

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL REPORTE DE CASO CLÍNICO DE PACIENTE EDÉNTULO EN EL SECTOR SUPERIOR E INFERIOR CON TRATAMIENTO DE PRÓTESIS PARCIAL

Para optar: El título profesional de Cirujano Dentista

Autor: Cerron Aliaga, Diego Alejandro

Asesor: Mg. Anticona Gonzales James Raul

Líneas de Investigación de Universidad: Salud y Gestión de la Salud

Líneas de Investigación de la Escuela profesional: Investigación Clínica y Patológica

Lugar o Institución De Investigación: Huancayo - Junín

HUANCAYO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mis padres por el apoyo brindado durante toda mi vida y mucho más en el tiempo de vida universitaria. A mis abuelas, mis hermanos y hermana por sus palabras de aliento y fortaleza para seguir mis sueños.

AGRADECIMIENTO

A mis padres por su amor, comprensión y palabras de aliento que me dieron fuerza para seguir continuando con esta linda carrera profesional.

Y por supuesto a mis docentes y compañeros de la Escuela Académica Profesional de odontología de la Universidad Peruana Los Andes, por permitirme concluir con una etapa de mi vida, gracias por la paciencia, orientación y guiarme en el desarrollo de mi camino para llegar a ser un profesional.

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

REPORTE DE CASO CLÍNICO DE PACIENTE EDÉNTULO EN EL SECTOR SUPERIOR E INFERIOR CON TRATAMIENTO DE PRÓTESIS PARCIAL

Cuyo autor (es) : CERRON ALIAGA DIEGO ALEJANDRO
Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional : ODONTOLOGÍA
Asesor (a) : MG. ANTICONA GONZALES JAMES RAUL

Que fue presentado con fecha: 19/04/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 21/04/2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 24%.

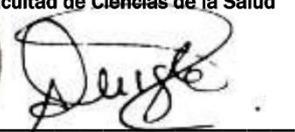
En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software dos veces.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 21 de abril de 2023

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud



Ph.D. EDITH ANCCO GOMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 171 - DUI - FCS - UPLA/2023

c.c.: Archivo
EAG/vjchp

CONTENIDO

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CONTENIDO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.2. OBJETIVOS	9
2.3. MARCO TEÓRICO	9
2.3.1. Antecedentes	9
2.2.2. Bases Teóricas o Científicos	13

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1 HISTORIA CLÍNICO	21
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL	23
3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL	24
3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO	27

CAPÍTULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO	33
--------------------------	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN	34
CAPÍTULO VI	
CONCLUSIONES	34
CAPÍTULO VII	
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	35

RESUMEN

El trabajo desarrollado tuvo como finalidad determinar la confección de la prótesis parcial removible, el caso clínico mostrado es la paciente de iniciales D.A.A., de 52 años de edad, casada, fecha de nacimiento 14 de marzo de 1970, en el motivo de consulta menciona que desea realizarse la prótesis para poder comer bien, antecedentes patológicos, padece de gastritis aguda e intervenida quirúrgicamente hace 6 años de la vesícula biliar, en la evaluación intraoral forma de arco cuadrangular sector superior, ovalada sector inferior, tamaño del arco mediano, clasificación de Kennedy superior clase I, inferior clase I, overbite 10%, overjet 2mm, de pronóstico favorable, plan de tratamiento evaluación, historia clínica, diagnóstico presuntivo, exámenes auxiliares, diagnóstico definitivo, confección de la prótesis.

Habiendo logrado cumplir los objetivos propuestos y sobre todo cubrir las necesidades masticatorias de la paciente, se concluye que es de suma importancia hacer un buen diseño para la confección de prótesis parcial removible y seguir el debido protocolo de realización de este para así poder conseguir un resultado positivo. Es importante tener en cuenta la sustitución de los dientes perdidos ya sea por funcionalidad o estética ya que ayuda a la paciente a poder tener una mejor calidad de vida.

Palabra clave: prótesis, removible, edéntulo, parcial, clasificación de Kennedy

ABSTRACT

The work developed had as purpose to determine the confection of the removable partial prosthesis, the clinical case shown is the patient with initials D.A.A., 52 years old, married, date of birth March 14, 1970, in the reason for consultation she mentions that she wants to have the prosthesis to be able to eat well, pathological antecedents, suffers from acute gastritis and had surgery 6 years ago of the gallbladder, in the intraoral evaluation quadrangular arch shape upper sector, oval upper sector, medium arch size, Kennedy classification, oval lower sector, medium arch size, Kennedy classification upper class I, lower class I, OB 10%, OJ 2mm, favorable prognosis, treatment plan, evaluation, medical history, presumptive diagnosis, ancillary tests, definitive diagnosis, prosthesis fabrication.

Having achieved the proposed objectives and above all to cover the masticatory needs of the patient, it is concluded that it is of utmost importance to make a good design for the fabrication of removable partial prosthesis and to follow the proper protocol for its realization in order to achieve a positive result. It is important to take into account the replacement of missing teeth either for functionality or aesthetics as it helps the patient to have a better quality of life.

Keywords: denture, removable, edentulous, partial, Kennedy classification

INTRODUCCIÓN

La salud bucal esta considera con la capacidad de masticar, hablar, sonreír, hablar, a través de expresiones sin molestia alguna, pero la ausencia de piezas dentarias impide poder realizarlo con normalidad. Las causas de la falta de dientes es la caries, enfermedades periodontales que son propias algunas de la edad.

Siendo por ello que la confección y colocación de prótesis parcial removible es un tratamiento alternativo para los pacientes, pero no solo es realizarse el tratamiento sino el cuidado que se debe de tener con estas prótesis ya que puede ocasionar fracturas, desgates, pérdida de piezas dentarias, desadaptación, con llevando una prótesis en mal estado y problemas en la salud oral.

Existen diversos parámetros para poder conocer el estado de la prótesis como la oclusión, la estética, masticación, habla, teniendo en cuenta ello se evalúa al paciente con la prótesis y ver la adaptación de la pretesis en boca y evitando traumas o lesiones que puedan evitar que el paciente use la prótesis parcial removible.

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país existe problemas que conllevan una situación económica baja ocasionando la vulnerabilidad de las personas y un mal hábito en la salud de la sociedad, siendo el distrito con las personas edéntulas el Callao con el 72% con el rango de edad de 32 a 40 años, en el maxilar superior con el 13.4% eras edéntulos totales y el 86.6% son edéntulos parciales, como conjunto viéndose así mismo esto en países subdesarrollados siendo mencionado por la organización mundial de la salud. (1)

La estructura de la PPR y el diseño es el plan de tratamiento y actúa como guía en las personas edéntulas y el aparato económico, siendo el diseño en el proceso de elaboración, conociendo detalles para la estructura de la PPR y el diseño del tratamiento que sirve como guía en la etapa de preparación de la cavidad bucal. (2)

2.2. OBJETIVOS

Objetivos Generales:

- Conocer los materiales para la realización de prótesis parcial removible.
- Conocer el abordaje en pacientes desdentados para prótesis parcial removible.
- Realizar perfectamente el diseño de la prótesis.

Objetivo Especifico:

Categorización de la prótesis parcial removible en pacientes edéntulos.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. Antecedentes

Antecedentes nacionales

Di Natali C. desarrollo un trabajo con la finalidad de establecer su aplicación de un manual de PPR, método es experimental, aplicándose una encuesta conteniendo las dimensiones que conforman la variable en los resultados se aplico la prueba t de student, en la que se aplico calificaciones obtenidas en los resultados se tiene que el p valor es de 0.000 inferior a 0.05 aplicándose el manual para mejorar el logro de competencias de 15.03 con el grupo de control de 11.82 en la que se buscó demostrar el cumplimiento de la hipótesis. (3)

Chalco A. Realizo en el trabajo que busca analizar la calidad en el diseño de los apoyos oclusales, método es descriptivo, cuantitativo, con la población de unidades de estudio y el grupo control con 160 unidades de estudio, en los resultados indican que los arcos en el inferior es de 52.6%, superior es de 100%, según las clases de Kennedy es de I el 36.1%, II el 70%, III es de 100%, según las subdivisiones es de 0 el 44.3%, 1 el 74.2%, 2 el 96.9%, 3 el 100%, según el diseño de retenedores es incorrecto el 16.5%, correcto el 100%, diseño de los conectores mayores es de incorrecto el 60.8%, correcto el 100%, según el diseño de las bases incorrecto es de 14.4%, correcto 100%, en conclusión el diseño de los apoyos que un 57% del diseño fueron ejecutados incorrectamente con relación de la clase de Kennedy. (4)

Quiquia A. El trabajo que tiene como propósito conocer frecuencia errores en la prótesis removible con el método de observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, con la muestra de 40 internos, los resultados indican que

frecuencia de error en diseño de la PPR, adecuado 27.5% deficiente 32.5%, frecuencia de error en el diseño correcto es de 72.5%, incorrecto es de 27.5%, error en el diseño del conector mayor removible en edentulismo inferior clase I de Kennedy es correcto 65%, incorrecto 35%, en el diseño del conector menor en la clase I de Kennedy es correcto 42.5%, incorrecto es 57.5%, diseño de los retenedores de la prótesis parcial removible es de 80% correcto, en conclusión de la PPR edentulismo inferior en la clase I es un error frecuente de 40% con N= 16. (5)

Alfaro E. El trabajo determinar las características de los modelos de trabajo, método observacional, descriptivo, muestra de 180 modelos, en los resultados muestra que el 0%, ausencia de paralelizado es de 100%, descansos de los modelos de trabajo presencia es de 27.2%, ausencia es de 72.8%, planos guías en modelos es de 15.6%, ausencia de planos guías es de 84.4%, diseño de modelos es de 21.7%, ausencia es de 78.3%, tipo de yeso usado es de tipo IV 84.4%, yeso tipo III es de 15.6%, en conclusión el estudio de la evidencia de los modelos de trabajo para prótesis parcial removible no cumple con las características adecuadas para la confección de un prótesis. (6)

Antecedentes Internacionales

Saquipulla J. Et al. Se formulo un trabajo con la finalidad determinar el estado de las prótesis parciales removibles, método es de tipo descriptivo, corte transversal, con la muestra de 78 pacientes, en los resultados indican que el estado protésico fueron muy bueno el 37.2%, regular es de 34.9%, bueno es de 20.9%, malo es de 7%, con las edades promedio de 40-60 años teniendo una prótesis muy buena, la clase de Kennedy I es de 25.6%, clase II es de 41.9%,

Clase III es de 30.2%, clase IV 2.3%, en conclusión el estado de los pacientes con PPR se encuentra en muy buen estado. (7)

2.3.2. Bases Teóricas o Científicos

PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES

Es un tratamiento de rehabilitación oral, que reemplaza dientes perdidos y tejidos orales vecinos por medio de aparatos que el paciente puede remover o insertar de manera voluntaria (9).

El objetivo de las prótesis parciales removibles es: mantener la salud del sistema masticatorio, evitando malas posiciones dentales, distribuyendo las cargas oclusales, permitiendo así la restauración de las funciones orales, comodidad y estética sin interferir en la fonética del paciente (13) (14).

Edentulismo parcial

El edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca. Las personas que presentan esta condición, ven afectada su calidad de vida al presentar limitaciones en actividades tales como: hablar, comer y sonreír, este último afecta debido al compromiso estético que provoca al no tener todas las piezas dentarias. Las causas de pérdidas dentarias son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal (2).

Estudios realizados sobre la prevalencia del edentulismo parcial determinan una gran pérdida dentaria, la misma que aumenta con la edad como es el caso de una investigación realizada en una población chilena en donde la prevalencia de edentulismo en el año 2003, en el rango de 35-44 años fue de 79,7% y de 98,9% en el rango de 65-74 años (15). Una investigación similar

realizada por la Universidad Central del Ecuador en la comunidad de Peguche de la provincia de Imbabura, determinó una prevalencia de 67,7% de edentulismo parcial (16). Estos datos estadísticos se asemejan en el resto de países de América Latina, donde se evidencia población edéntula en grandes escalas, denotando la necesidad de tratamientos protésicos para solucionar estos problemas (17) (18).

Clasificación de las arcadas parcialmente edéntulas

Para facilitar la clasificación de los pacientes desdentados parciales se ha propuesto varios tipos, la más usada es la del doctor Edward Kennedy (1925), la cual agrupa a las arcadas desdentadas para que se pueda establecer varios principios que faciliten el diseño de cada situación clínica.

Se divide en 4 tipos básicos a los que añade modificaciones:

Clase I: edéntulo en el sector posterior bilateral

Clase II: área edéntula en el sector posterior unilateral.

Clase III: piezas edéntulas en el sector posterior unilateral con la tercer molar.

Clase IV: edéntulo en el sector anterior (9).

COMPONENTES DE UNA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Dentro de los componentes de un PPR tenemos:

- Apoyo: es la extensión rígida que trasmite las fuerzas funcionales.
- Retenedores directos: elementos con resistencia el desplazamiento.
- Retenedor indirectos: ubicación en la línea del fulcro y rotación en la base protésica.
- Conector mayor: permite conectar la prótesis del lado opuesto (19).

ESTADO PROTÉSICO

Es la condición en la que se encuentran las prótesis dentales removibles después de un tiempo de ser instaladas en boca. Para que una prótesis sea considerada en buen estado deberá cumplir con ciertos parámetros aceptados y basados en evidencias científicas, que sustentan la rehabilitación protésica (20).

Los requisitos incluyen:

1- Oclusión

La armonía oclusal entre las prótesis parciales removibles y los dientes naturales remanentes junto a un correcto diseño del aparato protésico, lleva a una rehabilitación protésica adecuada para el paciente edéntulo parcial que va a determinar cómo se integra el aparato protésico a la función del sistema oral, de modo que cumpla con el objetivo de preservación del remanente biológico y que las actividades básicas de la masticación, deglución y fonación sean adecuadas (9) (21).

La fundamentación de la oclusión para la prótesis parcial removible debe estar basada en varios principios que se aplican según cada clase de Kennedy que presente el paciente, para que se considere como oclusión ideal esta dependerá de la clase de Kennedy, la misma que será analizada en apertura y cierre y en movimientos excéntricos.

- En apertura y cierre: los dientes posteriores ocluyen de manera uniforme y simultánea, principio de estabilidad oclusal (9).
- Oclusión excéntrica: se define en base a las piezas dentarias que guían el movimiento contactante, desde la oclusión máxima hasta la lateralidad o

protrusiva que son los dos tipos de movimientos que se dan dentro de este grupo. En movimientos de lateralidad pueden existir dos posibilidades que se describen a continuación:

- Función o guía canina: transcurre en los movimientos de lateralidad en el lado de trabajo, el canino inferior se desplaza por la cara palatina del canino superior, desocluyendo el lado de no trabajo y las restantes piezas del lado de trabajo.
- Función de grupo: es cuando además del canino, contactan otras piezas del lado de trabajo, ya sean dientes posteriores o dientes anteriores. En estos movimientos los contactos del lado de trabajo generan desoclusión del lado de no trabajo evitando interferencias. En movimientos de protrusión tenemos:
- Guía anterior: relación dinámica de los dientes anteriores inferiores con los dientes anteriores superiores, en movimientos de protrusión mandibular, en este tipo de movimiento debe haber una desoclusión de los dientes posteriores sin la presencia de interferencias (22).

En estos movimientos en clase I, II y III de Kennedy se aplican los mismos principios oclusales que en pacientes dentados.

En una clase IV de Kennedy se procura tener una oclusión balanceada bilateral, al igual que en casos en donde tengamos una dentadura antagonista que sea una prótesis completa, se debe procurar una oclusión balanceada bilateral en movimientos excéntricos (9). Esta Oclusión balanceada bilateral se refiere a contactos dentales simultáneos durante los movimientos excéntricos (lateralidad y protrusiva), las fuerzas oclusales laterales generadas durante los movimientos son compartidas por todos los dientes y la articulación temporomandibular (23) (24).

2- Adaptación de los retenedores en prótesis parcial removible.

Los retenedores son elementos diseñados para mantener y retener la prótesis removible en boca, evitando que se separen de los dientes y de las mucosas durante la masticación, las cuales deben estar adaptados de manera correcta y funcional sobre el diente pilar. Los retenedores se colocan sobre la cara externa del diente pilar para su retención, la misma que se basa en la resistencia del metal a la deformación, que es proporcional a la flexibilidad del brazo retenedor (25).



AUTORES: Juan Saquipulla; Diego Sánchez.

Componentes de un retenedor

Dentro de los componentes de un retenedor tenemos los siguientes:

- Cuerpo y hombro: parte que conecta al apoyo oclusal y los hombros del retenedor con el conector menor y descansa sobre la línea ecuatorial.

Lugar donde nacen todos los elementos constitutivos del retenedor, este debe ser rígido y estar ubicado arriba del ecuador dental, proporcionando estabilidad a la prótesis.

- Apoyo: elemento rígido, ubicado en las caras oclusales de molares, premolares o a nivel de las caras palatinas o linguales de incisivos o caninos de los dientes remanentes, estos apoyos evitan los movimientos intrusivos de las prótesis hacía los tejidos blandos y protege las estructuras periodontales.
- Gancho reciproco: contrarresta las fuerzas ejercidas por el gancho retentivo, consta de un hombro y una punta con una forma de media caña, ubicada hacia oclusal del ecuador dental, en la superficie opuesta al brazo retentivo, su espesor es uniforme en toda su extensión y es más grueso que el brazo retentivo, esto le permite neutralizar las fuerzas generadas por el brazo retentivo contra el diente.
- Gancho retentivo: contrarresta las fuerzas ejercidas por el gancho reciproco, brinda retención a la prótesis y está ubicado por debajo de la línea ecuatorial, en sus dos tercios incisales es rígido y se ubica por encima del ecuador dental; la punta es más delgada y se ubica en la zona retentiva por debajo del ecuador dental, la forma ahusada le da flexibilidad, y se deforma para pasar sobre el ecuador, ofreciendo resistencia cuando la prótesis es desplazada en sentido oclusal. La fuerza ejercida sobre el pilar por el brazo retentivo del gancho debe ser neutralizada por una fuerza igual u opuesta, esta función la cumple el brazo reciproco (19) (26). Para determinar si el retenedor está correctamente adaptado al diente pilar se procede a observar clínicamente que “una vez conseguida la posición final

de asentamiento” todos los elementos del retenedor de la PPR se adapten correctamente al diente pilar, sin lesionar a los tejidos periodontales (10) (27).

Ilustración 3: COMPONENTES DE UN RETENEDOR.



3- Estomatitis subprotésica

Habitualmente se localiza en el paladar duro en los pacientes que utilizan prótesis dentales removibles, por lo que se define como un proceso inflamatorio de la mucosa bucal.

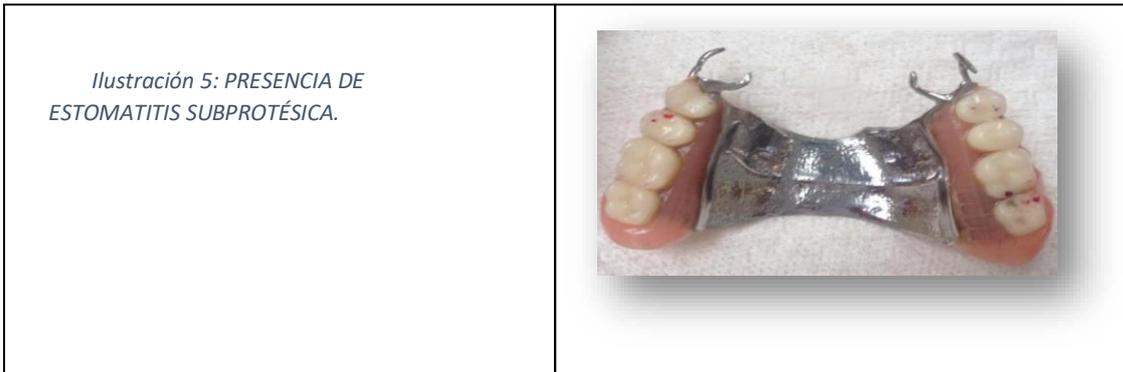
Existen varios factores predisponentes, como son: la falta de higiene oral, edad, infecciones por *Cándida*, diabetes, déficit inmunológico, consumo de tabaco y permanecer con la prótesis colocada por la noche. La patología siempre se presenta en portadores de prótesis extraíbles, pudiendo provocar traumatismos de repetición, reacciones alérgicas y alta probabilidad de formación de nichos para microorganismos y residuos alimenticios, esto cuando sus superficies son rugosas (28).

En 1962, Newton propuso una clasificación de esta entidad, basada en la apariencia clínica de la inflamación de la mucosa de los maxilares debajo de la prótesis, las mismas que se describen a continuación:

Tipo I: Existencia de puntos eritematosos o áreas hiperémicas localizadas.

Tipo II: Presencia de una zona difusa hiperémica en los tejidos de soporte de la prótesis.

Tipo III: Presencia de lesiones de aspecto papilomatoso (28) (29).



4- Pigmentos exógenos

Los pigmentos exógenos alteran el color de los dientes protésicos de manera superficial, la presencia de pigmentos son indicadores de envejecimiento y deterioro, varias causas pueden contribuir al cambio de color o la pigmentación de las prótesis dentales después de un largo tiempo de uso, debido a que en la cavidad bucal está expuesta a un sin número de sustancias cromáticas (30).

Entre las causas que originan las pigmentaciones externas tenemos:

- Origen alimenticio (como el té, vino, chocolate).
- Origen tabáquico.
- Tiempo de uso.

Origen Alimenticio: los dientes artificiales de resinas acrílicas tienen la capacidad de sorción, por lo tanto absorben saliva y líquidos tales como bebidas que son potencialmente cromogénicos. La absorción y adsorción son mecanismos por los cuales las bebidas pueden conducir a la decoloración exterior del polímero debido a la penetración y la reacción de estos materiales a los agentes colorantes, sumando a esto la acumulación de placa bacteriana a nivel de las prótesis y la degradación de la superficie de los dientes protésicos que son factores que contribuyen a la pigmentación.

Los colorantes naturales y artificiales se encuentran comúnmente en los alimentos de la dieta humana. Los estudios demuestran que las bebidas como el café son cromogénicos, también se ha sugerido que las bebidas alcohólicas como el vino promueven el ablandamiento y la degradación de la superficie polimérica del material. Por otra parte, el bajo pH de las bebidas ácidas como las bebidas de colas también puede dañar la integridad de estos materiales (31). Para conocer si esta pigmentada los dientes protésicos o su base, se observan manchas de color café pardusco, amarillento, la gran mayoría se depositan alrededor del margen gingival protésico. Las sustancias más comunes son el café; té, frutas, verduras, vino tinto, refresco de cola (31).

Origen Tabáquico

Fumar: Las pigmentaciones tabáquicas se dan debido a la precipitación de alquitranes, las cuales se depositan en toda la boca afectando también a las prótesis dentales. El alquitrán que se encuentra en los cigarrillos, produce una mancha amarilla en los dientes artificiales de las prótesis removibles, además la nicotina pigmenta de un color amarillento, café y oscuro (31).

Ilustración 7: MANCHAS DE COLOR PARDUSCO A NIVEL DEL MARGEN GINGIVAL PROTÉSICO.



Especificación del estado protésico

Para determinar el estado protésico de los pacientes portadores de PPR, nos basamos en evidencias científicas que nos ayudan a determinar las características óptimas en las que deben mantenerse la PPR ya instalada en boca, para este estudio hemos tomado 4 características de las muchas que debe tener una PPR, estas han sido seleccionadas debido a su objetividad, detallándose a continuación:

- 1-** La oclusión: en la elaboración de las PPR, una de las características principales a cumplir es conseguir una adecuada oclusión, la misma que debe estar en armonía con la oclusión propia del paciente, debido a que no todas las personas portadoras de PPR tienen las mismas características, la oclusión se valora de acuerdo a la clasificación de Kennedy que presente, esto en apertura, cierre y en movimientos de lateralidad y protrusiva (9), así tenemos:
- 2-** Adaptación de los retenedores: para determinar si los retenedores están adaptados se procede a observar clínicamente: el brazo retentivo, el brazo opositor junto con el apoyo oclusal, palatino o lingual dependiendo el caso; una vez hecha la posición final de asentamiento de la PPR se adaptan

correctamente al diente pilar sin lesionar a los tejidos periodontales (10) (27). Si los retenedores cumplen estas características se marcará como adaptado, por el contrario si los retenedores no cumplen con estas características, se marcará como no adaptado.



AUTORES: Juan Saquipulla; Diego Sánchez.

- 3-** Pigmentación protésica: con el paso del tiempo las prótesis removibles tienden a pigmentarse ya sea en su base o a nivel de los dientes artificiales, esto debido a diversas causas ya explicadas anteriormente, (30)(31) (32) para poder determinar estos pigmentos exógenos se procede a observar clínicamente la presencia o no de estos, según dos parámetros:
- a.** Prótesis sin pigmento: ausencia de pigmentos en los dientes artificiales o en bases protésicas.
 - b.** Prótesis con pigmentos: presencia de pigmentos en los dientes artificiales, en las bases protésicas o en ambas.



AUTORES: Juan Saquipulla; Diego Sánchez.

- 4- Estomatitis subprotésica: es una prótesis mal adaptada se da como alteraciones que indican un mal estado protésico (28) (29).



AUTORES: Juan Saquipulla; Diego Sánchez.

Escala de medición del estado de las PPR

Para poder determinar en qué estado se encuentran las PPR se debe analizar 4 parámetros ya establecidos (oclusión, adaptación de los retenedores, pigmentos exógenos y la estomatitis subprotésica), los mismos que deben tener una afirmación determinada, la cual consiste en:

La escala presentada en este estudio no tiene validación, debido a que no existen estudios de este tipo, por lo tanto se propone que esta escala sea validada para posteriores estudios.

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1 HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

- **DATOS DE FILIACION**

Nombre y Apellidos: Daria Aliaga Ames

Edad: 52

Estado civil: Casada

Domicilio: Jr Bartolomé Guerra 288

Fecha de Nacimiento: 14/03/1970

Lugar de Procedencia: Chupaca

- **RESUMEN Y EVALUACIÓN DE LA ENCUESTA**

Paciente refiere sentirse bien de salud, refiere también no padecer alergia a ningún tipo de medicamento o anestésico, refiere haber sido intervenida quirúrgicamente de la vesícula biliar por lo cual fue hospitalizada hace 6 años.

Refiere cepillarse los dientes todos los días 3 veces al día, también tener dificultad para masticar y que a veces siente un pequeño ruido al abrir la boca el cual luego desaparece.

No tiene hábitos nocivos.

- **MOTIVO DE CONSULTA**

“Quiero hacerme mis prótesis ya que no puedo comer bien”

- **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente refiere que hace 11 años comenzó a sentir dolor leve localizado en sus molares superiores izquierdos al ingerir alimentos y bebidas frías, luego de algunos meses el dolor se fue intensificando por las noches y se irradiaba por lo cual se las hizo extraer. Actualmente refiere que le es muy difícil masticar sus alimentos por lo cual no puede comer bien.

- **ANTECEDENTES GENERALES**

Cuenta con servicios básicos, alimentación balanceada, refiere cepillarse 3 veces al día.

- **ANTECEDENTES MEDICO FAMILIARES**

No refiere

- **ANTECEDENTES PATOLOGICOS**

Refiere padecer gastritis aguda y que fue intervenida quirúrgicamente de la vesícula biliar hace 6 años.

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

- ▶ PA: 110/70 mm Hg
- ▶ PULSO: 78 ppm
- ▶ TEMPERATURA: 36.5
- ▶ FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20 rpm

3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

- **Examen extrabucal**

- FACIE: No característica
- CRÁNEO: Normocefalico
- CARA: Normo facial

- **Examen intraoral**

- GANGLIOS: No palpables ni visibles
- LABIOS Y COMISURA LABIAL: Humectados y simétricos, sin alteración aparente
- CARRILLOS: Sin alteración aparente,
- PALADAR DURO Y BLANDO: Rugas pronunciadas, sin alteración aparente
- LENGUA: Sin alteración aparente
- PISO DEBOCA: Sin alteración aparente
- FRENILLOS: Frenillo sin alteración evidente inserción normal.
- SALIVA: Tipo Fluida, acuosa y transparente.
- TEJIDOS DUROS:

FORMA DE ARCO:

Superior: Cuadrangular

Inferior: Ovalado

TAMAÑO DE ARCO:

Superior: Mediano

Inferior: Mediano

CLASIFICACION DE KENNEDY:

Superior: Clase I

Inferior: Clase I

FORMA DE DIENTE:

Superior: Cuadrangulares

Inferior: Triangulares

N° DE DIENTES:

18 piezas dentarias

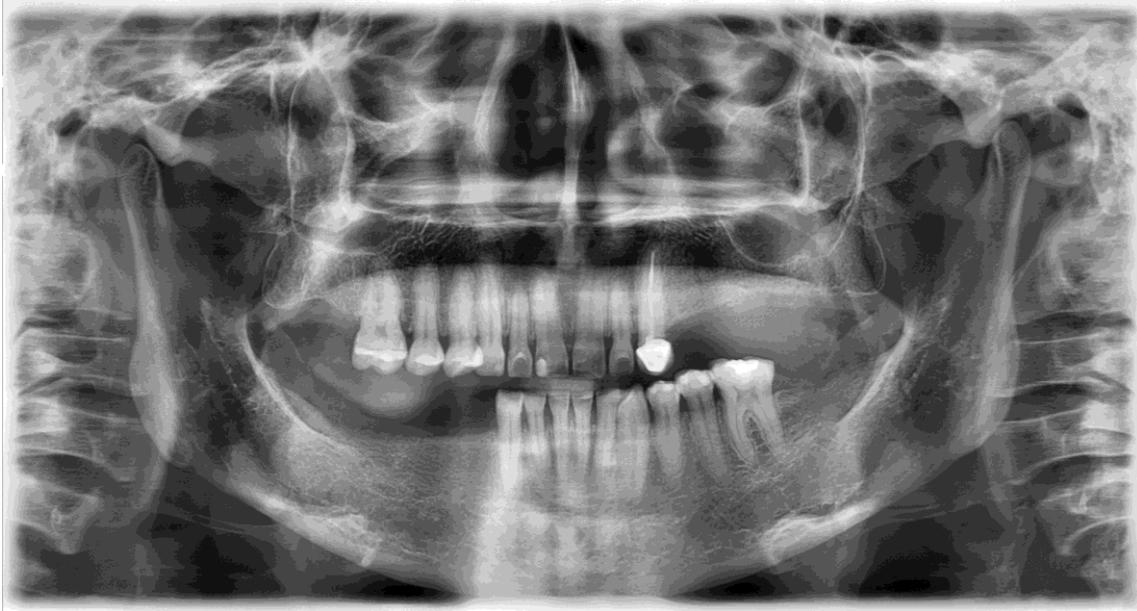
● **OCCLUSIÓN:**

- **RELACIÓN MOLAR:** Derecha: NR Izquierda: NR
- **RELACIÓN CANINA:** Derecha: I Izquierda: I
- **LINEA MEDIA:** Sin desviación
- **TRAYECTORIA MANDIBULAR:** Apertura: Derecha Cierre: Sin desviación
- **OVERBITE:** 10%
- **OVERJET:** 2mm
- **MOVIMIENTOS EN CÉNTRICA:** Normal
- **MOVIMIENTOS EXCÉNTRICOS:** Normales, sin interferencias

● **EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO**

- Desgaste oclusal de piezas: 13; 21; 22; 23; 31; 32; 33
- Zonas edéntulas 17; 18; 24; 25; 26; 27; 28; 37; 38; 44; 45; 46; 47; 48
- Presencia de restauración en amalgama en pieza 36

EXÁMEN RADIOGRÁFICO



- IRO compatible con tabique nasal desviado hacia izquierda
- IRL compatible senos paranasales neumatizados
- IRO compatible con rama ascendente simétricas, sin alteración aparente
- IRO compatible con corteza mandibular sin alteración aparente
- 1.1 IRO compatible con restauración a nivel disto incisal
- 2.3 IRO compatible con tratamiento endodóntico
- 2.3 IRO compatible con perno y corona

FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES



FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO

- **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

- **DEL ESTADO GENERAL**

- Paciente en buen estado de salud general

➤ DE LAS CONDICIONES ESTOMATOLOGICAS

- Edéntulo parcial superior clase I
- Edéntulo parcial Inferior clase I

- **PRONOSTICO:** Favorable

CAPITULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO

- Historia clínica

- Diagnostico

- Evolución

- Fase De Higiene y Prevención
 - ✓ Índice de Higiene Oral

 - ✓ Técnica de cepillado, uso de hilo dental y colutorio

 - ✓ Profilaxis

- Fase Correctiva
 - ✓ Prótesis Parcial Removible Superior e Inferior: Toma de impresión, análisis de modelos de estudio (paralelizado), diseño de la ppr, tallado de dientes, impresión definitiva, paralelizado y diseño definitivo, prueba en boca de base

PROCEDIMIENTO

1. Realización de la historia clínica.

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Escuela Profesional de Odontología 03378

HISTORIA CLÍNICA

RIESGO SISTÉMICO: Bajo RIESGO ESTOMATOLÓGICO: Bajo CONDUCTA: Tranquila

FECHA: 03/10/2024 H.C. N° 1978744

ETIOLOGÍA: Paciente de sexo femenino de antecedentes clínicos sin relevancia en la consulta para el diagnóstico de Amyloidosis AL

1. ANAMNESIS

1.1. PACIENTE:
NOMBRE: Alicia APellido: DÍAZ
Dato de fecha de nacimiento: 20/02/1950 Sexo: F Edad: 74 años
Profesión: Laborista Lugar de origen: Chimbote - Perú
Prestador de salud: Clínica Océano 2002 - Calle Comercio
Grupos sanguíneos: A Rh (+) 123456 B Rh (+) 123456
Enfermedades crónicas: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2, Osteoporosis
Droga: L. Warfarina, Sulfamida, Insulina, Aspirina

1.2. MOTIVO DE LA CONSULTA: Oligoanemia en estudio

ENFERMEDAD ACTUAL: paciente refiere que desde hace 1 año comenzó a sentir dolor tipo sordo en las mandíbulas superior e inferior al ingerir alimentos y sobre todo luego de comer el dolor fue aliviado por la acción de analgésicos. Antes de esta dolencia por la cual se le hizo estudio de laboratorio. Al momento de hacer el estudio se le informó que existía un nivel de oligoanemia y se debía comenzar con...

2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

2.1. SIGNOS VITALES:
Temperatura: 37.5 °C Pulso: 72 lpm Presión arterial: 120/80 mmHg Frecuencia respiratoria: 18 rpm SatO2: 98%
Estado de conciencia: alerta, orientado en tiempo y espacio.
Puntos de referencia: No se palpó adenopatía.

2.2. EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO

Órgano	Inspección	Palpación	Pericardio	Pericardio
Labios				
Bucina				
Dientes				
Gingivas				
Mucosa bucal				
Amígdalas				
Paladar duro				
Paladar blando				
Faringe				
Epiglotis				
Laringe				
Tráquea				
Estómago				
Intestino				
Hígado				
Páncreas				
Bazo				
Glándulas				
Genitales				
Recto				
Anal				

2.3. EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO (continuación)

2.3.1. Inspección: No se observó lesiones en la cavidad bucal. No se observó lesiones en la cavidad oral.

2.3.2. Palpación: No se palpó adenopatía. No se palpó dolor.

2.3.3. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.4. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.5. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.6. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.7. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.8. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.9. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.10. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.11. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.12. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.13. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.14. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.15. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.16. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.17. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.18. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.19. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.20. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.21. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.22. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.23. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.24. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.25. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.26. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.27. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.28. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.29. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.30. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.31. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.32. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.33. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.34. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.35. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.36. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.37. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.38. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.39. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.40. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.41. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.42. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.43. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.44. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.45. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.46. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.47. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.48. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.49. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.50. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.51. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.52. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.53. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.54. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.55. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.56. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.57. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.58. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.59. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.60. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.61. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.62. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.63. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.64. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.65. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.66. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.67. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.68. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.69. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.70. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.71. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.72. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.73. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.74. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.75. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.76. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.77. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.78. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.79. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.80. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.81. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.82. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.83. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.84. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.85. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.86. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.87. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.88. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.89. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.90. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.91. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.92. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.93. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.94. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.95. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.96. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.97. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.98. Pericardio: No se palpó dolor.

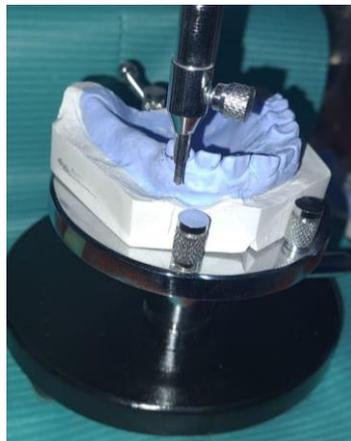
2.3.99. Pericardio: No se palpó dolor.

2.3.100. Pericardio: No se palpó dolor.

2. Toma de impresión superior e inferior



3. Paralelizado del modelo de estudio



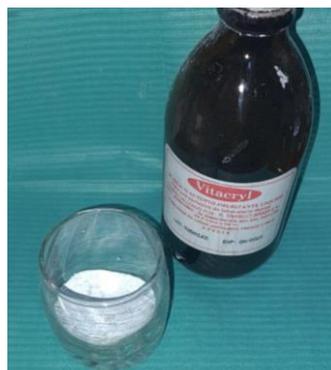
4. Diseño de la PPR



5. Preparación biostática



6. Preparación de cubeta individual



7. Impresión definitiva



8. Registro intermaxilar y montaje de modelo de trabajo en ASA



9. Conformación y prueba de la estructura metálica



10. Prueba de rodetes



11. Selección de color y dientes artificiales



12. Prueba de enfilado



13. Instalación de la prótesis terminada y ajuste de oclusión



14. Controles e instrucción al paciente



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Chanaluisa K. menciona que los hábitos en el uso de prótesis parcial removible son regulares en el cincuenta por ciento entre los 45 a 49 con un nivel, en los portadores de la prótesis parcial de 26.83%, con los hábitos del uso con el 60%, el uso de la prótesis en toda la noche más de 50%. (8)

Román H. concluye en su tesis que la prevalencia del edentulismo con la clasificación de Kennedy que se maneja como indicador del estado de mantenimiento de las piezas dentarias. (9)

Así mismo Peralta F. menciona que el edentulismo es considerado como una condición grave e irreversible de la salud bucal debido a las consecuencias que esta conlleva, tanto a nivel personal, social y económica, según la OMS en países subdesarrollados y países en desarrollo.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- Hemos logrado cumplir los objetivos propuestos y sobre todo cubrir las necesidades masticatorias de la paciente.
- Es importante hacer un buen diseño de PPR y seguir el debido protocolo de realización de este para conseguir un resultado positivo.
- Es importante la sustitución de los dientes perdidos ya sea por funcionalidad o estética ayuda a la paciente a poder tener una mejor calidad de vida.
- La paciente refiere sentirse mucho mejor con su PPR ya que mejoró considerablemente su masticación y por ende su alimentación.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar más controles y verificar el estado de la prótesis parcial removible.
- Se recomienda tener en cuenta los conocimientos teóricos y prácticos para la confección de prótesis parcial removible.
- Realizar este tipo de estudios con mayor frecuencia y en muestras superiores, observando las necesidades de los pacientes que se han sometido a tratamientos prostodónticos.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Peralta F. Necesidad y situación de prótesis dentales en pacientes adultos que acuden a la clínica dental docente de la UPCH de Julio a Setiembre en el año 2015. Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
2. Agurto R, Coronado M, Herrera L. Calidad del diseño de los componentes de la prótesis parcial removible base metálica en modelos de trabajo en un laboratorio dental. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo ; 2015.
3. Natali CD. Aplicación de un manual de prótesis parcial removible en el logro de competencia en los estudiantes de la facultad de odontología de la Universidad de San Martín de Porras. Tesis para optar el grado académico de doctor en educación. Lima : Universidad San Martín de Porras ; 2017.
4. Chalco A. Análisis de la calidad del diseño de prótesis parcial removible en modelos de trabajo en laboratorios del Cercado de Lima 2008. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Arequipa : Universidad Católica de Santa María ; 2009.
5. Quiquia A. Frecuencia de error en el diseño de prótesis parcial removible en edentulismo inferior clase I de Kennedy en internos de odontología de la Universidad Norbert Wiener Lima 2017. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Privada Norbert Wiener ; 2018.

6. Alfaro E. Características de modelos de trabajo para prótesis parcial removible en laboratorio de Lima. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2019.
7. Saquipulla J, Sácnchez D. Estado de las prótesis parciales removibles realizadas en los apcientes atendidos en la facultad de odontologia de la Universidad de Cuenca en el periodo 2012-2015. Trabajo de graduacion previo al título de odontologia. Cuenca: Universidad de Cuenca ; 2017.
8. Chanaluisa K. Practicas y hábitos en pacientes edéntuulos que usen prótesis paracial removible y total que acuden a la clínica integral de la Facultad de Odontología de la Universidad de la Universidad Central del Ecuador. Quito: Universidad Central del Ecuador ; 2018.
9. Roman H. Prevalencia de pacientes de prótesis parcial removible atendidos en centro de Salud comunidad saludable 2020 Sanchez Cerro Sullana. Tesis para optar el título profesioanl de Cirujano Dentista. Piura : Universidad Nacional de Piura ; 2021.