



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

**“PRÓTESIS TOTAL INMEDIATA COMO ESTRATEGIA DE
REHABILITACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN UNA CLINICA
UNIVERSITARIA. CASOS CLINICOS N = 2”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTA:
DANIEL FEDERICO CASTRO DE LA CRUZ**

**DIRECTOR DE TESIS:
CD. ESP. JORGE LUIS MEZA FONSECA**

**ASESOR DE TESIS:
DR. WILLEBALDO MORENO MÉNDEZ**



CIUDAD DE MÉXICO, 15 DE NOVIEMBRE 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatorias

A mi madre, Olga Isela De la Cruz Guillen, a su inquebrantable dedicación por su familia y trabajo, siempre la luz que ilumina mi camino, estaré siempre eternamente agradecido contigo, dedico este logro a tu nombre.

A mi padre, Jorge Castro Rivas, quien siempre has procurado por la familia con tu inalcanzable esfuerzo y trabajo, siempre agradecido por compartir tus valores conmigo, con todo mi cariño te dedico este título.

A mi hermano, Jorge Castro De la Cruz, que, a pesar de las peleas desde pequeños, me has enseñado muchísimas cosas, eres un gran ejemplo para seguir y siempre tienes mi admiración por lo que has logrado.

A mis abuelos, sus vidas siempre me han motivado a tratar de ser una mejor persona, sus valores y cuidados siempre me han acompañado durante toda mi vida, les agradezco y prometo honrarlos siempre.

A mis tíos y primos, los cuales siempre han sido personas muy valiosas en mi camino, quienes siempre sé que puedo contar y agradezco su cariño a lo largo de los años, a toda mi familia, les dedico este título.

A mi gran amor, Guadalupe Amarany Gómez Bañuelos, que me ha regalado grandes felicidades en mi vida desde el momento en que te conocí, gracias por estar ahí procurando por nuestra pequeña familia. Te amo ahora y siempre.

A mi pequeño príncipe, Daniel Sebastián Castro Gómez, mi motivación más grande, agradezco a Dios y a la vida por regalarme la oportunidad de ser tu padre.

Al CD. Jorge Luis Meza Fonseca a quien considero mi mentor y amigo, quien me motivo siempre y me enseñó siempre a desarrollarme profesionalmente como lo hace él, únicamente con excelencia, con todo mi respeto le dedico este título.

A los docentes de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, quienes me han brindado las bases y herramientas para llegar hasta estas instancias y los cuales sé que siempre me podrán dar un consejo sin importar cual sea el momento, con aprecio les dedico este título.

INDICE

Introducción.....	1
Marco Teórico.....	3
I. Rehabilitación del Adulto Mayor con Edentulismo.....	3
1.1 Factores Predisponentes del edentulismo.....	4
1.2 Tratamiento del edentulismo	5
II. Prótesis total Inmediata.....	6
2.1 Definición.....	6
2.2 Ventajas.....	7
2.3 Indicaciones.....	8
2.4 Desventajas.....	8
2.5 Contraindicaciones.....	9
III. Extracciones múltiples.....	9
3.1 Indicaciones.....	10
3.2 Contraindicaciones.....	11
Objetivos.....	12
Diseño Metodológico. Caso Clínico (n = 2).....	12
Casos Clínicos	
Caso Clínico 1.....	14
Caso Clínico 2.....	28
Discusión.....	47
Conclusiones.....	48
Referencias.....	49

Introducción

En la actualidad en nuestro país, gran parte de la población adulta mayor acude a consulta odontológica debido a una pérdida prematura de los órganos dentarios, la cual produce un déficit en la eficacia masticatoria y en sus relaciones interpersonales debido a una baja autoestima o inseguridad del paciente.

Por lo general, esta pérdida de dentaria es multifactorial, aunque en la mayoría de los casos se relaciona con enfermedad periodontal y/o caries, o como consecuencia de algún tipo de traumatismo o tumores; por lo cual los pacientes se ven necesitados de una pronta atención estomatológica.

La prótesis total inmediata es una rehabilitación integral, pues el individuo pasa de una dentadura natural deteriorada a una prótesis artificial con el mínimo deterioro físico y mental a diferencia de la prótesis total convencional, sin embargo, es un tratamiento más largo ya que conlleva un mayor número de citas; desde la previa confección de la prótesis inmediata, de uno a dos actos quirúrgicos y el seguimiento del proceso de la cicatrización posterior a dichas intervenciones quirúrgicas, así como sus respectivas citas de control posterior a la colocación de la prótesis inmediata.

Es así, como la prótesis total inmediata se convierte en un tratamiento de primera elección para aquellos pacientes que cursan enfermedad periodontal severa, en consecuencia, sea necesario retirar los órganos dentarios afectados por este y cualquier tipo de periodontopatías; así como, como un paciente no cuente con la solvencia económica para realizar una rehabilitación bucal por medio de implantes.

Es fundamental conocer los procedimientos necesarios para la realización de una prótesis total inmediata, desde la planificación de las intervenciones quirúrgicas necesarias hasta los procedimientos clínicos y de laboratorio que implican este tipo de rehabilitación, es necesario que se conozcan las generalidades para que se le pueda explicar al paciente el tipo de tratamiento que requiere, para una rápida adaptación y aceptación de la prótesis.

Por otro lado, las intervenciones con exodoncias múltiples casi siempre conllevan la colocación de una prótesis provisional inmediata, que puede ser colocada en el fin del mismo acto quirúrgico.

También la necesidad de realizar numerosas exodoncias a la vez en el mismo paciente exige cuidados y técnicas especiales, y si a esto le sumamos compromiso sistémico debemos saber que estamos ante un tratamiento odontológico de bastante atención.

En el desarrollo de este trabajo se explica la función y beneficios que se esperan al utilizar la prótesis total inmediata como tratamiento de un inminente edentulismo, no solo generando cambios bucodentales, sino grandes beneficios psicosociales. La elección del tratamiento se fundamenta con auxiliares de diagnóstico como lo son ortopantomografías, modelos de estudio y exploración intraoral.

Los pacientes seleccionados, fueron atendidos en la CUAS Zaragoza de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, examinados y aprobados para su tratamiento por los especialistas tanto en el área protésica, como quirúrgica a cargo en dicha clínica.

Se presentan dos casos clínicos de pacientes considerados adultos mayores, los cuales comparten ciertas características como las patologías bucales que presentan al momento de llegar a la CUAS ZARAGOZA, además de una previa experiencia en la atención odontológica deficiente, que desembocó en un estado de salud bucodental deteriorado. En los dos casos clínicos que se presentan se puede observar cambios significativos, mejorando la calidad de vida de manera beneficiosa para el paciente y cumpliendo las expectativas protésicas del tratamiento.

Marco Teórico

I. Rehabilitación del Adulto Mayor con Edentulismo

El Adulto Mayor es un sector de la población que requiere un plan de acción y atención diferenciada que cubra sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales para elevar su satisfacción de vida, contrario a lo que se cree comúnmente, la pérdida dentaria es principalmente el resultado de enfermedades bucales evitables y no el resultado del proceso de envejecimiento.

El edentulismo es la pérdida total o parcial de los órganos dentarios, siendo sus causas más importantes la caries dental, enfermedad periodontal (periodontitis), fracturas radiculares, higiene oral deficiente y el nivel socioeconómico.¹

La pérdida de los órganos dentales trae como consecuencia la alteración del sistema estomatognático, dando como resultado la alteración de la función masticatoria, la cual afecta el estado nutricional, la salud en general y la calidad de vida, causando el no confort al paciente. Además de que se produce la pérdida del contorno y del perfil que había caracterizado al paciente hasta entonces, este factor y la ineficacia masticatoria serán los principales factores estresantes para el sujeto.^{1, 2}

A consecuencia de la pérdida dentaria en dicha etapa de la vida, existe una condición dental deteriorada donde las prótesis dentales son recomendadas para mejorar la calidad de vida. México cuenta con una población aproximada de 7,000,000 de adultos mayores de 65 años, cifra que va en aumento debido al incremento de la expectativa de vida en la población. A medida que envejece, sus necesidades odontológicas se vuelven cada vez más especializadas, lo que hace que las consultas regulares al dentista sean aún más esenciales. Esto nos lleva a un problema grave, ya que hay una desproporción con respecto a la cantidad de odontólogos y de especialistas, principalmente en el área de odontogeriatría.^{3,4}

Se considera como prioridad el poder mejorar y/o mantener la salud bucal de los pacientes y de esta manera mejorar su calidad de vida realizando procedimientos odontológicos adecuados a cada situación.³

Factores determinantes del Edentulismo

Actualmente, se considera que la caries dental y las periodontopatías son dos de las principales causas de pérdida de dientes en la población.

La caries dental es una enfermedad que el público en general supone propia de los niños; no obstante, este proceso infeccioso de igual forma ataca con frecuencia a la población adulta y adulta mayor. A nivel mundial afecta entre el 95 y 99% de la población adulta, situación que en nuestro país no es ajena a la situación global. Se considera la primera causa de pérdida dental, aún en las últimas décadas de la vida, es la caries dental. La caries como enfermedad primaria se caracteriza por una avanzada destrucción del órgano dentario causada por excesiva acumulación de colonias bacterianas, los signos de cariado y desmineralización dental pueden observarse a simple vista sobre los tejidos dentales duros, el proceso de caries se inicia dentro de la biopelícula bacteriana -placa dental- con la que converge la superficie del diente, esta enfermedad bucal también está relacionada a la ingesta alta de carbohidratos y azúcares dentro de la dieta diaria.^{5, 6}

Las enfermedades periodontales constituyen la segunda causa más importante en la pérdida dental. La evidencia disponible sugiere que el envejecimiento en sí mismo no provoca incremento en las enfermedades periodontales; no obstante, con el envejecimiento se presentan cambios en el tejido periodontal. El progreso de la enfermedad periodontal es un fenómeno complejo y se ha observado que éste suele ser lento, excepto en algunos grupos de individuos que son muy susceptibles a este padecimiento

El tejido gingival tiende a volverse más delgado y tiene una menor queratinización. También se observa una disminución de las células del tejido conectivo gingival. El cemento radicular continúa depositándose a lo largo de la vida del individuo y su grosor puede verse duplicado o aún triplicado al paso de los años. La formación de cemento es mayor en el tercio apical del diente; este puede ser un mecanismo de compensación por la atrición que sufren los órganos dentarios. Durante el envejecimiento se observa una disminución en el trabeculado óseo, este fenómeno

puede relacionarse con cambios osteoporóticos o bien con la falta de estímulo funcional, el cual se presenta al perderse los órganos dentarios.

Así mismo, se observa una tendencia a la recesión gingival en personas de la tercera edad, sin embargo, no ha sido posible establecer una relación de causa-efecto entre el envejecimiento y las alteraciones en el ligamento periodontal. La recesión gingival puede ser explicada entre otras razones, por deficiencias en la higiene bucal o por la presencia de factores anatómicos predisponentes.⁶

En cuanto a enfermedades sistémicas la diabetes predispone una enfermedad periodontal severa. Algunos factores de riesgo conocidos son la hiperglucemia crónica, la enfermedad microvascular, y las alteraciones de la inmunidad celular. El diabético de larga evolución tiene, como promedio, un alto porcentaje de pérdida dentaria. Por otra parte, el diabético sufre frecuentemente desnutrición grave, y cabría considerar un posible papel de su condición desdentada en el origen multifactorial de esta desnutrición.⁷

Los factores socioeconómicos, diferentes estilos de vida y comportamientos deficientes de salud bucal, son fuertes predictores del edentulismo. Para conseguir la atención, una persona debe tener por lo menos dos cosas: la disponibilidad de un consultorio dental privado o el consultorio en un hospital o puesto de salud, y un medio para pagar la atención que necesita, la falta de tales medios será la barrera más común para acceder a la atención dental, siendo las familias de bajos ingresos las más perjudicadas.^{4, 8}

Tratamiento del Edentulismo

El aparato masticatorio está conformado por varias estructuras de gran importancia y que son imprescindibles para su buen funcionamiento, como son elementos óseos, dentarios, musculares, articulares, mucosas de recubrimiento, entre otros. Si alguno de estos llegase a fallar o faltar, todo el sistema se encontraría en una condición patológica. Este es el caso en el edentulismo, donde la falta de

elementos dentarios causa afecciones tanto en el equilibrio anatómico y fisiológico del paciente como en el psicológico y social.

La Prótesis Total, es un instrumento confeccionado con el fin restablecer la dentición perdida con sustitutos artificiales, al igual que la reconstrucción de la parte gingival ausente. De esta forma el paciente recuperará su función masticatoria, fonética, se le devolverá la estética lo cual le hará conseguir comodidad y por ende se sentirá psicológicamente bien consigo mismo.

La comodidad que sienta el paciente al utilizar la prótesis debería de ser total, hasta el punto de que sienta que es parte de su cuerpo. Los factores que van a influir en esta van a ser la delimitación correcta del área protésica, de las técnicas de impresión funcionales, de la oclusión y dimensión vertical que se tenga. Cumplidos todos estos puntos, se da una sensación de justeza y utilidad en el paciente, lo que se resume como comodidad y aceptación de la prótesis.

Cada individuo tiene sus propias características anatómicas, fisiológicas y su propia forma de realizar los distintos movimientos, y es por esto por lo que las prótesis deben ser tratadas individualmente para cada paciente para conseguir, desde el punto de vista biológico, la menor cantidad de traumatismos. De esta forma, sabemos que, para conseguir el éxito del tratamiento, el diseño protésico deberá ser el correcto, con una oclusión equilibrada, la cual transfiera las fuerzas correctamente, para causar la menor afección al reborde alveolar -evitar resorción- y a todos los tejidos que rodean la prótesis.⁹

II. Prótesis total Inmediata

La prótesis inmediata es aquella que se instala inmediatamente después de extraer los órganos dentarios y para lo cual debió prepararse de antemano y estar terminada antes del acto quirúrgico.

Este tipo de prótesis tiene ventajas estéticas, fonéticas, biológicas, psíquicas y quirúrgicas, pues el paciente no está en ningún momento desdentado, no afecta

su función masticatoria y favorece la orientación del trabeculado óseo, así como la ubicación del diente en relación con el macizo craneofacial. La ventaja quirúrgica se manifiesta en el hecho de que el período posoperatorio se torna más reposado cuando las heridas cicatrizan a cielo cubierto, donde la dentadura deviene un verdadero vendaje para la herida y un mecanismo hemostático para la posible hemorragia consecutiva.¹⁰

La prótesis inmediata capacita al paciente para seguir sus y actividades cotidianas sin afectar sus relaciones sociales y afectivas ya que no existe un periodo desdentado el cual tenga que atravesar el paciente.¹¹

Ventajas

La autenticidad de esta prótesis radica, precisamente, en sus ventajas, que la hacen diferente de otros tipos de rehabilitación. La ventaja quirúrgica radica en que ella actúa como vendaje, y protege el coágulo, favorece su epitelización, lo aísla del medio bucal e impide la aparición de infecciones secundarias. Por lo tanto, también hay menos dolor y se limita la inflamación. El paciente se recupera del choque de las extracciones, al tiempo que se acostumbra al uso de la prótesis, a diferencia del procedimiento ordinario, en el que el dolor y la incomodidad deben ser soportados en dos etapas diferentes.

La ventaja biológica radica en que el trabeculado óseo ocurre más favorablemente. Estudios longitudinales efectuados han demostrado que, en los pacientes tratados con prótesis inmediata, el hueso alveolar se mantiene por mucho más tiempo, se determina una conformación de la cresta mucho más favorable.

La sonrisa es un reflejo fiel de la integridad de la personalidad y es una de las principales ventajas psíquica de la prótesis inmediata, pues el individuo pasa de una dentadura natural deteriorada a la artificial con el mínimo de deterioro de la personalidad psíquica y física, el acostumbrarse a este tipo de prótesis suele ser más rápido que al de la prótesis total convencional.

La ventaja fonética está dada en que el paciente se adapta a las nuevas condiciones de dicción más rápida y eficazmente que si transitara por un período de edentulismo.

Estéticamente impide el colapso labial y hasta introduce mejoras en los casos que así lo requieren. Este tipo de rehabilitación a diferencia de la prótesis mediata o convencional tiene un carácter preventivo, porque evita la posible desintegración psíquica y biológica del individuo.

En algunos casos concretos y favorables al paciente, tras someterse a la primera cirugía de implantes, también se le coloca una prótesis inmediata.²

Indicaciones

Existen cuatro tipos de indicaciones para la prótesis inmediata:

- En pacientes con enfermedad periodontal terminal, pacientes con bocas sépticas y aquellos tratados con cirugía o radioterapia en el área maxilofacial, con pérdida de varios dientes.
- En alteraciones oclusales irreversibles debido al mal estado de periodonto o a la patología propia de los dientes (caries, necrosis pulpar, etc.), donde no es posible con una rehabilitación dentosoportada. En estos casos, la prótesis inmediata soluciona el problema de una manera rápida, eficaz.
- Cuando el compromiso 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.
- En el tratamiento implantológico. - En la fase de oseointegración.¹²

Desventajas

- La presencia de dientes naturales compromete a tomar una impresión exacta de las áreas de borde de la prótesis.

- Las cualidades estéticas y fonéticas de la prótesis de prueba se ven limitada por la presencia de los dientes naturales y no se pueden evaluar con veracidad, hasta la colocación de la prótesis.
- La combinación de dolor postextracción y el traumatismo relacionado a la prótesis produce mayor molestia al paciente con prótesis total inmediata, que aquellos con prostodoncias convencionales.¹²

Contraindicaciones

Las contraindicaciones de la prótesis inmediata incluyen lo siguiente:

- Cuando la intervención quirúrgica implica un riesgo, como lo son cuestiones sistémicas no controladas.
- Cuando el paciente no se halla preparado psicológicamente para valorar las implicaciones de este tipo de atención o a hacer frente a gastos y tiempo adicionales que ello involucra.
- La posibilidad de que el paciente experimente molestias después de la colocación de prótesis.
- Las prótesis inmediatas requieren “mayor servicio de mantenimiento” que las prótesis completas comunes.¹³

III. Exodoncias 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.

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. Entendemos como prótesis inmediata aquella prótesis que se coloca inmediatamente después de las exodoncias. Ello implica que se confeccionar prótesis antes del acto quirúrgico, y que durante la intervención se regularizan los maxilares, con el fin de poder colocar dicha prótesis inmediatamente después de finalizar el acto quirúrgico.

En la actualidad, la mayoría de los especialistas resalta la conveniencia de colocar las prótesis tan pronto como sea posible después de la extracción de los dientes naturales deteriorados, con el fin de evitar las alteraciones de las relaciones intermaxilares, la modificación de la apariencia del paciente y la formación de hábitos musculares defectuosos durante la masticación y la fonación. Por ello, cuando esté indicado desdentar al paciente, debemos valorar la posibilidad de colocar una prótesis inmediata y planificar la intervención con el fin de remodelar el hueso alveolar y eliminar los posibles obstáculos que impidan la normal inserción de la prótesis. Cuando las personas saben que no permanecerán edéntulas durante un período prolongado de tiempo, es menos probable que comprometan su salud general al conservar sus dientes sépticos.¹⁴

Las **indicaciones** de las exodoncias son:¹⁴

- 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.
- Patologías 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 malposición.
- Motivos estéticos
- Todos los traumatismos alveolo dentarios.
- Fracturas verticales de los dientes.

Contraindicaciones para la exodoncia:¹⁴

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

Objetivo

Identificar las ventajas de la Prótesis inmediata como estrategia de rehabilitación protésica en adultos mayores.

Diseño Metodológico

Se realizó un estudio descriptivo en la modalidad de caso clínico (n = 2), a través del cual se presentó el proceso de la rehabilitación protésica en adultos mayores, para lo cual se siguió el protocolo en el uso de prótesis total inmediata en dos pacientes:

El caso numero 1 corresponde a un paciente de 57 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus II, que se presentó a la Clínica Zaragoza con 2 OD (16 y 26) en la arcada superior y 9 OD (44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35) en la arcada inferior con movilidad grado III, esto debido al avanzado grado de periodontitis crónica generalizada relacionada con el padecimiento sistémico (diabetes mellitus). El paciente refiere incomodidad al momento de comer.

El caso numero 2 es de un paciente de 77 años, aparentemente sano, el motivo de la consulta fue su deseo de cambiar la prótesis removible superior, a la revisión se observaron prótesis mal adaptadas que originan lesión quística apical en el OD 42, movilidad y extrusión de los OD superiores remanentes (17,26 y 27) debido a la pérdida prematura de los OD antagonistas, así como una deficiente higiene del paciente como factor etiológico de la enfermedad periodontal crónica generalizada.

1.- En ambos casos primeramente se obtuvieron auxiliares de diagnóstico, exámenes de gabinete y ortopantomografía con la finalidad de crear un plan de tratamiento adecuado.

2.- Se obtuvieron modelos de trabajo, tomando impresiones con alginato e inmediatamente fueron corridas con yeso tipo IV.

3.- Una vez obtenidos y recortados los modelos de trabajo, se procedió a la creación de las placas base con acrílico autocurable, mediante la técnica de espolvoreo.

4.- Cuando se polimerizo el acrílico, se procedió a la liberación de frenillos con un disco de diamante, sobre de estas mismas placas base, se montaron los rodillos de cera.

5.- Se confeccionaron y adaptaron los rodillos de acuerdo con las características de cada uno de los pacientes, aunque había cosas que debieron coincidir como un plano de oclusión estable, paralelismo del plano oclusal al plano de Camper y una dimensión vertical que permitiera tener un adecuado espacio intermaxilar.

6.- Una vez obtenidas exitosamente todas estas cualidades se realizó una impresión fisiológica y se mandaron al laboratorio a ser terminadas las prótesis inmediatas.

7.- Se obtuvieron las prótesis, para inmediatamente después programar las exodoncias múltiples, cuyas se llevaron a cabo en dos sesiones, (arcada superior y arcada inferior) una vez terminado el acto quirúrgico se procedió a colocar las prótesis totales inmediatas en la misma sesión.

8.- Se dieron citas periódicas de control y seguimiento para observar el proceso de cicatrización de los tejidos y la adaptación por parte del paciente de la prótesis total inmediata.

La supervisión y dirección del responsable en el tratamiento protésico estuvo a cargo de un docente especialista en prótesis e implantología y la asesoría del contenido teórico y la supervisión para el desarrollo del documento de un docente con doctorado en pedagogía.

CASO CLÍNICO I

Figura 1. Foto frontal, caso 1

Ficha de Identificación

Nombre: A. D. G.

Lugar y fecha de nacimiento: Puebla 26/06/1951

Edad: 57 años

Lugar de residencia: Chimalhuacán, Edo. Mex

Sexo: Masculino

Escolaridad: Secundaria

Estado civil: Casado

Ocupación: Obrero



Fuente: Directa.

Antecedentes heredofamiliares

Padre finado con Hipertensión Arterial y madre con Diabetes Mellitus tipo II. Niega antecedentes fímicos, luéticos, neoplásicos y alérgicos.

Antecedentes personales no patológicos

Reside en casa propia con techo de concreto, paredes de tabique y piso de cemento. Su vivienda consta de 5 habitaciones, la habitan 5 personas. Cuenta con servicios de agua potable, iluminación, drenaje y ventilación. Respecto a los hábitos de higiene se baña 5 veces por semana, cambia de ropa del diario, se lava las manos cada que lo requiere y su cepillado dental es de 2 veces al día. Alimentación como factor de riesgo para caries y enfermedad periodontal. Cuadro de inmunizaciones completo. Grupo sanguíneo Rh O (-)

Antecedentes personales patológicos

Padece de Diabetes Mellitus, diagnosticado hace 7 años por médico general, enfermedad sistémica controlada en un principio, actualmente el paciente refiere llevar un autocontrol sin acudir a revisiones médicas, el paciente refiere ser insulino dependiente.

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Paciente con edad aparente a la cronológica, ectomorfo, consciente, cooperador-tenso, de marcha independiente, equilibrada y balanceada.

Exploración extraoral y física

Biotipo: Ectomorfo

Biotipo facial: Dolicofacial

Perfil: Convexo

Exploración física

Peso: 54.3 kg. Pulso: 80 x min TA: 125/75 mmHg

Talla: 1.71 m. FR: 13 x min

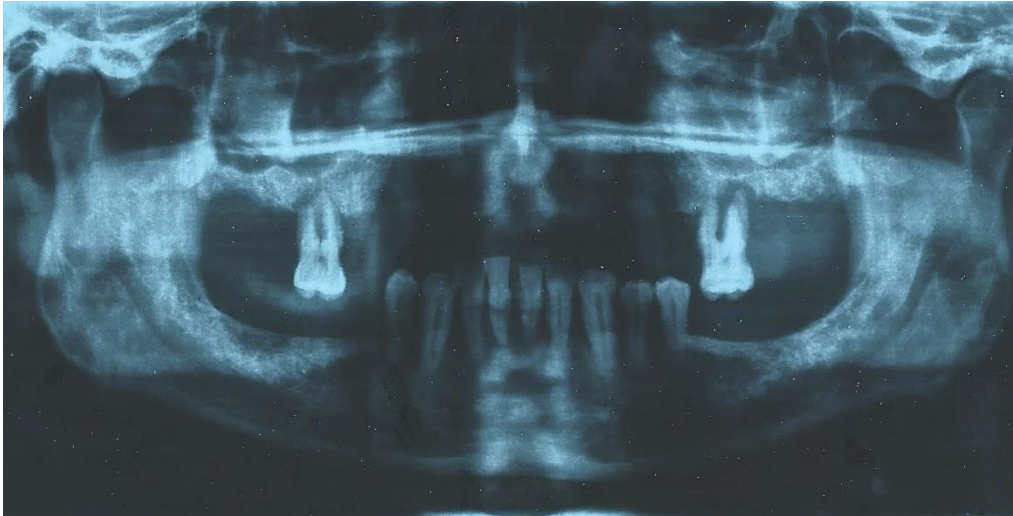
Temp: 36.2°C FC: 76 x min

Auxiliares de diagnóstico

- Ortopantomografía.
- Modelos de Estudio.
- Exámenes de laboratorio: Biometría Hemática, tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, tiempo de tromboelastina, química sanguínea.

Interpretación radiográfica

Figura 2. Ortopantomografía, caso 1



Fuente: Directa.

Podemos observar de izquierda a derecha...


Maxilar: Conducto auditivo externo, apófisis estiloides, Fosa glenoidea, seno maxilar, orbita, tabique nasal, cornetes, orbita, seno maxilar, cigomático

Se observan los O.D 16 y 26 con extrusión dental por falta de O.D. antagonistas y pérdida del nivel óseo del reborde alveolar.


Mandíbula: Angulo de la mandíbula, Canal mandibular, Agujero mentoniano, Borde inferior de la mandíbula, foramen incisivo, línea oblicua interna, escotadura sigmoidea, cóndilo, apófisis coronoides.

Se observan los O.D 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35 con extrusión dental por falta de dientes antagonistas y pérdida del nivel óseo del reborde alveolar por periodontitis crónica generalizada relacionada a diabetes mellitus

Figura 3. Biometría Hemática y Química Sanguínea, Caso 1.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD "ZARAGOZA"
LABORATORIO CLÍNICO "ZARAGOZA"




Nombre del paciente: Atilano Dominguez	Edad: 56a	CLAVE: 071DGA
Nombre del Médico: A.Q. C.	Sexo: M	
Diagnóstico presuntivo: Periodontitis, DM	Fecha: 7-sep.-2017	

HEMATOLOGÍA		
PRUEBA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Hematocrito	47.9 %	38 - 54 %
Hemoglobina	15.5 g/dl.	12 - 16 g/dL
Leucocitos	8.3 $10^9/mm^3$	5.0 - 10.0 $10^9/mm^3$
Eritrocitos	5.02 $10^9/mm^3$	4.2 - 6.2 $10^9/mm^3$
CMHC	32.4 %	26-32 %
CHM	36.5 pg	27 - 32 pg
VCM	95.4 fl	82 - 98 fl
Linfocitos	27 %	20 - 40 %
Neutrófilos	69 %	40 - 70 %
Bandas	0 %	
Eosinófilos	0 %	0 - 1 %
Monocitos	4 %	2 - 8 %
Basófilos	0 %	2-4 %
Plaquetas	194 $10^9/mm^3$	150 - 400 $10^9/mm^3$
VSG	mm/h	hombres 0-7, mujeres 10-15, niños 1-15 mm/h

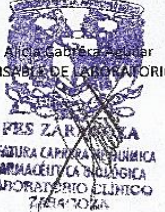
Observaciones:

QUÍMICA CLÍNICA		
PRUEBA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Glucosa	71 mg/dl.	70 - 100 mg/dl.
Urea	26 mg/dL	10 - 50 mg/dL
Creatinina	0.64 mg/dL	0.50 - 1.20 mg/dL
Ácido úrico	4.9 mg/dl.	2.40 - 5.40 mg/dl.
Colesterol	169 mg/dL	150 - 200 mg/dL
Triglicéridos	90 mg/dL	50 - 160 mg/dL

COAGULACIÓN		
PRUEBA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
TP	14.3 seg	10 - 15 seg.
TTP	29.5 seg	27 - 45 seg.



QFB. Alicia Gabriela Rodríguez
 RESPONSABLE DE LABORATORIO



FES ZARAGOZA
 SECCIÓN CAPACITACIÓN QUÍMICA
 FARMACÉUTICA BIOLÓGICA
 LABORATORIO CLÍNICO
 ZARAGOZA

Fuente: Directa.

Diagnostico

- Paciente de 57 años que padece Diabetes Mellitus Tipo 2 sin control médico, autocontrol con insulina, acude a consulta odontológica con edentulismo parcial y movilidad grado III de todos los órganos dentarios presentes. Antecedentes genéticos heredofamiliares Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo II. Higiene bucal deficiente, presenta calculo dental, periodontitis crónica generalizada, exostosis bucal y extrusión dental.

Tratamiento

1. Fase de saneamiento

Comenzamos con el llenado de la historia clínica electrónica, se realiza profilaxis con cavitron para eliminar el cálculo a nivel radicular, control de placa dentobacteriana, se le pide al paciente auxiliares de diagnóstico

2.- Fase Quirúrgica

Prequirúrgico.

Elaboración de la prótesis total inmediata

Figura 4. Modelos de Trabajo



Figura 5. Confección de placas base

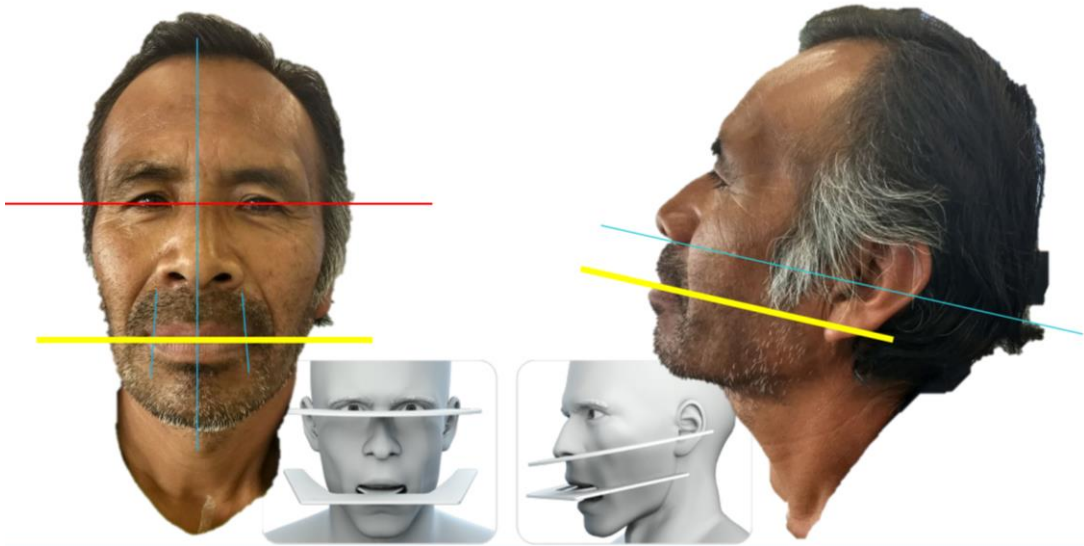


Figura 6. Confección y adaptación de rodillos



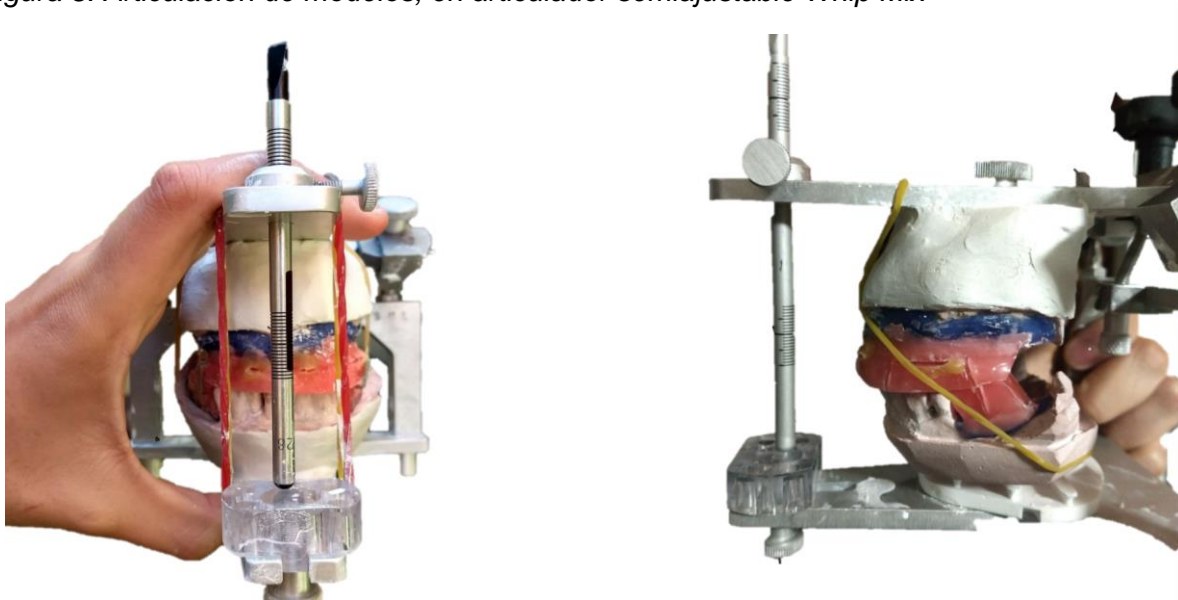
Fuente: Directa.

Figura 7. Colocación de platina de fox buscando el paralelismo con el plano de Camper y línea bipupilar



Fuente: Directa.

Figura 8. Articulación de modelos, en articulador semiajustable Whip Mix



Fuente: Directa.

Figura 9. Prueba de dientes en cera en el paciente.



Fuente: Directa.

Figura 10. Placas base con dientes montados en cera



Figura 11. Rectificación de bordes en placa superior con polivinilsiloxano pesado.

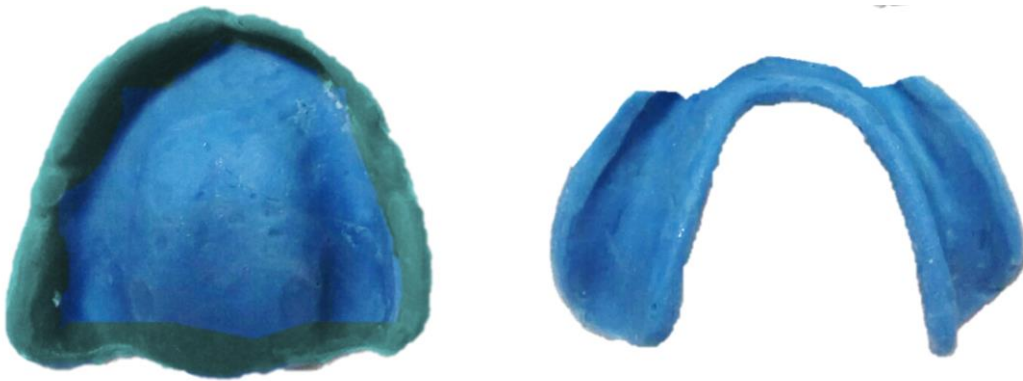
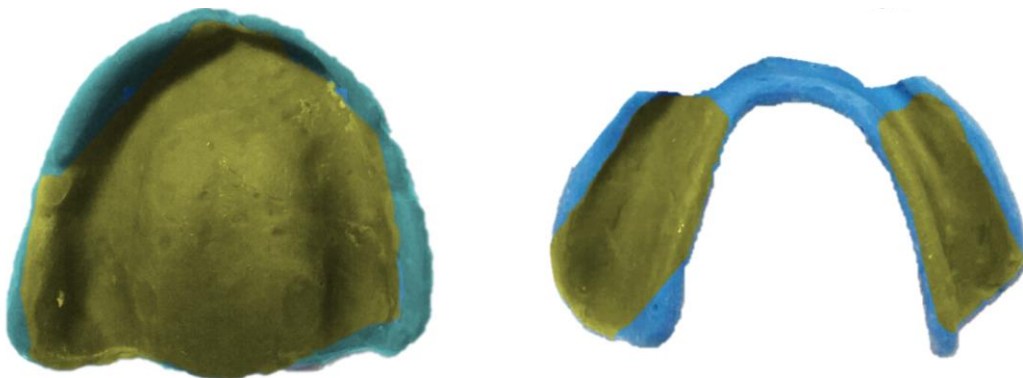


Figura 12. Toma de impresión fisiológica con polivinilsiloxano ligero.



Fuente: Directa.

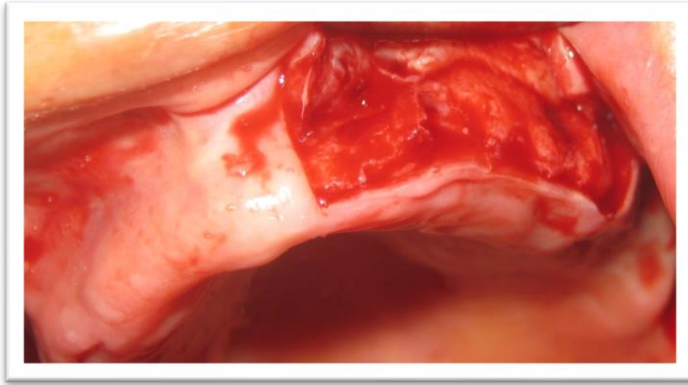
Figura 13. Prótesis total inmediata terminada, listas para ser colocadas.



Fuente: Directa.

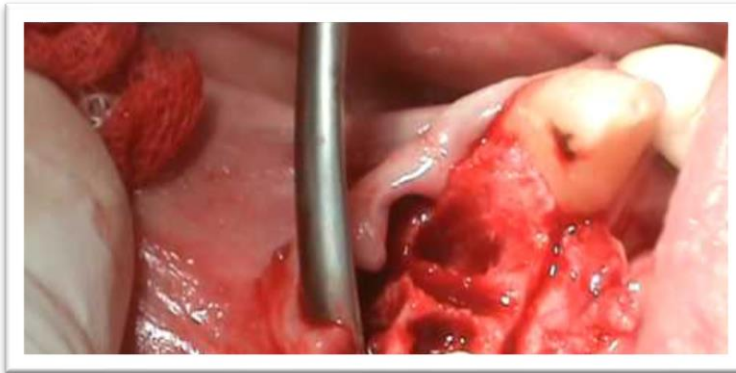
- **Trans Quirúrgico**

Figura 14. Eliminación de Exostosis en Maxilar y regularización del proceso



Fuente: Directa.

Figura 15. Extracciones múltiples (O.D 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35) y regularización del reborde alveolar



Fuente: Directa.

Figura 16. Exodoncia de los 9 OD presentes en la arcada inferior.



Fuente: Directa.

- **Post Quirúrgico**

Figura 17. Colocación de la prótesis total inmediata, después de terminado el acto quirúrgico.



Fuente: Directa.

Figura 18. Revisión de la cicatrización de los tejidos, así como de la sutura de sujete continuo colocado una semana después la intervención.



Fuente: Directa.

3. Fase Rehabilitadora

Figura 19. La oclusión de la prótesis total inmediata es probada y ajustada.



Fuente: Directa.

4. Fase mantenimiento

- Citas de control (proceso cicatricial, adaptación de las prótesis)
- Técnicas de higiene y cuidado de Prótesis.

Cambios obtenidos:

El tratamiento con prótesis total inmediata al plazo de 0 a 12 meses se pudieron observar diversos cambios, además del paciente hacía referencia del cambio en su entorno social. Algunos de estos cambios fueron:

- Mejora en la estética del paciente.
- Recuperación del plano de oclusión
- Dimensión vertical restablecida
- Mejora en la nutrición del paciente.
- Mejoro la autoestima del paciente.
- La pérdida de hueso alveolar residual fue mínima.

Figura 20. Vista frontal y lateral del paciente, en estado inicial.



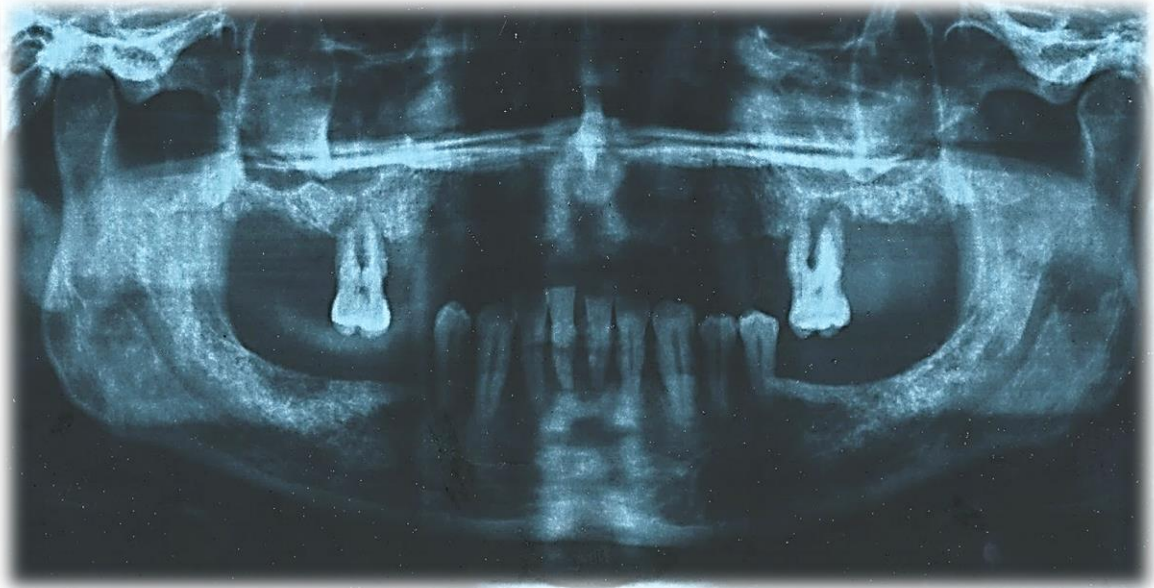
Fuente: Directa.

Figura 21. Vista frontal y lateral del paciente, rehabilitado con prótesis inmediata.



Fuente: Directa.

Figura 22. Ortopantomografía inicial



Fuente: Directa.

Figura 23. Ortopantomografía, 12 meses después de las extracciones múltiples y colocación de prótesis inmediata



Fuente: Directa.

CASO CLÍNICO II

Ficha de Identificación

Nombre: R. M. D

Lugar y fecha de nacimiento: CDMX 24/03/1941

Edad: 77 años

Lugar de residencia: Iztapalapa, CDMX

Sexo: Masculino

Escolaridad: Secundaria

Estado civil: Viudo

Ocupación: Jubilado

Figura 24. Foto frontal, caso 2



Fuente: Directa.

Antecedentes heredofamiliares

Niega antecedentes fímicos, luéticos, neoplásicos y alérgicos.

Antecedentes personales no patológicos

Reside en casa propia con techo de concreto, paredes de concreto y piso de cemento. Su vivienda consta de 3 habitaciones, vive solo. Cuenta con servicios de agua potable, iluminación, drenaje y ventilación. Respecto a los hábitos de higiene se baña 7 veces por semana, cambia de ropa del diario, se lava las manos cada que lo requiere y se cepilla los dientes una vez al día. Alimentación como factor de riesgo para caries y enfermedad periodontal. Cuadro de inmunizaciones completo. Grupo sanguíneo Rh B (+

Antecedentes personales patológicos

Sistémicamente sano, sin patologías aparentes.

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Paciente con edad aparente a la cronológica, ectoformo, consciente, cooperador, de marcha independiente, equilibrada y balanceada.

Biotipo facial

Dolicocéfalo, con perfil convexo.

Exploración física

Peso: 51.8 kg. Pulso: 71 x min TA: 120/70 mmHg

Talla: 1.73 m. FR: 16 x min

Temp: 36.2°C FC: 77 x min

Auxiliares de diagnóstico

- Ortopantomografía
- Modelos de Estudio
- Exámenes de laboratorio: Biometría Hemática, tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, tiempo de tromboplastina, química sanguínea

Interpretación radiográfica

Figura 25. Ortopantomografía inicial



Fuente: Directa.

Podemos observar de izquierda a derecha...

Maxilar: Conducto auditivo externo, apófisis estiloides, Fosa glenoidea, seno maxilar, orbita, tabique nasal, cornetes, orbita, seno maxilar, cigomático

Se observan los O.D 17, 14, 26 y 27 (extrusión dental y disto angulación por falta de dientes antagonistas y pérdida del hueso debido a enfermedad periodontal)

Mandíbula: Angulo de la mandíbula, Canal mandibular, Agujero mentoniano, Borde inferior de la mandíbula, foramen incisivo, línea oblicua interna, escotadura sigmoidea, cóndilo, apófisis coronoides

Se observan los O.D 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34 y 35 (extrusión dental por falta de dientes antagonistas, pérdida del hueso de sostén debido a enfermedad periodontal, prótesis fijas preexistentes desajustadas)

Figura 26. Biometría Hemática

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL HOSPITAL GENERAL LA VILLA LABORATORIO CLINICO Av. San Juan de Aragón No. 285, Col. Granjas Modernas, Gustavo A. Madero. C.P. 07460 México D.F. Tel. 55770596			
PACIENTE: RICARDO MORENO DIAZ	FOLIO INFOLAB: 05093507		
EDAD: 77 Años SEXO: MASCULINO	NHC: 569870		
AFILIACION: No SOLICITUD SAMIH:	EXPEDIENTE:		
MEDICO: A QUIEN CORRESPONDA .	TIPO DE PACIENTE: CONSULTA EXTERNA		
PROCEDENCIA: CONSULTA EXTERNA	FECHA DE ATENCION: 06/04/2018 10:21:00 a.m.		
DIAGNOSTICO: SIN DIAGNOSTICO	HORA DE IMPRESION: 06/04/2018 11:43:00 a.m.		
CAMA:			
EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
BIOMETRIA HEMATICA			
FORMULA BLANCA			
LEUCOCITOS	3.90	x 10 ³ mm3/uL	* 4 - 10
NEUTROFILOS %	55.40	%	37 - 70
LINFOCITOS %	33.80	%	18 - 42
MONOCITOS %	8.20	%	* 1 - 6
EOSINOFILOS %	2.30	%	0 - 4
BASOFILOS %	0.30	%	0 - 2
VALORES ABSOLUTOS			
NEUTROFILOS #	2.20	x 10 ³ mm3/uL	2 - 6.5
LINFOCITOS #	1.30	x 10 ³ mm3/uL	* 1.5 - 3.9
MONOCITOS #	0.30	x 10 ³ mm3/uL	0.1 - 0.9
EOSINOFILOS #	0.10	x 10 ³ mm3/uL	0 - 0.6
BASOFILOS #	0.00	x 10 ³ mm3/uL	0 - 2
FORMULA ROJA			
ERITROCITOS	4.54	x 10 ⁶ /uL	4.1 - 5.9
HEMOGLOBINA	13.90	g/dL	13 - 18
HEMATOCRITO	43.00	%	* 45 - 55
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	94.70	fL	81 - 99
HCM	30.60	pg	27 - 32
CMHC	32.40	g/dL	31 - 35
RDW	13.60	%	12.7 - 16.5
PLAQUETAS	185.0	x 10 ³ mm3/uL	150 - 450
VOL. PLAQ. MEDIO	7.10	fL	* 7.2 - 10.4
Validó: QFB. SILVIA LOPEZ RODRIGUEZ CED. PROF. 7993121 CED.PROF. Liberó: QFB. SILVIA LOPEZ RODRIGUEZ CED. PROF. 7993121 CED.PROF.			

Fuente: Directa.

Figura 27. Química Sanguínea

COAGULACION 1			
TIEMPO PROTROMBINA	9.2	seg	7.7 - 11.6
% DE ACTIVIDAD	111.0	%	70 - 130
I.N.R.	0.95		0.8 - 1.2
TIEMPO PARCIAL TROMBOPLASTINA	27.1	seg	20 - 35
RATIO	0.90		0.8 - 1.2
Validó: QFB. SILVIA LOPEZ RODRIGUEZ CED. PROF. 7993121 CED.PROF. Liberó: QFB. SILVIA LOPEZ RODRIGUEZ CED. PROF. 7993121 CED.PROF.			
ACIDO URICO			
ACIDO URICO	5.8	mg/dl	2.5 - 6
Validó: QFB JULIO CESAR CASTILLO GARCIA CED. PROF. 7121873 CED.PROF.			
COLESTEROL			
COLESTEROL	197.0	mg/dl	138 - 240
Validó: QFB JULIO CESAR CASTILLO GARCIA CED. PROF. 7121873 CED.PROF.			
CREATININA			
CREATININA	0.8	mg/dl	0.5 - 1.2
Validó: QFB JULIO CESAR CASTILLO GARCIA CED. PROF. 7121873 CED.PROF.			
GLUCOSA			
GLUCOSA	92.0	mg/dl	70 - 115
Validó: QFB JULIO CESAR CASTILLO GARCIA CED. PROF. 7121873 CED.PROF.			
TRIGLICERIDOS			
TRIGLICERIDOS	92.0	mg/dl	< 150 Normal 79 - 190 150-199 Límite Alto 200-500 Alto > 500 Muy Alto
Validó: QFB JULIO CESAR CASTILLO GARCIA CED. PROF. 7121873 CED.PROF.			
UREA Y BUN CALCULADO			
NITROGENO UREICO	22.00	mg/dl	* 5.8 - 18
JREA	47.1	mg/dl	10 - 71
Validó: QFB JULIO CESAR CASTILLO GARCIA CED. PROF. 7121873 CED.PROF. Liberó: QFB JULIO CESAR CASTILLO GARCIA CED. PROF. 7121873 CED.PROF.			

Fuente: Directa.

Diagnostico

- Paciente de 77 años sin aparente compromiso sistémico, acude a consulta odontológica con edentulismo parcial, movilidad grado III en algunos OD presentes, prótesis removible defectuosa, prótesis fijas desajustadas en OD 33, 42 y 43. Niega algún tipo de padecimiento heredo genético. Higiene bucal deficiente, presenta calculo dental radicular, periodontitis crónica generalizada, lesión quística en zona apical del OD 42 y extrusión dental.

Figura 28. Prótesis removible defectuoso preexistente.



Fuente: Directa.

Figura 29. Prótesis fijas defectuosas preexistentes.



Fuente: Directa.

Figura 30. Extrusión y exposición radicular de los OD en maxilar. Se observa calculo radicular. Inflamación y pérdida del nivel óseo del reborde residual en el sector anterior, debido a la prótesis removible preexistente.



Fuente: Directa.

Figura 31. Vista Oclusal de los OD en mandíbula, se pueden observar prótesis fijas defectuosas, además de las atriciones en el resto de los OD presentes en la arcada.



Fuente: Directa.

Plan de Tratamiento

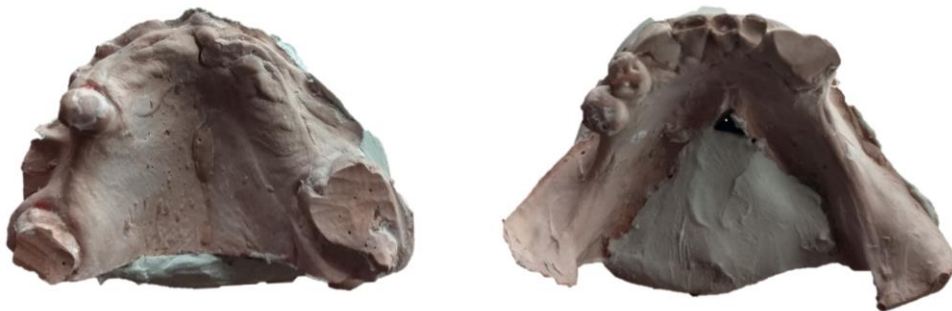
Fase de saneamiento

- Comenzamos con el llenado de la historia clínica electrónica, se realiza profilaxis con cavitron para eliminar el cálculo a nivel radicular, control de placa dentobacteriana, se le pide al paciente auxiliares de diagnóstico.

Fase Quirúrgica

Prequirúrgico.

Figura 32. Toma de modelos de trabajo



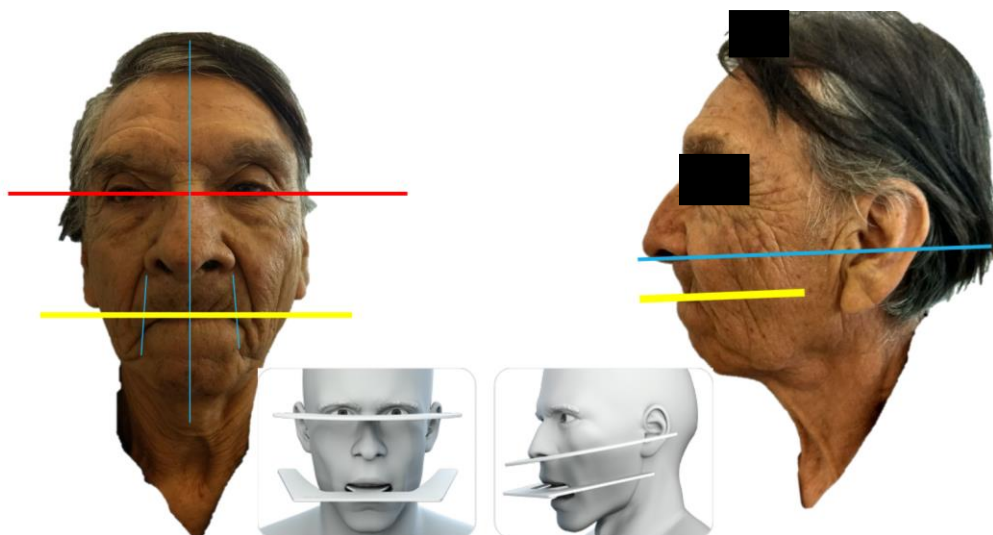
Fuente: Directa.

Figura 33. Elaboración de Placas Base de acuerdo las condiciones propias del paciente. Confección y adaptación de rodillos



Fuente: Directa.

Figura 34. Colocación de platina de fox, buscando el paralelismo con el plano de Camper y línea bipupilar



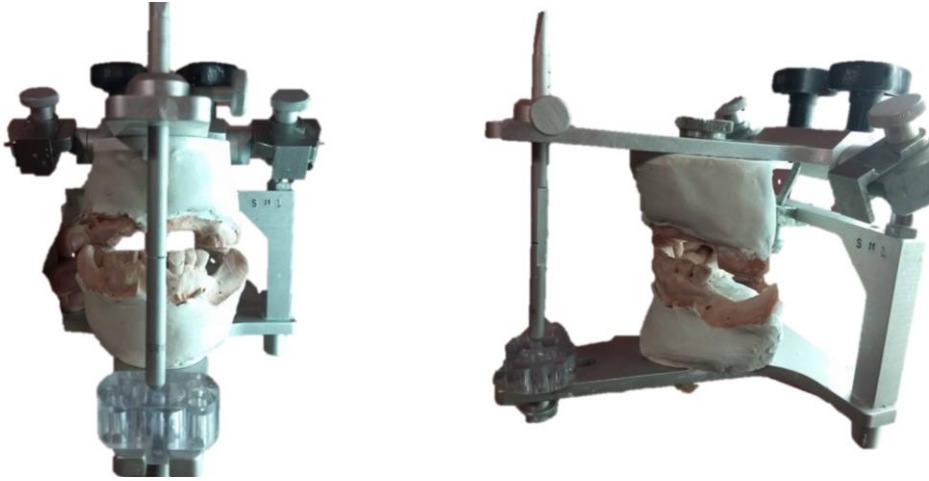
Fuente: Directa.

Figura 35. Uso del tenedor dentado, para montar los modelos en el articulador semiajustable



Fuente: Directa.

Figura 36. Articulado de modelos de trabajo, en articulador semiajustable.



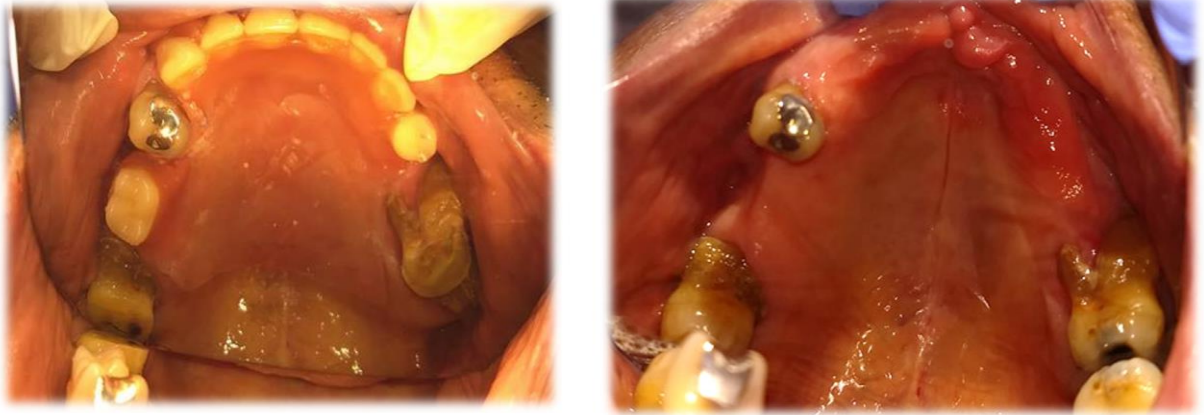
Fuente: Directa.

Figura 37. Colocación de p $\acute{o$ nticos para la prueba de dientes en cera.



Fuente: Directa.

Figura 38. Prueba de dientes en cera, en el paciente.



Fuente: Directa.

Figura 39. Prueba de dientes en cera, verificación de la posición de los púnticos sobre los dientes naturales



Fuente: Directa.

Figura 40. Preparación de las placas base, para la toma de impresión fisiológica.



Figura 41. Toma de impresión fisiológica con hules de polivinsiloxano ligero.



Fuente: Directa.

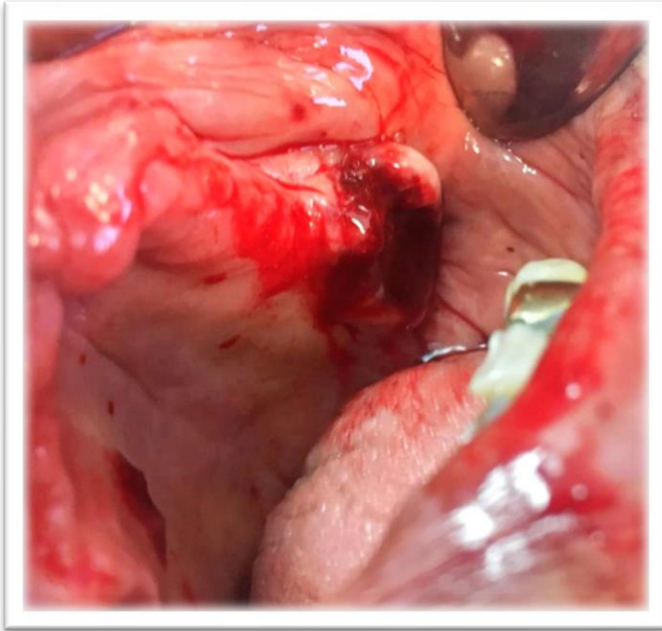
Figura 42. Prótesis total inmediata terminada



Fuente: Directa.

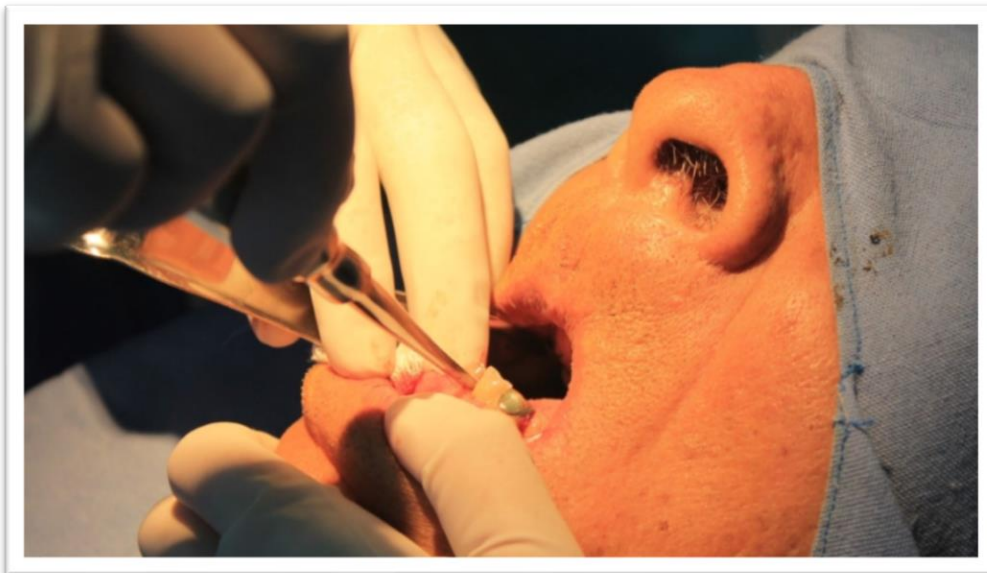
Trans Quirúrgica

Figura 43. Exodoncia de los OD 17, 14, 26 y 27 en el maxilar.



Fuente: Directa.

Figura 44. Exodoncia de los OD en arcada inferior con el uso de elevador recto



Fuente: Directa.

Figura 45. Exodoncia de los OD en arcada inferior con el uso de fórceps 151.



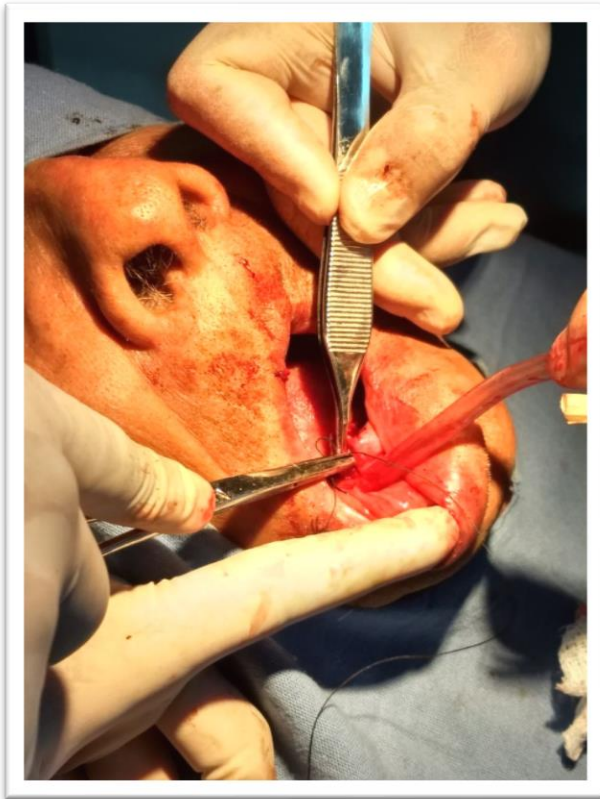
Fuente: Directa.

Figura 46. Curetaje de los alveolos



Fuente: Directa.

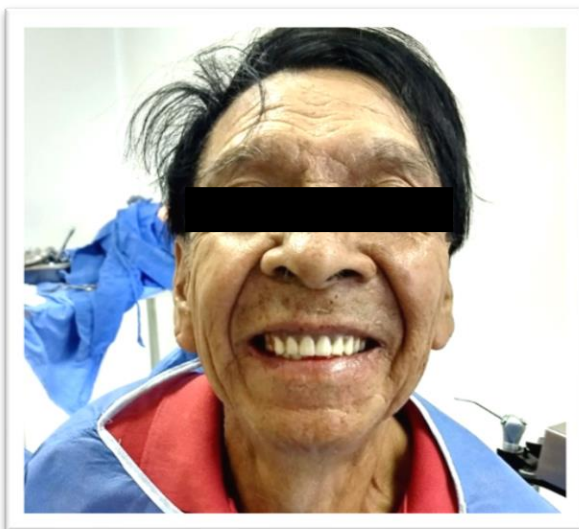
Figura 47. Colocación de sutura de sujete continuo posterior a la alveoloplastia



Fuente: Directa.

Post Quirúrgico

Figura 48. Colocación de las prótesis inmediatas, una vez terminado el acto quirúrgico.



Fuente: Directa.

Fase Rehabilitadora

Figura 49. Uso de prótesis total inmediata 1 semana después de las exodoncias, ajuste de oclusión y liberación de frenillos.



Fuente: Directa.

Cambios obtenidos:

El tratamiento con prótesis total inmediata al plazo de 0 a 12 meses se pudieron observar diversos cambios, además del paciente hacía referencia del cambio en su entorno social. Algunos de estos cambios fueron:

- Mejoro la estética del paciente (colapso labial)
- Plano de Oclusión estable.
- Dimensión vertical restablecida
- Mejoro la nutrición del paciente.
- Mejoro la autoestima del paciente.
- Los rebordes alveolares residuales sufrieron un poco más de alteraciones debido a la alveoloplastia realizada.

Figura 50. Vista frontal y de perfil del paciente en su estado inicial



Fuente: Directa.

Figura 51. Vista frontal y de perfil del paciente en su estado final



Fuente: Directa.

Figura 52. Ortopantomografía -estado inicial del paciente, marzo 2018-



Fuente: Directa.

Figura 53. Ortopantomografía posterior a las exodoncias múltiples y colocación de Prótesis Inmediata -abril 2019-



Fuente: Directa.

Figura 54. Vista frontal del paciente, un año después del uso de la prótesis inmediata.



Fuente: Directa.

Figura 55. Reborde residual



Fuente: Directa.

Figura 56. Prótesis total inmediata en boca.



Fuente: Directa.

Discusión

La prótesis inmediata cumple con su propósito, pudiendo constatar todas las ventajas descritas por diversos autores a lo largo de las décadas desde la introducción de la prótesis inmediata.

Fuertes Ruffin en su trabajo "Rehabilitación con prótesis inmediata en pacientes geriátricos", señala que - la prótesis inmediata tiene un carácter preventivo, porque evita una posible desintegración psíquica y biológica del individuo-, viendo por el bienestar integral del paciente, no solo por la salud bucal.

Winkler expone que la prótesis inmediata tiene un mayor costo. Esto debido, a los ajustes postoperatorios y la necesidad de realizar rebases. Por otro lado, Barrantes contrasta con dicha idea y hace referencia a que la prótesis inmediata tiene un menor costo de mantenimiento, además facilita una adecuada higiene.

Limonta, Winkler, Boucher y Diaz Torreblanca hacen referencia a la provisionalidad de la prótesis inmediata, puesto que hay modificaciones anatómicas y remodelación ósea tiempo después de las extracciones múltiples, por ende, sugieren realizar rebases o directamente realizar nuevas prótesis totales convencionales en un plazo de 8 a 12 meses posteriores a las extracciones.

Los resultados obtenidos contrastan medianamente con lo que mencionan estos últimos autores, puesto que no hubo necesidad de reemplazar las prótesis inmediatas al cabo de 12 meses, por lo tanto, ver este tipo de prótesis con un carácter provisional o de transición no es necesariamente correcto. Es verdad que los tejidos se verán modificados con el paso de los meses, pero los pacientes al presentar periodontopatías en importante grado de avance, las exodoncias no modificarán severamente los tejidos previamente ya deteriorados, En casos concretos nunca se descarta un rebase, pudiendo ser estos, rebases directos en boca, gracias a los recientes materiales que se comercializan actualmente y que en aquella época en que se describía por primera vez la prótesis inmediata no existían este tipo de materiales.

Conclusiones

Se demostró que la prótesis total inmediata es la alternativa de primera elección en la rehabilitación protésica para pacientes que padecen periodontopatías.

El tiempo de la rehabilitación del paciente es más rápido y eficaz con el uso de la prótesis inmediata, aunque se podría considerar un tratamiento más largo, ya que se toman en consideración los tiempos quirúrgicos y postoperatorios que debe atravesar el paciente.

En ambos casos, el aspecto físico de los pacientes fue notablemente favorecido con el uso de la prótesis total inmediata, el colapso labial fue reparado, ayudando a tener un mejor aspecto al paciente.

La función masticatoria (deficiente) en ningún momento es totalmente perdida, como ocurre en el caso de la prótesis total convencional, por el contrario, se restablece un plano de oclusión adecuado; así como como la dimensión vertical también es restaurada, después de años de haber sido perdida.

El edentulismo parcial, así como la movilidad dentaria impedía la correcta masticación y deglución de cualquier tipo de alimento que podría ser potencialmente beneficioso para la salud, por lo tanto, el uso de las prótesis mejoro notablemente la nutrición en ambos casos.

No solo hay cambios físicos o biológicos, sino también psicológicos ya que el paciente recupera su autoestima, no teme en mostrar su sonrisa y sus relaciones psicosociales son aún mejores.

Referencias

1. Vanegas AE; Villavicencio CE; Alvarado JO; Ordoñez PP. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. Rev. Estomatol. Herediana 2016; 26 (4): 215-21.
2. Fuertes RL; Oksana VZ; Justo DM. Rehabilitación con prótesis inmediata en pacientes geriátricos: (presentación de un caso). Revista Habanera de Ciencias Médicas [Artículo en línea]. 2007; 6 (2). [acceso 2019 marzo 30]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180414014011>
3. Gutiérrez VL; León MR; Castillo AD. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev. Estomatol. Herediana 2015; 25 (3): 179-86
4. González MC; Rosete GJ; Huitzil ME. Frecuencia de edentulismo en la Clínica de Odontología de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla en el periodo 2010 al 2014. Revista Tamé [Artículo en línea] 2016; 5 (14): 489-92. [acceso 2019 abril 9]. Disponible en: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_14/Tam1614-05i.pdf
5. López LM; Gracia MC; Hernández AR; Sánchez ES; López ML; Sánchez SR. La caries, gingivitis, periodontitis y la maloclusión siguen siendo las afecciones estomatológicas más frecuentes en la población. iMedPub Journals [Artículo en línea] 2013; 9 (4). [acceso 2019 mayo 3] Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/la-caries-gingivitis-periodontitis-y-la-malocclusion-siguen-siendo-las-afecciones-estomatologicas-ms-frecuentes-en-la-poblacion.pdf>

6. Irigoyen ME; Velázquez C; Zepeda MA; Mejía Adriana. Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la Ciudad de México. Revista ADM [Artículo en línea]. 1999; 44 (2): 64–69. [acceso 2019 abril 5] Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-1999/od992d.pdf>
7. Mondragón AP; De la Rosa EG; Cruz SM. Pérdida de dientes en pacientes diabéticos con y sin insuficiencia renal crónica y diálisis. Rev. nefrología [Artículo en línea]. 2008; 28 (6): 572 – 666. [acceso 2019 mayo 5]. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-perdida-dientes-pacientes-diabeticos-con-articulo-X0211699508004280>
8. Belaúnde MG; Salazar FS; Castillo DA; Manrique JC; Orejuela RF; Zavaleta CB. Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. Rev. Estomatol. Herediana 2012; 22 (2): 77-81.
9. Paz EM. Rehabilitación oral de paciente edéntulo total a través de prótesis total superior e inferior. Ecuador: UIDE. 2012.
10. Limonta BL; Dávila FM; Castillo CL; Pérez BB; Rodríguez GM. Ventajas de la prótesis inmediata. MEDISAN [Artículo en línea]. 2006; 10 [acceso 2019 abril 2] Disponible en:
[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_\(esp\)_06/san08\(esp\)06.html](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_(esp)_06/san08(esp)06.html)
11. Winkler S. Prostodoncia Total. México: Limusa. 1999.
12. Diaz FT; Quintana MD. Prótesis Total inmediata como alternativa de tratamiento. Rev. Estomatol. Herediana. 2013; 23 (1): 29-33.
13. Boucher OC. Prótesis para el desdentado total. Argentina: Mundi. 1977.

14. Barrantes AC; Sotela TP. Exodoncias múltiples en paciente hipertenso y colocación de prótesis acrílica inmediata. Reporte de un caso clínico. Revista electrónica de la Facultad de Odontología, ULACIT [Artículo en línea]. 2014; 7 (2): 47 -60. [acceso 2019 agosto 31] Disponible en:
<http://www.odontocat.com/odontocat/nouod2/pdf/article%20cita%20odt%2029.pdf>