4.1.- IMPRESIÓN PRIMARIA Y MODELO DE ESTUDIO PARA PRÓTESIS TOTAL SUPERIOR.

Se probó la cubeta para desdentados y se realizó la impresión primaria. El material empleado fue hidrocólido irreversible (alginato), cubeta para desdentados, taza de goma y espátula. Se vació el modelo superior en yeso piedra y se delimitó el terreno protésico. Los materiales empleados fueron yeso piedra, taza de goma, espátula y lápiz. Ver figura 16.

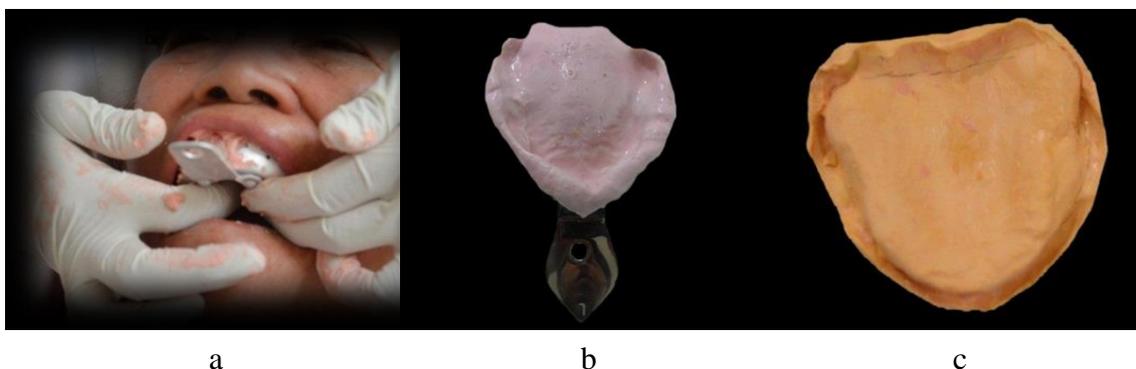


FIGURA 16. TOMA DE IMPRESIONES Y MODELOS DE ESTUDIO: (a) Resultado de la impresión primaria, (b) modelo de estudio con yeso piedra, (c) modelo de estudio.

3.5.4.2.- CUBETA INDIVIDUAL Y RECORTE FUNCIONAL PARA PRÓTESIS TOTAL SUPERIOR.

Se rellenó con cera rosada los socavados. Posteriormente se colocó en el modelo una solución separadora y se dejó secar para luego confeccionar la cubeta con resina acrílica de autocurado. Se procedió al pulido y acabado de la cubeta. Se probó en el paciente la cubeta individual y se realizó el recorte funcional en boca. Los materiales empleados fueron: acrílico transparente, aislante, líquido de acrílico, fresa maxicut, lápiz y vaso dappen. Ver figura 17.

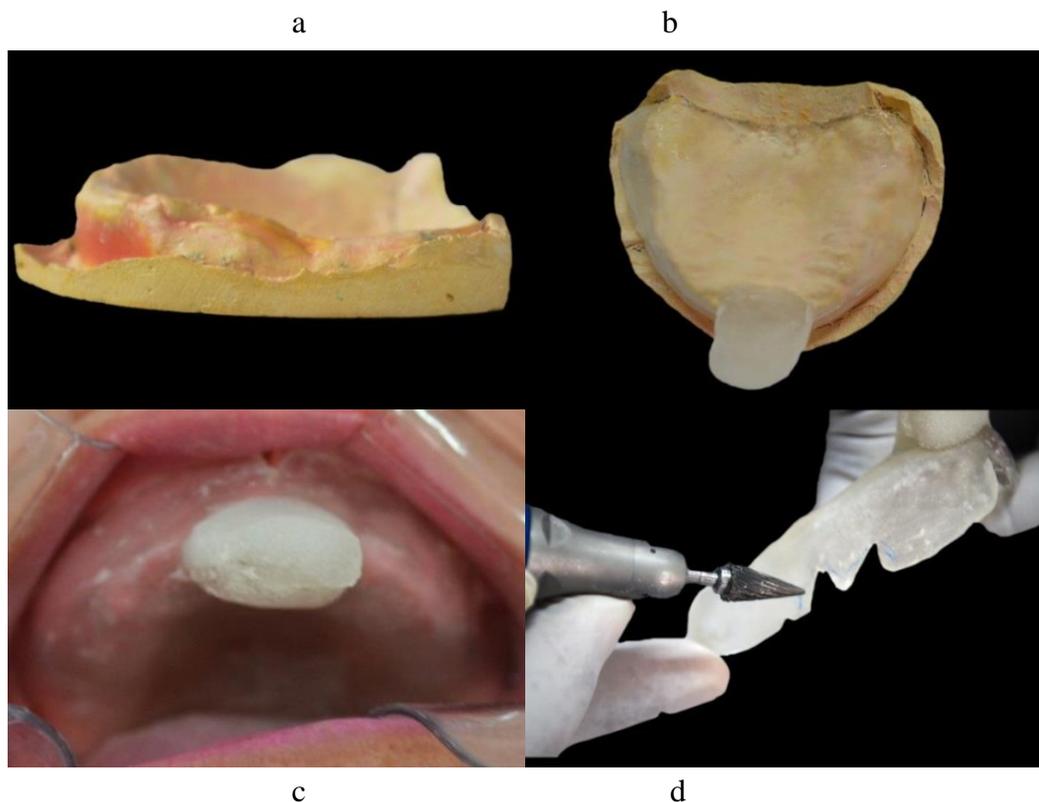


FIGURA 17. ELABORACIÓN DE LA CUBETA Y RECORTE FUNCIONAL: (a) Delimitación del terreno protésico y colocación de cera rosada en los socavados en el modelo superior, (b) cubeta individual, (c) prueba de la cubeta individual en boca, (d) recorte funcional de la cubeta individual.

3.5.4.3.- SELLADO PERIFÉRICO.

Luego del recorte funcional y de haber obtenido el desplazamiento de los músculos sin interferencia con los bordes de la cubeta, se continuó con el sellado periférico. Con la lámpara de alcohol calentamos la godiva de baja fusión para registrar la actividad de los tejidos blandos periprotéticos, para ello se empleó la técnica de Saizar que divide al sellado periférico superior en 5 planos con el objetivo final de obtener el efecto succión. El material empleado fue godiva de baja fusión, lámpara de alcohol, fosforera y taza de caucho. Ver figura 18.

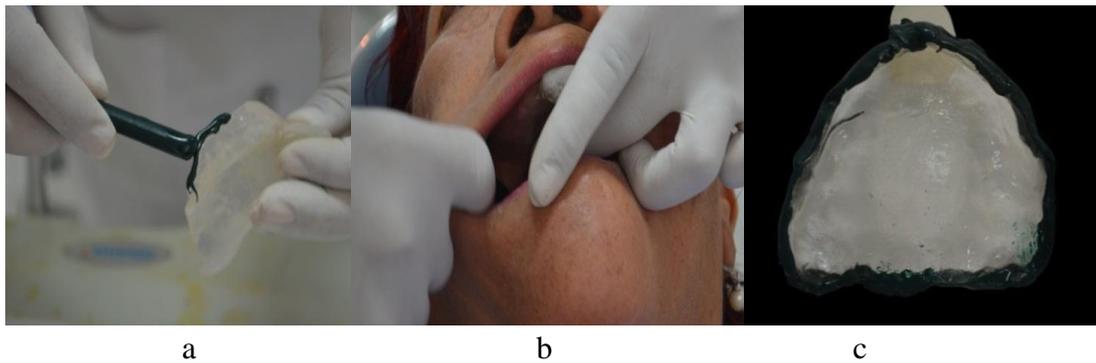


FIGURA 18 .SELLADO PERIFÉRICO. (a) Colocación de la godiva sobre la cubeta, (b) cubeta individual con godiva en boca, (c) sellado periférico finalizado.

3.5.4.4.- IMPRESIÓN SECUNDARIA Y MODELO DEFINITIVO.

Se tomó la impresión secundaria con pasta condensación mediana (marca Coltex) lo que permitió lograr una copia detallada y fiel de la superficie de la mucosa. En el momento de la impresión se sostuvo firmemente la cubeta individual en la parte central, realizando movimientos de las mejillas como también los gestos del paciente para no cambiar los volúmenes del contorno. Se obtuvo de la impresión secundaria el modelo definitivo o de trabajo que fue vaciado en yeso extraduro, con el objetivo de obtener un modelo exacto que represente el terreno protésico para una rehabilitación correcta. Los materiales empleados fueron pasta de condensación mediana, yeso extraduro, loseta de vidrio y espátula. Ver figura 19.

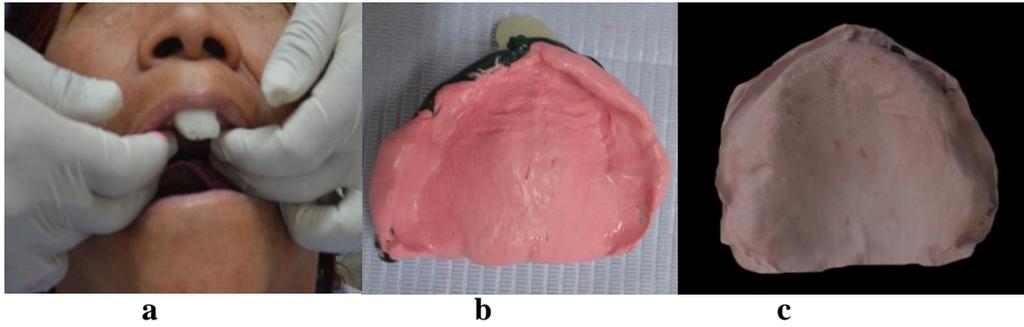


FIGURA 19. IMPRESIÓN DEFINITIVA Y MODELO DE TRABAJO: (a) Toma de la impresión definitiva, (b) resultado de la impresión definitiva, (c) modelo definitivo con yeso extraduro.

3.5.4.5.- BASE Y RODETE DE OCLUSIÓN.

Se confeccionó la base con acrílico autocurado para fabricar el rodete superior con las medidas respectivas en el modelo definitivo. Los materiales empleados fueron: acrílico transparente autocurado, líquido de acrílico, aislante de acrílico, cera rosada y espátulas. Ver figura 20.

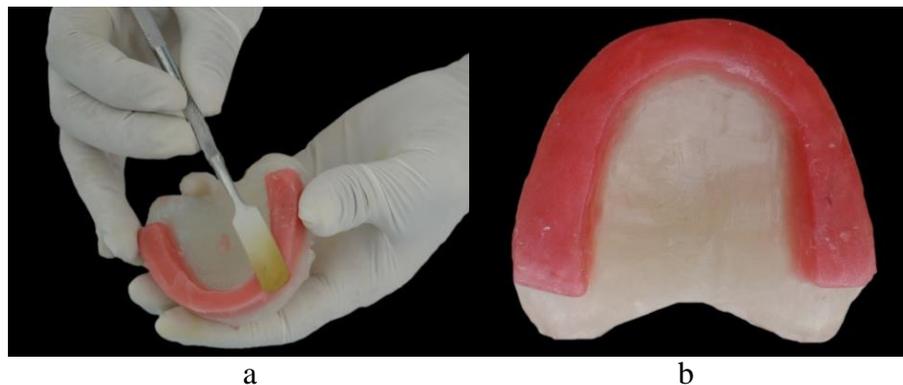


FIGURA 20 . CONFECCIÓN DEL RODETE SUPERIOR: (a) Confección del rodete superior (b) rodete de oclusión y base acrílica.

3.4.5.6.- CONFORMACIÓN DEL PLANO DE OCLUSIÓN.

Probamos el rodete en boca y continuamos tomando los registros, en los cuales modificamos y corregimos el rodete tanto en su forma como en su orientación, añadiendo o quitando cera. Se evaluó el perfil, el contorno vestibular donde cambiamos su altura con referencia al labio superior; con la platina de fox se colocó el rodete paralelo al plano de Camper y al bipupilar. Los materiales empleados fueron: rodete, platina de fox, mechero de bunsen, fosforera y espátula. Ver figura 21.

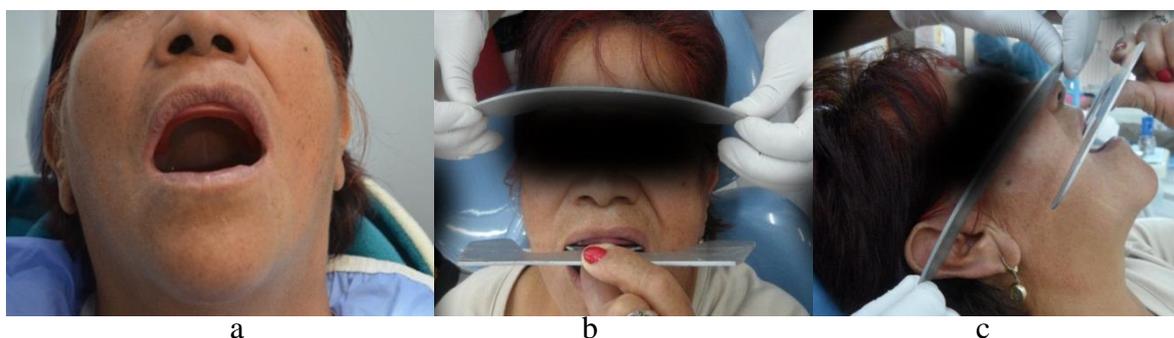


FIGURA 21. RELACIONES HORIZONTALES: (a) Contorno vestibular, (b) platina de fox paralelo de bipupilar, (c) platina de fox paralelo al plano de Camper derecho.

3.5.4.8.- SELECCIÓN DE LOS DIENTES.

Se trazaron: la línea media, línea de los caninos y línea de sonrisa forzada sobre el rodete en boca. Se seleccionó el color de los dientes artificiales, se usó dientes de resina marca Ivoclar. Los materiales empleados fueron, espátula de lecrón, mechero de bunsen, y colorímetro marca Ivoclar. Ver figura 22.



FIGURA 22. SELECCIÓN DE LOS DIENTES: (a) Rodete en boca, trazado la línea media, (b) rodete con las línea media, línea canina, línea de la sonrisa forzada, (c) prueba de color con el colorímetro Ivoclar, (d) determinación del color 2B-210.

3.5.4.8.- DIMENSIÓN VERTICAL.

Se marcó los dos puntos de referencia, un punto fijo (subnasal) en el maxilar superior y un punto móvil donde se midió desde el bermellón del labio inferior 3 cm hacia el mentón. Luego con una regla calibradora se determinó la dimensión vertical en reposo y se pidió que juntara sus labios por tres repeticiones. Se obtuvo la DVR la cual fue 5.5 cm, la DVO fue 5.2 cm y el espacio funcional libre 3 mm. Ver figura 23.

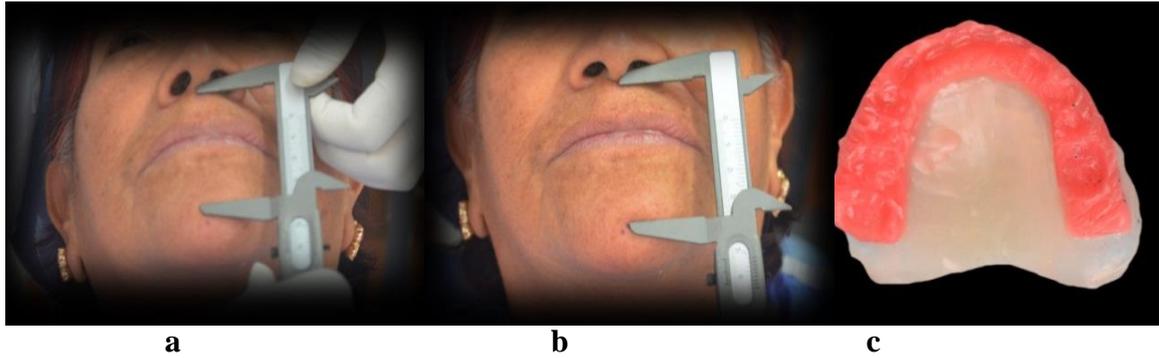


FIGURA 23. DIMENSIÓN VERTICAL: (a) Dimensión vertical en reposo 5.5 cm, (b) dimensión vertical en oclusión 5.3 cm, (c) rodete luego de haber determinado la dimensión vertical.

3.5.4.9.- MONTAJE EN EL ARTICULADOR.

Se fijó el rodete superior en la horquilla del arco facial para luego colocar este último en el paciente, orientamos según los ejes intercondilares y nasión. Se transfirió los registros del arco facial al articulador semiajustable para el montaje del modelo superior con yeso piedra. Una vez posicionado el modelo superior se colocó el rodete sobre el éste y se fijó el modelo inferior luego de obtener relación céntrica y la DVO. Ver figura 24.



FIGURA 24 . MONTAJE EN EL ARTICULADOR SEMIAJUSTABLE: (a) Registro del arco facial vista lateral. (b) arco facial en el articulador con los registros del paciente, (c) montaje del modelo superior e inferior.

3.5.4.10.- PRUEBA DE ENCERADO.

En la prueba del enfilado se probó la prótesis total superior en el articulador y en la boca. Es la última prueba para realizar rectificaciones se evaluó el perfil, la sonrisa y la oclusión. Ver figura 25.

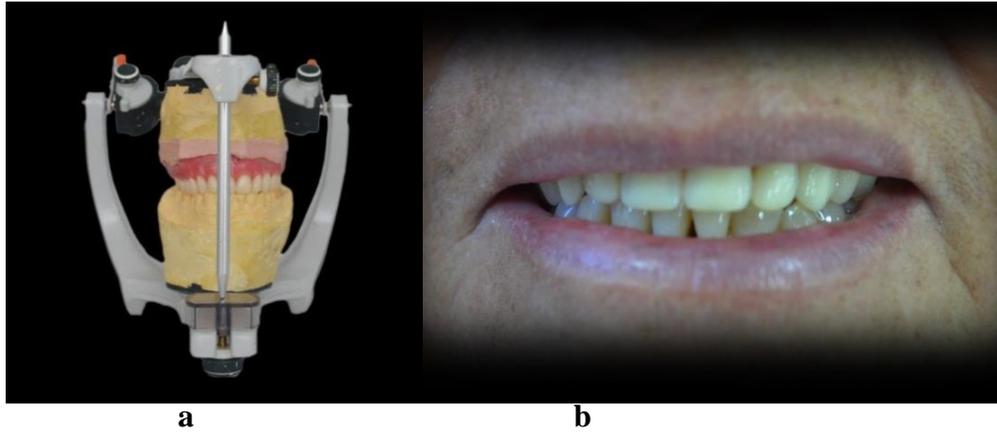


FIGURA 25. PRUEBA DEL ENFILADO: (a) Encerado diagnóstico en el articulador semiajustable, (b) vista frontal del encerado.

3.5.4.11.- PRÓTESIS TOTAL TERMINADA

Se evaluó la oclusión, la fonética, y se disminuyó las zonas dolorosas de extensión o de presión del acrílico termoplastificado. Ver figura 26.



FIGURA 26. PRUEBA DE LA PRÓTESIS TOTAL TERMINADA: (a) Vista de la prótesis total frontal, (b) prótesis total en boca (c) foto derecha de la prótesis total (d) foto izquierda de la prótesis total.



a

b

c

FIGURA 27. RESULTADO FINAL: (a) Antes del tratamiento, (b) prótesis inmediata en boca, (c) prótesis total definitiva.

CAPÍTULO IV

4.1.- DISCUSIÓN.

La diabetes ha aumentado significativamente en la población, es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en la sociedad contemporánea. Cada vez será más frecuente la atención odontológica a estos pacientes y la falta de conocimiento de las enfermedades bucales resulta preocupante. Tener diabetes no significa presentar las diferentes manifestaciones orales mencionadas por la literatura, si no es un estado predisponente, si no se controla la enfermedad y su higiene bucal (Macpherson, 2014; OMS, 2013).

La atención odontológica y su rehabilitación oral resultan importantes para elevar la calidad de vida en pacientes diabéticos. Antes de su atención siempre se debe clasificar a un paciente con diabetes, si controla o no controla sus niveles de glucosa. Este dato es un punto clave para partir con la atención odontológica, y si no existe un adecuado control de glucosa, la cavidad bucal se deteriora dando como resultado final la pérdida dental.

Por ende, el estado nutricional del diabético se ve afectado cada vez más como consecuencia del no poder triturar los alimentos, lo que coincide con Romero (2013), que recomienda optimizar la atención, contemplando la prevención y el tratamiento odontológico de las manifestaciones estomatológicas debidas a esta enfermedad.

En el presente caso clínico se observa con éxito los resultados al confeccionar primero una prótesis inmediata postextracción, posteriormente la confección de una prótesis total definitiva. Ambas proporcionan varios beneficios funcionales: la capacidad de poder masticar, buena digestión, correcta fonética además de beneficios estéticos, mejorando su aspecto físico y emocional.

La prótesis inmediata es una buena alternativa cuando el paciente requiere extracción de varios dientes por enfermedad periodontal o caries. Se elabora en menor número de citas y relativamente en pocos pasos a comparación de una convencional. La literatura reporta dos tipos de prótesis inmediatas: una llamada clásica que sirve como dispositivo permanente, es allí donde se realiza el rebase y la otra cuando se confecciona una nueva después de la remodelación ósea (Caputi, Murmura, Ricci, Varvara , & Sinjari, 2013).

En este caso clínico se confeccionó una prótesis inmediata provisional mientras transcurría el lapso de cicatrización, a continuación se confeccionó una prótesis total definitiva. Varios autores como Arthur Rahn (2011) y Lindhe (2009) afirman que el tiempo mínimo para la fase de cicatrización es de 3 a 6 meses para confeccionar la prótesis definitiva.

Para un buen pronóstico de la prótesis definitiva es necesario evaluar la cantidad y calidad de saliva, porque permite un sellado hermético entre la superficie interna de la prótesis con la mucosa, además se hace necesario eliminar puntos de opresión sobre la mucosa, evitando así laceraciones. Lo que coincide con Suárez (2002) en la cual expresa que la valoración de la hidratación de la mucosas es importante para evitar molestias, dolor y úlceras; permitiendo una mayor función de prótesis en la boca al igual que una correcta adaptación y estabilidad.

En conclusión, para la adecuada realización y confección de una prótesis total se debe seguir adecuadamente los pasos metodológicos, controlando la higiene y sobretodo la diabetes mellitus, para llegar alcanzar los objetivos trazados y obtener un tratamiento exitoso, de larga duración y que afecte minimamente a los tejidos lo cual coincide Vernillo (2003), que afirma que el control de glucosa reduce complicaciones como xerostomia e infecciones fúngicas que llegan a afectar la longevidad de la prótesis.

4.2.- CONCLUSIONES.

- ✓ Con la restitución de los dientes faltantes, se restableció en la paciente la función masticatoria, habilitándole la correcta trituración de los alimentos como la predisposición a mantener una dieta adecuada. Además, se le devolvió la estética mejorando su autoestima al brindarle mayor seguridad para hablar y relacionarse con el resto de personas.
- ✓ La confección de la prótesis inmediata evitó al paciente permanecer sin dientes durante el tiempo del remodelado óseo, y a su vez realizando rebases con Virtual Ufi Gel cada 15 días por 6 meses postextracción se impidió la desadaptación de la misma. Luego de la cicatrización ósea se obtuvo un terreno protésico más estable para la elaboración de la prótesis total definitiva.
- ✓ Se concientizó sobre las complicaciones orales que un paciente diabético padece como resultado de una cavidad oral en un estado deplorable e indicándole también sobre los diferentes problemas bucales como son: enfermedad periodontal, caries, xerostomía, candidiasis y retraso en la cicatrización.
- ✓ Se debe llevar una dieta adecuada, realizar 30 minutos de ejercicio diario y control de la glucosa periódicamente con el fin de prevenir complicaciones de su enfermedad.
- ✓ La paciente diabética para mantener una buena higiene bucal debe usar: cepillo de cerdas suaves con técnica de Bass modificado, uso de pasta dental (Colgate total 12), enjuague bucal (aceites esenciales), hilo dental de seda y también aseo de la prótesis; luego de cada comida o por lo menos tres veces al día.

4.3.- RECOMENDACIONES.

- ✚ Se deben realizar campañas de prevención y promoción en los pacientes diabéticos, acerca de las manifestaciones bucales, que se relacionan con el mal control de su enfermedad.
- ✚ Odontólogos y médicos deben realizar un trabajo en equipo, para tratar de una manera integral y correcta a los pacientes con esta enfermedad.
- ✚ Es necesario implementar un glucómetro, en la consulta odontológica tanto privada como pública, con el objetivo de realizar una prueba rápida sobre los niveles de glucosa en pacientes sospechosos o en el caso de un tratamiento odontológico de emergencia.
- ✚ El paciente diabético debe ingerir pequeñas cantidades de alimentos blandos, en pequeños bocados, masticarlos correctamente y luego de cada comida debe limpiar tanto la prótesis como los tejidos de soporte.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Basker, R., Davenpo, J., & Thomason, J. (2012). *Tratamiento protésico en pacientes edentulos* (Quinta ed.). Venezuela: Amolca.
2. Bortolotti, L. (2006). *Prótesis removibles clásica e innovaciones*. Venezuela: Amolca.
3. Caputi, S., Murmura, G., Ricci, L., Varvara, G., & Sinjari, B. (2013). Immediate denture fabrication: a clinical report. Italia: *Annali di Stomatologia*, 4(3-4), 273-277.
4. Carda, C., Mosquera, N., Gomez de Ferraris, M. E., & Peydró, A. (2006). Alteraciones salivares en pacientes con diabetes tipo 2. *Medicina Oral S. L.*, 11, 309-314.
5. Cárdenas, V., Pedraza, C., & Lerma, R. (2005). Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. México: *Red Ciencia UANL*, 8(3), 1-9.
6. Cardozo, E., & Pardi, G. (2003). Consideraciones a tomar en cuenta en el manejo odontológico del paciente con diabetes mellitus. Venezuela: *Acta Odontológica Venezolana*, 48 (4), 1-7.
7. Carrasco, R., Castro, C., Flores, G., Jiménez, E., & Fernández, M. (2006). Estudio comparativo de severidad de enfermedad periodontal en pacientes diabéticos controlados versus no controlados del centro de Salud Urbano Popular, 2006. *Revista Oral*, 9(27), 416-418.
8. Castellanos, J. (2002). *Medicina en odontología: Manejo Dental de pacientes con enfermedades sistémicas*. México: El Manual Moderno.
9. Castro, M., Aguilar, C., Liceaga, M., & Hernández, S. (2010). *Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus*. México: Afil, S. A. de C. V.
10. Criado, Z., Sarracent, H., Almagro, Z., García, I., Aragón, T., & Ortiz, F. (2012). Prótesis inmediata post alveolectomía correctora y tuberoplastía bilateral a propósito de un caso clínico. *Habanera de Ciencias Médicas*, 11(4), 556-562.
11. Corbatón, A., Cuervo, R., & Serrano, M. (2004). Diabetes mellitus: concepto, clasificación y mecanismos etiopatogénicos. *Dialnet*, 9(16), 963-970.
12. Dapprich, J. (2002). Prótesis total. *Quintessence*, 15(9), 548-560.
13. Díaz, F., & Quintana, M. (2013). Prótesis total inmediata como alternativa de tratamiento. *Estomatología Herediana*, 23(1), 29-33.
14. Freire, W., Ramírez, M., Belmont, P., Mendieta, M., Silva, K., Romero, N. (2013). *Encuesta nacional de salud y nutrición*. Ecuador: Primera.

15. Grunert, I., & Crepaz, M. (2008). *Prótesis total estético - funcional - individual*. Barcelona: Quintesseence.
16. Gutiérrez, P., & Gutiérrez, H. A. (2012). *Urgencias médicas en odontología*. México: El Manual Moderno.
17. Guzmán, L., & Castellanos, J. (2013). Prevención de enfermedades bucales en pacientes con trastornos sistémicos. Parte II: Diabetes mellitus. *ADM*. 70(4), 169-176.
18. Hampel, H. (2000). Manejo Estomatológico del Paciente Diabético. *Revista Dental de Chile*, 91(2), 30-36.
19. Hervás, H., (2002). *Diabetes Mellitus la gran epidemia de nuestro siglo*. Ecuador: Santa Rita.
20. Harrison. (2013). *Principios de medicina interna*. España: McGraw-Hill.
21. Hidalgo, I., & Bernaola, V. (2009). Oclusión en prótesis total. *Estomatología Herediana*, 19(2), 125-130.
22. Koeck, B. (2007). *Protesis completas*. España: Elsevier Masson.
23. Leite, R., Marlow, N., & Jyotika, F. (2013). Oral Health and Type 2 Diabetes. *National Institute of health*, 345(4), 1-7.
24. Lindhe, J., Karring, T., & Lang, N. (2009). *Periodontología clínica e implantología odontológica* (Quinta ed., Vol. I). España: Panamericana.
25. Macchi, L. R. (2007). *Materiales dentales*. Argentina: Médica Panamericana.
26. Macpherson, P. (2014). The effect of diabetes on oral and systemic health. *Dental Nursing*, 10(4), 196-202.
27. Milano, V., & Desiate, A. (2011). *Protesis total aspectos gnatológicos, Conceptos y procedimientos*. Venezuela: Amolca.
28. Negrato, C. A., & Tarzia, O. (2010). Buccal alterations in diabetes mellitus. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 2(3), 1 -11.
29. OMS. (2013). *Diabetes* (312). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
30. Pacheco, V., Acosta, M. (2008). *Diabetes Mellitus tipo 2: de la teoría a la práctica*. Ecuador: Santa Rita.
31. Polei, A., & Berger, S. (2011). Rehabilitación mediante prótesis completa de un paciente tras el uso de una prótesis provisional posicionalmente inestable. *Quintessence*, 22(3), 176-180.
32. Pombo, J., & Sánchez, O., (2004). Diabetes mellitus tipo 2 manifestaciones clínicas y seguimiento, referencia a la medicina especializada. *Dialnet*, 9(16), 981-989.

33. Prasad, K., & Buch, M. (2014). Extra - oral anatomical considerations for complete denture prosthesis. *Guident*, 10-13.
34. Preti, G. (2008). *Rehabilitación protésica*. Colombia: D´vinni S.A.
35. Rahn, A., Ivanhoe, J., & Plummer, K. (2011). *Prótesis dental completa* (sexta ed.). Argentina: Panamerica.
36. Ramírez, M., (2011). *Endocrinología, metabolismo y nutrición* (octava ed). Madrid: CTO.
37. Romero, M. (2013). Salud bucal y diabetes. *Tendencia en medicina*, 8(8), 119-122.
38. Sánchez, R., Verdugo, R., Sánchez, R., Rubio , R., Serrano , A., & Vélez, J. (2011). El uso de dientes artificiales de acrílico y porcelana como factor de reabsorción de procesos residuales en pacientes desdentados totales. Estudio transversal. *Universidad Autónoma de Baja*, 30(65), 1-5.
39. Sander, O. (2011). *Emergencias en la practica odontológica: diagnóstico, tratamiento y profilaxis*. Venezuela: Amolca.
40. Sans, S., & Martínez, B. (2009). Diabetes mellitus: Su implicación en la patología oral y periodontal. *Avances en odontoestomatología*, 25(5), 249-263.
41. Suárez. (2002). *Medicina en odontología: Manejo Dental de pacientes con enfermedades sistémicas*. México: El Manual Moderno.
42. Telles, D. (2011). *Prótesis Total convencional y sobre implantes*. Sao Paulo: Livraria Santos.
43. Toro Ávalos, R., Rodríguez, M. G., & Cruz González, Á. (2006). Manifestaciones orales en pacientes diabéticos tipo 2 y no diabéticos. *Red Investigación en Salud*, 6(3), 1-7.
44. Verdugo, F. J., Rodríguez, L. F., & Montini, C. (2011). Protocolo quirúrgico para el manejo de pacientes diabéticos sometidos a procedimientos de cirugía bucal. *Acta odontológica venezolana*, 49(2), 1-8.
45. Vernillo, A. (2003). Dental considerations for the treatment of patients with diabetes mellitus. *JADA*, 134, 245-335.
46. Zárate, O., Castellanos, J., & Díaz, L. (2003). Exámenes de laboratorio auxiliares en el manejo odontológico del paciente diabético. *ADM*, 60(3),115-117.

ANEXOS.

6166

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. USO		COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
UIDE		Clínica 1							6166	

1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN

[REDACTED]								N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	
[REDACTED]								0500276670	
Ca Hospitalaria		- General Pichincha				N° TELEFONO		23 42505	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD/PAS	GRUPO CULTURAL	EDAD AÑOS COMPLETOS	SEXO	ESTADO CIVIL		INSTRUCCIÓN (LETERAS APROBADO)	
24/11/11	Tumbaco	Ecuatoriana	Mestizo	AS	M	SOL CAS DIV VIU U/A		Secundaria	
FECHA DE ADMISIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERENCIO DE			
4/11/13	Técnica Enfermería	-		Seguro Social		-			
EN CASO NECESARIO LLAMAR A		PARENTESCO AFILIAD		DIRECCIÓN		N° DE TELEFONO			
Geanny Zambrano		Hijo		Ca Hospitalaria					

RECIBIENDO LINGÜAJA FEMENINO MASCULINO FEMENINO SOLUCIÓN LAS CASAS ENTENDIENDO ESTABA ENTENDIENDO

RESPONSABILIDAD

AUTORIZACIÓN

FECHA: 24/11/13

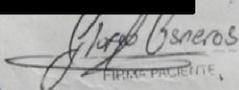
YO: [REDACTED] con CI N° 0500276670

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

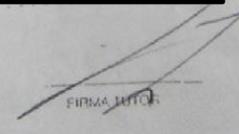
AUTORIZO a que se me realice procedimiento de diagnóstico y tratamiento clínico quirúrgico con el estudiante asignado, comprometiéndome a cancelar los valores correspondientes previo el tratamiento indicado

NOMBRE PACIENTE: [REDACTED]


 FIRMA PACIENTE

ESTUDIANTE: Pedro Pantoja

TUTOR: [REDACTED]


 FIRMA TUTOR

ANEXO 1. HISTORIA CLÍNICA.

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M/F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA			
UIODE		[REDACTED]		[REDACTED]		F	33	6166			
MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA					
1 MOTIVO DE CONSULTA "Quiero realizarme una prótesis, porque no puedo comer los alimentos"											
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL Paciente manifiesta dificultad al masticar los alimentos, que se acompaña de dolor y ruido en la encía.											
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES											
1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRAJAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO		
						X					
Antecedente Personal: 7. Diabetes mellitus tipo 2 hace 10 años otros tratamientos Glibenclamide 0.5 de 5mg (Euglycon) do tabletas por la mañana, se controla con el glucómetro.											
4 SIGNOS VITALES											
PRESIÓN ARTERIAL	135/85	FRECUENCIA CARDIACA por min	65	TEMPERATURA A °C	37	F. RESPIRATORIA por min	36				
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO											
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								
1) Se observa con leve depresión del labio superior y ODU 2) Maxilar superior deforme alveolar normal 3) Jorceson salival normal											
6 ODONTOGRAMA											
PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECESIÓN MARCAR X (1, 2 ó 3), SI APLICA.											
RECESIÓN	[Grids for recession]										
MOVILIDAD	[Grids for mobility]										
VESTIBULAR	[Grids for vestibular pathology]										
LINGUAL	[Grids for lingual pathology]										
VESTIBULAR	[Grids for vestibular pathology]										
MOVILIDAD	[Grids for mobility]										
RECESIÓN	[Grids for recession]										
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL											
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS	8 INDICES CPO-ceo				
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE	C	P	O	TOTAL	
PLACA 0-1-2-3				MODERADA	ANGLE II	MODERADA	2	15	17		
CÁLCULO 0-1-2-3				SEVERA	ANGLE III	SEVERA					
GINGIVITIS 0-1							d	c	e	O	TOTAL
16	17	55									
11	21	51									
26	27	65	2	1	1						
36	37	75	2	1	1						
31	41	71	2	2	1						
46	47	85	1	1	1						
TOTALES			175	11	1						
9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA											
*rojo	SELLANTE NECESARIO	⊗	PERDIDA (OTRA CAUSA)	=	PRÓTESIS TOTAL						
*azul	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	◻	CORONA						
X rojo	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS FIJA	○ azul	OBTURADO						
X azul	PERDIDA POR CARIES	(-)	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES						

SNS-MSP / HCU-form.033/2008

ODONTOLOGIA (1)

ANEXO 2. HISTORIA CLÍNICA

DATOS CLINICOS

DV REPOSO 5.5 OCLUSION..... 5.2

DIC.....

DIENTES:

COLOR: 28-210 FORMA: casi des TAMAÑO.....

ENCIAS: COLOR: Rosado

PROTOCOLO CLINICO

FECHA	TRABAJO REALIZADO	MATERIALES USADOS	FIRMA TUTOR
18/12/13	1. ELABORACIÓN HISTORIA CLÍNICA GENERAL Y DE TOTAL		
18/12/13	2. IMPRESIONES ANATÓMICAS		
	3. MODELOS DE ESTUDIO Y DELIMITACIÓN DEL TERRENO PROTÉSICO.		
	4. CUBETAS INDIVIDUALES SUP-INF		
	5. RECORTE MUSCULAR Y SELLADO PERIFÉRICO.		
	6. IMPRESIONES FUNCIONALES		
	7. MODELOS DEFINITIVOS		
18/12/13	8. RÓDETES DE ALTURA SUPERIOR- INFERIOR		
18/12/13	9. PLANO DE ORIENTACIÓN		
	10. MONTAJE EN ARTICULADOR MODELO SUPERIOR		
	11. DIMENSION VERTICAL		
	12. RELACIÓN CÉNTRICA CON PUNTA INSCRIPTORA		
	13. MONTAJE MODELO INFERIOR		
23/1	14. ENFILADO DE DIENTES SUP-INF		

ANEXO 3. PROTOCOLO DE PRÓTESIS TOTAL INMEDIATA

	15. AJUSTE OCLUSAL		
	16. PRUEBA EN CERA DE PROTESIS		
	17. ACRILIZACIÓN		
Y 03/01/14	18. COLOCACION DEFINITIVA	—	AA
	19. CONTROL EN 24 HORAS		
	20. CONTROL EN 8 DÍAS		

Recibí el trabajo a entera satisfacción

Gloria Cusumano

Nombre del Alumno

Pedro Parbuján

Nombre del Tutor

Dici Gabriela Beltrazo

Firma

AA-7

Firma

AA

ANEXO 4. PROTOCOLO DE PRÓTESIS TOTAL INMEDIATA.

DATOS CLINICOS

DV REPOSO S.S OCLUSION S.S

DIC.....

DIENTES: 28-210 FORMA 000-2 TAMAÑO.....

ENCIAS: COLOR Ros-1

PROTOCOLO CLINICO

FECHA	TRABAJO REALIZADO	MATERIALES USADOS	FIRMA TUTOR
16/04/14	1. ELABORACIÓN HISTORIA CLÍNICA GENERAL Y DE TOTAL	—	[Firma]
16/04/14	2. IMPRESIONES ANATÓMICAS	Pigmento Yeso	[Firma]
16/04/14	3. MODELOS DE ESTUDIO Y DELIMITACIÓN DEL TERRENO PROTÉSICO.	—	[Firma]
23/04/14	4. CUBETAS INDIVIDUALES SUP-INF	—	[Firma]
23/04/14	5. RECORTE MUSCULAR Y SELLADO PERIFÉRICO.	glicerina, vinil alcohol industrial Pasta mediana	[Firma]
4/05/14	6. IMPRESIONES FUNCIONALES	Yeso pasta mediana	[Firma]
7/05/14	7. MODELOS DEFINITIVOS	Yeso	[Firma]
7/05/14	8. RODETES DE ALTURA SUPERIOR- INFERIOR	Cera base alcohol industrial	[Firma]
19/05/14	9. PLANO DE ORIENTACIÓN	—	[Firma]
21/05/14	10. MONTAJE EN ARTICULADOR MODELO SUPERIOR	Yeso	[Firma]
21/05/14	11. DIMENSION VERTICAL	—	[Firma]
28/05/14	12. RELACIÓN CÉNTRICA CON PUNTA INSCRIPTORA	—	[Firma]
28/05/14	13. MONTAJE MODELO INFERIOR	—	[Firma]
11/06/14	14. ENFILADO DE DIENTES SUP-INF	—	[Firma]

ANEXO 5. PROTOCOLO DE PRÓTESIS TOTAL DEFINITIVA.

19 Jun 18	15. AJUSTE OCLUSAL		
11 Jun 18	16. PRUEBA EN CERA DE PROTESIS		
15 Jun 18	17. ACRILIZACIÓN		
27 Jun 18	18. COLOCACION DEFINITIVA		
26 Jun 18	19. CONTROL EN 24 HORAS		
2 Jul 18	20. CONTROL EN 8 DÍAS		

Recibí el trabajo a entera satisfacción



Nombre del Alumno

Pedro Pantoja

Nombre del Tutor

D. Navarro

Firma

Firma

ANEXO 6. PROTOCOLO DE PRÓTESIS TOTAL DEFINITIVA.

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	RANGO DE REFERENCIA
QUIMICA CLINICA			
GLUCOSA	89.3	mg/dL	70.00 - 100.00
	VALOR DE REFERENCIA ROCHE: 74-109 mg/dl		
	VALOR DE REFERENCIA ALADE: 70-100 mg/dl		
Validación: MASTF 19/11/2013 09:19			
HEMATOLOGIA Y COAGULACION			
TIEMPO DE PROTROMBINA	12.8	seg	11.0 - 14.1
PORCENTAJE ACTIVO	95	%	70 - 100
TTP	34.6	seg	25 - 45
BIOMETRIA HEMATICA			
GLOBULOS BLANCOS	5.20	10 ³ /mm ³	4.40 - 10.00
NEUTROFILOS	2.70	10 ³ /mm ³	2.00 - 8.00
LINFOCITOS	2.10	10 ³ /mm ³	1.00 - 4.40
MONOCITOS	0.40	10 ³ /mm ³	0.20 - 1.00
NEUTROFILOS %	51.9	%	45 - 67
LINFOCITOS %	40.3	%	29 - 43
MONOCITOS %	7.8	%	2.0 - 12.0
RECuento DE G. ROJOS	4200	10 ³ /mm ³	3900 - 5600
HEMOGLOBINA	13.6	g/dL	12 - 15.4
HEMATOCRITO.	38.5	%	38 - 49
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	91.7	fl	76.0 - 95.0
HB CORPUSCULAR MEDIA	32.4	pg	26.0 - 32.0
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR	35.3	g/dL	30.0 - 35.0
ANCHO DISTRIB. RDW-SD	40.5	fL	35.0 - 55.0
ANCHO DISTRIB. RDW-CV	12.3	%	11.5 - 14.5
PLAQUETAS	274	10 ³ /mm ³	150 - 450

ANEXO 7. EXAMEN DE LABORATORIO: BIOMETRÍA HEMÁTICA Y GLUCOSA.

Validación: NONIS
31/01/2014 10:03

HEMATOLOGIA Y COAGULACION

TIEMPO DE PROTROMBINA	12.5	seg	11.0 - 14.1
PORCENTAJE ACTIVO	100	%	70 - 100
TTP	32.6	seg	25 - 45

Validación: MASTF
31/01/2014 10:58

ANEXO 8. EXÁMENES DE LABORATORIO: TP, TTP.

Turnitin Originality Report

CASO CLINICO TERMINADO P Pantoja.docx by 7079 User
From (4462341784) - plagio-agosto ((788110921) - Sandbox Enrique Terán)



- Processed on 08-Sep-2014 17:25 ECT
- ID: 449990913
- Word Count: 10513

Similarity Index

3%

Similarity by Source

Internet Sources:

3%

Publications:

0%

Student Papers:

0%

sources:

1

2% match (Internet from 17-Sep-2013)

<http://www.dametareas.com/msc-en-orientacion-a-la-conducta/>

ANEXO 9.- ÍNDICE DE SIMILARIDAD.