



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN PRÓTESIS DENTOBUCOMAXILAR  
TRABAJO INTEGRADOR FINAL (TIF)

**“REHABILITACION CON PROTESIS COMPLETA EN  
PACIENTES CON PÉRDIDA ÓSEA MODERADA”**

AUTOR: Od. SCAZZOLA, MARISA ISABEL

DIRECTOR: DOCTORA ANDREA MALTILDE TANEVITCH

AÑO: 2022

## ÍNDICE GENERAL

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
Título	1
Modalidad del Tif	1
Resumen	1
Objetivos	2
Objetivos generales	2
Objetivos específicos	2
Presentación del tema	2
Marco teórico	3
<i>Características biopatológicas del paciente</i>	4
<i>Descripción de los rebordes alveolares</i>	4
<i>Diagnóstico del paciente desdentado</i>	6
<i>Consideraciones sobre la toma de impresiones</i>	7
<i>Tipos de cubetas individuales</i>	8
<i>Confección de Placas Bases y Rodetes de Oclusión</i>	9
<i>El enfilado dentario de la prótesis</i>	9
<i>Propiedades de las prótesis completas</i>	10
Material y Método	12
CASO N°1	12
CASO N°2	17
CASO N°3	22
Discusión	26
Conclusión	30
Bibliografía General y Específica	31

## **“REHABILITACION CON PROTESIS COMPLETA EN PACIENTES CON PÉRDIDA ÓSEA MODERADA”**

MODALIDAD DE TIF

Presentación de 3 casos clínicos, rehabilitados integralmente

RESUMEN

La ausencia total de piezas dentarias afecta en la actualidad tanto a personas de edad avanzada como así también de edad media. Esto lleva a tener que realizar y evaluar la pérdida del hueso alveolar. Si bien la pérdida ósea aumenta con la edad, también se ve reducida en mujeres jóvenes por problemas hormonales. Por todo lo anterior mencionado es de fundamental importancia realizar un correcto diagnóstico clínico para la realización e instalación de las prótesis totales superiores e inferiores, rehabilitando al paciente en forma integral.

*Palabras claves:* rehabilitación bucal, prótesis completa, edéntulo, pérdida ósea; oclusión.

## OBJETIVOS

---

### - GENERALES

Contribuir a la actualización del conocimiento odontológico en la resolución de casos clínicos de pacientes con maxilares desdentados y pérdida ósea moderada mediante prótesis completa

### - ESPECÍFICOS

- Realizar un correcto diagnóstico del remanente óseo para seleccionar la técnica y el material a utilizar para la confección de la futura prótesis
- Conseguir soporte, retención y estabilidad en la confección de la aparatología protética.
- Rehabilitar al paciente para devolver la función masticatoria, fonética, estética y el bienestar psicológico.

### PRESENTACIÓN DEL TEMA

El caso principal que se abordara en este trabajo consiste en una paciente de más 46 años de edad, desdentada parcialmente con solo 3 piezas dentarias en boca indicadas a extracción, encontrándose los rebordes residuales conservados.

Cuando la paciente llega a la consulta odontológica se debe realizar un completo diagnóstico para planificar y poder rehabilitarla. Este trabajo que voy a realizar se va basar en la observación del remanente óseo que posee la paciente y de esta forma poder evaluar el tipo de material que voy a utilizar para la confección de las prótesis totales. La evaluación correspondiente va a distinguir las alteraciones y anomalías que existan tanto funcionales como estéticas, motivo por el cual se van a utilizar distintos métodos de diagnóstico, los cuales incluyen observación, palpación, auscultación, radiografías intra y extra bucales, tomografías y laminografías. Las fotografías faciales que no sean actuales nos van a servir para poder realizar la correcta elección de la forma de dientes. Los estudios complementarios van a ser valiosos en cuanto al diagnóstico, descartando patologías que no podemos observar a simple vista.

Al realizar un análisis del tipo de reborde debemos basarnos en la morfología ósea preexistente, en la etiología de las pérdidas dentarias, que antigüedad tienen las extracciones realizadas, si le realizaron tratamientos oncológicos y si posee prótesis la data de la misma.

## MARCO TEÓRICO

---

El edentulismo se refiere a la pérdida de todos los dientes deciduos y permanentes, esta condición puede afectar sustancialmente la salud oral y general, así como también la calidad de vida, incluyendo el gusto por las comidas y la nutrición. Algunas evidencias sugieren que el estado de salud oral, particularmente el edentulismo total puede afectar la ingesta de alimentaria.

La pérdida de todos los dientes, aun con prótesis total, reduce la efectividad de la masticación y afecta la percepción del sabor, las preferencias y los patrones de consumo de las comidas. Todo ello, compromete en gran medida en el estado anímico de las personas edéntulas, porque la calidad de vida no es la misma a diferencia de cuando tenían todas sus piezas dentarias presentes en boca

Hay concordancia en varios estudios epidemiológicos y de revisión sistémica, que llegan a la conclusión que las 2 principales causas de edentulismo son las caries y la enfermedad periodonto; siendo la caries predominantes en edades tempranas y la enfermedad periodontal en edades más avanzadas.

La pérdida de dientes por enfermedad periodontal es la secuela de la pérdida de adherencia de la encía y la consiguiente pérdida de tejidos de soporte del diente, que al ser destruidos dejan al diente sin sus tejidos de sostén que finalmente se desprende y deja un lecho vacío.  
(1)

Esta situación se presenta, lamentablemente con mucha frecuencia en nuestros países, basta recordar que el 50% de las personas mayores de 60 años, son desdentados totales.

El paciente desdentado total para su rehabilitación requiere prótesis totales completas biofuncionales, que deben devolver la estética, la fonética y la función masticatoria perdida y que además deben ser estables.

La estabilidad se logra con una base protética bien sellada, que permite la retención y con dientes artificiales que además de devolver una correcta dimensión vertical, una relación horizontal fisiológica, una relación interdientaria u oclusal perfecta, logren axial izar las fuerzas e impidan la aparición de palancas desestabilizantes.

No basta un sellado protésico; es necesario también manejar muy bien la disposición de los dientes artificiales.

La rehabilitación protésica en el desdentado total tiene como objetivos generales reemplazar los dientes y tejidos de soporte perdidos ,buscando recuperar el equilibrio del sistema estomatognático y objetivos específicos que serian, obtener retención o sellado de

las bases protéticas ,recuperar estética ,recuperar fonación ,masticación y plano oclusal como así también devolver relación horizontal mandibular fisiológica, obtener correcto enfilado dentario ,lograr axialidad de las fuerzas, estabilidad protética y balance oclusal (2).

### ***1. Características biotipológicas del paciente***

Al observar la biotipología del paciente según la relación de los componentes verticales y horizontales los podemos clasificar en 3 tipos básicos, según la relación entre el componente vertical y horizontal de la cara, medido entre el Nasion y el Mentón y entre los arcos cigomáticos. Esta es importante al determinar la ubicación del plano oclusal y contorno labial.

El biotipo meso facial: existe proporción balanceada y armónica entre los planos faciales y horizontales, existe un plano de oclusión ideal para el soporte labial y llenado del espacio de la sonrisa con los dientes superiores, hay mínima exposición de tejidos gingivales en una sonrisa amplia, con correcta ubicación de la línea labial y del contorno del labio.

Biotipo braquifacial: posee una dimensión vertical deficiente del rostro siendo más evidente en la parte inferior de la cara, presenta un complejo dentó alveolar inadecuado, el plano oclusal es deficiente en aéreas con un mal soporte labial y un llenado inadecuado de la sonrisa ya que al sonreír, puede no apreciarse los dientes.

Biotipo dolicofacial: está caracterizado por un predominio de la dimensión vertical de la cara sobre lo horizontal, existe un excesivo desarrollo dentó alveolar con excesiva altura del plano oclusal, cuando sonríe muestra considerablemente el reborde gingival, la línea media es alta y en estado de reposo los dientes superiores son visibles extendiéndose bajo el labio superior mas allá de lo normal. (3)

El hecho que un paciente haya perdido todas sus piezas dentarias va a causar deformaciones, reabsorciones óseas de los rebordes alveolares como sería la altura y el ancho del reborde alveolar, perdido de la dimensión vertical y de la altura facial y como consecuencia son los trastornos de la articulación temporomandibular. (4)

### ***2. Descripción de los rebordes alveolares***

Denominamos al reborde alveolar residual a la porción del reborde alveolar y de los tejidos blandos que recubren, que quedan luego de la extracción de las piezas dentarias. Está constituido por dos corticales externas e internas.

Las reabsorciones de los rebordes residuales tiene un origen patológico y de tipo multifuncional Los factores etiológicos comprenden a componentes de tipo anatómico biológico y mecánicos que al coexistir originan un alto riesgo para producir reabsorciones. En este contexto, de estos tres factores, el factor mecánico es el único que puede

manipularse en forma externa. Por su parte los factores anatómicos y biológicos son inherentes al fenotipo y estado de salud del propio paciente.

La reabsorción ha sido considerada como una enfermedad crónica, progresiva, irreversible y acumulativa (3). Además es inconstante en su curso evolutivo, es altamente variable entre individuos, en el mismo individuo a diferentes tiempos y también en el mismo momento pero en diferentes áreas del reborde (3). El índice y la forma de reabsorción en los bordes residuales es debida principalmente a la pérdida del ligamento periodontal, exposición quirúrgica del hueso alveolar, permanencia de las zonas desdentadas por tiempos prolongados, compresiones excesivas sobre el reborde residual, inestabilidad oclusal, uso prolongado de prótesis, enfermedades sistémicas relacionadas a pérdida ósea como osteoporosis y a hábitos para funcionales asociados a bruxismo.

Ahora bien, de presentarse la atrofia mandibular derivada de la reabsorción esta generara una amplia nosobiotica. Comprenderá a las alteraciones biológicas, psicológicas y sociales con diferente nivel de gravedad. Las alteraciones biológicas involucran irritaciones leves en la mucosa bucal, hasta trastornos funcionales complejos derivados de ulceraciones profundas. Estas alteraciones provocan a su vez compresión crónica del nervio mentoniano, que derivan frecuentemente en dolor oro facial.

Las alteraciones psicológicas derivadas del dolor constante, así como de la incapacidad del uso de una dentadura artificial, conllevan a importantes alteraciones del estado de ánimo y en consecuencia, hasta la perdida de la autoestima. Debido a lo expuesto en este último punto, las alteraciones de tipo social, derivan en gran parte de la psicológicas que impiden adecuadas relaciones sociales intrafamiliares y de trabajo.

La presencia del dolor orofacial severo debido a atrofia mandibulares graves ya antes comentado ha exigido diversos mecanismos para su alivio:

- 1- Alivio interno de la Prótesis dental.
- 2- Resección y lateralización del nervio dentario inferior, rehabilitación con implantes dentales para reducir el contacto con el nervio mentoniano.
- 3- Rebase interno de la prótesis con resinas suaves, siliconas flexibles o acondicionadores de tejidos.
- 4- Posicionamiento inferior del foramen mentoniano.
- 5- Reducción de la superficie de contacto oclusal.
- 6- Corrección de defectos de la dentadura artificial que causen inestabilidad y o trauma (16).
- 7- Remoción nocturna de las prótesis dentales.

8- Consumo de dieta blanda.

9- Aplicación de masajes en los tejidos blandos de soporte.

10- Uso tópico de medicamentos. (5)

### ***3. Diagnóstico del paciente desdentado***

Antes de comenzar con el tratamiento debemos observar la coloración de las facies; si hay asimetría, si la forma de los labios es normal o están invertidos, si hay dificultad al hablar y si hay sialorrea. También debemos examinar todas las aéreas de la boca para descartar patologías. Para ello debemos poner en práctica una técnica de examen muy simple, siguiendo un orden y observando con cuidado para diferenciar lo normal de lo patológico.

Semimucosa labial: es la primera etapa del examen, además de observar a simple vista y con una buena fuente de luz, conviene separar con los dedos la semimucosa para detectar pequeñas lesiones que puedan estar ocultas por los pliegues del labio.

Mucosa labial: con ambas manos invertimos el labio superior e inferior para examinar la mucosa hasta el fondo de surco. En condiciones normales se puede visualizar el frenillo labial muy importante donde se ubique su inserción para la estabilidad de la futura prótesis.

Carrillo sector anterior: con ambas manos revertimos el carrillo examinando el área retrocomisural.

Carrillo sector posterior: observamos el orificio de salida del conducto de Stenon que suele estar cubierto por una pequeña solapa de mucosa y también podemos observar a través de visión indirecta el espacio retro molar superior. (6)

Lengua: debemos observar la punta, la cara ventral, dorsal y puntas. Es muy frecuente que se produzca una macroglosia de la misma por ausencia de piezas dentarias.

La macroglosia es una condición donde la lengua en posición de reposo protruye más allá del reborde alveolar. La lengua es una estructura importante en funciones vitales como deglución, la fonación y la respiración. Participa en los procesos de desarrollo y crecimiento craneofacial. La macroglosia puede causar anomalías dento-musculo-esqueléticas, crear problemas de masticación, fonación y manejo de las vías aéreas, e inestabilidad en tratamientos de ortodoncia y prótesis. El conocimiento de los signos y síntomas de la macroglosia y su diferencia con la macroglosia relativa o pseudomacroglia contribuirá a identificar estos pacientes.

El plan de tratamiento de la macroglosia puede variar según su etiología y severidad, desde reducción de la misma por cirugía hasta la reducción por la colocación de prótesis. (7).

#### ***4. Consideraciones sobre la toma de impresiones en el paciente desdentado***

Luego de realizar todos los pasos anteriores procedemos a tomar las impresiones superiores e inferiores. Entendemos por impresión a una representación en negativo de los tejidos bucales, mediante una cubeta adaptada a dicho terreno, teniendo en cuenta que debe alojar sobre la misma el material de elección. Las características de los materiales para impresión deben ser: no tener olor ni sabor desagradable, no deben ser tóxicos ni irritantes, buenas características de impresión de detalle, estabilidad dimensional duradera, tiempo adecuado de trabajo, resistencia a las fracturas, compatibilidad con materiales de vaciado, fácil de dispensar, proporcionar y mezclar, permitir desinfección, suficiente vida útil en almacenaje y económico. Para el caso específico de personas desdentadas se utiliza como material de elección el compuesto para modelar, alginato, siliconas para la realización de las impresiones preliminares. En los distintos tipos de tratamiento protésico se necesita de la reproducción del terreno. La cubeta estándar para maxilar superior e inferior desdentado debe ser lisa de aluminio o de acero inoxidable, antiguamente se utilizaba de plomo para desplazar los tejidos en maxilar inferior. La impresión preliminar siempre debe ser sobre extendida, y en la misma debemos evaluar si están presentes los rebordes, las líneas oblicuas internas y externas, la papila periforme, el frenillo lingual, frenillos vestibulares, ausencia de burbujas, fondo de surco etc. Al realizar el vaciado con yeso `piedra debemos observar ausencia de burbujas en el modelo.

Las impresiones definitivas son un procedimiento rutinario de la rehabilitación dental y está compuesto por varios pasos que determinan el éxito del tratamiento. Uno de estos pasos es la selección acertada de la cubeta para impresión. Recientemente se ha propuesto el uso de cubetas diseñadas y fabricadas digitalmente, además del uso del escáner intraoral, pero son pocos los estudios que evalúan esta nueva técnica en comparación con el método tradicional con cubetas individuales (8).

Si bien hay estudios que se están desarrollando en la actualidad se siguen confeccionando la cubeta individual cuyas indicaciones son: impresiones funcionales en prótesis removibles total y para impresiones primarias de pacientes con reabsorción alveolar severa por ejemplo en pacientes con prótesis de larga data y desajustadas, esta necesita de ciertos requisitos para cumplir con su objetivo principal, estos son:

1- Estabilidad Dimensional: la cubeta necesita además de servir de soporte al material, presentar una estabilidad en su estructura que permita contener y compensar las fuerzas producidas tanto por el material de impresión, como las ejercidas por el operador.

2- Diseño apropiado: el diseño apropiado de una cubeta, tiene relación con la forma de la misma y su interacción tanto con el material como con los tejidos, en el sentido de presentar una forma tal que permita llevar el material de impresión a las zonas en las cuales

se interesa llevar. También se debe evitar diseños que favorezcan la compresión excesiva de la mucosa.

3- Permitir retención del material de impresión: la cubeta individual debe ser capaz de retener el material de impresión.

4- No debe deformarse ni fracturarse durante el proceso de toma de la impresión.

5- Individualizable: Si bien la cubeta individual se confecciona a partir de un modelo primario del paciente, siempre es posible que el operador se encuentre con situaciones fuera de lo previsto. Además la cubeta debe ser capaz de ser individualizable para proceder con el recorte funcional que va a permitir dar espacio al material de sellado periférico dentro de la impresión funcional. El sellado periférico se verá más detalladamente en el paso de impresión funcional.

6- Que sea fácil de sujetar:

La cubeta debe poseer un mango que permita sujetarla y permitir su extracción de la boca cuando el material termine de endurecer.

La confección de toda cubeta individual en prótesis removible total, involucra tres principios importantes que deben ser considerados al momento de su confección, son: rigidez, contracción de polimerización y coeficiente de variación térmica.

Rigidez: tiene relación con la resistencia a la flexión y deformación que presenta la cubeta de acrílico, una mayor rigidez permitirá resistir de mejor manera las fuerzas de distorsión producidas por el material de impresión. Además la rigidez de la cubeta ayuda a contener el material de la impresión.

Contracción de Polimerización: la contracción en su reacción de endurecimiento es un fenómeno que no se puede evitar, pero si controlar.

Coficiente de Variación Térmica: se entiende como la diferencia de dimensión lineal que presenta un material enfriándolo a diferentes temperaturas, la cubeta de acrílico está sometida a una variación importante de temperatura, esta puede llegar a 15° grados.

### ***5. Tipos de cubeta individuales.***

Los rebordes en un desdentado y los tejidos circulantes, presentan diferentes caracteres. Existen dos grandes grupos de cubetas individuales para prótesis totales:

Cubetas Fenestradas: este tipo de cubetas son utilizadas en casos en los cuales presentan mucosas o rebordes hiperplásicos en los cuales el hueso no ofrece el suficiente sostén y existe mucha movilidad al manipularlo. Presenta una cavidad o fenestración en su diseño, en el cual permite mantener libre la zona donde se presenta esta mucosa hiperplásica.

Cubetas No Fenestradas: son utilizadas para impresión de rebordes y mucosas firmes, en las cuales se justifique su indicación (9)

Para las impresiones definitivas se utilizara la cubeta individual adjuntando a este un material especial que reproduzca con mayor detalle los reparos anatómicos de la cavidad bucal y así obtenemos el modelo definitivo donde se confeccionara la prótesis total.

### ***6. Confección de Placas Bases y Rodetes de Oclusión***

En la confección de una prótesis total la placa base juega un papel muy importante el cual representara la extensión y grosor de la futura prótesis, que deberá se elaborada de la manera más prolija, limpia y presentable posible ya que debe probarse en boca del paciente para realizar los ajustes necesarios.

La placa base es un material termoplástico que tiene la capacidad de adaptarse con facilidad sobre el modelo gracias a la utilización del mechero

Los rodetes deben cumplir con ciertas características para determinar el soporte funcional, el nivel del plano oclusal, la forma del arco y la dimensión vertical; por lo que cada rodete debe presentar una altura, espesor e inclinación vestibular cumpliendo con las siguientes medidas en antero superior 22 mm, posterosuperior 17 mm, anteroinferior 18mm, posteroinferior 15 mm, el espesor debe ser de 7 mm, y la zona molar es de 10 mm en ambos arcos.

El montaje de los modelos en el articulador es un procedimiento en el cual se fijan los modelos superiores e inferiores a la rama del articulador con yeso de impresión y se termina de moldear con yeso piedra. Para una correcta articulación se tomara en cuenta las diferentes líneas de referencia que están marcadas en los rodetes, como por ejemplo la línea media, la línea de los caninos, línea de la sonrisa, línea de entrecruzamiento (corresponde al overjet y overbite) (10).

### ***7. El enfilado dentario de la prótesis***

El paso luego del montaje para la futura prótesis lo denominamos enfilado dentario:

Enfilado dentario: es la etapa de laboratorio y clínica en la que se ubican los dientes artificiales, sobre los modelos articulados reemplazando a los dientes naturales perdidos, intentando repetir la ubicación aproximada y la disposición de estos, obteniendo estética, funcionalidad y además balance oclusal utilizando como guía el eje individual, los elementos anatómicos remanentes, la relación de tamaño entre los maxilares, usando cúspides de soporte que axialicen las fuerzas y que recuperen la dimensión vertical oclusiva y la relación céntrica de la mandibular.

Proceso de Enfilado:

- 1- Selección del color de los dientes, debe ser personal y que se relacione con el rostro, debemos entender que en los dientes naturales no existe el color universal, esto varía de un paciente a otro y debemos basarnos en diferentes factores: como la edad, sexo, raza, hábitos alimenticios, estado de salud, etc. El factor edad por ejemplo influye por el envejecimiento del diente.
- 2- Selección de la forma de los dientes: se nos dificulta por la ausencia de dientes naturales en los cuales podríamos basarnos, guiándonos para un resultado más estético.
- 3- Selección del tamaño: para este proceso clínico existen procedimientos basados en referencias anatómicas y antropométricas, algunas más simples. Al seleccionar el tamaño debemos considerar el ancho, largo y profundidad.( 11)

Una vez probado el enfilado procedemos a la confección de la prótesis total.

### ***8. Propiedades de las prótesis completas***

Una prótesis dental, es un elemento artificial dedicado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, restituyendo también relación entre los maxilares, a la vez devuelven la dimensión vertical, son aparatos confeccionados en el laboratorio dentales, cuya finalidad es la de sustituir las piezas dentales perdidas, para recuperar principalmente la función masticatoria, fonética y la estética.

Una prótesis dental debe funcionar como lo hacen las piezas dentarias naturales. Debe poseer retención, soporte y estabilidad.

Retención: la prótesis debe mantenerse en boca sin tener movimientos durante la masticación, deglución y fonética.

Soporte: las estructuras de la boca que soportaran la prótesis deberán ser cuidadosamente escogidas, ya que tanto la estabilidad como la retención, dependerá en parte de un buen soporte.

Estabilidad: debe ser estable cuando las fuerzas de la masticación han dejado de actuar.

#### *Clasificación de las Prótesis Dentales:*

- Prótesis Dentosoportadas: son soportadas por los dientes pilares.
- Prótesis Dentomucosoportadas: se apoyan en las piezas dentarias y en la mucosa.
- Prótesis Mucosoportada o total: son aquellas que se soportan sobre el hueso alveolar, en contacto con la encía. Se realiza cuando el paciente no tiene ningún diente.

Se suelen colocar 14 dientes por arcada, se omiten siempre los terceros molares y a veces según las exigencias de la estructura dental tenemos que reducir el número a 12, eliminando un premolar o un segundo molar.

- Prótesis Implanto Soportada: son soportadas por implantes quirúrgicos, este tipo de prótesis es un tratamiento que consta de una estructura protética anclada mediante cemento o tornillos en los implantes que han colocado previamente dentro del hueso de los maxilares, con el objeto de recuperar al máximo la función y la estética de sus dientes. Podemos rehabilitar desde implantes unitarios con una sola corona hasta sectores más amplios con coronas múltiples. También podemos mejorar la retención de las prótesis totales convencionales colocando un mínimo de dos implantes para que logren mantenerlas fijas.

Existen muchas ventajas en cuanto al uso de este tipo de prótesis: preservación del tejido óseo, mejora la fonética, mejora la estética, durabilidad, mejora la confianza, mayor comodidad y convivencia

La instrucción al paciente es fundamental, puesto que debe tomar resoluciones y es el encargado de cuidar de su salud oral y de su prótesis. En ocasiones pudo haber sido portador de otra o no tener experiencia por lo que es necesario realizar algunas recomendaciones con el objetivo de mejorar la calidad de vida y lograr el éxito del tratamiento.

Aquellas personas que llevan prótesis completas, donde también se adhieren las proteínas salivales que posteriormente se ven colonizadas por bacterias, formándose un biofilm oral sobre la prótesis; esta micro biota produce toxinas y puede crear irritación de los tejidos blandos, lo que conocemos como estomatitis protésica. (4)

## MATERIAL Y MÉTODO

---

### CASO CLÍNICO N°1

#### A) TITULO: REHABILITACIÓN CON PROTESIS COMPLETA SUPERIOR E INFERIOR EN PACIENTE ADULTA JOVEN

B) GENERALIDADES: Paciente de 46 años de sexo femenino, llega a la consulta odontológica manifestando la necesidad de rehabilitarse ya que según manifiesta haber perdido sus piezas dentarias en cada embarazo que tuvo y las pocas piezas dentarias presentes en su boca se encuentran en mal estado de conservación.

C) DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: deberíamos realizar prótesis parciales o totales en ambas arcadas, el resultado lo va a determinar los estudios complementarios.

D) ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: Se realiza orden para realizarse radiografía panorámica es un método de diagnóstico muy importante para detectar patología que no observamos al realizar la inspección ocular y en el caso particular de esta paciente evaluar el estado clínico de las piezas que posee en la boca.

E) DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: la paciente va a necesitar la confección de prótesis totales en ambas arcadas dado que las piezas presenten están indicadas a extracción.

F) PLAN DE TRATAMIENTO: Una vez que evaluamos la radiografía observamos rebordes residuales conservados. Comenzamos con la confección de la historia clínica esta debe llenarse con letra legible sin enmiendas ni tachaduras, la paciente manifiesta no tener problemas de salud. Al realizar la evaluación oral y junto con la radiografía panorámica tenemos que indicar la extracción de la pieza dentaria 23 con tratamiento de endodoncia con caries y movilidad y la pieza dentaria 31 con enfermedad periodontal.

Una vez realizado los procedimientos de cirugía se va a proceder a la confección de las prótesis totales superior e inferior y la posterior rehabilitación de la paciente.

#### G) RESOLUCIÓN DEL CASO:

El pronóstico es Bueno, presenta rebordes remanentes conservados.

La paciente se realizó exodoncias semanas previas a la rehabilitación protética (Fig. 1). Después de la cicatrización se obtuvieron modelos de estudio (Fig. 2) para la confección de

cubetas individuales (Fig. 3). Los pasos correspondientes fueron: prueba las cubetas para desdentados superior e inferior, selección del material de impresión (en este caso alginato) que se prepara de acuerdo a las indicaciones del fabricante, carga de las cubetas con el material tomando la impresión inferior y con el mismo procedimiento se toma la impresión superior con hidrocoloide irreversible (alginato) por ser un tejido no depresible. Se realiza crítica de las impresiones y si están correctas se realiza el vaciado con yeso piedra densita, previa desinfección con clorexidine al 0,12%.

Se aplicó la técnica convencional de impresión definitiva (Fig. 4). Una vez ya listas, las cubetas individuales se prueban en boca comprobando la correcta adaptación, para realizar el recorte muscular e impresión definitiva. Las cubetas individuales permiten que el material de impresión se sumerja completamente dentro del espacio edéntulo, proporcionando una capa delgada y uniforme de material a ese nivel, lo que se traduce en modelos exactos. Se confeccionan de acrílico transparente para evaluar zonas de isquemia y se hacen perforaciones para que fluya el material de impresión.

Una vez confeccionado el modelo definitivo se procedió a registrar la oclusión devolviendo la dimensión vertical y considerando el espacio libre interoclusal (Fig. 5). Se prueban los rodets superior e inferior marcando las líneas anatómicas y se toma el color de los futuros dientes.

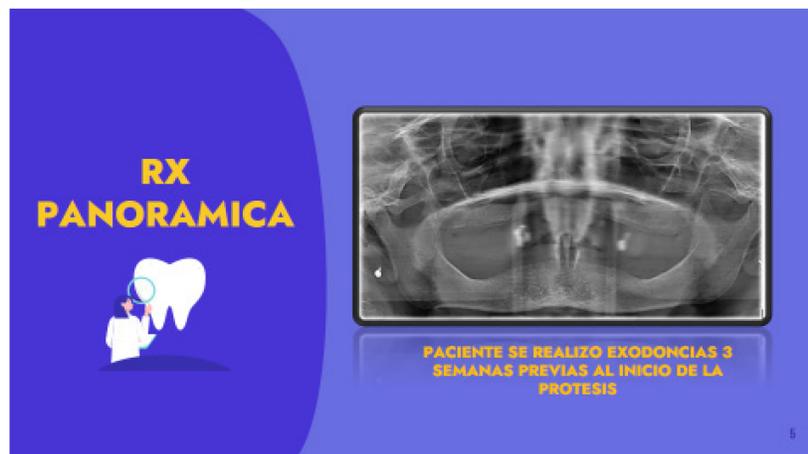


Fig. 1- Ortopantomografía inicial en donde podemos evaluar ausencia de lesiones intraóseas o cambios significativos, se observa buen nivel óseo superior e inferior.



Fig. 2- Modelos preliminares se realizan con el fin de observar con mejor detenimiento los reparos anatómicos y tener la guía para la confección de la cubeta individual.



Fig. 3- Las cubetas individuales se confecciona de acrílico transparente para evaluar zonas de isquemia y se hacen perforaciones para que fluya el material de impresión.

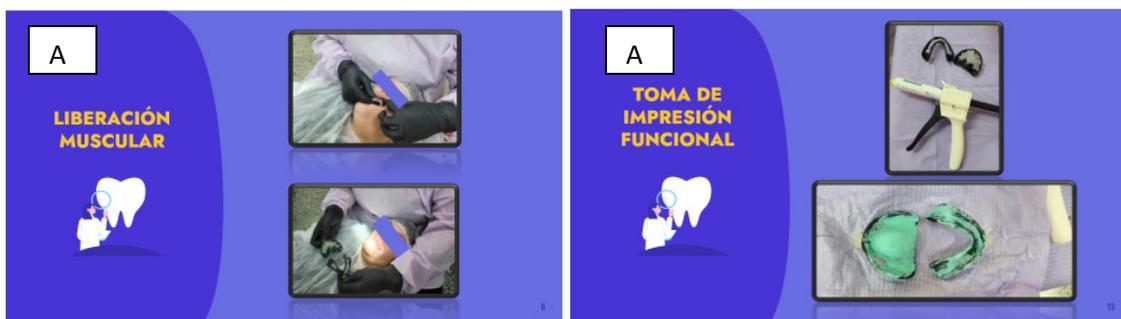


Fig. 4- Técnica de impresión definitiva. A: delimitación funcional con compuesto para modelar. B: impresión definitiva con silicona por adición.

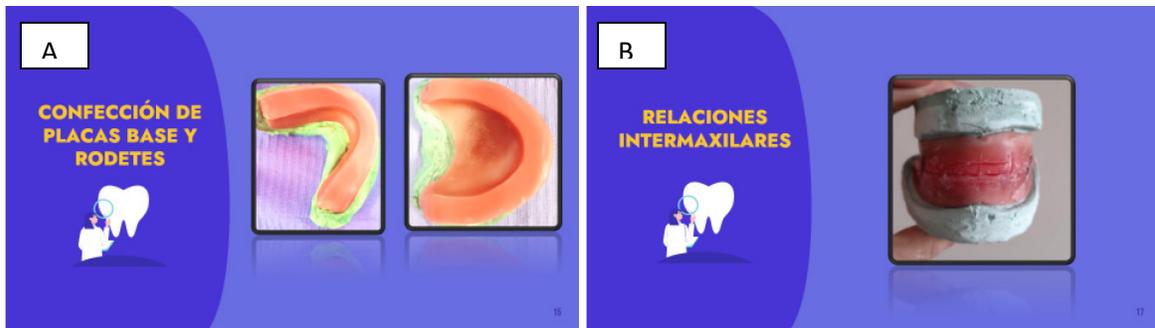


Fig. 5- Registro de mordida. A: confección de rodetes con placa base y cera rosa con características universales preestablecidas, son dispositivos que nos permiten ubicar y restablecer la dimensión vertical. B: registro de la relación de los maxilares

En los rodetes de mordida se marcó la línea media y la línea del surco nasogeniano para determinar el ancho de los dientes del sector anterior. También la línea de la sonrisa que define el largo del diente de reemplazo. Se realiza la prueba del enfilado en cera (Fig. 6), observando la oclusión y la fonética. Se comprueba la selección de color (en este caso fue Acritone color 62), se evaluaron y aprobaron requerimientos estéticos como ubicación de las líneas de referencia, color y tamaño. Se controló la oclusión con papel de articular y se realizó la prueba de fonética de las letras B, F Y S.



Fig. 6- Prueba del enfilado

Si no hay que modificar nada se manda al laboratorio nuevamente para terminarlas. En las prótesis terminadas se evalúa, fuera de boca, la terminación, pulido y reproducción de

detalles, se evalúa soporte, retención y estabilidad, se chequea nuevamente la oclusión. Finalmente se dieron las indicaciones sobre higiene, masticación, colocación e intervalos de uso.

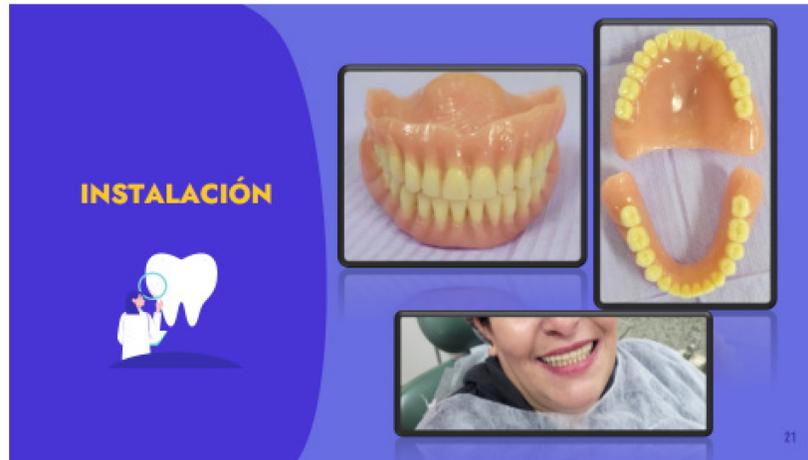


Fig. 7- Las prótesis terminadas se evalúan fuera de boca y colocadas

En especial con esta paciente el resultado del tratamiento fue un éxito, sin bien ha tenido que esperar unos días hasta la cicatrización definitiva debido a las extracciones que se le realizaron, una vez que se encontró apta se comenzó con los pasos para la realización de las prótesis bimaxilares totales. Los controles post instalación se realizaron en los periodos establecidos sin mayores complicaciones. Dando el alta en un plazo de 15 días.

H) ASPECTOS ÉTICOS: La paciente firmó un consentimiento informado y se notificó sobre la divulgación de su caso con fines científicos respetando la declaración de Helsinki.

## CASO CLÍNICO N°2

### A) TITULO: REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS COMPLETA SUPERIOR E INFERIOR EN PACIENTE ADULTO MAYOR

B) GENERALIDADES: Paciente de 62 años de edad de sexo femenino, llega a la consulta odontológica sin piezas dentarias ni tampoco es portadora de prótesis totales, manifiesta la necesidad de la rehabilitación dado que hace mas de 12 años se encuentra desdentada y en la actualidad está padeciendo trastornos de la personalidad al no poder reinsertarse en la sociedad ante la falta de sus piezas dentarias.

C) DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: Se debe realizar prótesis bimaxilares de ambas arcadas dado que la paciente no posee piezas dentarias.

D) ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: Se solicita al médico de cabecera un certificado para la atención odontológica dado que la paciente manifiesta estar bajo tratamiento psiquiátrico. Una vez que se cuenta con dicho certificado podemos solicitar la radiografía panorámica, un método de diagnostico de mucha utilidad para descartar patologías que con la inspección ocular no podemos determinar.

En la radiografía se evalúa la ausencia de piezas dentarias retenidas y la conservación de los rebordes residuales.



Fig.1- Radiografía Panorámica sin apariencias de lesiones oseas ni otra patología que contraindique la colocacion de protesis completas bimaxilares.

E) **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:** el resultado de todos los estudios y el examen bucal realizado indica que la paciente esta apta para recibir prótesis completa superior e inferior total.

F) **PLAN DE TRATAMIENTO:** se realizó historia clínica completa, debiendo anexar certificado del médico psiquiatra de cabecera y la radiografía panorámica, luego se tomaron las impresiones de diagnóstico superior e inferior evaluando los rebordes residuales y se mandó a realizar cubeta individual para seguir con los pasos clínicos y de laboratorio hasta la confección definitiva de las prótesis de ambas arcadas.

G) **RESOLUCIÓN DEL CASO:**



Fig.2- Modelos Anatomicos, se realizaron previos a la toma de impresión preliminar con compuesto para modelar dado la dificultad de la paciente por las nauseas, se debió anestesiar paladar blando sector posterior para disminuir el reflejo nauseoso.



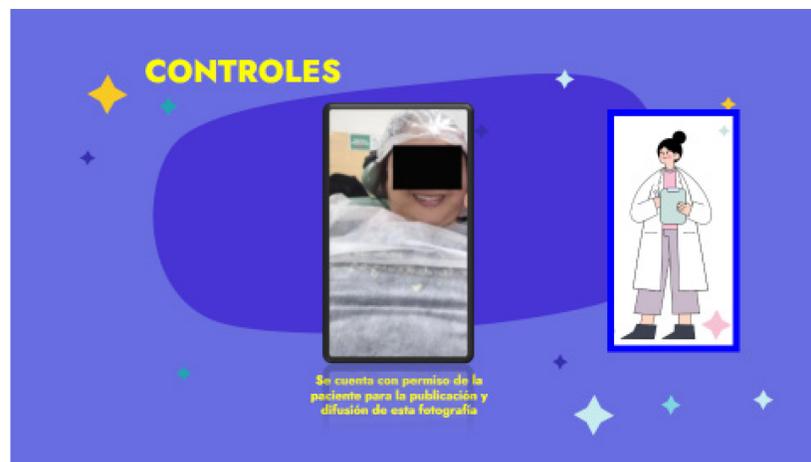
Fig.3- Impresión funcional, se realiza recorte muscular calentando el lapiz verde se va colocando por sectores y se reimpressiona en la boca asegurando el contacto con la mucosa. Luego se realizan perforaciones,preparamos la silicona fluida y reimpressionamos para obtener la impresión definitiva.



Fig.4- Rodetes,son confeccionados con placa base de besplay y cera rosa, nos va a permitir ubicar y restablecer la dimension vertical.,respetamos las medidas: sup 18 a 20mm y rodete inferior 16-18mm.



Fig.5- Relaciones maxilares, se chequeo la plenitud facial, altura de los rodetes ,plano de oclusion.



En todo momento la paciente colaboro con los pasos clínicos, si bien a momentos se manifestaba irritante dado su patología de base, fue fácil llegar al objetivo final. Cuando se le instalaron las prótesis la paciente se manifestó muy contenta .La citamos a los 7 días al llegar a la consulta nos dijo que no la había podido usar porque sentía molestias, se hicieron las correcciones necesarias y luego volvimos a recitarla a la semana siguiente ahí ya sin molestias y adaptada completamente pudimos darle el alta.

H) ASPECTOS ÉTICOS: La paciente firmo un consentimiento informado donde se le notifico sobre la divulgación de su caso con fines científicos respetando la declaración de Helsinki.

## CASO CLÍNICO N°3

### A) TÍTULO: **REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS COMPLETA SUPERIOR E INFERIOR EN ADULTO MAYOR CON PATOLOGÍA SISTÉMICA**

B) GENERALIDADES: Paciente de 59 años sexo femenino, concurre a la consulta manifestando la necesidad de renovar sus prótesis bimaxilares dado que tiene un uso de varios años y manifiesta que se le salen al intentar comer. Al indagar sobre la causa que le provoco la pérdida de sus piezas dentarias ella alude que le detectaron **diabetes** a los 40 años y ese fue el motivo.

C) DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: deberíamos realizar prótesis totales removibles bimaxilares.

D) ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: Se solicita certificado de su médico de cabecera para la realización de la práctica odontológica dado que cualquier procedimiento puede derivar en una lesión involuntaria de la mucosa oral y esta patología de base retrasaría el proceso de cicatrización. Se solicita radiografía panorámica para diagnostico y luego de evaluar la misma comenzaremos a confeccionar historia clínica en donde tendremos que hacerlo de manera legible y sin correcciones.

E) DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Se debe realizar prótesis completas bimaxilares.

F) PLAN DE TRATAMIENTO: En todos los casos clínicos mencionados al realizar el examen bucal debemos observar los rebordes residuales si hay o no perdida ósea, si se produjo agrandamiento de la lengua por ausencia de uso de prótesis o por mala adaptación de la misma. Es importante evaluar si el paciente tiene paladar ojival, en el caso de ser positivo debemos modificar la zona del paladar cuando realizamos la confección de la prótesis ya que afecta la fonética del paciente y la retención de la misma. El estado de las mucosas e inserción de los frenillos también debemos evaluarlo ya que si hay alteraciones como hiperplasias o frenillos muy insertados dificultan la estabilidad del uso de la prótesis. Una vez terminada esa evaluación procedemos a la toma de impresiones hasta la confección definitiva de ambas prótesis.

## G) RESOLUCIÓN DEL CASO:



Fig.1- Radiografía Panorámica en donde se observa conservación del reborde residual sin presencia de lesiones óseas, la paciente está apta para recibir prótesis bimaxilares.



Fig.2- Evaluación del reborde residual y mucosa para descartar anomalías, se seleccionan las cubetas para el caso clínico cuyo tamaño fue el "M". Se realizan las impresiones de diagnóstico con hidrocóide irreversible (alginato) seguido el vaciado con yeso piedra color verde.

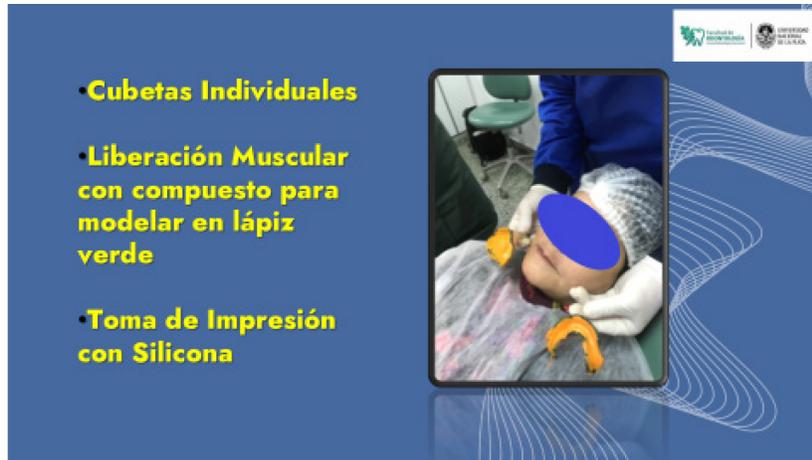


Fig.3- Se realiza la prueba de la cubeta individual confeccionada de acrilico transparente, este material nos va a poder dar la posibilidad de observar zonas isquémicas para el momento de adaptarla en la boca del paciente. Luego con compuesto para modelar en lapiz verde se realiza el recorte muscular y impresión definitiva con silicona fluida.

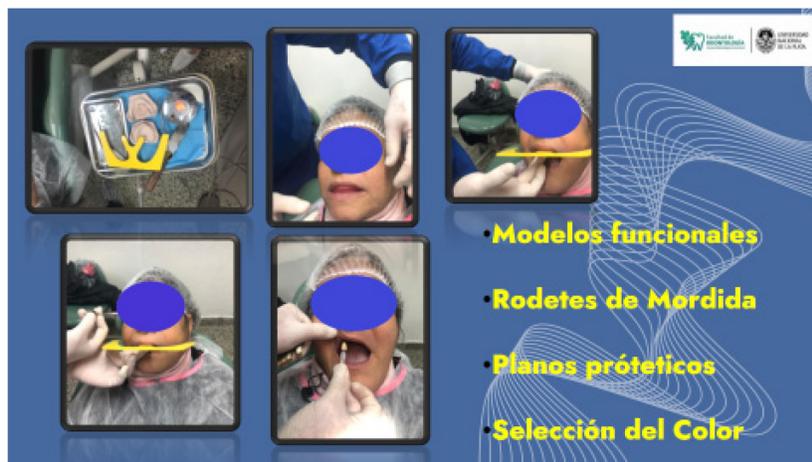


Fig. 4 Se prueban los rodetes de mordida superior e inferior, se chequea los planos de oclusion en reposo y oclusión, se selecciona el color de acuerdo a las normas establecidas.

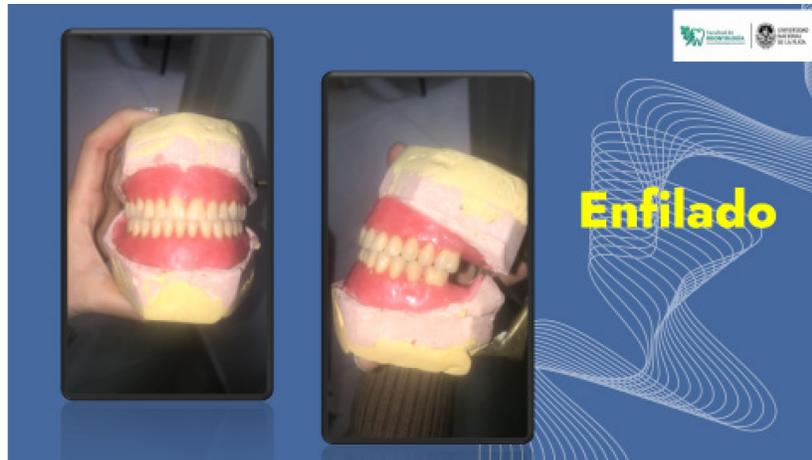
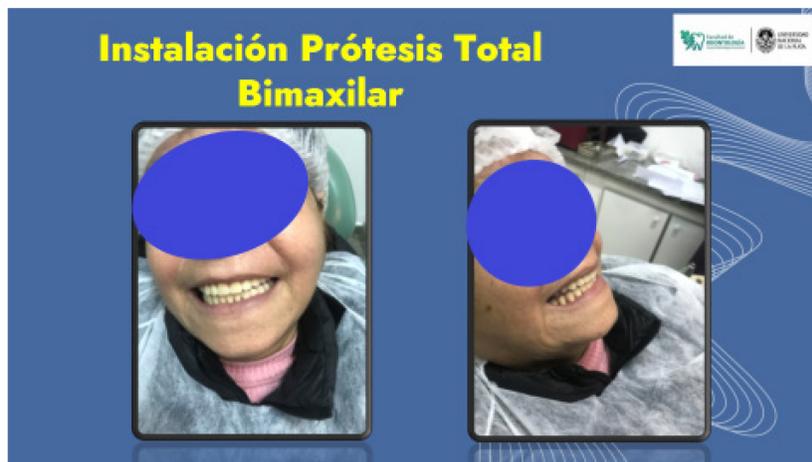


Fig.5- Enfilado, chequeo de la oclusión con papel de articular, en el caso de ser necesario se realizan los desgastes necesarios, se corrobora el color, las líneas de referencia y tamaño de los dientes. Muy importante controlar la fonética.



Las prótesis totales superiores e inferiores las pudimos confeccionar en el tiempo establecido, dado que la paciente colaboro en todo momento en los pasos clínicos, si bien al principio se manifestó en cuanto a la toma del color de las piezas dentarias con la explicación del caso pudimos solucionarlo. En los controles post instalación se manifestó un poco dolorida dado que las prótesis anteriores se encontraban completamente desadaptadas pero así vez le resultaban cómodas. Se la volvió a citar a un tercer control para asegurar la ausencia de molestias confirmando el éxito del tratamiento.

H) ASPECTOS ÉTICOS: La paciente firmó un consentimiento informado y se notifico sobre la divulgación de su caso con fines científicos respetando la declaración de Helsinki.

## DISCUSIÓN

---

En este trabajo se realizó la rehabilitación protética de tres casos clínicos de maxilares edéntulos presentando distintos desafíos para la construcción de una prótesis completa removible que reúna los requisitos de soporte, estabilidad y retención.

De estos casos, la paciente de 46 años del primer caso resulta interesante describir, dado que es una persona adulta joven que ha perdido todas sus piezas dentarias tempranamente, por lo que su compromiso estético, funcional y del habla afecta notoriamente su apariencia. Además, ella es un modelo educativo para sus hijos en edad de desarrollo.

El edentulismo está considerado como una enfermedad crónica, irreversible e incapacitante. La gran mayoría de pérdida de piezas dentarias, se produce generalmente por caries dental y enfermedad periodontal y menos por traumatismos, existiendo una relación directa entre la pérdida de dientes y la edad (12). En el caso citado, la paciente atribuye la pérdida de las piezas a los embarazos, siendo evidente el concepto erróneo sobre la enfermedad acompañada por un tratamiento odontológico tardío y mutilante.

En todo edéntulo total, se ve comprometido al sistema estomatognático, al presentar alteración de la oclusión, del componente neuromuscular y muchas veces con repercusiones graves en la articulación témporomandibular (12). Así mismo las estructuras orales, remanentes sufren modificaciones de posición y contorno e inclusive la formación de un componente anatómico nuevo, el reborde desdentado, influenciando la elección de los alimentos al evitar los aquellos que son difíciles de masticar, afectando las funciones de los órganos gastrointestinales y aumentar el riesgo de malnutrición. El paciente percibe estas secuelas de diferentes maneras, variando desde acciones de inconveniencia, hasta intensos sentimientos de inferioridad o invalidez (12).

Duque et al. (13) consideran que en el tratamiento de edéntulos totales (mandibular o maxilar) o de aquellos con pocos dientes remanentes, que en un corto plazo los perderán por completo es uno de los problemas que ha debido afrontar el especialista en prótesis estomatológica en todas las épocas.

La terapéutica convencional del edéntulo total con prótesis completa mucosoportada se considera aceptable cuando existe suficiente reborde alveolar para soportar la dentadura, además que constituye un mecanismo relativamente sencillo y accesible a la mayoría de la población.

Para los pacientes, el éxito de una prótesis completa radica en su retención y estabilidad, principales dificultades que suelen presentar la dentadura inferior atribuible a la importante reabsorción de la cresta ósea que se observa en la mandíbula y que, con bastante frecuencia

en el estadio final de mucho tiempo portando una aparato parcial removible cuya extensión ha ido aumentando hasta convertirse en completo.

Una forma de perfeccionar la retención y la estabilidad consiste en aumentar el reborde óseo mediante técnica quirúrgica, sin embargo, la sustancial mejora en los resultados que se han conseguido es con la utilización de implantes. Si bien la rehabilitación con implantes es cada vez más frecuente y menos invasiva, los altos costos de los materiales y la técnica llevan a que la prótesis completa removible mucosoportada sea una terapéutica de elección en muchos de los casos, tal como surge de la paciente en cuestión.

Malpica (14) menciona (referenciando a Boucher) que para una longeva vida útil de las dentaduras y sus tejidos de soporte, el odontólogo debe entender por completo la anatomía macroscópica y microscópica de las estructuras, tanto de soporte como limitantes involucrados, porque ambas son básicas como áreas de soporte de dentaduras. La comprensión de sus funciones determinará 1) la colocación selectiva de fuerzas por las bases de las dentaduras sobre los tejidos de soporte y 2) la forma y extensión de los bordes de la dentadura, que deberá estar en armonía con la función normal de las estructuras limitantes alrededor de ellas (14). Ello permitirá al odontólogo reproducir en un modelo de trabajo, el área de soporte de la dentadura, la colocación adecuada de las presiones selectivas en la base de la dentadura y la formación de sus márgenes son desarrollados durante los procedimientos preliminares y finales de la impresión (14).

Entre algunos de los factores que se deben analizar para un correcto diagnóstico y futuro éxito en el tratamiento de prótesis completas se encuentran el color de la mucosa, reconociendo la distribución de la mucosa masticatoria y de revestimiento, el tamaño de los arcos, la altura de los rebordes alveolares, el paladar duro, la relación entre los rebordes en sentido transversal, el paralelismo entre ellos, etc. (14). En la paciente del caso clínico considerado en esta discusión, se encontró como condiciones favorables que los arcos superior e inferior tenían el mismo tamaño, los rebordes conservaban una altura normal como para ofrecer soporte a la dentadura y resistir sus movimientos laterales, el reborde residual en forma de U en sentido vertical pues le confiere una base ancha y plana por encima, rebordes alveolares paralelos. Además, a diferencia de otros pacientes adultos, edéntulos de mayor tiempo, no se observó que la lengua se presente aumentada o achatada.

Otro desafío que presenta la rehabilitación con prótesis competa es el restablecimiento de la oclusión. Cada vez que los dientes antagonistas entran en contacto se presenta una fuerza resultante, que siempre es resistida por los tejidos de soporte. El control de esta fuerza es determinante en la construcción de las dentaduras completas (15). Según Hidalgo (15), los dientes tanto naturales como artificiales no son estáticos. En la oclusión artificial los dientes se mueven como grupo o plano sobre una base común debido a la naturaleza de las estructuras de soporte y éstas cambian continuamente. Además, menciona

que se sabe que la pérdida ósea no se detiene por el uso de una prótesis colocada sobre la mucosa, e incluso cuando la posición de los dientes postizos no es favorable puede acelerarse (15).

Se consideran dos tipos de fuerzas que actúan sobre el tejido óseo de los maxilares: la tensión (que genera el estímulo para la aposición de hueso) y la presión (siendo el estímulo para la reabsorción). Al carecer de superficie radicular por la pérdida de las piezas dentarias, en el reborde alveolar no puede producirse tensión. Sólo es sometido a la presión. Si esta presión se ejerce sobre un recubrimiento vascularizado, como el periostio, la irrigación sanguínea se altera y el hueso se vuelve susceptible a la reabsorción (15). En el caso de la paciente de 46 años con extracciones recientes, la conservación de los rebordes óseos resulta de gran importancia por lo que las impresiones deben ser cuidadosamente diseñadas para evitar compresiones excesivas.

La paciente del caso uno había atravesado por extracciones recientes con el fin de preparar la boca para la prótesis completa. Después de la pérdida dentaria, el hueso alveolar estará constituido casi exclusivamente por hueso esponjoso de trama ancha con escasa o nula capa de hueso compacto, existiendo una elevada tendencia a la reabsorción (16). El límite de la reabsorción se extiende hasta el hueso que contenía los ápices radiculares. A partir de este momento, el soporte de la prótesis estará dado, en el maxilar superior por la cresta cigomática alveolar, la espina nasal anterior y el paladar. En el maxilar inferior esta función la cumplirá la línea oblicua de la rama mandibular, la cresta milohioidea y la protuberancia y espina mentoniana (16).

Con respecto a la técnica de impresión se realizó una impresión preliminar con alginato y una impresión funcional mediante una cubeta individualizada de acrílico de termocurado. El recorte muscular se realizó con compuesto para modelar verde en lápiz y silicona fluida para completar el registro. Con respecto a los materiales más frecuentemente utilizados para impresiones de prótesis mucosoportadas, un estudio sobre la preferencia y el confort de los pacientes en el uso de prótesis, realizadas a partir de impresiones con alginato y silicona, demostró que el 67,9% de los encuestados prefirió las prótesis realizadas a partir de impresiones con silicona (17). En este caso clínico se utilizó silicona de adición pues presentan la menor contracción o deformación por polimerización en comparación con todos los elastómeros, de 0,05% a 0,16% presentando gran estabilidad dimensional a los 7 días (18).

La articulación y oclusión entre prótesis completa son determinantes de la estabilidad de los aparatos. Según Hidalgo (15), los profesionales están de acuerdo en que se debe evitar la concentración de carga en la zona mucosa de las prótesis completas, puesto que ocasionan dolor y ulceraciones y aceleran la reabsorción ósea. Es conveniente que existan contactos simétricos en todas las superficies oclusales de las piezas dentarias de reemplazo para que la carga se distribuya bien a los tejidos de soporte. Como la

oclusión de las prótesis varía continuamente debido a los cambios en el tono muscular, la remodelación de los tejidos de soporte y el desgaste dental, considera que para mantener unos contactos oclusales óptimos es necesario realizar ajustes periódicos.

## CONCLUSIÓN

---

La rehabilitación de los pacientes desdentados totales con prótesis completas removibles contribuye a éste recupere su salud general, manteniendo el sistema estomatognático en condiciones lo más próximo a la normalidad. Para ello, se deben construir dentaduras biocompatibles, que no interfieran con la actividad muscular, que sean funcionalmente estables y cómodas. Además, que el individuo pueda restituir la estética del rostro y la fonación adecuada.

Para la construcción de prótesis completas interesa conocer si realizamos un correcto protocolo: historia clínica, radiografías, laminografías, modelos de estudio, exámenes complementarios vamos a poder lograr éxito en el tratamiento.

Las mayores satisfacciones las he recibido al rehabilitar a personas edentulas totales de ambas arcadas ya que son pacientes predisuestos y receptivos a las sugerencias indicadas. En la actualidad las dentaduras totales sobre implantes son las más indicadas dado que mejora la función masticatoria, soporte de la misma y sobre todo la fonética y estética. Si bien no todos los pacientes tienen la disponibilidad económica sugerimos dichas prótesis.

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL Y ESPECÍFICA

---

### Bibliografía específica

- (1) Velásquez A. Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento del edentulismo total, Ministerio de salud, [Online], Lima, Perú, Ministro, 16 de enero del 2015, [Consultado 21-11-2022]. Disponible en:  
[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969124/rm\\_027-2015-minsa.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969124/rm_027-2015-minsa.pdf)
- (2) García Micheelsen JL *Enfilado dentario, bases para la estética y la estática en prótesis totales* Santa Cruz: Amolcar, 2006 pág. 17 y 18
- (3) Faune Pinto JL; García Micheelsen JL Biotipología. Capítulo 1, En., García Micheelsen JL, *Enfilado dentario bases para la estética y la estática en prótesis totales* ed. Amolcar, 2006, pág. 21,28 y 29.
- (4) Blacio Chávez ML. Tipos de prótesis para pacientes edéntulos parciales y totales. [Trabajo de graduación], Guayaquil, 2013 pág. 1 y 17.
- (5) Nieto Aguilar, R.; et al. Reabsorción de bordes residuales en hueso mandibular. Patología y calidad de vida. *Actualidad Médica*, 94(777): 37-41 (2009). [http://hdl.handle.net/10481/52603]
- (6) Ceccotti El. Clínica Estomatológica. Sida, cáncer y otras. Editorial Médica Panamericana 1999
- (7) Martínez, L. P. (1). Macroglosia: Etiología multifactorial, manejo múltiple. *Colombia Médica*, 37(1), 67-73. <https://doi.org/10.25100/cm.v37i1.414>
- (8) Riveros Baquero AP, Vivas Velasco DK, Martínez Jaramillo LF, Ospina Rosero JL. Comparación de Modelos Obtenidos a partir de Impresiones definitivas tomadas con cubetas estándar, cubetas individuales con y sin tope e impresiones digitales [Tesis], 2022 Repositorio Institucional Unicoc [Consultado 1-12-2022]. Disponible en: <http://repositorio.unicoc.edu.co:8080/xmlui/handle/1/369>
- (9) Pérez Quiroz Nicolás. Cubetas Individuales en PRC. [Apunte Docente]. Universidad de Antofagasta, 2016 [consultado 1-12-2022]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/dentistanico/cubetas-individuales-en-prc-2016>
- (10) Llanquichoque Hilario Roxana. Técnica de Confección de Prótesis Totales. *Rev. Act. Clin. Med* [periódico en Internet]. [Consultado 25 -11-2022]. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-37682012000900005&lng=pt](http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000900005&lng=pt).
- (11) Martínez Menéndez Ramiro. *Mecánica Dental. Practica* Tomo 1, , Ediciones Euromexico, 2013

- (12) Cisneros del Águila, Melvin; Verástegui Sandoval, Arturo; Fernández Lozano, Henry. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. *Revista Científica Alas Peruanas*, 2014, 1(1): 1-18. Disponible en: <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/426/330>
- (13) Duque de Estrada Bertot M. L, Rodríguez Rey H. M, Fernández Duque de Estrada O, Barrera Garcell M,, León Quintela A. Evolución de pacientes tratados con implantes unitarios de carga inmediata en la Clínica Estomatológica Provincial de Santiago de Cuba. *MEDISAN* [Internet]. 2013;17(11):7096-8007. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368444998004>
- (14) Malpica Rosaura, Rossell Romer. Los fundamentos anatómicos básicos para el éxito del tratamiento en Prótesis totales. *ODOUS Científica*, Enero - Junio 2007, VIII (1):45-56. Disponible en: <https://www.researchgate.net/profile/Romer-Rossell/publication/228510835>
- (15) Hidalgo-López I, Vilcahuaman-Bernaola J. Oclusión en prótesis total. *Rev Estomatol. Herediana*. 2009; 19(2):125-130.
- (16) Koeck Bernd *Prótesis completas Barcelona*: Elsevier Masson, 2007
- (17) Gómez Diana Melissa, Cabal Claudia Ximena, Martínez Carlos Humberto. Elección del material de impresión para prótesis total. *Journal Odontológico Colegial* – 2016, Junio, 17: 56-59
- (18) Valenzuela Suasnavas Néstor Hernán. Comparación de la exactitud dimensional de las impresiones digitales versus impresiones convencionales en prótesis total. Estudio in vitro. [Tesis de grado] Universidad central del Ecuador, Quito, enero 2019. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/17364/1/T-UCE-0015-ODO-084.pdf#page=33&zoom=100,109,438>

### **Bibliografía general**

Guía De Contenidos Prácticos Prosthodontia Unidad N°5 Universidad Nacional de Córdoba, Facultad De Odontología. II Catedra B, 2011 pág. 60- 67

Uribe R, Peñarrocha M, Balaguer J, Fulgueiras N. Immediate loading in oral implants. Present situation. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 10 (Suppl 2):E143-53.

Moya M. P.; Marquardt, K.; Arellano, C.; Contreras, C. & González, C. Effects of dental prosthesis in the chewing function of the elderly. *J. Health Med. Sci.* 2019, 5(1):41-50,.

Vilchez Salazar E, Watanabe Velásquez R, Reyes Soto S, Torres Roque C, Vilchez Quintana M. Lesiones subprotésicas en pacientes portadores de prótesis completa. *Odontol Sanmarquina* 2013; 16(1): 29-31.

Lemus Cruz LM, Triana K, Del Valle Selenenko O, Fuertes Rufin L, Sáez Carriera R. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. *Rev Cubana Estomatol* [internet]. 2009 ene.-mar. [citado 27-11-2022]; 46(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>

Francisco Local AM, González Beriau Y, Vázquez de León AG. Estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis dental. *MEDISUR* [Internet]. 2009 [citado 1-12-2022]; 7(1). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/600>

Nápoles González IJ, Díaz Gómez SM, Puig Capote E, Casanova Rivero Y. Prevalencia de la estomatitis subprótesis. *Arch Méd Camagüey* [internet]. 2009 ene.-feb. [citado 27-11-2022]; 13(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script>

Pérez Hernández Y, Pérez Ayala D, Milians Planes E, Díaz CZ, Vento Blanco Y. La rehabilitación protésica en las lesiones bucales del adulto mayor. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2015 Feb [citado 21-11-2022]; 19(1): 13-23. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>.

González Beriau Y, Dumenigo Soler A, Fuguet Boullón J. Comportamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis dental superior. *Medisur* [Internet]. 2017 [citado 20-11-2022]; 15(1). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3201>

Rocafuerte Acurio M A, Refulio Zelada Z, Huamani Mamani JO. Estomatitis subprotésica: a propósito de un caso clínico. *KIRU*. 11(2):180-3.