

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**TRABAJO ACADÉMICO**

**Rehabilitación bucal en paciente desdentado total**

**Para optar el título de Especialista en:**

**Rehabilitación Oral**

**Autora: Mg. CD : Elizabeth CHÁVEZ SÁNCHEZ**

**Supervisor: Esp. Alejandro Alfredo NAVARRO MIRAVAL**

**Lima – Perú - 2018**

# UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

## ESCUELA DE POSGRADO



### TRABAJO ACADÉMICO

#### Rehabilitación bucal en paciente desdentado total

Sustentado y aprobado ante los miembros del jurado:

---

**Esp. Nancy B. RODRIGUEZ Meza**  
**PRESIDENTE**

---

**Esp. Gilmer N. SOLIS CONDOR**  
**MIEMBRO**

---

**Esp. Ulises PEÑA CARMELO**  
**MIEMBRO**

## DEDICATORIA

A Dios con gratitud y amor puro.

A mi querida familia padres y hermanos,  
por su apoyo incondicional y  
contribución en el desarrollo de mi  
formación profesional.

A Gyordana, mi princesa por todo  
el amor y fuerza del día a día a la  
superación.

## RECONOCIMIENTO

Gracias a DIOS por darme la salud y fortaleza de conseguir mis objetivos.

Mi sincero agradecimiento a la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional “Daniel Alcides Carrión” de Cerro de Pasco, por brindarme la oportunidad de superarme y llegar a lograr el grado de Especialista en Rehabilitación Oral en Odontología.

A mis padres, Víctor y María por toda una vida de amor, apoyo y superación.

A mis hermanos por el apoyo moral.

## RESUMEN

El presente trabajo tiene la finalidad de demostrar la satisfacción y aceptación a la rehabilitación al paciente adulto mayor desdentado bimaxilar los resultados obtenidos nos indican que fue de devolver la anatomía y fisiología de la estructura dental, contribuir a la salud oral y general del paciente, mejorar la calidad de vida del paciente, proveer soporte al labio y fonética, recuperar la función oclusal, recuperar dimensión vertical, establecer un adecuado plano oclusal, recuperar estéticas para el adulto mayor.

**Palabras claves:** prótesis total, rehabilitación bucal

## **ABSTRACT**

The present clinical case has the purpose of demonstrating the satisfaction and acceptance to the rehabilitation of the toothless adult bimaxilar patient. The results obtained indicate that it was to restore the anatomy and physiology of the dental structure, contribute to the oral and general health of the patient, Improve the quality of life of the patient, provide support to the lip and phonetics, recover occlusal function, recover vertical dimension, establish an adequate occlusal plane, recover aesthetics for the elderly.

**Keywords:** total prosthesis, oral rehabilitation.

## INTRODUCCIÓN

La rehabilitación oral es una de las ramas de la odontología que parece que no se ha estudiado mucho, sin embargo, numerosos avances se han logrado a lo largo del tiempo; actualmente existen pocos países en los que se ha progresado en cuanto a este arte o ciencia, de los cuales se destacan algunos de las regiones de Sudamérica, Europa. No obstante, las investigaciones realizadas son muy pocas debido a que los avances ya alcanzados son lo suficientemente satisfactorios con respecto a la elaboración de la prótesis total, sin embargo, la mayoría de los estudios tienen como objetivo central, mejorar la calidad de vida y de aceptación de los aparatos protésicos de los pacientes frente a los materiales con los que se realizan las prótesis dentales, aparatología funcional, entre otros. <sup>2</sup>

La pérdida de piezas dentarias es debida a diversas causas, las más frecuentes son enfermedades con gran prevalencia, la caries y la enfermedad periodontal. Otras causas son los traumatismos y las tumoraciones. Pueden faltar piezas dentarias por falta de formación (Agenesia) o falta de erupción (Inclusión dentaria).

La pérdida de una o más piezas dentarias comporta un déficit en la eficacia masticatoria, con consecuencias tanto funcionales como orgánicas. Muchas enfermedades del tubo digestivo requieren una masticación correcta, por ello los médicos gastroenterólogos aconsejan reponer las piezas dentarias perdidas.

La pérdida de una o más piezas dentarias causa una posible desorganización de la conformación de las arcadas dentarias, con posibles consecuencias locales como puede ser la separación de piezas dentarias, ello implica mayor

retención de alimentos, más formación de placa y por tanto más posibilidad de caries y enfermedad periodontal, y consecuencias a distancia, las más frecuentes son los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).<sup>3</sup>

Las prótesis dentales son instrumentos o aparatos confeccionados en los laboratorios dentales, cuya misión es la suplir las piezas dentarias perdidas, para restablecer la función masticatoria.

También contribuimos a mejorar la estética del paciente, ya que la falta de piezas dentarias produce un hundimiento de partes blandas y en muchas personas produce un efecto antiestético marcado.

La rehabilitación protésica de un paciente con lleva una serie de cambios, que en un tiempo se traducen en todo un proceso adaptativo. Una vez instalada la prótesis en el paciente se le instruye en lo que debe hacer para su mejor adaptación, se le dan indicaciones sobre el uso y cuidado de la prótesis.

La forma en que el especialista en rehabilitación oral aconseje, guíe y trate al paciente desdentado puede contribuir a la habilidad de éste para llevar y soportar su dentadura completa durante el resto de su vida. Esto es muy importante para no formar pacientes difíciles.<sup>3</sup>

La visión limitada y enfocada a una sola especialidad puede llevar a no apreciar soluciones clínicas adecuadas en la resolución de los tratamientos.<sup>4</sup>

El objetivo del presente trabajo fue demostrar y describir los procedimientos y de la funcionalidad puesto que recuperar la funcionalidad de una boca es lo básico para el bienestar del paciente, evitar que el resto de las estructuras dentarias del aparato masticador sigan sufriendo deterioros puesto que las prótesis totales reemplazan incluso la dimensión vertical de la boca, evitando así



mal posiciones articulares que tendrían efectos muy dispares; y estética, tal vez podría decirse que en la sociedad actual, como en tiempos pasados, la estética de la prótesis total se busca por necesidad y por ello, ya sea una necesidad impuesta estética y buena apariencia en los pacientes portadores de prótesis total.

La Autora

# ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

RECONOCIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE

## CAPITULO I

### MARCO TEÓRICO

|   |    |
|---|----|
| 1.1. Antecedentes del estudio .....     | 1  |
| 1.2. Bases teóricas – científicas ..... | 6  |
| 1.3. Objetivo .....                     | 28 |

## CAPITULO II

### DEL CASO CLÍNICO

|   |    |
|---|----|
| 2.1. Presentación del caso clínico: ..... | 30 |
| 2.2. Objetivo.- .....                     | 30 |
| 2.3. Historia clínica .....               | 31 |
| I. Filiación.....                         | 31 |
| II. Anamnesis. ....                       | 31 |
| III. Examen clínico general.....          | 32 |
| IV. Examen clínico estomatológico.....    | 32 |
| V. Diagnostico presuntivo.....            | 36 |
| VI. Exámenes auxiliares .....             | 36 |
| VII. Diagnóstico definitivo: .....        | 38 |
| VIII. Plan de tratamiento.....            | 38 |

RESULTADOS

CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

## **CAPITULO I**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1.1. Antecedentes del estudio**

##### **1.1.1. Antecedentes nacionales.**

**Hidalgo López Isidro,** <sup>8</sup> en Lima Perú el año 2009 presenta el artículo de revisión de Oclusión en prótesis total, siendo su resumen: La elección de un tipo de oclusión en la elaboración de prótesis dentales, es un paso crítico en el tratamiento del paciente edéntulo. De ella dependerá la capacidad masticatoria del paciente, su comodidad y la preservación de su hueso alveolar. Son muchos los factores que determinan el establecimiento de una correcta oclusión. No es sólo la colocación de los dientes artificiales para que encajen unos con otros, sino un procedimiento lógico, estudiado, que logra de alguna manera restaurar la habilidad masticatoria, la estética, fonación y más aún, la preservación de los tejidos de soporte del paciente. De esta forma el odontólogo debe poseer un

amplio conocimiento de la fisiología y anatomía humana, de los distintos materiales dentales, de prótesis oral específicamente (Prótesis Total) y tener una habilidad manual, para que el resultado final sea más que satisfactorio. Existen varias teorías de oclusión para pacientes edéntulos, como las que se citarán en el presente trabajo.

**Rodriguez Alvarado Rosa María,** <sup>18</sup> el 2014 en Pasco Perú, presenta la tesis “Grado de reabsorción del reborde residual en pacientes portadores de prótesis total, atendidos en el Hospital II “Daniel Alcides Carrión “Pasco 2013” teniendo como conclusiones: El grupo etáreo preponderante en el estudio es de 46 -55 años 44.79% (43). En el estudio participaron mayormente pacientes del sexo masculino 54.17% (52). El tipo de prótesis más utilizada es del tipo acrílica 64.58% (62). El grado de reabsorción predominante del maxilar superior es el reborde medio 56.25% (54). El grado de reabsorción predominante del maxilar inferior es el reborde bajo 55.21% (53). EL tiempo de uso más frecuente es entre 6 – 10 años, 43.75% (42). El estado predominante de las prótesis es regular 47.92% (46). Del 43.23% (83) de pacientes que presentan reborde medio, el 27.08% (52) utiliza su prótesis entre 6 – 10 años. El grado de reabsorción del reborde residual depende del tiempo de uso de la prótesis.  $\chi^2 = 60.21$ .

**Zevallos Echevarría Stefany Anabel,** <sup>21</sup> el 2014 en Pasco presenta la tesis “Estudio de pérdida de la dimensión vertical en pacientes desdentados totales, atendidos en la clínica odontológica de la

UNDAC Pasco 2013”, teniendo como resumen: el estudio se enmarco dentro de la investigación de tipo descriptivo, se empleó el método científico, con el diseño no experimental descriptivo transversal. Para el estudio se tomó una muestra no probabilística por conveniencia bajo criterios de inclusión y exclusión, se contó con 112 pacientes. Posteriormente se procedió a la recolección de datos en las fichas de registro. Por ser una investigación descriptiva se trabajó con un nivel de confianza del 95%. En el presente estudio arribamos a las siguientes conclusiones: El grupo etáreo preponderante en el estudio es de 46 - 60 años con 52.68% (59). En el estudio participaron mayormente pacientes del sexo masculino 59.82% (67). El tipo de prótesis más utilizada es el de tipo acrílica con 64.29% (72). La dimensión vertical más frecuente es la disminuida con 70.54% (79). Del 70.54% (79) de pacientes que presenta dimensión vertical disminuida, el 42.86% (48) son pacientes entre 46 – 60 años. El tamaño de la dimensión vertical varía de acuerdo al grupo etáreo.  $X2C = 28.99$  La forma del reborde alveolar más frecuente es el borde de cuchillo 48.21% (108). La altura del reborde alveolar más frecuente es el bajo o plano 52.68% (118).

### **1.1.2. Antecedentes internacionales.**

**Arce Ramírez, William,** <sup>1</sup> en Costa Rica el año 2012, presenta la tesis Propuesta de un Plan de Mejora de la Salud bucodental en el Hogar del Adulto Mayor Alfredo y Delia González Flores de San Pablo de Heredia, teniendo de resumen; El presente estudio tiene

como propósito conocer los hábitos de salud bucodental y los conocimientos en cuanto a promoción de la salud bucodental en la población del Hogar para el Adulto mayor Alfredo y Delia González Flores de San Pablo de Heredia. En el mes de enero del 2012 realiza encuesta a cuarenta y ocho residentes activos que cumplen con los requisitos de inclusión del estudio. Se les realizó un examen clínico dental a cada uno, se evaluaron hábitos de higiene oral y salud general. Al aumentar la población de personas de tercera edad, se presentan retos de tipo económico, social y político que exigen a los estados y a las autoridades sanitarias competentes la generación de políticas que permitan solucionar las necesidades de este grupo de población. La promoción de la salud es una estrategia que se debe adoptar para lograr la equidad en este grupo desprotegido y así mejorar su calidad de vida. Los resultados obtenidos indican que el índice de riesgo bucal decae con la edad, por la pérdida de piezas dentales, por lo que es necesario que se implemente un programa en promoción y prevención de la salud bucodental para el adulto mayor para que pueda mantener durante mayor tiempo sus piezas dentales y así tener una vejez con mejor calidad de vida.

**Moreno Iza Byron Vinicio,** <sup>16</sup> el año 2014 en Ecuador presenta la tesis “Influencia de las prótesis totales desadaptadas sobre los tejidos de soporte en ancianos del hogar Chimborazo” Quito – Ecuador” siendo su resumen Las prótesis totales desadaptadas por el tiempo de uso prolongado sin que sean controladas periódicamente o por errores durante su proceso de confección,

generalmente ocasionan lesiones en la cavidad bucal, que con el tiempo pueden manifestarse como úlceras traumáticas, crecimiento de tejidos, reabsorción ósea acelerada del reborde alveolar, entre otras manifestaciones; también pueden ocasionar problemas psicológicos y sociales en cada individuo. Estas patologías afectan a un gran porcentaje de la población de ancianos portadores de prótesis totales; con estos antecedentes, el presente estudio tiene como objetivo confirmar la existencia de una relación entre las prótesis totales desadaptadas y las lesiones de los tejidos de soporte protésico en ancianos de hogar “Chimborazo” de la ciudad de Quito. Para ello se realizó una observación clínica de la cavidad bucal, fotografías, evaluación clínica de las prótesis, elaboración de una encuesta y toma de impresiones. Los resultados mostraron la existencia de relación entre las prótesis totales desadaptadas y las lesiones de los tejidos de soporte protésico siendo la más frecuente la úlcera traumática con un promedio de 66% de pacientes con esta lesión, dando como conclusión que ninguna prótesis cumplía con los parámetros necesarios para que funcione sin causar daño a los tejidos. La necesidad de un control constante de las prótesis y la rectificación de las mismas, así como el control clínico del estado de salud bucal de los pacientes se hacen necesarios.

**Pennacchiotti Vidal, Gina**, <sup>17</sup> el 2006 en Chile presenta la tesis “Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitados”, llegando a las siguientes conclusiones: La frecuencia de uso de prótesis removible está

relacionada directamente con la edad del individuo y con la autopercepción que éste tenga de su salud oral. • Los factores: sexo, tipo de prótesis, salud mental, experiencia previa y calidad técnica protésica, no influyen en la frecuencia de uso de prótesis removible en adultos mayores recién rehabilitados. • La autopercepción del individuo sobre su salud oral es el factor que más influye en el uso de prótesis removible.

## **1.2. Bases teóricas – científicas**

### **DEFINICIÓN DE PRÓTESIS DENTAL**

De acuerdo con lo que exponen Rojas y Aragort (2008) las prótesis dentales son instrumentos o aparatos confeccionados en los laboratorios dentales, cuya finalidad es la de sustituir las piezas dentales perdidas, para recuperar principalmente la función masticatoria, fónica y estética, como también la dimensión vertical.<sup>19</sup>

### **TIPOS DE PRÓTESIS DENTAL**

**1.- Prótesis Total:** Son aquellas que sustituyen las piezas dentales cuando se han perdido en su totalidad.

**2.- Prótesis Parcial:** Son aquellas que se encargan de sustituir las piezas dentales cuando aún quedan remanentes de las piezas perdidas, o cuando aún quedan piezas sanas en la cavidad oral.<sup>20</sup>

#### **Los cuales se dividen en:**

**1.- Fija:** son aquellas que se indican cuando el estado de la cavidad oral del paciente no tiene la suficiente retención para usar una prótesis removible, estas requieren de una intervención quirúrgica para su colocación, son más conocidas como implantes dentales.



**2.- Removible:** Estas se indican cuando el paciente no tiene la capacidad física de tener una prótesis fija por motivos de edad avanzada, enfermedad que impida que el paciente tenga una intervención quirúrgica, o sencillamente no puede por motivos monetarios.

**3.- Mixta:** Estas están conformadas por 2 partes, una fija implantada en el hueso y una removible que se acopla a la parte fija.<sup>17</sup>

## **LOS TEJIDOS PROTÉSICOS PARA EL MAXILAR SUPERIOR**

son: <sup>12</sup>

### **En el maxilar superior:**

Mucosa que recubre los procesos óseos del reborde alveolar y paladar duro, Reborde residual, Bóveda palatina, Paladar blando (zona vibrátil), Frenillo anterior (vestibular), Frenillos laterales, Papila incisiva, Rugosidades palatinas, Rafe medio, Foveólas palatinas, Zona del sellado posterior (Postdamming), Tuberosidades maxilares, Surco vestibular anterior, Surco vestibular posterior, Surco ptérigomaxilar o hamular.

### **En el maxilar inferior.**

Se encuentra: Mucosa que recubre los procesos óseos, Reborde residual, Frenillo labial, Frenillos laterales, Frenillo lingual, Surco vestibular anterior, Surco vestibular posterior, Línea oblicua externa, Línea oblicua interna, Papila piriforme, Surco lingual.

## **LOS TEJIDOS PARAPROTÉSICOS,**

Todos los tejidos circunvecinos al área protésica y que se relacionan directa o indirectamente con la prótesis total sin ser soporte de ella.<sup>12</sup>

### **Los tejidos paraprotésicos del maxilar Superior**

Paladar blando, Mucosa que recubre: Área vestibular, labio superior, carrillo, Músculos: Mirtiforme, canino, orbicular de los labios (Haz superior) y buccinador (inserción superior).

**Los tejidos paraprotésicos de la mandíbula son:**

Parte posterior de la papila piriforme, Lengua, Piso de la boca, Mucosa que recubre: Área vestibular, labio inferior, carrillo, Músculos como el Orbicular de los labios (haz inferior), triangular, cuadrado de la barba, borla del mentón, buccinador (inserción inferior), milohiideo.

Se debe realizar una exploración intrabucal minuciosa, donde la mucosa bucal debe ser inspeccionada antes de hacer un examen específico del área que va a servir de apoyo de la dentadura y de las estructuras contiguas. El odontólogo debe buscar lesiones anormales o patológicas. Se debe examinar muy bien la superficie interna de los carrillos y labios, el proceso residual, piso de la boca, paladar duro y blando y lengua.

**MUCOSA**

Las bases de las dentaduras totales reposan sobre la membrana mucosa, que sirve como una especie de cojín entre las bases y el hueso de soporte. La membrana mucosa está conformada por dos capas, la mucosa y la submucosa.

En la cavidad bucal, la mucosa está formada por epitelio escamoso estratificado (con frecuencia queratinizado en su superficie exterior) y una delgada capa subyacente de tejido conectivo, conocido como lámina propia.

La submucosa está formada por tejido conectivo de carácter variable, desde tejido alveolar denso hasta laxo, y también varía considerablemente en su grosor o anchura, dependiendo de su localización en la boca. La submucosa puede contener células glandulares, grasas o musculares y suministra sangre y nervios a la mucosa. Cuando la membrana mucosa está adherida al hueso, esta inserción ocurre entre la submucosa y la cubierta perióstica del hueso.

### **EN CUANTO A LOS TIPOS DE MUCOSA BUCAL: <sup>9</sup>**

#### **Mucosa masticatoria:**

Se encuentran en el paciente edéntulo en la cresta del reborde residual, incluyendo la encía insertada residual adherida firmemente al hueso de soporte, el paladar duro. Esta se caracteriza por una capa queratinizada bien definida.

#### **Mucosa de revestimiento:**

Cubre la cavidad bucal, donde no está firmemente adherida al periostio del hueso. Forma la cubierta de los labios y mejillas, los espacios vestibulares, el surco alveololingual, el paladar blando, la superficie ventral de la lengua y la encía no insertada que se encuentra sobre las vertientes de los rebordes residuales. Normalmente está desprovista de una capa de queratina y se mueve libremente con los tejidos a los cuales se encuentra adherida, a causa de la naturaleza elástica de la lámina propia.

#### **Mucosa especializada:**

Cubre la superficie dorsal de la lengua. Es queratinizada e incluye papilas especializadas sobre la superficie dorsal de la lengua.

Se debe evaluar el color de la mucosa, en sus diferentes tonalidades desde un rosado saludable hasta un rojo intenso. El eritema indica edema de diferente intensidad. Esto puede estar causado por una dentadura mal ajustada, una infección subyacente, un desorden sistémico como la diabetes o por tabaquismo. Es importante determinar la causa para poder eliminar el irritante. Otros cambios de color que deben examinarse son los causados por lesiones o manchas pigmentadas; éstas varían desde un tono café claro hasta café oscuro o azul. También se deben observar las manchas blancas, las cuales con frecuencia son áreas queratinizadas causadas por la irritación de la dentadura.

### **TAMAÑO DEL ARCO**

El tamaño del maxilar y la mandíbula determinan el tamaño del asiento basal disponible para la dentadura. Mientras más grande sea el tamaño mayor será el soporte; mientras más amplia sea la superficie de contacto, mayor será la retención.<sup>9</sup>

Se debe observar cualquier discrepancia en el tamaño del maxilar y la mandíbula, para de esta manera poder anticipar los problemas de estabilidad protésica en el arco de menor tamaño.

**Existen tres tamaños relativos entre ambas arcadas:**

**Tipo I:** El maxilar y la mandíbula son del mismo tamaño.

**Tipo II:** La mandíbula es menor que el maxilar.

**Tipo III:** La mandíbula es mayor que el maxilar.

La división más favorable es el tipo I; le sigue el tipo III, y la más desfavorable es el tipo II, pues en ella la mandíbula realiza grandes desplazamientos, y además ofrece menos soporte y retención cuanto más pequeña es.

### **ALTURA DE LOS REBORDES ALVEOLARES**

**Normal:** Conservan una altura adecuada para dar soporte a la dentadura completa y resistir sus movimientos laterales.

**Reabsorbidos:** Aún conservan alguna resistencia al desplazamiento lateral de la dentadura.

**Planos:** Están completamente reabsorbidos.

Se evidencia que la eficiencia va de más a menos, desde el normal a reabsorbido y plano, que es el de peor pronóstico.

En atención a la problemática de maxilares con rebordes atróficos, se describió un nuevo método de fabricación donde incorporaron con presión una matriz transparente de silicón en los contornos externos de las dentaduras manteniendo las dimensiones apropiadas de las bases de resinas acrílicas con la finalidad de lograr una significativa reducción del peso de los contornos protésicos.<sup>4</sup>

### **FORMA DEL REBORDE RESIDUAL EN SENTIDO VERTICAL**

**En forma de U:** Si es ancho y plano por encima ofrece gran resistencia vertical.

**En forma de V:** Aún puede ofrecer cierta resistencia vertical.

**En borde de cuchillo:** De borde muy estrecho afilado, sin ningún soporte vertical.

El de mejor pronóstico es el de forma en U, y el de peor pronóstico es el de borde de cuchillo. Lo ideal es que como mínimo haya de 8 a 12 mm de encía adherida.

El contorno del borde varía mucho. Lo ideal es un borde alto con una cresta plana, con lados paralelos o casi paralelos; ya que este tipo de borde da un máximo soporte y estabilidad (resistencia horizontal al movimiento).

Con el tiempo, al resorberse el borde se puede aplanar y tomar una forma de V o en filo de cuchillo. Los bordes en filo de cuchillo o con espículas óseas tienen el peor pronóstico ya que son incapaces de resistir muchas fuerzas oclusales por lo que presentan con frecuencia ulceraciones e irritaciones.<sup>5</sup>

### **FORMA ANTEROPOSTERIOR DEL REBORDE**

Puede ser cuadrada, en V o en forma de ovoide semicircular. La cuadrada es la más favorable para resistir los movimientos de rotación de la prótesis.

La forma de V la hace en menor grado que la anterior y la oval o semicircular es la que ofrece menos resistencia y, por lo tanto, la de peor pronóstico.

Los arcos pueden ser cuadrados, ovoides o estrechos y que los arcos opuestos no necesariamente presentan la misma forma. La forma del reborde residual influye en el soporte de la dentadura y tal vez, en la selección de los dientes.

Si la forma del arco no es igual en ambos arcos, se puede prever que habrá dificultad al colocar los dientes.

### **TUBEROSIDAD DEL MAXILAR**

Es una zona de retención por excelencia, el operador debe considerar la forma y el tamaño de ambas tuberosidades como elemento de pronóstico. En caso de dimensiones o retenciones exageradas, habrá que recurrir a procedimientos de laboratorio para la elaboración de la cubeta individual o a la regularización quirúrgica.

**EN CUANTO AL SURCO HAMULAR,** es el espacio situado entre la tuberosidad del maxilar y la apófisis pterigoidea del esfenoides, que permite en algunos casos una sobrecompresión para obtener el sellado posterior.

Las fibras más inferiores de la inserción superior del músculo pterigoideo interno o medial se inserta en la superficie postero-lateral de la parte horizontal del hueso palatino y en la tuberosidad del maxilar, formando así el surco hamular o surco ptérigomaxilar.

### **FORMA DEL PALADAR DURO**

Conocer la forma del paladar duro es de gran importancia debido a que este ayuda a la retención y soporte vertical de la prótesis completa superior.

Este puede ser Plano, en U y ojival.

El paladar duro plano es el de mejor pronóstico, ya que está en íntima relación con la placa protésica; la forma en U o semicircular puede ofrecer suficiente soporte y retención, y la ojival es la de peor pronóstico.

La bóveda palatina plana también es desfavorable, porque casi siempre se acompaña de procesos alveolares reabsorbidos y aunque la retención es satisfactoria en dirección descendente, cualquier fuerza lateral o giratoria da por resultado una resistencia deficiente y pérdida de la retención.

Aunque se ha demostrado que la forma del paladar duro contribuye a la retención y soporte de las prótesis, otros autores han demostrado que al cubrir totalmente el paladar, los pacientes ven afectado el tiempo necesario para realizar el bolo alimenticio durante la masticación.

### **PALADAR BLANDO**

Su unión con el paladar duro determina la longitud posterior de la dentadura superior y sirve para dar el sellado posterior.

Lo que determina el pronóstico es el ángulo que forma con el paladar duro. Si uno es continuación del otro, ángulo de 180 grados, entonces hay varios milímetros en los que se puede colocar el sellado periférico posterior. Este es el de mejor pronóstico.

El paladar blando puede ir inclinándose y cerrando el ángulo, por ejemplo a 120 grados, lo que hace que cada vez la zona de sellado posterior sea más limitada y más difícil de localizar.

Si el paladar blando cae verticalmente, por ejemplo cerca de 90 grados, la zona del sellado posterior es crítica y difícil de localizar. Suele ser un paladar blando que se mueve mucho cuando el paciente habla o deglute,



lo cual hace que tenga un pronóstico malo para conseguir el sellado posterior

En este mismo orden de ideas, se señala que existen tres categorías de la configuración del paladar blando, los cuales se basan en el grado de flexión del paladar blando, con el paladar duro y en la amplitud de la zona del sellado posterior.

**El paladar blando de clase I** es horizontal y tiene poco movimiento muscular, esta es la condición más favorable ya que permite mayor cobertura de tejido para el sellado palatino. Está asociado a paladares duros planos.

**El paladar blando de clase II** se curva hacia abajo en un ángulo de 45 grados en relación al paladar duro y tiene un área de cobertura tisular para el sellado palatino menor. Se asocia con un paladar duro en forma plana, lo que permite obtener un mejor sellado posterior para compensar la deficiencia de la forma palatina.

**El paladar blando de clase III** se curva mucho hacia abajo en un ángulo de cerca de 70 grados en la parte posterior del paladar duro. Ya que esta es la relación más aguda del paladar blando con respecto al paladar duro, la musculatura debe hacer una mayor elevación para efectuar el cierre velofaríngeo, el espacio disponible para cobertura del sellado palatino posterior es mínimo. Por consiguiente, esta es la forma del paladar blando menos favorable. Este tipo de paladar se asocia normalmente con el paladar duro en forma de V.

## **RELACIÓN DE LOS REBORDES EN SENTIDO HORIZONTAL**

El reborde superior está encima del reborde inferior y es el de mejor pronóstico.<sup>5</sup>

El reborde inferior es más estrecho y más corto que el superior. Aquí el pronóstico es malo y es necesario que haya una articulación muy bien balanceada.

La mandíbula es mayor que el maxilar superior.

Aquí suele haber pocas excursiones mandibulares y casi sólo hay apertura y cierre y es de mejor pronóstico que en el caso anterior.

Al reabsorberse el maxilar, la cresta del reborde se mueve hacia arriba y hacia adentro, al reabsorberse la mandíbula, la cresta del reborde se mueve hacia abajo, hacia delante, y lateralmente ya que es más ancha en su borde inferior que en su borde oclusal. Esta condición puede ser más comprometedor en una mandíbula prognata. Con esto se acentúa la importancia de la colocación adecuada de los dientes para mantener la estética y reducir al mínimo el indeseable efecto de palanca.

## **PARALELISMO DE LOS REBORDES**

Si los rebordes alveolares no son paralelos, las dentaduras tienden a deslizarse de su soporte al aplicárseles las fuerzas oclusales. Si son paralelos tienen buen pronóstico, y en caso contrario el pronóstico es malo.

Si estos rebordes no son paralelos entre sí, permiten que se muevan las bases protésicas cuando los dientes están en oclusión debido a una desfavorable dirección de las fuerzas.<sup>5</sup>

## **DISTANCIA ENTRE LOS ARCOS**

Si entre ambas arcadas existe un espacio suficiente el pronóstico es bueno, cuando este espacio está disminuido van a existir problemas para colocar los molares artificiales. El de peor pronóstico es el espacio aumentado.

Es importante observar la distancia intercrestal. Un espacio excesivo causado por la resorción dará poca estabilidad y retención debido al aumento del efecto de palanca, por su parte una distancia intercrestal pequeña dificulta la colocación de los dientes y el mantenimiento de un espacio libre adecuado; sin embargo esta condición aumenta mucho la estabilidad de las dentaduras ya que las superficies oclusales de los dientes están cerca del borde por lo que se reduce al mínimo el efecto de palanca, la inclinación y las fuerzas linguales. Otro factor a considerar, de relevancia para superar la inestabilidad de las dentaduras totales inferiores es el de determinar a través del estudio de los tejidos que conforman el entorno oral, la zona neutra, que permitirá un enfilado acorde con las fuerzas musculares de cada paciente.<sup>5</sup>

## **RETENCIONES ÓSEAS**

Son un problema para la estabilidad de la dentadura, y hay que plantearse la posibilidad de tratamientos quirúrgicos. Son conocidos como Torus; si son pequeños no representan problemas, pero hay que efectuar alivios para no sobrecargar el tejido delgado que los cubre. Si son de buen tamaño, la cirugía preprotésica será el tratamiento de elección. Por su parte otros señalan que la mucosa que recubre a los torus es muy delgada y que

muchas veces no toleran las presiones normales ejercidas por las bases de las dentaduras por lo que recomiendan como alternativas para superar la problemática de los torus en el maxilar, usar flancos termoplásticos con mayores propiedades elásticas, debido a que los mismos disipan con mayor éxito las fuerzas oclusales.<sup>5</sup>

### **INSERCIONES MUSCULARES Y FRENILLOS**

Se debe observar la posición de las inserciones musculares y frenillos en relación con la cresta de los rebordes. En raras ocasiones existe una inserción que está tan cerca de la cresta del reborde como para necesitar una corrección quirúrgica, y así asegurar el sellado marginal. Las inserciones que se corrigen quirúrgicamente con mayor frecuencia son los frenillos maxilar labial y lingual mandibular.<sup>5, 3</sup>

En este punto, es importante considerar el ancho del vestíbulo bucal, debido a que en algunos casos este se encuentra un poco disminuido, es por eso que se describe en un artículo que el uso de flancos flexibles en las dentaduras completas, con los que se pueden lograr menores espesores en vestíbulos estrechos y donde no se compromete el sellado de las mismas.

### **LA LENGUA**

La lengua se agranda y fortalece si el paciente estuvo sin dientes o prótesis durante mucho tiempo o usó una dentadura maxilar apoyada solamente en los dientes anteriores. Esto trae problemas al momento de tomar la impresión

dental y contribuye a la inestabilidad de la dentadura. Una lengua voluminosa también puede tener falta de espacio por la base de la dentadura. Una lengua pequeña puede facilitar la toma de impresión dental pero arriesga el sellado lingual.

El movimiento de la lengua y la coordinación muscular son importantes por varias razones: Los movimientos propios de la lengua son necesarios en la toma de impresión dental para poder hacer el borde marginal, también son esenciales para estabilizar las dentaduras en la boca durante las actividades fisiológicas normales como el habla, la masticación y la deglución.

La posición de la lengua es importante en el pronóstico de la dentadura mandibular su clasificación de las posiciones de la lengua:

**Clase I:** La lengua descansa en el piso de la boca con la punta hacia delante y ligeramente debajo de los bordes incisales de los dientes mandibulares anteriores.

**Clase II:** La lengua se encuentra aplanada y ancha pero la punta está en una posición normal.

**Clase III:** La lengua está encogida y presionada en el piso de la boca con la punta doblada hacia arriba, hacia abajo o asimilada dentro del cuerpo de la lengua.

La posición de la Clase I tiene el pronóstico más favorable, ya que el piso de la boca es lo bastante alto para cubrir el reborde lingual de la dentadura lo cual permite el sellado marginal.

## **PISO DE LA BOCA**

El piso de la boca presenta una amplia variación en su anatomía y relación funcional con el borde del proceso alveolar. Si el piso de la boca está cerca de la cresta del reborde en la posición de reposos o la magnitud del movimiento es mayor la estabilidad y retención de la dentadura serán deficientes. Las áreas de las glándula sublingual y milohiodea en el piso de la boca pueden ser muy altas y cercanas al borde alveolar por lo que en ocasiones se salen del borde y eliminan el surco alveololingual. Si estos tejidos no se colocan en su lugar por medio del borde de la prótesis total el pronóstico de la dentadura inferior es malo. Del mismo modo, el espacio retromilohiideo (Forma la porción lateral de la garganta) puede ser un espacio a utilizar pero que es obliterado total o parcialmente por el movimiento de la lengua.

## **LA SALIVA**

La cantidad y consistencia de la saliva afectará la estabilidad y retención de las dentaduras y el confort con el cual el paciente la puede usar.

En lo que se refiere a la intervención del fluido intermedio entre la placa y la mucosa, factor importante en la retención de las dentaduras completas; la saliva ha sido generalmente comparada con el agua, y es un hecho cierto especialmente en investigaciones experimentales que el poder de fijación conseguido por la adherencia, cohesión y tensión de la superficie del agua equivale a la de la saliva. De allí su importancia durante la planificación de una prótesis completa.<sup>3, 5</sup>

Si la saliva es normal en cantidad y consistencia es de buen pronóstico, si la cantidad de saliva fluida es mucha; se complica la toma de impresiones, si por otro lado es espesa y cuantiosa se forman verdaderos panes de saliva que no dejan asentar bien la dentadura y que se traduce en mal pronóstico y que si hay poca saliva, se disminuye la capacidad retentiva y puede haber dolor e irritación de las mucosas.

De acuerdo con lo estipulado por muchos autores, algunos señalan que existe la anatomía ideal o condiciones óptimas de cada maxilar para conseguir los mejores resultados en las prótesis completas.

### **MAXILAR SUPERIOR**

Reborde de forma cuadrada recubierto de una membrana mucosa sana. No debe haber retenciones óseas. Tuberosidades bien definidas sin tejido fibroso móvil o pendular. Forma del paladar plano sin existencia de torus. Debe haber un vestíbulo bucal y labial bien definido. El paladar blando debe ser de tipo horizontal. Inserciones musculares bajas.

### **MANDÍBULA**

Forma del arco cuadrado con mucosa sana y sin torus. El espacio sublingual anterior debe ser ancho. Debe haber encía adherida de 8mm como mínimo. Trígono retromolar firme y bien definido. Fosa retromolar alta. Inserciones musculares bajas.

## **PASOS PARA LA ELABORACIÓN DE UNA PRÓTESIS DENTAL <sup>15</sup>**

A continuación, una breve explicación de cada uno de los pasos que se deben seguir para la elaboración de una prótesis total o parcial:

- 1.- Impresiones Primarias
- 2.- Modelo Primario y Confección de Zócalo
- 3.- Confección de Cubetas Individuales
- 4.- Impresiones Definitivas
- 5.- Encajonado y Vaciado
- 6.- Placa Base y Rodete de Oclusión y Contorno
- 7.- Montaje de los Modelos en el Articulador de Bisagras
- 8.- Montaje de los Modelos en el Articulador Semi-Ajustable
- 9.- Enfilado de los Dientes Monoplanos
- 10.- Enfilado de los Dientes Poliplanos
- 11.- Encerado y tallado de las bases
- 12.- Procesado
- 13.- Remontaje y Ajuste Oclusal
- 14.- Acabado de las Prótesis

### **1.- IMPRESIONES PRIMARIAS**

Para la elaboración de una prótesis dental se emplean dos tipos de impresiones, utilizando diversos materiales. Las impresiones primarias registran todas las características de las estructuras anatómicas de los maxilares desdentados, obteniendo de esta un modelo primario sobre el cual se confeccionará una cubeta individual.

### **2.- MODELO PRIMARIO Y CONFECCIÓN DE ZÓCALO**



El modelo primario se obtiene a partir del vaciado de las primeras impresiones y debe reproducir las estructuras anatómicas de los maxilares desdentados. El zócalo se confecciona durante o después del vaciado de los modelos.

### **3.- CONFECCIÓN DE CUBETAS INDIVIDUALES**

La cubeta individual se confecciona para un caso específico, a partir de un modelo primario y su diseño permite conseguir una impresión más exacta y detallada del paciente, la cubeta se hace con acrílico y pueden ser limpiadas y almacenadas después de su uso para retomar alguna futura impresión del mismo paciente, estas no se deben usar en distintos paciente, por eso se dice que es para un caso específico.

### **4.- IMPRESIONES DEFINITIVAS**

En estas se registran más detalladamente las características anatómicas de los maxilares desdentados, mediante el uso de las cubetas individuales y un material de impresión especial llamado pasta zinquenolica, este material da una impresión más precisa que el material que se usa para tomar la primera impresión. A partir de estas se obtendrán los modelos definitivos en los que se va a trabajar

### **5.- ENCAJONADO Y VACIADO**

Es el procedimiento cuya finalidad es darle forma y tamaño apropiado del modelo definitivo para conservar la profundidad y el ancho del fondo del surco. Mediante la construcción de 3 paredes horizontales y será alrededor de la impresión.

### **6.- PLACA BASE Y RODETES DE OCLUSIÓN Y CONTORNO**

Las placa bases son laminas delgadas de acrílico auto-curable temporales las cuales le dan forma y grosor a la base de la prótesis, en ellas se colocan los rodetes de oclusión o de mordida, estas deben ser rígidas, estables y fáciles de pulir.

Los rodetes determinan el soporte funcional, el nivel del plano oclusal, la forma del arco y la dimensión vertical. Registra las relaciones intermaxilares, la línea media, la línea de la sonrisa, la guía canina y en él se enfilan los dientes.

#### **7.- MONTAJE DE LOS MODELOS EN EL ARTICULADOR DE BISAGRA**

Es el procedimiento en el cual una vez relacionados los modelos superior e inferior mediante un registro de mordida, se fijan con yeso a las ramas del articulador. Una vez concluido el montaje se puede realizar movimientos de apertura y cierre.

#### **8.- MONTAJE DE LOS MODELOS EN EL ARTICULADOR SEMI-AJUSTABLE**

Es el procedimiento por el cual se fijan los modelos superior e inferior a las ramas del articulador en una posición determinada. La diferencia de este con el articulador de bisagra radica en que con el articulador semi-ajustable se recrean los movimientos y ángulos propios de la oclusión del paciente, que varía por diferentes factores.

#### **9.- ENFILADO DE LOS DIENTES MONOPLANOS**

Tiene por finalidad colocar los dientes artificiales en los rodetes en la posición, alineación y relación que permitan restaurar la función

masticatoria, fonética y estética. Los dientes monoplanos o no anatómicos, no tienen cúspides y son enfilados en un solo plano.

#### **10.- ENFILADO DE DIENTES POLIPLANOS**

Tiene la misma finalidad del enfilado de dientes monoplanos pero a diferencia de estos, las piezas posteriores de los polioplanos tienen altura de cúspides. Se debe tener muy presente el concepto de oclusión balanceada, para darle estabilidad a la prótesis.

#### **11.- ENCERADO Y TALLADO DE LAS BASES**

Consiste en dar forma, volumen y caracterizaciones a las encías protésicas y a las futuras bases de la dentadura, mediante el agregado y/o eliminación de cera base rosada de lo que antes fue el rodete de mordida. De esta manera permite que la lengua, labios y mejillas se adapten a las superficies vestibular y palatina o lingual correctamente contorneadas. Mejora la estabilidad de las prótesis, le da su forma anatómica final que va a tener lo que representa el tejido blando.

#### **12.- PROCESADO**

Es el procedimiento por el cual se reemplaza la placa base y encerado por un material plástico duro y pulible. Este procedimiento consta de cinco etapas:

**12.1.- Enmuflado:** es el procedimiento en el que el modelo, placa base, encerado y dientes artificiales se incluyen dentro de una mezcla de yeso contenido en una mufla. La cual copiara las

características del encerado que serán reproducidas en la dentadura final.

**12.2.- Eliminación De Cera:** proceso que consiste en eliminar el encerado (cera u placa base) del conjunto que ha sido enmuflado obteniendo así el espacio que será ocupado por el acrílico termo-curable.

**12.3.- Empaquetado O Acrilado:** en este paso el acrílico termo-curable preparado es confinado en el espacio que ocupaba el encerado.

**12.4.- Polimerización del Acrílico:** es el proceso mediante el cual el acrílico pasa de su estado plástico a una consistencia dura y resistente por efecto el calor, esto se puede hacer en un autoclave o cocinando en baño maría.

**12.5.- Desenmuflado:** aquí se separa la prótesis del yeso en el que fue incluida, para el acrilado. Este paso por ser muy brusco hay que tener cuidado de no dañar el modelo ni la prótesis, debido a que para liberar el contenido de la mufla hay que darle fuertes golpes con un martillo.

### **13.- REMONTAJE Y AJUSTE OCLUSAL<sup>12</sup>**

El remontaje es el procedimiento por el cual se vuelve a colocar los modelos junto con la prótesis casi terminada sin pulir en el articulador semi-ajustable.

### **14.- ACABADO DE LAS PRÓTESIS**

En este paso se eliminan los excesos del acrilizado para luego alisar y pulir solamente las superficies externas de la prótesis, con el fin de

darle un buen acabado para que el paciente se sienta a gusto con su prótesis y que esta se vea más realista

## **FACTORES A TENER EN CUENTA EN LA ESTÉTICA DE PRÓTESIS TOTAL**

Los factores que influyen en la estética en prótesis total, son la proporción dental, color, tamaño y posición dental. También, posición de la sonrisa y línea labial y su relación con la visibilidad; la caracterización de la estética gingival; simetría de la disposición de los dientes; línea media dental - línea media de cara y labios. La selección de dientes depende de la dimensión vertical y de la relación céntrica, además de todos los factores que en el concepto dentogénico, se tienen en cuenta.<sup>12</sup>

### **FORMA**

La forma tiene tres dimensiones: La longitud, la amplitud y la altura. Siempre se desea tener una forma dental ideal, aunque pequeñas alteraciones no son de importancia para los pacientes. Los dientes masculinos son más cuadrados, angulados y menos curvados que los femeninos. La forma de los dientes puede clasificarse en tres grupos: triangular, ovoide y cuadrada. Además, estable la relación entre el contorno del diente central superior y la forma de la cara deben coincidir.

Formando cuatro formas básicas: cuadrada, triangular, ovoide y cuadrado-triangular.

### **Tamaño del diente**

Los dientes deben estar en proporción con la cara. Una variación en su medida puede tener un efecto adverso en la estética de la persona.

### **Ancho**

Para tomar esta medida se necesita establecer la línea media y la línea mayor de los caninos superiores. En el establecimiento de la línea media no es confiable guiarse por la posición del frenillo superior. Se obtienen mejores resultados, empleando la papila del labio superior, el frenillo inferior o empleando un hilo de seda desde la glabella hasta mentón. La línea media se marca en el rodete, plato base y sócalo del modelo.

### **Espesor**

Está determinado por la posición que deben ocupar los dientes en el reborde residual. Esta a su vez depende de la relación de los maxilares entre sí, de la relación labio alveolar y de la dimensión vertical.

### **Color del diente**

Para poder replicar la apariencia policromática de un diente natural, en un material acrílico no es fácil, pero lo importante, es la caracterización según la edad, en la cual se decidirá la cantidad de tonalidades incisales que se le puedan inferir al diente o la simulación de desgastes a este nivel. Además, puede ser útil la escogencia del color, en equipo.

## **1.3. Objetivo**

El objetivo del presente reporte de caso clínico es la de describir los procedimientos y de la funcionalidad puesto que recuperar la funcionalidad de una boca es lo básico para el bienestar del paciente, evitar que el resto de las estructuras dentarias del aparato masticador sigan sufriendo

deterioros puesto que las prótesis totales reemplazan incluso la dimensión vertical de la boca, evitando así mal posiciones articulares que tendrían efectos muy dispares; y estética, tal vez podría decirse que en la sociedad actual, como en tiempos pasados, la estética de la prótesis total se busca por necesidad y por ello, ya sea una necesidad impuesta estética y buena apariencia en los pacientes portadores de prótesis total.

## **CAPITULO II**

### **DEL CASO CLÍNICO**

#### **2.1. Presentación del caso clínico:**

Paciente de sexo femenino, de 81 años de edad, natural de Huaraz-  
Ancash, residencia actual Lima, acude a la consulta ; con Dx,  
desdentado total maxilar inferior y superior; necesita una prótesis dental  
total del maxilar superior e inferior.

#### **2.2. Objetivo.-**

El objetivo del presente reporte de caso clínico es la de describir los  
procedimientos y de la funcionalidad de la prótesis total, puesto que  
recuperar la funcionalidad de una boca es lo básico para el bienestar del  
paciente, evitar que el resto de las estructuras dentarias del aparato  
masticador sigan sufriendo deterioros, puesto que las prótesis totales  
reemplazan incluso la dimensión vertical de la boca, evitando así mal  
posiciones articulares que tendrían efectos muy dispares; y estética, tal  
vez podría decirse que en la sociedad actual, como en tiempos pasados,  
la estética de la prótesis total se busca por necesidad y por ello, ya sea



una necesidad impuesta estética y buena apariencia en los pacientes portadores de prótesis total.

### **2.3. Historia clínica.**

#### **I. FILIACIÓN.**

Sexo : Femenino  
Domicilio : Cercado de Lima  
Edad : 81 años  
Estado Civil : Casada  
Grado de Instrucción : Secundaria  
Religión : Católica

#### **II. ANAMNESIS.**

Ocupación : Ama de casa  
Procedencia : Huaraz -Ancash  
Nº de hijos : 3 hijos  
Médico de la Familia : no precisó  
Dirección : Cercado de Lima  
Tratada en : No precisa  
Medicamentos : No refiere  
Antecedentes Personales: No refiere  
Antecedentes Familiares: No refiere  
Antecedentes Sociales y laborales: No labora

#### **Antecedentes Protéticos:**

No utilizo prótesis total, parcial, ni fija.

### III. EXAMEN CLÍNICO GENERAL.

#### • ESTOSCOPIÍA:

- ❖ PAS, ABEG, ABEN, ABEH
- ❖ LOTEPE
- ❖ Fascies no característica
- ❖ PESO/ TALLA:
  - ❖ 70 kg/ 1.60mt
- ❖ FUNCIONES VITALES:
  - ❖ 36°C- FR 15xmin - PA 110/70 mmHg
- ❖ PIEL Y ANEXOS:
  - ❖ Sin alteración evidente.

**Estado General:** Bueno

### IV. EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO.

#### EXTRAORAL.



- ❖ Mesocéfalo
- ❖ Mesofacial
- ❖ Simetría facial aparente

- ❖ Musculatura alterada
- ❖ Perfil AP convexo
- ❖ Perfil vertical: normodivergente
- ❖ Fonación y deglución: normal
- ❖ Ausencia de hábitos
- ❖ ATM alterada
- ❖ Ganglios no palpables

**Tipo Psicológico:** Paciente receptivo

**Forma de la cara:** Rostro de forma ovoide

**Perfil facial:** Promedio

**Tono muscular:** Normal

- ✓ Simetría facial aparente
- ✓ Competencia labial
- ✓ Raza mestiza, piel trigueña.

**Perfil de la cara:** Convexo



**Apertura Bucal:** Grande

**Contorno Perioral :** Hipertónico

**Palpación de la ATM:** Palpación.

Auscultación.

Percusión.

Caracteres Normales.

**Labios:** Medianos, Delgados, Tónicos.

**Movilidad:** Normal.

**INTRAORAL.**

**Evaluar:**



- ✓ Labios adelgazados, simétricos, competencia labial, presencia de lesiones comisurales (queilitis)
- ✓ Carrillos sin alteraciones aparentes
- ✓ Paladar duro presenta lesiones petequiales
- ✓ Paladar blando móvil
- ✓ Orofaringe sin alteración aparente
- ✓ Piso de boca vascularizado
- ✓ Lengua grande, simétrica, movilidad aumentada
- ✓ Encía marginal y papilar ausente
- ✓ Escasa cantidad de encía adherida
- ✓ Dientes ausentes, refiere por múltiples exodoncias
- ✓ Higiene bucal deficiente

## **MAXILAR SUPERIOR:**



**Forma:** Ovoide

**Tamaño de los maxilares y su relación proporcional**

**Entre ellos:** Mediano

**Tipo de Reborde:** Max. Sup. Tipo I

**Zona Postdamming :** Tipo II de 1 a 5mm

**Tuberosidad:** Derecho: Grande.

Izquierdo: Pequeña

**Surcos Hamulares :** Profundo.

**Tipo de Mucosa :** Firme

**Bóveda Palatina :** Profunda.

Mucosa : Dura

Torus palatino: No

Forma: Tipo U

**Surco Vestibular :** Anterior: Mediano.

Derecho: Mediano

Izquierdo: Mediano

**Tonicidad de los Músculos Peribucales :** Tónicos

**Frenillos :** Inserción:

Anterior : Mediana

Posterior: Mediana

Reflejos : Escasos

**MAXILAR INFERIOR:**



**Forma :** Ovoide

**Tamaño del maxilar inferior :** Mediano

**Tipo de Reborde :** Max. Inf. Tipo III

**Relación de los rebordes maxilo-mandibulares:** Clase II

**Tipo de Mucosa :** Firme

**Papila Piriforme :** Derecho: Pequeño

Izquierdo: Pequeño

**Lengua:** Tamaño: Normal

Movilidad: Normal

Posición: Normal

**Inserción del frenillo lingual :** Baja

**Lesiones en Mucosa Oral :** Estomatitis Subplaca

**Saliva :** Calidad (tipo) – Cantidad – Influencias en la prótesis

Calidad: Normal

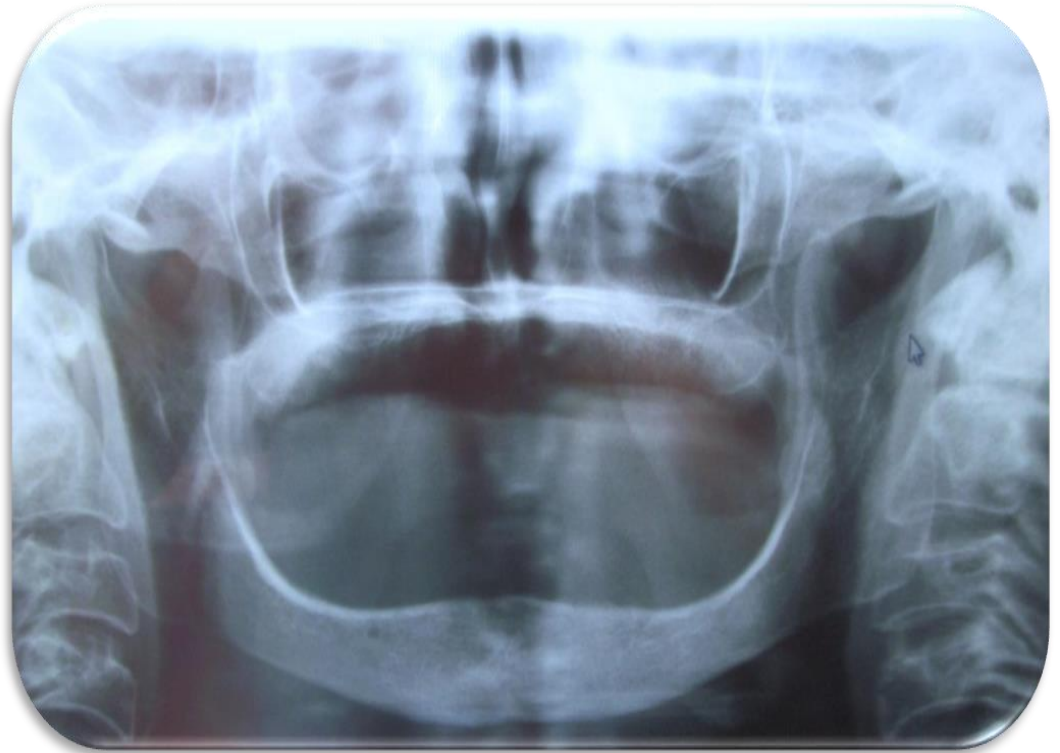
Cantidad: Normal

**V. Diagnostico presuntivo.**

Paciente desdentado total maxilar superior e inferior.

**VI. Exámenes auxiliares**

## Radiografía Panorámica:



Edéntulo parcial bimaxilar y cima de rebordes óseos regulares.

Neumatización alveolar de ambos senos maxilares a predominio del lado derecho con proximidad a la cima del reborde.

Reabsorción ósea alveolar en el maxilar superior.

Restos óseos dentro de características normales.

## FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES



**DE FRENTE**

**LATERAL IZQUIERDA**

❖ Mesocéfalo

**MODELOS DE ESTUDIO**



**VII. Diagnóstico definitivo:**

Paciente desdentado total maxilar superior y maxilar inferior.

**VIII. Plan de tratamiento.**

- **PRONOSTICO:** Bueno
- **DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE SALUD GENERAL:**
  - DM (+) sin tratamiento actual
  - RAM (-)
  - LOTEP
- **DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES ESTOMATOLÓGICAS.**
  - Estomatitis subprotésica
  - Edéntulo total del maxilar superior
  - Edéntulo total del maxilar inferior
- **FASES PARA UN PLAN DE TRATAMIENTO**
  - 1° Fase Sistémica:** No requiere



**2º Fase de higiene:** Instrucción al paciente del proceso de higienización y cuidados en el uso de las prótesis totales

**3º Fase Correctiva:** confección de dos prótesis totales dentales (sup e inf) en acrílico de termocurado con diente con esquema oclusal monopiano en articulador semi ajustable (balanceado)

**4º Fase de mantenimiento.** Controles periódicos de las prótesis totales en uso.

- **Primer control: ( a las 24 horas)**

Verificar la existencia de lesiones de superficie gingival causada por la base de la prótesis dental.

Determinar si hay retención de la prótesis (sobre extensiones, frenillos, post daming)

Verificar la estabilidad de la prótesis (masticación, oclusión)

Fonación y estética.

- **Segundo control (a las 72 horas)**

Verificar lesiones en la mucosa

Verificar la retención, estabilidad y fonación

- **Tercer control ( a los 7 días)**

Verificar lesiones en mucosa

Estabilidad

ALTA DEL PACIENTE: reforzar la fase de higiene y acentuar el compromiso de control de prótesis dental a los 6 meses.

## **PLAN DE TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO**

### **Tratamiento Pre- protético:**

No requiere

### **Tratamiento Protético:**

Confección de Prótesis Completa Bimaxilar Removible

✓ Para la Prótesis Superior las impresiones definitivas serán realizadas con la técnica de impresión tradicional.

1° CITA: historia clínica, Rx panorámica, fotografías, modelos de estudio

2° CITA: recorte de cubetas, toma de impresiones y de modelos primarios

3° CITA: adaptación de cubetas individuales, sellado periférico, impresiones definitivas con pasta zinquenolica

4° CITA; prueba de rodete inferior.

5° CITA: prueba de enfilado anterior

6° CITA: prueba de enfilado posterior

7° cita: instalación definitiva

8° cita: 1er control

9° CITA: segundo control

10° CITA: tercer control

11° CITA : alta del paciente

## PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO DEL TRATAMIENTO

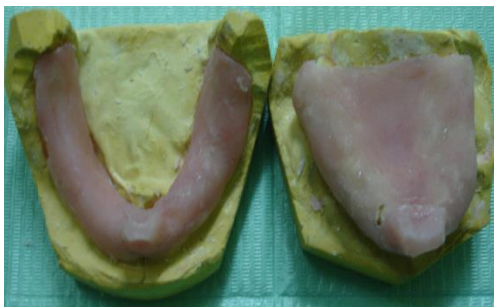
IMPRESIONES PRIMARIAS  
TÉCNICA ALGINATO- ALGINATO



MODELOS PRIMARIOS



DISEÑO Y CONFECCIÓN DE  
CUBETAS INDIVIDUALES



IMPRESIONES DEFINITIVAS  
SELLADO PERIFÉRICO CON GODIVA



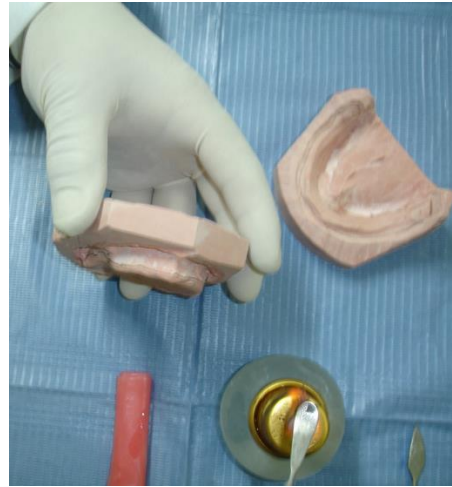
IMPRESIONES DEFINITIVAS



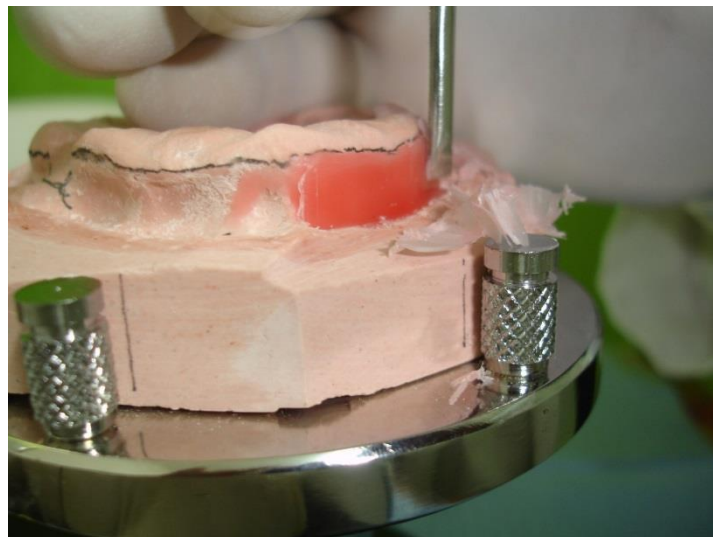
MODELOS DEFINITIVOS O DE TRABAJO,  
ENCAJONADO Y VACIADO



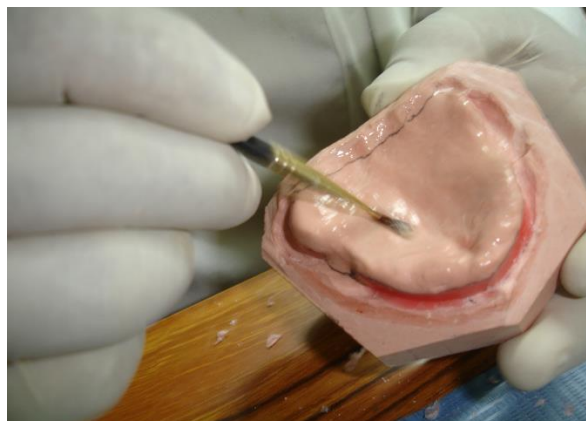
CONFECCIÓN DE PLACAS BASE Y RODETES DE  
OCLUSIÓN Y CONTORNO



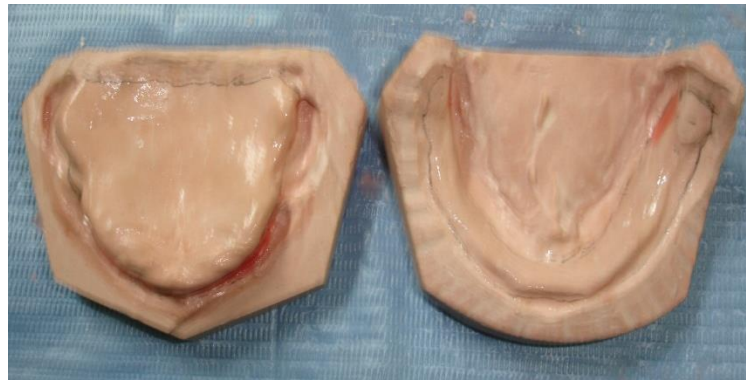
USO DEL PARALELIGRAFO



AISLAMIENTO DE MODELOS



## MODELOS AISLADOS



## CONFECCIÓN DE PLACA BASE



## CONFECCIÓN DE RODETES



## PRUEBA DE RODETES



**TOMA DE REGISTROS**



**TOMA DE REGISTROS**



**MONTAJE EN EL ARTICULADOR**



ENFILADO DIENTES ANTERIORES Y POSTERIORES





ENFILADO DIENTES ANTERIORES Y POSTERIORES



PRUEBA EN BOCA DE ENFILADO



DENTADURAS ACRILIZADAS TERMINADAS



INSTALACIÓN DE PRÓTESIS TOTALES





FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES

ANTES

DESPUÉS



FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES

**Con las prótesis completa terminada e instalada en boca**

## **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios este reporte de caso presenta la secuencia clínica y los procedimientos técnicos de laboratorio en la confección de la prótesis total como tratamiento para mejorar la estética, la función y la fonética que se presentan en los pacientes edéntulos totales bimaxilares. Este tipo de rehabilitación bucal permite devolver de manera artificial las piezas dentarias que fueron perdidas ya sea por caries dental, por traumas o por enfermedad periodontal en los pacientes adultos.

## **CONCLUSIONES**

1. Cada paso debe ser seguido con bastante precisión, ya que cualquier error influenciara en la estabilidad de la prótesis.
2. Se aceptó el tratamiento de rehabilitación con prótesis dental total, mejora la calidad de vida de los pacientes.
3. Es grande la satisfacción de los pacientes de la tercera edad desdentados totales bimaxilar con la rehabilitación con prótesis completa convencional de forma aceptable y anatómica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arce Ramírez, William, presenta la tesis Propuesta de un Plan de Mejora de la Salud bucodental en el Hogar del Adulto Mayor Alfredo y Delia González Flores de San Pablo de Heredia, Costa Rica 2012
- Basker R, Davenport J. Prosthetic Treatment of the edentulous patient. 4th ed. Great Britain: MPG Books Ltd, Bodmin, Cornwall; 2002.
- Capuselli H, Schwartz T. Tratamiento del desdentado total. 2ª. Edición. Buenos Aires: Mundi; 1980, 178-195.
- Devlin H. Complete Dentures, Aclinical Manual for the General Dental Practitioner. Berlin : Springer; 2002.
- Drucke W, Klemm B. Bases de la Prótesis Dental Total. Falgueras R, Sarmiento J, Traductores. Barcelona: Ediciones Doyma; 1991.
- Fuentes F. Sistema estomatognático y prostodoncia total. División Publicaciones de la Universidad de la República. 1982.
- Hayakawa I. Principles and Practices of Complete Dentures, creating de mental image of a denture. Tokio: Quintessence Publishing Co., Ltd.; 1999.
- Hidalgo López Isidro, presenta el artículo de revisión de Oclusión en prótesis total, Lima 2009
- Kawabe S. Kawabe's Dentaduras Totales. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas; 1993.
- Landa JC. A scientific approach to the study of the temporomandibular joint and its relation to occlusal disharmonies. J Prosth Dent. 1957; 7(2): 170.
- Lehrhaupt J. Impresiones en prostodoncia total. Fascículo de prótesis No. 3 de la A.O.U. 1974.
- Llena Plasencia JM. Prótesis completa. España: Labor S.A.; 1988.

- McCord J, Grant A. Trial dentures, insertion of processed dentures and review of complete dentures British Dental Journal. 2000 July 8;189(1): 4-8.
- Mendoza de Elias R. Manual de manejo del articulador Whip Mix. Ciudad Juárez, México: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; 2004
- Millares W, et al. Manual de Procedimientos de Laboratorio Prótesis Total. Lima: Multiimpresos S.A.: 1996.
- Moreno Iza Byron Vinicio, tesis “Influencia de las prótesis totales desadaptadas sobre los tejidos de soporte en ancianos del hogar Chimborazo” Quito – Ecuador 2014.
- Pennacchiotti Vidal, Gina, tesis “Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitados” Chile 2006
- Rodriguez Alvarado Rosa María, presenta la tesis “Grado de reabsorción del reborde residual en pacientes portadores de prótesis total, atendidos en el Hospital II “Daniel Alcides Carrión “Pasco Perú 2014
- Winkler Sh. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Dentaduras Completas. México, D.F.: Interamericana; 1982.
- Zarb G, Bolender C, Hickey J et al. Prostodoncia total de Boucher. 10ª. Edición. México: Interamericana; 1994.
- Zevallos Echevarria Stefany Anabel, tesis “Estudio de pérdida de la dimensión vertical en pacientes desdentados totales, atendidos en la clínica odontológica de la UNDAC Pasco 2013”, el 2014 en Pasco Perú.

## ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO-PRÓTESIS COMPLETA

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones, léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que pueda realizarle dicho procedimiento.

El/la que suscribe \_\_\_\_\_, DNI N° \_\_\_\_\_, con domicilio en calle \_\_\_\_\_ otorgo mi consentimiento a la colocación de una prótesis dental \_\_\_\_\_ completa, propuesta por el/la Dr/a \_\_\_\_\_.

A propósito declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente que el objeto del tratamiento es reemplazar los dientes naturales perdidos y rehabilitar las estructuras óseas que se van atrofiando a lo largo del tiempo tras la pérdida de los dientes.

**MATERIAL CONVENIDO:** \_\_\_\_\_

#### LIMITACIONES

Al carecer de sujeción al hueso, estos aparatos experimentan una cierta movilidad al comer, sobre todo el inferior. Una limitación estética derivada de esta inestabilidad, es que en prótesis completas los dientes anteriores y superiores no siempre pueden montarse sobre los anteriores e inferiores, sino que los bordes cortantes tienen que estar a la misma altura que la cara triturante del resto de los dientes, por eso cuando existen dientes naturales anteriores e inferiores, los dientes de la prótesis superior suelen ser más cortos que los originales.

#### RIESGOS TÍPICOS

- Sensación extraña de ocupación,
- Más producción de saliva de lo normal,
- Disminución del sentido del gusto,
- Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos,
- Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua,
- Algunas molestias en las zonas donde apoyan las prótesis, sobre todo a la altura de los bordes,
- Probablemente se muevan mucho al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados
- Probable cambio de color

#### RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos antes descritos, por mis circunstancias especiales hay que esperar los siguientes riesgos:

\_\_\_\_\_

#### RECOMENDACIONES

- Los primeros días, procure cerrar la boca y masticar con cuidado para no morderse y sobrecargar las encías.



- Inicialmente, mastique suavemente alimentos blandos y no pegajosos, pasando poco a poco a comer productos más consistentes.

### **INDICACIONES**

- Lavar la prótesis y la boca después de cada comida.
- Una vez al día, limpiar la prótesis con cepillo especial y un poco de pasta dentífrica o jabón, para evitar la formación de sarro. Después aclárelas con agua.
- Es aconsejable que se de masajes en las encías para mejorar su riesgo sanguíneo y prevenir en lo posible su reabsorción.
- Se debe realizar revisión cada seis meses para efectuar correcciones adaptativas requeridas por las modificaciones que sufren las encías.
- Acudir a una consulta inmediata siempre que aparezcan molestias en las encías que no desaparezcan al cabo de cuatro o cinco días.

He leído las instrucciones de manejo, cuidado y mantenimiento que me ha entregado el Dr. \_\_\_\_\_ y he comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje claro y sencillo, he podido realizar todas las observaciones y se me han aclarado todas las dudas; por lo que estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir retoques, por lo que me comprometo a regresar a la próxima consulta el día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Hora \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Representante

Firma del Profesional