

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA

OFICINA DE GRADOS Y TITULOS



PROGRAMA DE TITULACION PROFESIONAL

ÁREA DE ESTUDIO: REHABILITACION ORAL

TÍTULO: PROTESIS INMEDIATA

AUTOR: CARLOS ENRIQUE LABAN NUÑEZ

ASESORA: SARA MORANTE MATURANA

LIMA - 2017

## DEDICATORIA

Le agradezco a Dios por haberme permitido estar en el camino de la Odontología, y a mis padres que siempre me han apoyado incondicionalmente y me han empujado siempre a lograr mis objetivos ya que sin ellos nada de esto fuera hoy posible.

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
<b>I. MARCO TEÓRICO</b>	
1.1. Generalidades.....	2
1.2 Consulta del Paciente.....	3
1.2.1. Diagnóstico y Pronóstico.....	6
1.2.2. Preparación Preliminar.....	14.
2. Plan de Tratamiento.....	16
2.1. Tratamiento Periodontal y Endodóntico.....	16
2.2. Impresiones Primarias.....	17
2.3. Confección de la cubeta individual.....	19
2.4. Sellado Periférico.....	19
2.5. Impresión secundaria.....	20
2.6. Relaciones Intermaxilares.....	21
2.6.1 Dimensión Vertical.....	22
2.6.2 relación céntrica.....	23
2.7. Placa base y rodetes.....	24

2.8. Montaje de Modelos.....	24.
2.9. Cirugía y duplicado de Modelo.....	25
2.10. Construcción de la prótesis.....	25
2.11. Cirugía del Paciente.....	26
2.12. Procedimientos pre protésicos.....	27
2.13. Colocación de la prótesis.....	30
2.14. Recomendaciones Post Operatorias.....	30
3. Ventajas.....	31
4. Desventajas.....	32
5. Indicaciones.....	33
6. Contraindicaciones.....	33
<b>II. CONCLUSIONES.....</b>	<b>34</b>
<b>III. BIBLIOGRAFIA</b>	

## RESUMEN

La prótesis inmediata es un tratamiento el cual consiste en instalar la prótesis el mismo día de las extracciones, este tipo de tratamiento es planteado a pacientes que serán sometidos a extracciones de sus órganos los cuales han sido afectados por enfermedad periodontal severa y los tratamientos conservadores no pueden ser accesibles y donde las extracciones de dichas piezas es el único tratamiento posible.

Ante este tipo de circunstancia el odontólogo debe de estar preparado para poder afrontar este tipo de casuística ya que el paciente al perder piezas dentales comprometerá muchos factores de los cuales resaltamos la estética y la funcionalidad.

Ante este tipo de pacientes surge este tratamiento de prótesis inmediata como un tratamiento alternativo a lo que sería una prótesis convencional y a la vez un tratamiento transitorio

Este tipo de tratamiento deberá ser evaluado por dos especialidades las cuales son Rehabilitación Oral y Cirugía Maxilofacial, las cuales juntas van a poder dar solución y una mejor perspectiva al paciente edéntulo.

La prótesis inmediata tiene muchas ventajas una de las cuales a resaltar es que servirá como tampón hemostático y ayudara a la cicatrización alveolar, ayudara a que la dimensión vertical del paciente no se vean comprometida ya que se tomaran

registros para que la armonía miofacial no se vea alterada, habrá una mejora en la estética ya que se podrá mejorar la posición, tamaño y color de dientes.

Como todo tratamiento también tiene desventajas una de las principales es la del acostumbamiento del paciente de la prótesis ya que presentara una sensibilidad por haber sido sometido a la cirugía, otro inconveniente es que al pasar de los meses habrá una reabsorción del reborde alveolar y eso se traduce con una desadaptación de la misma por lo cual necesita un ajuste lo cual el paciente tendrá que acudir a citas con el odontólogo, cabe mencionar y recalcar que si bien es una alternativa que se le da a este tipo de pacientes, la prótesis inmediata no es un tratamiento definitivo si no uno transitorio.

**PALABRAS CLAVE:** Dentadura total inmediata, prótesis, totales

## ABSTRAC

The immediate prosthesis is a treatment which consists of installing the prosthesis the same day of the exodoncias, this type of treatment is proposed to patients who will be subjected to exodoncias of their organs which have been affected by severe periodontal disease and conservative treatments can be accessible and where the exodoncias of said pieces is the only possible treatment.

Faced with this type of circumstance the dentist must be prepared to deal with this type of casuistry since the patient to lose dental pieces will compromise many factors that highlight the aesthetics and functionality.

Faced with this type of patients, this immediate prosthetic treatment emerges as an alternative treatment to what would be a conventional prosthesis and at the same time a transient treatment

This type of treatment should be evaluated by two specialties which are Oral Rehabilitation and Maxillofacial Surgery, which together will give a solution and a better perspective to the edentulous patient.

The immediate prosthesis has many advantages one of which to highlight is that it will serve as a hemostatic buffer and will help alveolar healing, will help that the vertical dimension of the patient will not be compromised since records will be taken

so that the myofacial harmony is not visible altered, there will be an improvement in the aesthetics since it will be able to improve the position, size and color of teeth.

As all treatment also has disadvantages one of the main is the patient's accustomed to the prosthesis and since it has a sensitivity due to having undergone surgery, another drawback is that after the months there will be a reabsorption of the alveolar ridge and that is translates with a maladaptation of the same reason why it needs an adjustment which the patient will have to go to appointments with the dentist, it is necessary to mention and to emphasize that although it is an alternative that is given to this type of patients, the immediate prosthetic is a definitive treatment if not a transitory one.

KEY WORDS: Immediate total dentures, prosthetics, totals

## INTRODUCCION

La prótesis inmediata es un tratamiento del cual ya se había hablado desde años remotos, no se sabe con exactitud quien fue el primero en hacerlo, pero las primeras noticias de este aditamento nos la dan Wistrow. Y Scheff en 1893 y que hoy en día con los estudios modernos y nuevos materiales de confección de este aditamento tiene como objetivo principal la restauración inmediata con dientes artificiales de las estructuras dentarias post-extracción. El tratamiento con prótesis inmediata tiene dos puntos de vista y un trabajo de equipo tanto del especialista rehabilitador el cual tomara las medidas ya sea de relación céntrica y de dimensión vertical las cuales me permitirán con más exactitud la confección y adaptación de esta prótesis y el trabajo del cirujano maxilofacial que se encargara del procedimiento quirúrgico propiamente dicho ya sea tanto en las exodoncias de las piezas dentarias comprometidas y la alveolotomía correctora si es que fuese necesario

La prótesis inmediata también conocida como prótesis provisional puede ser de la maxila o de la mandíbula , fija o removible y esta a su vez parcial o total ,este aditamento va lograr dos resultados muy importantes con los que hoy en día el dentista y el paciente tienen que lidiar tanto sea por el lado del paciente que le surge la siguiente pregunta ¿que se le realizara luego de las exodoncias? y mucho más aún si las piezas comprometidas son anteriores ,pues bueno la prótesis inmediata tiene ese fin el de restablecer inmediatamente la perdida de esos dientes y brindarle un confort social y estético al paciente ya que este aditamento va tener con si las medidas , el color de los dientes que fueron extraídos, añadiéndole también la función de masticación , fonética y deglución al paciente.

## I. MARCO TEORICO

### 1. GENERALIDADES

La prótesis inmediata se define como una prótesis removible parcial o completa fabricada para la colocación inmediatamente después del retiro de los dientes remanentes.

La prótesis inmediata es la que se confecciona a partir de un modelo de estudio el cual ha sido tomado previamente a la extracción de los dientes afectados y la cual será instalada inmediatamente después de la extracción de los remanentes. (1)(2)

Este tipo de prótesis deberá ser de uso transitorio, porque los tejidos adyacentes van a sufrir variaciones después de las extracciones, lo cual no ocurre con las prótesis definitivas.(2)(3)

Actualmente existen dos tipos de prótesis inmediata, la prótesis inmediata convencional la cual después del periodo de cicatrización (3-6 meses) es sometida a un rebase para alcanzar una mejor adaptación a las estructuras de soporte, por otra parte, tenemos a las prótesis inmediatas transitorias las cuales tienen un tiempo limitado en boca porque solo permanecerán el tiempo que tarde la cicatrización y luego serán cambiadas por el juego de prótesis definitiva. (4)

El tratamiento con prótesis inmediata no es un tema moderno ya hay registros del siglo pasado donde se plantea la rehabilitación con protesis inmediata.

Para Tamaki los primeros en investigar el concepto de prótesis inmediatas fueron Benedetti y Richardson en 1860, Rodríguez en 1861, Atkinson y Herbast en 1863

En el año de 1860 Richardson se concentró en los conceptos de prótesis inmediata.

Luego Sears publicó en 1923 casos donde había piezas dentales remanentes, y planteo la idea de realizar prótesis completas inmediatas antes de extraer los dientes remanentes y añadió el posible uso de una guía quirúrgica e instalación de prótesis inmediatas.

La primera publicación acerca de las prótesis inmediatas fue escrita por Wistrow y Scheff en 1983. Luego varios autores han aportado más conceptos como Kazojian, Doxater, Fletcher y otros.(1)

## **1.2 CONSULTA DEL PACIENTE**

El factor más importante a ser considerado en el proceso de diagnóstico y plan de tratamiento es el paciente. ¿Qué es lo que está buscando? ¿Cuáles son sus necesidades? ¿Cuáles son sus expectativas? ¿Cuáles son sus necesidades estéticas según su percepción? ¿Funcionales? ¿Psicológicas? ¿O externas (percepción de otros respecto a la necesidad de tratamiento)? Si el dentista no consigue atender tales expectativas y deseos serán remotas las posibilidades de seleccionar un tratamiento adecuado. El primer contacto ofrece no solamente la probabilidad de diagnóstico de posibles enfermedades bucales y sus secuelas, sino también un modo de establecer un vínculo personal. El paciente trae consigo su experiencia de vida como ser humano insertado en un determinado contexto social, cultural y económico, que le confiere aquello que se puede llamar como modelo biopsicosocial. Ese modelo es único. Las necesidades, expectativas y motivaciones también, por consecuencia son únicas. Las respuestas frente a un mismo estímulo difieren para cada ser humano. Ellas resultan de su estructura psicobiológica, del medio social, cultural y político del sistema de creencias y de las expectativas vividas en su medio. Insertada en su historia de vida esta su historia clínica pasada. La boca tiene particularidades psicológicas muy propias. De acuerdo

con Telles, Hollweg y Castelluci, los dientes pasan a ser símbolos de fuerza, agresión y actitud activa, y perderlos puede significar inseguridad y ansiedad. Por eso los dientes ayudan a la ampliación del concepto del "Yo". El significado de la boca y los dientes, considerando la individualidad de ser humano como resultado de su estructura biopsicosocial y de sus experiencias en el medio en el que vive, nos hace percibir el porqué de la multiplicidad de reacciones y expectativas. Algunos exigen, tienen la expectativa que la prótesis ofrece la misma estética, la última naturalidad de un adulto joven, a pesar de estar en la tercera edad y con toda una historia odontología antigua caracterizada por pérdidas óseas severas y de varios dientes. "Rejuvenecer" los dientes es una forma de rescatar la jovialidad, la fuerza, el dinamismo y la potencia de un adolescente. La pérdida de dientes por enfermedad periodontal difícilmente viabiliza soluciones con el alcance estético ideal. La pérdida ósea en altura y longitud lleva a la elaboración de prótesis inevitablemente más largas que, a pesar de todos los recursos estéticos disponibles, difícilmente serán idénticas a los dientes naturales. Accidentes como traumatismo facial y pérdida ósea también traen limitaciones semejantes.

Para brindar un buen diagnóstico y un buen plan de tratamiento la evaluación del paciente debe ser muy exhaustiva, todos los datos del paciente deben ser correctamente anotados en la historia clínica.(6)

Existen aquellos pacientes que reaccionan favorablemente y administran mejor sus pérdidas. La comprensión y aceptación del tratamiento propuesto es visto como lo que es posible a partir de las pérdidas 30 entienden que envejecer es un proceso natural de la vida y que dientes con forma, color y dimensiones de un adolescente estarán en desarmonía con el resto del cuerpo. Las diferentes reacciones están íntimamente relacionadas al sistema de creencias. El temor a la pérdida de potencia entre algunos hombres, relacionado con la

perdida de dientes puede desencadenar cuadros depresivos y/o acelerar y desencadenar el proceso de envejecimiento. Así no tengamos formación psiquiátrica, es precisa mucha sensibilidad para entender que cada ser humano es único en sus reacciones, saber revertir creencias y expectativas pesimistas de forma que la persona pueda decir que "valio la pena" el tratamiento propuesto, es uno de los desafíos del profesional. Telles, hollweg y Castelluci, resumen con claridad en cuatro ítems el abordaje inicial con el paciente:

- Reconocer y entender el problema (individual y único para cada paciente)
- Explorar e identificar el problema
- Interpretar y explicar el problema
- Ofrecer soluciones para el problema en base al modelo biopsicosocial único.

Escuchar inicialmente la historia pasada y las expectativas, con intervenciones mínimas solamente para complementar las informaciones, en un camino seguro para crear un canal de comunicación y establecer un vínculo personal.

Es la forma de lograr que el paciente se sienta seguro, especial y único. Todo ser humano quiere sentirse extraordinario, el cliente más importante. El examen clínico posterior es facilitado por las informaciones clínicas ya disponibles.

El primer paso consiste en evaluar el proceso salud y enfermedad, identificar cualquier padecimiento, determinar la posible relación entre la queja y los factores sistémicos. La próxima etapa consiste en buscar una posible conexión

Entre los valores subjetivos del paciente y lo que observado en la boca. Salvo una clara relación entre los 31 aspectos subjetivos y los hallazgos clínicos, debidamente esclarecidos, cualquier tratamiento propuesto será totalmente inútil (6)

## 1.2.1 DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

¿Cuál es la importancia de establecer un plano de tratamiento adecuado? Durante el último siglo, la forma de tratamiento más utilizada para rehabilitar a los edentulos fue la prótesis total soportada enteramente por la mucosa que recubre el hueso remanente del reborde alveolar.

La retención y la estabilidad de esas prótesis – consideradas como puntos más críticos de esos tratamientos- son influenciadas por muchos factores, tales como la cualidad y la cantidad de la saliva, la acción de la musculatura y de la oclusión. Además, ni siempre se consiguen las condiciones ideales de retención y estabilidad debido a las condiciones desfavorables, tales como la anatomía del reborde residual, problema de coordinación neuromuscular e intolerancia al uso de prótesis por parte del paciente.

Existen alternativas de tratamiento para estas condiciones desfavorables, tales como cirugía para aumento de reborde o profundización del surco vestibular, cuyos resultados no siempre son los favorables.

Por otro lado, la utilización de implantes osteointegrables como herramienta para solucionar los problemas funcionales de las prótesis totales a proporcionado excelentes resultados para los pacientes.

La evolución científica y tecnológica en esa área ofrece el respaldo necesario para que un número cada vez mayor de profesionales se sienta motivado a indicar prótesis sobre implantes como mejor alternativa rehabilitadora para los pacientes.

De esa forma, es de fundamental importancia la realización de un planteamiento correcto y minucioso para la rehabilitación de un paciente edéntulo, especialmente con el uso de implantes osteointegrables.

En el planeamiento de una rehabilitación protésica, es esencial que sea establecida una secuencia lógica de conductas clínicas que serán ejecutadas desde el inicio del tratamiento para revertir las situaciones desfavorables preexistentes, hasta la conclusión de la prótesis. Esa secuencia, llamada plan de tratamiento, debe tener como principal característica la

prótesis como su último ítem y debe ser establecida, siempre que sea posible, visualizando las características estéticas y funcionales que se deben obtener.

El establecimiento de la secuencia en el plan de tratamiento es calcado en conductas diagnósticas, las cuales pueden ser resumidas en:

- a) Historia médica
- b) Historia dental.
- c) Exámenes Auxiliares
- d) Exámenes de Laboratorio

De esa forma, en el tratamiento rehabilitador protésico, el odontólogo no se puede olvidar de seguir un plan de tratamiento elaborado dentro de un concepto multidisciplinar, compartiendo la ejecución de ese plan con otros profesionales cuando sea necesario, bajo la pena de ser considerado culpable por el eventual fracaso de la prótesis. Actualmente, la obtención de beneficios sociales debe ser basada en la optimización del uso de la mano de obra calificada. El odontólogo, para estar afinado con esa realidad, debe proponerse a ejecutar, lo que solamente es conseguido con la adopción de un plan de tratamiento previamente establecido.

#### **a) HISTORIA MÉDICA**

La historia clínica es una valoración del estado médico que incluye un relato escrito o verbal de la patología que se va a tratar del paciente junto con un episodio biográfico médico del paciente. Normalmente está ordenada cronológicamente, y debe ser clara, legible, precisa, tener máxima fidelidad con lo explicado por el paciente.

Con este documento completo, expectante e imparcial que puede complementarse por un cuestionario, consentimiento informado y la ley de protección de datos firmado por el

paciente nos aseguremos que los tratamientos de odontología que vamos a seguir a partir de ese momento se adecuan a las características del paciente.

La historia clínica es un documento vital tanto en el campo de la odontología. Tiene un papel principal como material de trabajo para los odontólogos que, a través de la comunicación con el paciente, recogen todos los datos necesarios para hacer una valoración anterior a la decisión en el plan de tratamiento, sea preventivo o curativo. La historia clínica contiene tres aspectos importantes: la anamnesis, exploración y pruebas complementarias

En la anamnesis se recogen los datos de filiación, los relacionados con la historia general anterior, y la actitud, conocimiento y comportamiento sobre la salud oral.

Este estudio debe realizarse porque hay patologías de tipo general que pueden interferir con los tratamientos buco-dentales. Considerando especialmente:

**a) Enfermedades cardiovasculares.** Enfermedades serias pasadas y/o presentes como las pulmonares o cardiovasculares por los riesgos que pueden venir durante el tratamiento

**b) Enfermedades hematológicas.** Otras enfermedades como la anemia, la artritis reumatoide, el hiperparatiroidismo, el hipertiroidismo, el Parkinson y otros desordenes metabólicos y hormonales.

**c) Patologías endocrinas.** Diabetes, hipo e hipertensión. La diabetes por su relación con la tolerancia de los tejidos y el comportamiento del hueso alveolar frente a la prótesis

**d) Enfermedades transmisibles.** Hepatitis, herpes, VIH.

**e) Trastornos psíquicos.** Sicosis, depresión, etc...

f) **Tratamientos que esté tomando el paciente.** Estáticos, radioterapia, anticoagulante.

g) **Alergias a los medicamentos.** Sobre todo, a anestésicos, antibióticos, antiinflamatorios.

h) **Síndrome de Sjogren:** que disminuye la secreción de saliva lo cual es una desventaja para las prótesis removibles.

Después de la anamnesis se realiza una exploración física detenida y meticulosa que consta de la inspección del paciente por parte del dentista. Esta incluirá la exploración de partes blandos y tejidos óseos (labios, mejillas, amígdalas, pilares del paladar, lengua, suelo de la boca, paladar duro y blando, frenillos, encías), la exploración de la oclusión dentaria y hábitos negativos, la exploración dentaria correspondiente, que dónde se anotan los dientes presentes en la boca y las posibles caries que tengan.

A partir de ahí se realizan las pruebas complementarias de diagnóstico como la ortopantomografía que desembocarán hacia un tratamiento de odontología o no y finalmente se representará el juicio clínico final del caso.

Para que el examen sea completo y preciso el paciente debe colaborar con el odontólogo. Se trata de un cuestionario que va en beneficio del paciente ya que puede ayudarnos a prevenir una emergencia médica en el caso, por ejemplo, que el paciente sea alérgico a un medicamento.

Por último, debemos tener constancia que la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, por lo que interesa a ambas partes que éste se realice de forma correcta. También ayuda a entablar una relación personal con el paciente.

## **B) HISTORIA DENTAL**

Hay que llenar la historia clínica con la historia dental del paciente y con los datos obtenidos se realiza la evaluación pertinente del caso para considerarlos en el plan de tratamiento tomando en cuenta: Razón de la pérdida de las piezas dentales (enfermedad periodontal, caries o traumatismo). Antecedentes protésicos del paciente. Escuchar al paciente como relata su historia médica o dental para poder ubicarlo dentro de la clasificación de Fox como paciente: 20 o Receptivo o Escéptico o Histérico o Pasivo

Examen de las piezas dentarias

Estado de la higiene oral y susceptibilidad a caries

Formas y color de las piezas dentales

Estado de las restauraciones

Examen periodontal.

Examen de los rebordes residuales.

Examen de la tuberosidad

Examen del Tejidos Blandos (paladar, lengua, labios

Examen del Piso de la boca.

Examen de la oclusión.

## C) EXAMENES AUXILIARES

### Examen Radiológico

La radiografía dental es un instrumento que proporciona cierta información limitada, ya que nos presenta una imagen bidimensional de estructuras que realmente son tridimensionales. La imagen radiográfica es el resultado de la súper imposición del diente, hueso y tejidos blandos en el trayecto entre el cono del aparato y la película, representando así el contraste de blanco y negro de algo que es duro y suave. Debe tenerse muy en cuenta que la radiografía dental es un auxiliar del examen clínico y no un sustituto de él, pero combinada con la información obtenida en la historia y examen clínico dental, nos conducirá a un diagnóstico que, en su mayoría de veces, será acertado.

Lesiones cariosas y restauraciones defectuosas

Dientes tratados endodónticamente

Evidencias de patologías periodontales

Proporción corona y raíz

### Modelos de Estudios

Deben reproducir de manera exacta los tejidos duros y blandos y estar bien montados en articulador.

Además, que nos sirven de medio didáctico para que el paciente comprenda mejor su problema dental.

Debe ser una reproducción precisa de los dientes y tejidos adyacentes, como así también los espacios desdentados. Se emplean para complementar el examen bucal con una visión de la oclusión desde lingual y vestibular.

Permiten mejorar el esquema oclusal, ya sea por ajuste o por reconstrucción oclusal a través del 36 encerado diagnóstico, determinando la posibilidad de mejoras antes de comenzar con el tratamiento definitivo. Permite observar Áreas de interferencias para la inserción y remoción de la prótesis.

Permiten señalar al paciente las necesidades de restauración y los riesgos en caso de no realizarse el tratamiento (migraciones dentarais, riesgos de contactos oclusales traumáticos, etc.)

## **D) EXAMENES DE LABORATORIO**

Ante un paciente programado para la realización de una cirugía bucal que refiere una historia indicativa de alteración de la hemostasia, es necesario retrasar nuestra intervención y solicitar un estudio del valor de anti coagulación del paciente.

Existen diferentes pruebas que se pondrán en consideración.

### **Tiempo de Hemorragia**

Sirve para valorar y estudiar la fase plaquetaria y vascular desde el punto de vista funcional. El más utilizado es el tiempo de hemorragia de Ivy. Se trata de una prueba dolorosa, aunque útil, que se lleva a cabo para determinar cuánto tiempo tarda en dejar se sangrar un corte de un determinado tamaño. Se coloca un manguito de presión bajo el brazo y se hincha a 30 mmHg. Se realiza una incisión en la superficie interna del antebrazo con un bisturí estéril y se seca cada 15 segundos con un papel filtro estéril. La prueba termina cuando el papel filtro deja de absorber sangre. El tiempo de hemorragia normal es de 1 a 6 minutos y si supera los 6 minutos se considera prolongado o anormal.

### **Recuento Plaquetario**

El número normal de plaquetas oscila entre los 140.000 y 400.000/ $\mu$ l de sangre. Sin embargo, los efectos clínicos solo suelen observarse con recuentos plaquetarios inferiores a 50.000/ $\mu$ l. Desde un punto de vista funcional, el recuento plaquetario no es imprescindible, ya que el tiempo de hemorragia reflejará los problemas de número y calidad de plaquetas. Sin embargo, con el recuento plaquetario, se puede conocer mejor la naturaleza del problema del paciente con tiempo de hemorragia prolongado. Por ejemplo, si el tiempo de hemorragia esta prolongado y el recuento plaquetario en límites normales, podría existir un problema en el funcionamiento plaquetario. El tiempo de Ivy es la mejor prueba para comprobar el funcionamiento plaquetario adecuado.

## Tiempo de Coagulación

Es la prueba de las diátesis hemorrágicas o coagulopatias (hemostasia secundaria). Indica el estado de los factores plasmáticos que intervienen en el mecanismo de la coagulación como es la globulina antihemofílica, protrombina, fibrinógeno etc., o que dificultan como la antitrombina, aunque hay que resaltar su escaso valor, pues es normal en muchos casos en los que estos factores están alterados. Es una prueba dolorosa, poco sensible pero que solo detecta la diátesis pronunciada. Resulta normal en las diátesis de la hemostasia primaria, es decir en las angiopáticas (vasculares) y en las trombopáticas (plaquetarias). El tiempo de coagulación normal es de 5 a 10 minutos. Solo si es superior a 12 minutos 22 puede considerarse patológico

## Tiempo de trombolastina

TTP Esta prueba refleja la capacidad de la sangre para coagularse en los vasos sanguíneos en la zona lesionada. Por lo general el TTP oscila entre 25-35 segundos y los resultados superiores a 35 segundos pueden considerarse anormales o prolongados. El TTP es sensible en deficiencias del 30-40% de todos los factores de coagulación salvo de los factores VII y XIII.

## Glucosa

Es una azúcar simple formada por seis átomos de carbono. Su metabolismo oxidativo proporciona la gran parte de energía que utiliza el organismo, por lo que existen distintos mecanismos de control homeostático para mantener unas concentraciones constantes que oscilan entre 70 y 100mg/dl en ayunas.(7)

### **1.2.2 PREPARACION PRELIMINAR**

Como se realizará una intervención quirúrgica es muy importante la preparación prequirúrgica la cual va consistir en tener los datos de laboratorio del paciente pruebas de coagulación y biometría hemática todo esto junto con una preparación adecuada del paciente donde se le explicara también paso a paso los procedimientos a realizarle y aclarándole cada duda sobre el tratamiento, para eso nuestro paciente debe estar preparado tanto físico como mental.(2)

Existen diferentes técnicas en el tratamiento de prótesis inmediata, Tamaki hace mención a dos autores uno de ellos es Winkler el cual propone la exodoncia de todos los remanentes dentales y la colocación de la prótesis inmediata todo esto en una sola cita así disminuyendo la incomodidad del paciente de tener periodos edentulos en esta técnica tiene como ventaja que en esa misma cita serán corregidos las alteraciones de las tuberosidades y la eliminación de espículas óseas.

Por otro lado, Leathers difiere en la técnica anterior ya que él prefiere realizar en primer lugar las exodoncias de las piezas posteriores, luego esperar un periodo de seis semanas para continuar y realizar las exodoncias de las piezas anteriores, y instalar la prótesis en esa cita, la ventaja de esta técnica es que la zona de la herida va ser menor y requiere una cirugía más corta. (11)

### **EXTRACCIONES MÚLTIPLES**

Cuando la indicación de exodoncia se extiende a un grupo de dientes contiguos en el mismo cuadrante, en lugar de efectuar las extracciones de cada diente de forma aislada, es decir en diferentes sesiones, se aconseja el abordaje conjunto de los mismos en una única intervención quirúrgica. Para ello, además de la extracción de los dientes, disponemos de una serie de procedimientos quirúrgicos que variarán en función del tratamiento protésico posterior. El propósito principal de la prótesis provisional es restituir la apariencia hasta que pueda ser elaborada una prótesis de diseño definitivo. 35 La estrecha relación que existe entre la exodoncia y la prótesis están en íntima relación, ya que en un futuro más o menos próximo, se asentará una prótesis en la zona que hemos trabajado. Por ello para poder aplicar las técnicas quirúrgicas más correctas, que permitan la rápida rehabilitación protésica de la

zona tratada, el odontólogo debe recordar que inmediatamente deberán reponerse los dientes extraídos.(9)

### INDICACIONES DE LAS EXODONCIAS

- Patología dentaria
- Caries que ha destruido total o parcialmente la corona dentaria con afectación pulpar o con otras complicaciones que no pueden ser tratadas de forma conservadora.
- Patología periodontal y enfermedades periodontales avanzadas, que ya no son eficaces técnicas conservadoras de periodoncia.
- Pérdida ósea.
- Bolsas a la bifurcación.
- Movilidad dentaria.
- Motivos protésicos
- Por diseños o estabilidad de prótesis.
- Diente extruido que altera dimensión vertical, dientes inclinados y en mal posición.
- Motivos estéticos
- Todos los traumatismos alveolo dentarios.
- Fracturas verticales de los dientes

### CONTRAINDICACIONES PARA LA EXODONCIA

- Alteraciones regionales.
- Tumores malignos bucales.
- No se recomienda la extracción de un diente en una neoplasia (1)(11)

## 2. PLAN DE TRATAMIENTO

### 2.1. TRATAMIENTO PERIODONTAL Y ENDODÓNTICO

La rehabilitación de pacientes que presentan enfermedad periodontal en especial Periodontitis Severa Generalizada posee una gran pérdida severa de tejido de soporte óseo ya sea en dirección horizontal o vertical produciendo una disminución de soporte y retención(12)

La Periodontitis Severa Generalizada es una enfermedad periodontal que conlleva una pérdida severa de tejido tanto óseo como de inserción lo cual me producirá movilidad de la pieza afectada hasta su posible extracción de la misma, repercutiendo a su vez en el estado psico-social del paciente donde se verá privado tanto de su estado físico como mental.(13)

El RAR de los dientes que aún permanecen en boca se realizara con el único objetivo de establecer un mejor medio bucal lo cual me va ayudar una disminución de la inflamación gingival logrando una mejor cicatrización después de haberse llevado a cabo la cirugía.(14)

Culminada la terapia periodontal básica, pueda ser que el paciente necesite una etapa correctiva. Antes de proceder a algún tratamiento es necesario verificar la vitalidad de los dientes que aún permanecen en boca, pudiendo así elegir que tratamientos le corresponderá a cada uno de ellos y si estos dientes estarán o no dentro de mi planificación pudiéndole dar un tratamiento de conductos como prevención. Como sabemos la endodoncia tiene como finalidad la de preservar los dientes naturales mediante un protocolo de desinfección y

obtención del conducto radicular, para luego brindarle función mediante su rehabilitación.(15)

## **2.2. IMPRESIONES PRIMARIAS**

La importancia de las impresiones primarias o modelos de estudio, son conseguir obtener una copia en negativo de los tejidos intraorales presentes, ya sea dentarios o mucosos.

Es muy importante saber al tipo de reborde con el que se va trabajar y a la cantidad de tejido remanente ya que estos trabajarán directamente sobre el soporte funcional de la base de la prótesis que se va construir.

Los materiales para impresión son productos utilizados para copiar o reproducir en negativo los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal". Luego de obtener el negativo se procede a realizar un vaciado de yeso para obtener un modelo positivo.

Determinó que los materiales para impresión se introducen en la cavidad bucal en estado fluido o plástico, utilizando una cubeta de tamaño ideal para cada persona, al poco tiempo debe tener una transformación, a un material duro, por enfriamiento o por una reacción química.

Características de los materiales de impresión todos los materiales para impresión requieren presentar una serie de características, para poder generar replicas apropiadas y fieles de los tejidos bucales.

Además añadió otras características y requerimientos de los mismos.

1. Suficiente fluidez: para adaptarse a las estructuras bucales.
2. Suficiente viscosidad: para mantenerse en la cubeta
3. Transformación (fraguar): pasar de un estado semi-fluido a un estado rígido o gomoso, en un tiempo aceptable que no sobrepase los 7 minutos.
4. Resistencia: Facilidad de retiro de la cavidad oral sin sufrir modificaciones, ni distorsiones.

5. Estabilidad dimensional: no sufrir modificaciones por lo menos hasta realizar el vaciado, en la medida de lo posible que no se modifique y que permita realizar uno o más vaciados.
6. Biocompatibilidad y no tóxico.
7. Compatibilidad con el material con el que se realiza el vaciado.
8. Consistencia y textura óptima para su manejo.
9. Facilidad de uso con mínimo equipo.
10. Sabor y olor agradable, color armónico.
11. Económico.
12. Apropia vida útil.

Es muy importante saber al tipo de reborde con el que se va trabajar y a la cantidad de tejido remanente ya que estos trabajaran directamente sobre el soporte funcional de la base de la protesis que se va construir.(16)(17)

En forma de "U" Mucosa fibrosa y densa; Superficie ósea densa y suave.

Plano Mucosa móvil y delgada; superficie ósea suave.

Pirámide Mucosa desplazable; superficie ósea suave.

Filoso Mucosa Delgada y dispereja

La toma de impresiones primarias se realiza generalmente mediante el uso de hidrocoloides irreversibles, comúnmente la cubeta es modificada agregando cera en los bordes para extender la impresión y así copiar mejor los tejidos blandos, ciertos autores indican la colocación de cera en el centro del paladar para que el material se distribuya de manera uniforme hacia todos los sectores.(3)

Algunas veces las disposiciones de los dientes remanentes pueden crear retenciones lo cual podría producir una avulsión accidentada de a pieza dentaria, por los cual se nos recomienda colocar cera entre los espacios interproximales.(20)

### 2.3. CONFECCIÓN DE LA CUBETA INDIVIDUAL

Una vez que se han obtenido los modelos primarios se procederá a delimitar la base de la dentadura, bordeando frenillos, inserciones musculares, zona post-dam y se procede al alivio de la papila piriforme y de la zona retromolar.

La cubeta debe ser profundizada de 2 a 3 mm del fondo de surco vestibular, en ambas impresiones.

La confección de dichas cubetas se realizará con resina acrílica autopolimerizable o de fotopolimerización, donde se eliminarán las zonas de retención, se crean zonas de alivio con cera incluyendo los dientes remanentes con esto se creará una forma expansiva.

La cubeta debe ser uniforme, lisa para no causar irritación, debe mantener un grosor de 2 a 3 mm, debe tener un mango en el extremo vestibular el cual no debe ser vertical y no debe hacer interferencia con el borde del labio.(17)(3)

### 2.4. SELLADO PERIFÉRICO

Uno de los pasos muy importantes y previo a la impresión definitiva es el ajuste de manera exacta de la cubeta a la boca del paciente, en donde se observará la relación que esta tiene con los tejidos y se eliminarán las posibles interferencias con los frenillos e inserciones musculares.(17)

El sellado periférico tiene como objetivo principal la de modelar los bordes de la cubeta individual generando de esta manera una retención óptima, para este paso el material más usado es la Godiva de baja fusión, ciertos autores sugieren el uso de poliéster y siliconas.

Existen algunas técnicas mencionadas por autores con el uso de godiva, por lo general se empieza por el sector anterior, luego la zona premolar, y por último la zona posterior, es muy importante que cuando ya se haya colocado la godiva en boca el paciente realice ciertos movimientos para que la impresión sea de mayor calidad y denote mejor las zonas.

## 2.5. IMPRESIÓN SECUNDARIA

Materiales de impresión dental se utilizan para registrar la forma y la relación de los dientes y los tejidos orales circundantes. La exactitud y la estabilidad dimensional de los materiales de impresión han sido los objetivos tradicionales de los investigadores y los clínicos. El elastómero más popular utilizado en la práctica dental hoy en día es el polivinil-siloxano (PVS). Los materiales de impresión PVS tienen bajo cambio dimensional, baja fluencia y tiempo de fraguado relativamente corto, tienen resistencia al desgarro moderada a alta. Como no hay subproductos en la reacción de polimerización, las impresiones son dimensionalmente estables y se pueden verter en la conveniencia del operador. Las siliconas de adición están disponibles en cuatro consistencias de viscosidades como baja, media, pesada y masilla. Hacer una impresión representa un paso crucial en el procesamiento y colocación de prótesis dentales.

El modelo definitivo o llamado también de trabajo sobre el cual se confeccionará la prótesis definitiva debe copiar de manera precisa el área basal.

El material ideal para este tipo de impresión deberá ser leve y con un alto índice de escurrimiento.(21)

Previamente se debe saber diagnosticar el tipo de mucosa sobre la que se va trabajar, y si es posible que tipo y cantidad de hueso presenta, sabiendo eso se le es posible clasificar de la siguiente forma

Impresión sin Presión	Impresión con Presión	Impresión Selectiva
Reborde Alveolar con Vertientes Paralelas	Mucosa alveolar irregular	Reborde alveolar con mucosa irregular.
Mucosa alveolar lisa y adherida al reborde	Reborde alveolar plano	Mucosa móvil Reborde alveolar disparejo

Tipos de impresiones de acuerdo al reborde y la mucosa alveolar

Esta impresión funcional ha ido cambiando con el transcurso del tiempo primero se empezó con el uso de hidrocoloides, luego se incorporó la pasta de óxido de zinc, hidrocoloide irreversible, siliconas, materiales plásticos, polisulfuros, poliéter, masillas termoplásticas cada uno con sus ventajas y desventajas.

## 2.6. RELACIONES INTERMAXILARES

- 1.-Determinar el plano oclusal superior
- 2.- Determinar la dimensión vertical oclusal y postural
- 3.-Establecer la posición del maxilar superior con respecto al macizo facial y reproducirlo en el articulador mediante el arco facial
- 4.-Establecer la posición de relación céntrica
- 5.-Establecer la relación entre el maxilar inferior y el superior

## 2.6.1 DIMENSIÓN VERTICAL

Glosario de términos prostodónticos define la dimensión vertical como la distancia entre los dos puntos anatómicos o marcados seleccionados (normalmente uno en la punta de la nariz y el otro en la barbilla), uno sobre un miembro fijo y otro sobre un miembro móvil.

La importancia de establecer una altura facial inferior apropiada [cuando se pierde] no puede pasarse por alto porque si VDO se registra demasiado alto o demasiado bajo, deterioraría la condición del paciente existente. Aunque existen muchas técnicas para la evaluación de VDO, ninguna de ellas es científicamente más precisa que otras y cada método tiene sus propias limitaciones. Son tediosas, consumen mucho tiempo o exponen a los pacientes a la radiación. Pueden requerir equipos como la unidad cefalográfica lateral o la máquina electromiografía que no está disponible en la mayoría de las clínicas dentales.

En el pasado, VDO se ha correlacionado con varias medidas antropométricas como la distancia desde el canto externo de un ojo al canto interno del otro ojo, la altura vertical del oído, el doble de longitud de un ojo y la longitud vertical de la nariz en La línea media. Del mismo modo, hemos correlacionado anteriormente VDO original con la longitud de los dedos.

La determinación de esta medida es la que va influencia en la estética y el funcionamiento neuromuscular correcto actuando directamente sobre la estabilidad y eficacia de la función masticatoria.

La determinación de la dimensión vertical oclusal (DVO) es una etapa crucial e importante en el éxito de una prótesis ya sea total o parcial. Esta influirá en la estética, y el funcionamiento armónico de la neuromusculatura y particularmente en estabilidad y eficacia masticatoria de la rehabilitación para desdentados totales.

En pacientes desdentados totales la DVO son usados una serie de parámetros y referencias, tales como: test fonéticos, registros de diagnósticos pre-extracción, magnitud de espacio de inclusión fisiológica, armonía de los tercios del rostro, armonía de la musculatura para protética, test de deglución y aspecto de surcos faciales.

Debemos agregar un factor importante a esta medición los cuales son el uso de los rodetes o placas de altura que son dispositivos que reemplazan a los dientes y tejidos perdidos y reestablecen a nivel de la cavidad oral la relación entre maxilar y la mandíbula, los que por su naturaleza removible hacen difícil el control adecuado de los mismos durante la maniobras de registro.(22)

Se han realizado diversos estudios e investigaciones de cual es el mejor método para la obtención de esta medida en los cuales se hayan: mediciones faciales pre extracción, métodos radiográficos, estéticos, fonéticos, de sensibilidad táctil, de deglución, de cierre mandibular, de apertura en reposo, método cronométrico de Knebelman, entre otros.

Una ventaja que ofrece trabajar con protesis inmediata es que se puede trabajar con las medidas que le paciente ya tiene como son la dimensión vertical de oclusión y una oclusión central o habitual que el paciente previamente ya posee.(23)(4)

## **2.6.2 RELACIÓN CÉNTRICA**

De acuerdo con el glosario de términos prostodóncicos del 2005, relación céntrica (RC) se define como «la relación maxilomandibular en la cual los cóndilos se articulan con la porción más delgada y avascular de sus respectivos discos articulares con el complejo en la posición más anterior y superior contra las paredes de la eminencia articular. Esta posición es independiente del contacto dental, clínicamente entendida cuando la mandíbula es dirigida superoanteriormente a través del eje horizontal transverso.

**Máxima intercuspidadación** (MIC) se define como «la completa intercuspidadación de los dientes independiente de la posición condilar»

**Oclusión céntrica** (OC) es definida como «la oclusión de los dientes cuando la mandíbula se sitúa en relación céntrica», lo cual puede o no coincidir con la máxima intercuspidadación.

## 2.7. PLACA BASE Y RODETES

Cuando ya se logra obtener los modelos definitivos se confeccionan las placas bases las cuales serán confeccionadas con resina acrílica autopolimerización, para posteriormente confeccionar los rodetes de oclusión. El objetivo de este paso es que nos sirva de guía entre el plan de oclusión y los rodetes en cera y esta actuara como guía de oclusión para la confección de la futura protesis.

La altura de los rodetes en el maxilar superior debe tener una altura de 20 mm en la zona anterior y en la zona posterior de 5mm, en cuanto a los rodetes de la mandíbula en la zona frontal debe medir 18mm y en la zona posterior debe extenderse hasta la zona del trigonoretromolar es decir va quedar en 0mm, esto sucede mayormente en paciente edentulos totales, pero en casos donde hayan piezas dentales presentes los rodetes se confeccionaran a la misma altura.(24)

Cuando los rodetes ya estén listos, son introducidos en boca y se observa su adaptación, extensión de los márgenes, presión sobre los tejidos vecino (carrillos, lengua y labios).

Al ya tener los rodetes debemos presente que debe de haber un grado de paralelismo en relación al plano de camper y la línea bipupilar, para la determinación del plano en sentido sagital. El plano de Camper se obtendrá tomando en cuenta las medidas tragus al ala de la nariz.

Una vez verificado los puntos anteriores ya mencionados el paciente es llevado a su dimensión vertical y a su oclusión habitual, se procederá a reblandecer la cera hasta obtener su oclusión central.(5)

## **2.8. MONTAJE DE MODELOS**

El articulador es un dispositivo que va tener como función la de fijar los modelos, tanto del maxilar como la de la mandíbula para poder registrar las relaciones intermaxilares y reproducir los movimientos de la mandíbula.

A su vez el articulador cuenta con un arco facial que tiene como función de llevar el plano de orientación de la cavidad oral al articulador.

Para llevar los registros previos que fueron tomados con los rodetes en boca es usado el arco facial y la orquilla, donde se tomara en cuenta la línea media del paciente durante esta es llevada dentro de la boca.

El modelo superior es montado primero, se colocará yeso piedra en el reverso del modelo hasta que contacte con la platina superior posteriormente se procede al montaje del modelo inferior.(24)(5)

## **2.9. CIRUGÍA Y DUPLICADO DE MODELO**

Una vez obtenido los modelos definitivos se realizarán en dicho modelo los requerimientos clínicos necesarios en donde se irán extrayendo los dientes del modelo, dejando la apariencia a la de un alveolo después de la extracción, en algunos casos es necesario realizar una pequeña alveolotomía correctora la cual será posteriormente copiada por un lamina confeccionada en un backun dental.(17)(5)

## **2.10. CONSTRUCCIÓN DE LA PRÓTESIS**

En este punto el técnico de laboratorio confeccionara con las medidas previas tomadas al paciente como el tamaño de rodetes de orientación, tamaño y posición de los dientes que aún están en boca, oclusión, no en tanto también se puede tener como referencia a la papila palatina, para los dientes anterosuperiores las rugas palatinas en especial el primer par las cuales van a servir como guía para posicionar de mejor manera los caninos.(25)

## **2.11. CIRUGÍA DEL PACIENTE**

## ASEPSIA

La asepsia quirúrgica es un conjunto de acciones diseñadas para evitar la infección de la herida durante la intervención quirúrgica. Existe ausencia total de gérmenes microbianos. La antisepsia es un conjunto de métodos destinados a prevenir y combatir la infección, destruyendo los microorganismos existentes en la superficie o en el interior de las cosas o los seres vivos.

### ASEPSIA DEL PACIENTE

La cavidad bucal nunca está completamente estéril. Sin embargo, puede evitarse la mayor parte de la contaminación antes de la intervención efectuando una limpieza de la boca de forma minuciosa, previa a la intervención con cepillado y enjuagues con Clorhexidina 2%.

### ASEPSIA DEL INSTRUMENTAL

Todo el instrumental utilizado estéril, lo cual puede obtenerse con calor húmedo (autoclave).

Asepsia del dentista.

Lavado de manos y la colocación de la ropa adecuada y los guantes estériles.

### INSTRUMENTAL

Jeringa metálica tipo Carpule, Separador de Minnesota, Periostótomo, la cucharilla para hueso o cureta sirve para eliminar tejido patológico, pinzas gubia, elevadores rectos siguiendo los tiempos de los elevadores (Aplicación, luxación y extracción), Forceps para molares y dientes anteriores respetando los tiempos de los fórceps (Prensión, Impulsión, luxación, Tracción).(9)

## 2.12. PROCEDIMIENTOS PRE PROTÉSICOS

El concepto de cirugía pre protésica comprende toda aquella maniobra quirúrgica cuyo objetivo sea la acomodación de una prótesis dental en una región maxilomandibular edéntula.

La séptima edición del *Glosario de Términos Prostodónticos* define el *Síndrome de Combinación (SC)* como "las características que ocurren cuando una maxila edéntula se opone a los dientes anteriores mandibulares naturales, incluyendo pérdida de hueso de la porción anterior de la cresta maxilar, crecimiento excesivo de las tuberosidades, La hiperplasia papilar de la mucosa del paladar duro, la extrusión de los dientes anteriores inferiores y la pérdida del hueso alveolar y la altura de la cresta debajo de las bases dentales posteriores removibles mandibulares-también llamado síndrome de hiperfunción anterior

Dentro de estos procedimientos incluyen alveoloplastías con extracciones; remodelado del reborde alveolar, cuando se presentan rebordes en filo de cuchillo o en problemas de contorno dados por varios motivos; alveoloplastía intraseptal reducción de tuberosidades y eliminación de torus. Y de la misma manera existen procedimientos de tejidos blandos (5)

### ATROFIA MAXILAR

La pérdida dental trae consigo un lento pero continuado proceso de resorción de la cresta alveolar que conduce a la atrofia maxilar severa. El mayor grado de resorción se manifiesta durante el primer año post exodoncia, pero continua inexorable durante toda la vida. El déficit de cresta alveolar es el mayor condicionante en la rehabilitación protésica del paciente edéntulo, dado el papel crucial que ejerce la morfología de la cresta alveolar en la retención

de prótesis tanto mucosoportadas como implanto soportadas. En el caso de la prótesis mucosoportada, la paulatina pérdida del reborde alveolar causa mal ajuste originando movilidad e incomodidad en el proceso de masticación. Esto obliga a revisar la prótesis continuamente. En casos extremos puede ser imposible obtener una buena retención. La cantidad de hueso, tanto en anchura como en altura, es un factor trascendental de cara a la planificación de un caso de rehabilitación implanto soportada. La progresiva aireación de los senos maxilares y orificios piriformes por pérdida de altura ósea del hueso maxilar, así como el acercamiento gradual del conducto del nervio dentario al proceso alveolar en la mandíbula, ejercen de límites físicos a la hora del emplazamiento de implantes dentales. La atrofia maxilar severa puede dificultar e incluso impedir la colocación de implantes sin procedimientos pre protésicos previos. La atrofia maxilar puede no ser uniforme, causando regiones afiladas, punzantes o dolorosas, contornos desiguales a nivel de las apófisis geni y otras alteraciones. Además en casos de atrofia maxilar severa puede perderse el hueso que conforma el suelo del seno maxilar, causando a largo plazo una comunicación oroantral, y el hueso del canal dentario puede reabsorberse hasta el punto de quedar el nervio completamente expuesto.(26)

La resorción ósea maxilomandibular tiene como efecto inmediato una pérdida de dimensión vertical y horizontal de la cara. Además, el patrón de pérdida ósea en el paciente edéntulo es centrifugo en el caso del maxilar y centrípeto en la mandíbula, conduciendo a la ante rotación de esta última, y condicionando una cara de configuración esquelética de clase III. El mentón resulta prominente y puntiagudo, curvándose la nariz hacia abajo y marcándose los pliegues nasogenianos. La consecución de estos patrones faciales tiene un evidente

agravio estético que configura, junto a otros factores, lo que familiarmente conocemos como cara envejecida.(27)(17)

### ALVEOLOPLASTIA

Se trata de un procedimiento quirúrgico cuyo propósito es regularizar los contornos del proceso alveolar para facilitar el emplazamiento posterior de una restauración protésica.

Tras una exodoncia reglada es necesario revisar cuidadosamente el contorno del proceso alveolar, especialmente en los casos en que la pieza dentaria se encuentre sobre erupcionada por ausencia del antagonista. En este contexto es especialmente prevalente la presencia de irregularidades o espículas óseas que pueden dificultar la colocación posterior de una prótesis sustentada en la encía. Tras una exodoncia debe pasarse el dedo por la región intervenida para percibir a través del tacto posibles excrecencias óseas, teniendo en particular consideración los tabiques interdenciales e interradiculares por ser estos así frecuentes de alteración susceptible de ser intervenida. El instrumental más adecuado para estos abordajes es el rotatorio. Debe hacerse una regularización de la cresta alveolar prudente, preservando la mayor cantidad de hueso posible.(25)

Contorneado óseo de zona edéntula en zonas edéntulas de larga evolución pueden encontrarse irregularidades óseas de la cresta alveolar en relación a un proceso de reabsorción ósea desigual. Si hay una zona de excesiva proyección, es posible que esta dificulte la colocación de una prótesis y cause molestias la masticación del paciente portador de prótesis. En estos casos debe realizarse un bordaje quirúrgico del hueso a través de un colgajo mucoperiostico, realizando una regulación cuidadosa del contorno anómalo.(17)

### **2.13. COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS**

Habiéndose culminado la cirugía se procede a colocar la prótesis inmediata, la cual ha sido desinfectada previamente.

Una vez introducida la prótesis en boca se le pide al paciente que cierre la boca y se realiza el primer parámetro el cual será oclusión y contorno, se observara minuciosamente que no hayan puntos de presión en caso de que hubiese debe realizarse las correcciones en ese momento.(17)

### **2.14. RECOMENDACIONES POST OPERATORIAS**

No retirarse la prótesis sobre todo las primeras 24 horas

Aplicar hielo en la zona de la cirugía

Terapia analgésica y antibiótica

Dieta blanda durante las primeras 24 horas

Evaluación por el odontólogo a las 24 o 48 horas para evaluar la evolución y si en caso sea necesario realizar los ajustes a la prótesis

Es muy importante la explicación del paciente que la superficie ósea y mucosa han recibido cambios posteriores a las extracciones, para lo cual durante el transcurso de los días se necesitaran realizar una serie de modificaciones a la prótesis y que este alcance una mejor estabilidad y retención.(28)(5)

### **3. VENTAJAS**

Brinda al paciente un mejor confort estético ofreciendo mejor soporte a las estructuras adyacentes como mejillas y labios, permitiendo conservar los contornos faciales y la dimensión vertical, evitando así el colapso de los tejidos.

El paciente no tiene periodos edentulos conservando su aspecto tanto físico como psicológico, de esta manera evita la incomodidad social

Se evita que el paciente adopte hábitos, gestos, posiciones o muecas que disimulan la falta de dientes.

Protege a los tejidos aislándolo del medio bucal, reduciendo el dolor, la inflamación y posibles infecciones postoperatorias.

Actuará como apósito quirúrgico Impidiendo así el desprendimiento del coagulo, formando un reborde con mejor forma y una cubierta mas resilente.

Constituye un medio para el acondicionamiento y conservación de las estructuras residuales.(5)

#### **4. DESVENTAJAS**

Se requiere de más citas por lo que lo hace un tratamiento largo aun después de haberse colocado la protesis.

El reborde alveolar sufre una reabsorción rápida después de la cirugía por lo que se necesita hacer varios rebases de la protesis para una mejor estabilidad con respecto a los tejidos.

La existencia de dientes anteriores remanentes, en el momento de tomar l impresiones, se crea una retención en la zona anterior del reborde que cuesta capturar con precisión la impresión.

La evaluación de prótesis de prueba es limitada ya que, al haber la presencia de los dientes naturales, el factor estético y fonético son reevaluados con más exactitud el día de la instalación.

Aumenta la molestia del paciente la combinación del dolor post-extracción y el traumatismo relacionado a la prótesis produce mayor molestia al paciente con prótesis total inmediata, que aquellos con dentaduras totales convencionales.

El costo ya que el reborde alveolar va ir reabsorbiéndose La prótesis va necesitar de acondicionamientos y esto se traduce con más visitas al odontólogo.(29)

## 5. INDICACIONES

Existen 4 tipos de Indicaciones para su uso

### a) De Origen Patológico

Pacientes que presenten enfermedad periodontal irreversible donde las exodoncias es el único recurso de tratamiento.

Pacientes con bocas sépticas es decir piezas dentarias con caries muy destructivas.

Pacientes tratados con cirugía radioterapia en el área maxilofacial, con pérdida de varios dientes.

### b) De Orden Funcional

Pacientes con alteraciones oclusales irreversibles debido al mal periodontal.

Paciente al cual no se le es posible rehabilitar con una prótesis dentosoporada con una rehabilitación dentosoportada.

### c) De orden Psicosocial

Cuando el factor estético que supone la ausencia de dientes durante el período posterior a la extracción no es aceptado por el paciente o va a influir de forma negativa en su vida afectiva, social o profesional

### d) En el tratamiento implantológico

En la fase de oseointegración.

## 6. Contraindicaciones

Pacientes sometidos a radioterapia de cabeza y cuello.

Pacientes con algún trastorno sistémico que altere la coagulación o regeneración tisular (diabetes, insuficiencia cardíaca, hemofilia, discrasias sanguíneas, entre otras),

Pacientes ancianos o con trastornos médicos que no puedan tolerar extracciones múltiples.

Pacientes con dientes muy móviles y con abscesos o quistes grandes que requieran drenaje después de la cirugía.

Pacientes con trastornos psicológicos o con disminución de sus capacidades mentales (5)

## II. CONCLUSIONES

- Se logró restablecer y mantener la oclusión del paciente mediante el tratamiento de prótesis inmediata.
- Esta prótesis ayudó a que el paciente no pase ningún momento por un periodo edéntulo.
- Esta prótesis servirá como una etapa de transición mientras se haga la definitiva.
- No existieron cambios en su aspecto físico, psicológico o social ya que el mismo día de las extracciones se colocó su prótesis total inmediata.
- Se corrigió la estética mediante la ayuda de los datos existentes previos a la extracción, se copió la forma, tamaño y color de sus dientes naturales y se los mejoró para poder pasarlos a la nueva prótesis.
- Este tratamiento es mucho más largo y costoso que el de una prótesis convencional.

### III. BIBLIOGRAFIA

1. Tamaki, T. Dentaduras Completas.4ta ed. Sao Paulo, Brasil: Sarvier.1983.
2. Fuertes, R. Del Valle, O. Justo, M. Rehabilitación con Prótesis Inmediata en Pacientes Geriátricos: Presentación de un Caso. Revista Habanera de Ciencias Médicas.2007. 6(2), 1-7.
3. Telles D. Prótesis Total Convencional y sobre Implantes. 1a ed. Sao Paulo, Brasil: Editorial. Santos; 2011.
4. Caputi, S. Murmura, G. Ricci, L. Varvara, G. Sinjari, B. (2014). Immediate denture fabrication: a clinical report. Annali di Stomatologia. 4 (3-4), 273-277.
5. Díaz, F., & Quintana del Solar, M. (2013). Prótesis Total Inmediata como alternativa de tratamiento. Reporte de caso. Revista Estomatológica Herediana. 23(1), 29-33.
6. Mezzomo Elio, Rehabilitación oral contemporánea; 1ra Edición, Editorial Santos, Sao Paulo, Brasil,Edit. Amolca Ed. 2010.
7. Ricardo Orlando Lozano Mora. Procedimientos clínicos que intervienen para desarrollar un plan de tratamientos y diseño de una prótesis parcial removable. Guayaquil, Junio del 2014
8. Ministerio de Salud. Gobierno del Perú. Lima, Perú. Colegio Odontológico de Lima <https://www.cop.org.pe/historia-clinica>
9. Bryan Barrantes Arias, Patricia Sotela Truque. Exodoncias múltiples en paciente hipertenso y colocación de prótesis acrílica inmediata. Reporte de un caso clínico. Revista electrónica de la Facultad de Odontología, ULACIT – Costa Rica, Vol. 7, No.2, 2014.
10. Julio Jesús Reyes Martínez, Interpretación de las Pruebas Biométricas Básicas preoperatorias de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en la Clínica de Cirugía en la Facultad Piloto de Odontología. Guayaquil, julio del 2014
11. López, A. Granizo, R. (2012). Cirugía Oral y Maxilofacial. España: Panamericana. 3ra ed. España

12. Utreras, M., & Ozawa, J. (2011). Tratamiento interdisciplinario prótesis bucal-periodoncia de paciente con periodontitis agresiva. *Revista Odontológica Mexicana*. 15 (1), 53-61.
13. Khalifa, N. Allen, P. Abu-Bakr, N. Abdel-Rahman, M. (2012). Factors associated with tooth loss and prosthodontic status among Sudanese adults. *Journal of Oral Science*. 54(4), 303-312.
14. Lindhe, J. et al.(2009) *Periodontología clínica e implantología odontológica*. Ed. Médica. Panamericana. 5ª edición. Murillo, G. et al. (2010)
15. Cohen, S. Hargreaves, K. (2008). *Vías de la Pulpa*. Madrid: Elsevier
16. José Luis Cova N. *Materia : Odontología*. Editorial : Amolca. Año : 2010. Edición : 2a ED.
17. Cacciacane, O. (2012). *Prótesis Bases y Fundamentos*. Madrid: Ripano
18. Kawabe, S. (1992). *Dentaduras Totales*. Japón: Actualidades Medico Odontologicas Latinoamerica C.A.
19. Preti, G. (2008). *Rehabilitación Protésica*. Tomo 2. Venezuela: Amolca
20. Dixon, C. Eakle, W. Bird, W. (2012). *Materiales Dentales Aplicaciones Clínicas*. Mexico: Manual Moderno.
21. Nirmala Kumari, D. B. (2015) Nandeeshwar The dimensional accuracy of polyvinyl siloxane impression materials using two different impression techniques: An in vitro study
22. Quiroga, R. Riquelme, B. Sierra, M. Del Pozo, J. Quiroga, R. (2012). Determinación de la Dimensión Vertical Oclusal en desdentados totales: comparación de métodos convencionales con Craneómetro de Knebelman. *Revista Clínica Periodoncia Rehabilitación Oral*. 5(1), 20-24.
23. Ruchi Ladda 1, Vikrant O. Kasat 2, Aruna J. Bhandari 3 A new technique to determine vertical dimension of occlusion from anthropometric measurement of interpupillary distance *Journal section: Prosthetic Dentistry* 2014;6(4)
24. Milano, V., & Desiate, A. (2011). *Prótesis Total Aspectos Gnatológicos, Conceptos y Procedimientos*. Venezuela: Amolca.

25. Criado, Z. Sarracent, H. Almagro, Z. García, I. Aragón, T. Ortiz, F. (2012). Prótesis Inmediata post alveolectomía correctora y tuberooplastia bilateral a propósito de un caso clínico. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 11(2), 556-562
26. Dalaya, M. Ishaq, S. Ghadage, M. (2013). An Edentulous State of the oral cavity. Complete Dentures A "BOON". *IDA Times*. 9 (11), 16-16.
27. . Diaz, A. Gamarra, R. Barreda, S. De la Fuente, A. Geller, D. Meza, A. Pardo, J. Zevallos, D. Zuiko, A. (2001). *Protesis Dental Inmediata. Revision Bibliografica, La Carta Odontologica*. 5(16), 13-18
28. Zarb, G. Hobkirk, J. Eckert, S. Jacob, R. (1994). *Prosthodontic Treatments for Edentulous Patients: Complete dentures and implant- supported prostheses*. United States: Mosby.
29. Shah, F. K. Gebreel, A. Elshokouki, A.H. Habib, A.H. Portwal, A. (2012). Comparison of immediate complete denture, tooth and implant-supported overdenture on vertical dimension and muscle activity. *Journal Adv Prosthodontics*. 4(61), 61-71.