



# UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA



TRABAJO ACADEMICO DE SUSTENTACION DE CASO

**REHABILITACION ORAL EN UNA PACIENTE DE 56 AÑOS  
DE EDAD DIAGNOSTICADA CON SINDROME  
COMBINADO DE KELLY, EN LA CIUDAD DEL CUSCO  
2017.**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:**

PUJAICO OBLITAS, FIORELLA LIZET

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

CIRUJANO DENTISTA

**CUSCO-PERU**

**2017**



## DEDICATORIA

A nuestro Padre Creador por darme la oportunidad una vez más de cumplir mis metas académicas.

A mis padres que son lo más importante en mi vida ya que ellos siempre me han estado apoyando a lo largo de mi vida y sobre todo agradecerles porque si soy una profesional es por su apoyo incondicional de ellos.

A mi hermano que fue el motor para seguir y darle el ejemplo de perseverar para cumplir sus metas.

A mis amigos que permitieron realizar el caso clínico con su ayuda y colaboración durante el proceso de confección del caso clínico.

**Fiorella Lizet Pujaico Oblitas.**



INDICE

1. INTRODUCCION..... 2

2. OBJETIVOS ..... 3

2.1 OBJETIVO GENERAL: ..... 3

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:..... 3

3. FUNDAMENTOS TEORICOS ..... 4

3.1 BASES TEORICAS O MARCO TEORICO ..... 4

3.1.1 Definición e Historia..... 4

3.1.2 Manifestaciones..... 4

3.1.3 Clasificación según Tolstunov. .... 4

3.1.5 Examen extra oral..... 5

3.1.6 Examen Intraoral..... 5

3.1.7 REQUERIMIENTOS DE UNA DENTADURA TOTAL..... 8

3.1.8 Clasificación de la Prótesis Parcial Removible (PPR) ..... 8

3.1.8.1Clasificación de Kennedy ..... 9

3.1.9.Procedimientos Clínicos ..... 11

3.2 ANTECEDENTES ..... 14

3.3 DEFINICION DE TERMINOS..... 19

4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO Y RELEVANCIA SOCIAL ..... 21

5. BIBLIOGRAFIA..... 22



6. HISTORIA CLINICA.....	24
7. CONCLUSIONES.....	44
8. ANEXOS.....	45



## 1. INTRODUCCION

Hoy en día la población edentula tiene la posibilidad de recuperar la función masticatoria y estética por lo avances en la especialidad de rehabilitación oral sobre todo en caso clínicos que se pueden presentar en la práctica diaria de un odontólogo relacionado con el síndrome de combinación de Kelly que su característica principal es ser edentulo total en superior y en la mandíbula ser edentulo parcial.<sup>3</sup>

El Síndrome de Combinación de Kelly fue definido por Kelly en 1972, cuando realizo un estudio cerca de 500 pacientes portadores de prótesis, donde pudo corroborar que todos tenían las mismas características en el maxilar superior eran edentulos total y en la mandíbula eran edentulos parciales con la clasificación de Kennedy clase I y en general las agrupo en 5 y descubrió que presentaban reabsorción anterosuperior y aumento de las tuberosidades de los maxilares y piezas dentarias inferiores extruidas.<sup>3</sup>



## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GENERAL:

Poder recuperar la función masticatoria, estética, fonética mediante la rehabilitación oral de una paciente que presenta el síndrome combinado de Kelly.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Plan de tratamiento que incluya: profilaxis, operatorias, confección de una nueva prótesis total removible superior y una prótesis parcial en inferior removible.
- Tratar de devolver la función fonética, masticatoria, estética de la paciente que presenta Síndrome Combinado de Kelly.



### 3. FUNDAMENTOS TEORICOS

#### 3.1 BASES TEORICAS O MARCO TEORICO

##### 3.1.1 Definición e Historia

Elliswoth Kelly en 1972 fue quien definió el Síndrome de Combinación de Kelly se refiere a pacientes que presentaban características como edentulismo total superior con una considerable reabsorción en el sector anterior del maxilar superior y en la mandíbula presentaba piezas dentarias extruida, esto es producto de la fuerza oclusal que presenta en el sector anterior y en exámenes auxiliares podemos apreciar como una V invertida.<sup>2</sup>

##### 3.1.2 Manifestaciones

Kelly también dijo que presentaban características que diferencia de los demás edentulos que no presentan este Síndrome:

- Reabsorción ósea en el sector antero superior por las fuerzas que ejerce la prótesis total superior.
- Presenta reabsorción bilateral por las fuerzas ejercidas.
- Aumento papilar en el paladar duro.
- Presenta extrusión en la piezas del sector anterior <sup>3</sup>

##### 3.1.3 Clasificación según Tolstunov.

Según Tolstunov en 2007, propuso que se amplié la clasificación en tres grupos, donde el maxilar superior da indicio

del Síndrome de Combinación de Kelly mientras que en la mandíbula permite verificar a que tipo de modificación de Kennedy pertenece.<sup>2</sup>

	Clase I	Clase II	Clase III
Modificación I	Maxilar edéntulo y mandíbula tipo Clase I de Kennedy	Maxilar edéntulo sólo anteriormente y mandíbula tipo clase I de Kennedy	Maxilar edéntulo a nivel anterior y posterior de forma unilateral y mandíbula tipo clase I de Kennedy
Modificación II	Maxilar edéntulo y mandíbula con dentición completa, bien sean dientes, implantes o puentes dentosoportados	Maxilar edéntulo solo anteriormente y mandíbula con dentición completa, bien sean dientes, implantes o puentes dentosoportados.	Maxilar edéntulo a nivel anterior y posterior de forma unilateral y mandíbula con dentición completa, bien sean dientes, implantes o puentes dentosoportados.
Modificación III	Maxilar edéntulo y mandíbula tipo clase II de KennedyMaxilar edéntulo solo anteriormente y mandíbula tipo clase II de Kennedy	Maxilar edéntulo sólo anteriormente y mandíbula tipo clase II de Kennedy	Maxilar edéntulo a nivel anterior y posterior de forma unilateral y mandíbula tipo clase II de Kennedy

Figura 1 Clasificación según Tolstunov

### 3.1.4 Examen extra oral.

#### 3.1.4.1 Aspectos de la cara

Hay distintos aspectos que se tienen que tomar en cuenta como en la forma de la cara

- Braquifacial : pómulos sobresalientes
- Dolicofacial: parte arriba más larga tomar en cuenta cienes.
- Mesofacial: tanto la parte de arriba como de abajo son iguales son simétricas.
- Tamaño de cara.
- Simetría.<sup>4</sup>

#### 3.1.4.2 Labios

Tomamos los siguientes requisitos:

- Volumen pueden ser gruesos o delgados
- Tonicidad puede ser flácidos o tónicos
- Hidratación pueden ser resecos o hidratados.<sup>4</sup>

### 3.1.5 Examen Intraoral





### 3.1.5.1 Forma de los arcos.

- a) **Ovoide:** Más recurrente, es un factor favorable para cuando rote la prótesis.
- b) **Triangular:** Es la segunda forma de arco más recurrente, es un factor desfavorable para la prótesis.
- c) **Cuadrado:** Esta forma de arcada no ofrece retención y estabilidad.<sup>5</sup>

### 3.1.5.2 Simetría de arcos

- a) **Simétrico:** Se traza una línea media imaginaria nos podemos guiar por el frenillo lingual y rafe medio y podremos observar si presenta una desigualdad.
- b) **Asimétrico:** Estas líneas imaginarias no dividen partes iguales.<sup>5</sup>

### 3.1.5.3 Altura de rebordes alveolares

- a) **Normal:** Tiene una altura adecuada es un factor positivo para que de buen soporte a la prótesis
- b) **Reabsorbidos:** Pueden dar algún soporte pero no están favorable para la prótesis.
- c) **Planos:** Presentan una reabsorción agresiva<sup>5</sup>

### 3.1.5.4 Mucosa Oral sobre rebordes

El tipo de mucosa es importante ya que eso dependerá de la retención de la prótesis y estas son las diferentes tipos de mucosa:

- **Resilente:** Capacidad de volver a su estado inicial, positivo para la prótesis.



- Flácida: Mucosa móvil desfavorable para la prótesis.
- Firme: negativo para la prótesis.
- Mixto: Presenta por lo menos dos de las anteriores en varios sectores de los rebordes esto va depender del grado de reabsorción , o exodoncias traumáticas que tuvo el paciente.<sup>4</sup>

#### 3.1.5.5 Papila retromolar.

Estas papilas están situadas en la parte distal de los terceros molares de la mandíbula y los edentulos totales presentan tejido granular y tejido fibroso. <sup>5</sup>

#### 3.1.5.6 Lengua

Es muy indispensable observar a la lengua por que la lengua interfiere en la retención de la prótesis inferior y por su tamaño se clasifica en lo siguiente:<sup>5</sup>

**a) Macroglosia.** Presenta un volumen exagerado, y no permite la retención de la prótesis inferior y factor negativo.

**b) Microglosia:** volumen exageradamente más pequeño, aspecto negativo de la prótesis.

**c) Normal:** Es un factor positivo para la retención de una prótesis inferior .<sup>5</sup>

#### 3.1.5.7 Saliva

Tenemos que evaluar la cantidad y calidad de saliva en nuestro paciente ya que este requisito indispensable será para la retención entre la placa y el paladar.<sup>5</sup>

Se clasifican en:

**a) Normal:** Presenta saliva entre fluida y viscosa es intermedia. Es un factor positivo para la prótesis.

**b) Xerostomía:** Cuando no presenta una cantidad de saliva y esto es un factor desfavorable para la prótesis ya que disminuye la capacidad retención y produce irritaciones en los rebordes.

**c) Sialorrea:** Es todo lo contrario a la xerostomía, presenta demasiada cantidad de saliva fluida.<sup>5</sup>

### 3.1.6 REQUERIMIENTOS DE UNA DENTADURA TOTAL

#### 3.1.6.1 Retención.

Es la resistencia contra el desalojamiento vertical de la prótesis y esto va depender de la succión entre el paladar y la prótesis en superior y en la mandíbula de la extensión del reborde.<sup>6</sup>

#### 3.1.6.2 Estabilidad.

Es la resistencia contra el desalojamiento en sentido horizontal De la prótesis.

#### 3.1.6.3 Soporte.

Es todo aquello que recibe la prótesis existen dos áreas:

1. **Área de soporte primaria.** Esta área de soporte resiste las fuerzas verticales de la oclusión.
2. **Área soporte secundaria.** Está área de soporte resiste a fuerzas laterales y fuerzas verticales de la oclusión.

### 3.1.7 Clasificación de la Prótesis Parcial Removible.

Según el soporte la prótesis parcial removible se clasifica en:<sup>7</sup>

- **Prótesis Dentosoportadas**

Son prótesis cuya función es proporcionar soporte y depende solo de los pilares o piezas dentarias presentes.<sup>7</sup>

- **Prótesis dentomucosoportadas**

Son prótesis que no solo dependen de las piezas dentarias presentas sino también de tejido blando o mucosa y son llamadas también prótesis mixtas.<sup>7</sup>

### 3.1.7.1 Clasificación de Kennedy

Deberemos considerar entonces, cuatro clases de Kennedy y las subdivisiones correspondientes.<sup>10</sup>

- **Clase I: Desdentado Bilateral Posterior.** Es decir que presenta ambas zonas posteriores desdentadas permaneciendo el grupo anterior. Según el número de brechas provocadas en el grupo anterior por las piezas dentarias ausentes, nos va a dar como resultado las diferentes subdivisiones de la clase.<sup>10</sup>
- **Clase II: desdentado unilateral posterior.** Presenta la zona posterior de un solo de un lado, desdentada. Esta clase admite también subdivisiones según el numero espacios desdentados existentes, aparte de aquel que nos de la clase.<sup>10</sup>
- **Clase III: desdentado unilateral con pilar posterior.** La característica de esta clase es, que el espacio desdentado se encuentra entre piezas dentarias remanentes, es decir que hay una brecha posterior de un solo lado pero esta empieza con una pieza dentaria a la que llamaremos diente pilar. Esta clase también tiene subdivisiones<sup>10</sup>
- **Aclaración:** cuando las brechas son múltiples, debemos considerar la brecha más posterior, la cual nos determinara la clase y las restantes nos darán la subdivisión.<sup>10</sup>
- **Clase IV: Desdentado bilateral anterior.** Esta clase no admite subdivisiones. Porque sí presentara más de una brecha desdentada estaría en cuadrada dentro de las clases I, II, III.<sup>10</sup>

- **Aclaración:** esta clase debe tener una brecha que anterior que comprometa ambas hemiarquadas.<sup>10</sup>

### 3.1.7.2 Reglas de Applegate.

- La clasificación debe ser después que se realiza las exodoncias por que puede alterar la clasificación.
- Si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se le considera para la clasificación.
- Si se haya presente un tercer molar y será utilizado como pilar se le considera en la clasificación.
- Si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, porque no existe diente antagonista, no se le considera para la clasificación.
- El área desdentada más posterior será la que determine la clasificación.<sup>10</sup>
- Las áreas desdentadas distintas de aquellas que determinan la clasificación se denominan modificadas o subdivisiones y designadas por su número.
- La extensión del área de modificación no tiene valor, el factor determinante es el número de áreas.
- Sólo las clases I, II y III pueden tener subdivisiones.<sup>10</sup>

### 3.1.7.3 Componentes de la PPR

Cada uno de ellos cumple una función determinada en la prótesis y estas son:<sup>9</sup>

- Apoyos
- Retenedores directos e indirectos.
- Conectores mayores y menores



- Bases
- Dientes artificiales de acrílico.<sup>9</sup>

### **3.1.8. Procedimientos Clínicos**

#### **3.1.8.1 Impresiones Preliminares.**

Para este paso se utiliza materiales con el alginato y cubeta de plásticos o metal siempre y cuando se adapten a la arcada tanto superior como inferior del paciente y tomando en cuenta la medida.<sup>6</sup>

#### **3.1.8.2 Construcción de Cubetas Individuales.**

- Dibuje una línea con lápiz bicolor sobre el modelo primario o preliminar demarcando hasta donde va ir la cubeta por encima del frenillo labial y bucal.
- Luego de ello procedes a alistar el acrílico después moldear de acuerdo al modelo primario preliminar sin antes aislarlo para que así se pueda sacar al momento de polimerizar y están cubetas están sujetas a pulirlas si hay alguna irregularidad que pueda lastimar al paciente al momento de probar o sacar la impresión definitiva.<sup>6</sup>

#### **3.1.8.3 Placas bases.**

- Las placas bases se realizan con acrílico y rodetes, primero se empezara a trabajar con el acrílico tomando en cuenta el modelo definitivo y posteriormente se incluye los rodetes que será probado en boca y desgastarse hasta que ocluyan bien en la boca del paciente y esto determinara el grosor y extensión de la base protésica terminada.<sup>6</sup>

#### **3.1.8.4 Rodetes de cera.**

- Debe adaptarse al modelo de impresión que se tomó al paciente anteriormente.
- Debe realizarse desgaste.
- Se debe conservar la forma del modelo definitivo que se obtuvo de la impresión definitiva con la cubeta individual del paciente y posteriormente sostener aditamentos de registro.<sup>6</sup>

#### **3.1.8.5 Línea de Camper**

Es una línea que se proyecta desde el ala de la nariz hasta el tragus de la oreja, lo que se quiere lograr con esto es de que el plano de camper sea paralelo al plano de oclusión.<sup>6</sup>

#### **3.1.8.6 Plano de Fox.**

Sirve para crear paralelidad entre rodete del maxilar superior y la línea bipupilar.<sup>6</sup>

#### **3.1.8.7 Procedimiento del registro Arco-Facial**

1. Colocar el tenedor contra el rodete, y el tenedor tiene que estar ubicado con la línea media.
2. Retirar el tenedor de la boca, fijarlo con cera en la parte lateral y luego colocar el rodete con el tenedor en la boca.
3. Colocar el arco facial como indica los pasos en la parte superior descrita.<sup>6</sup>

#### **3.1.8.8 Montaje de los modelos en el articulador.**

1. Colocar todos los aditamentos al articulador para comenzar con el montaje.
2. Colocar el registro en cera en el articulador.
3. Colocar el modelo superior de acuerdo al registro en cera.



4. Fijar el modelo superior en la platina con yeso blanco y esperar que fraguar.
- 5 Poner al revés el articulador y coloque el modelo inferior con el yeso blanco y así déjelo fraguar.

#### **3.1.8.9 Colocación de las dentaduras.**

1. Las prótesis tanto superior como inferior debe darse al paciente en una envoltura cerrada y sumergido en un antiséptico.
2. Observé el volumen y si presenta excesiva salivación
3. Colocar la prótesis superior e inferior, y observe si encaja bien en cada arcada, contorno anterior estético. Observe con el alginato las burbujas eso quiere decir que está ejerciendo presión en esas zonas.

#### **3.1.8.10. Hablado.**

Seguir los siguientes pasos:

- a. Hacerle hablar al paciente fuerte.
- b. Hacerle hablar palabras difíciles.
- c. Hacerle leer
- d. Que hable frente al espejo para que así pueda apreciar la estética.<sup>6</sup>

#### **3.1.8.11 Higiene Bucal.**

- a. Asear las prótesis después de cada comida.
- b. Recomendar que utilicé enjuague bucal.
- c. Retirarse las prótesis todas las noche y ponerlas en un vaso con agua

#### **3.1.8.12 Controles.**

Las citas controles pueden ser la primera cita al día siguiente de la colocación, después de una semana y al mes.





## 3.2 ANTECEDENTES

### 3.2.1 REHABILITACIÓN ORAL CON PRÓTESIS TOTAL Y PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE EN UN PACIENTE CON SÍNDROME COMBINADO DE KELLY.

**Autor:** Juan Carlos Espinosa Molina

**Lugar y fecha:** Ecuador Julio 2013

**Resumen:**

Las lesiones de la mucosa oral durante el uso de prótesis removibles, totales o parciales pueden ser reacciones agudas o crónicas a la presencia de placa bacteriana, reacciones a los materiales usados en la confección de las prótesis o por lesiones mecánicas de las prótesis. Sin embargo, se pueden observar una serie de cambios destructivos en tejidos blandos y duros de los maxilares especialmente en regiones edéntulas de pacientes que han venido usando prótesis totales y parciales con anterioridad. En 1972, Kelly fue el primero en referirse a estos cambios como un síndrome. Rehabilitar un paciente con este síndrome requiere de un cuidadoso plan de tratamiento. Se requiere de excelente conocimiento del terreno protésico y en general, de todo el sistema estomatognático con el fin confeccionar prótesis de manera adecuada con el fin de devolver al paciente la función masticatoria, fonética y la estética perdidas por el edentulismo.

Un buen conocimiento y manejo de materiales de impresión, habilidad y técnica en los procedimientos son necesarios para llevar a cabo una correcta rehabilitación.



### **3.2.2 Prevalencia del síndrome de combinación en pacientes adultos edentulos y sus factores asociados en la clínica de la facultad de odontología de la universidad de cuenca periodo 2015-2016 .**

**Autor:** Veronica Cecibel Chamba Montaña

**Lugar y Fecha:** Ecuador, Cuenca 2016

#### **Resumen:**

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia del Síndrome de Combinación y su relación con factores como: el tipo de edentulismo mandibular, la edad y sexo.

Este estudio transversal conto con una muestra de 312 pacientes, 230 mujeres y 82 hombres. Los signos y síntomas clínicos del SC se evaluaron utilizando un formulario que incluye información validada para diagnosticar las características que presentaron los pacientes.

El 21,8% de los pacientes observados presentaron tres o más signos que hacen referencia al Sc, ya que estos pueden presentarse de forma aislada. La prevalencia de este síndrome en estudios anteriores es del 24 y 25%. La relación del SC con clase I de Kennedy s estadísticamente significativa y se concluye que es un factor de riesgo. De acuerdo a la edad, los adultos mayores constituyen un factor de riesgo, pues en ellos el riesgo es de 1.8 veces más que el resto de grupos etarios.

El sexo no es un factor de riesgo porque el valor de odds ratio obtenido abarco a la unidad.



### 3.2.3 PREVALENCIA DE SÍNDROME DE KELLY EN PACIENTES ASISTENTES A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UDLA

**Autor:** Karen Janneth Benavides Ronquillo

**Lugar y Fecha:** Ecuador 2017

**Resumen:**

El objetivo principal de este estudio, fue determinar la prevalencia de Síndrome de Kelly en pacientes que asistieron a la clínica Odontológica de la Universidad de las Américas. Materiales y métodos: La muestra estuvo compuesta por 357 pacientes, en un rango de edad de 18 a 100 años, personas que acudieron a la clínica de la UDLA EN EL PERIODO DE MARZO-JUNIO DEL 2017. La prevalencia del Síndrome de Kelly fue registrada por medio de una encuesta de mi autoría, en la que se registró presencia o ausencia de síndrome de Kelly, además de las clases y modificaciones, en caso de presentar el Síndrome. En cuanto a los resultados obtenidos se registró un 45,37% de prevalencia que corresponde a 162 pacientes de los 357, además se pudo observar que la clase de síndrome de Kelly más prevalente es la clase 1 que corresponde a la clase IV de Kennedy superior y obtuvo un 51,26% mientras que la modificación más incidente fue la modificación 1 que se refiere a la clase 1 de Kennedy obtuvo el 46,77% pero a pesar de estos números la combinación de arcadas más frecuentes fue la clase I modificación 1 que obtuvo el 29,97% frente a las demás combinaciones.



### 3.2.4 TÉCNICAS DE IMPRESIÓN ALTERNATIVAS EN PACIENTES QUE PRESENTAN SÍNDROME DE COMBINACIÓN O KELLY

**Autores:**

- Danny E. Romero-Luzuriaga
- Juan J. Valarezo-Torres
- Katuska P. Velasco-Cornejo
- Gloria M. Concha-Urgiles

**Lugar y Fecha:** Ecuador 15/05/2017

**Resumen:**

Elliswoth Kelly en 1972 fue quien definió el término de “Síndrome de Combinación” refiriéndose a pacientes que presentaban edentulismo total superior con una considerable pérdida ósea maxilar anterior caracterizados por antagonizar con dientes anteroinferiores con prótesis parcial inferior a extensión distal, esta se produce porque el paciente al no tener superficie oclusal posterior utiliza el sector anterior en exceso lo que a su vez causa presión y reabsorción en el sector anterosuperior y radiográficamente lo podemos observar como una v invertida. Un alto índice de Profesionales de la cavidad bucal desconocen cómo tratar a un paciente que presenta el Síndrome de Kelly, Esta situación clínica trae como consecuencia molestia al paciente al momento de la toma de impresión ya que ellos presentan tejidos móviles e hipertrofia de la tuberosidad del maxilar lo cual nos impide tomar la impresión con la técnica convencional por lo tanto no vamos a obtener un buen registro de las estructuras bucales del paciente y por consiguiente no tendremos una buena adaptación de la prótesis. El objetivo de esta investigación es dar a conocer las diferentes alternativas de técnicas de impresión que hay para la buena adaptación de prótesis totales para pacientes que padecen esta patología y que ellos sean capaces de elegir la que mejor les



favorezca ya sea por el tiempo o dinero. El método de investigación que se uso fue documental, descriptiva, correlacional y explicativa. Como conclusión decimos que la cubeta indicada para los pacientes que padecen esta patología es la cubeta individualizada ya que va a registrar los detalles anatómicos de cada paciente y así no tendremos problemas si la cubeta es grande o pequeña para nuestro paciente

### 3.3 DEFINICION DE TERMINOS

- ✚ **ALGINATO:** Es un material de impresión elástico que proviene de las algas marinas llamadas alginas y que se utiliza en odontología.
- ✚ **ARTICULADOR:** Es un aparato que tiene la función de reproducir movimientos de la mandíbula y de la maxila.
- ✚ **CHASQUIDO:** Ruido seco y súbito que se produce cuando se rompe o resquebraja una cosa.
- ✚ **DIMENSION VERTICAL:** Es la posición vertical de la mandíbula con respecto al maxilar superior en máxima intercuspidad.
- ✚ **EDENTULO PARCIAL:** Ausencia parcial de dientes.
- ✚ **EDENTULO TOTAL:** Ausencia total de las piezas dentales.
- ✚ **EXTRUSION:** Movimiento del diente que permite que este al exterior.
- ✚ **FIBROSO:** Es un tejido presente en el ser humano.
- ✚ **HIPERPLASIA:** Aumento anormal de tamaño de las células.
- ✚ **MUCOSA:** Membrana densa y pegajosa para proteger un órgano.
- ✚ **PASTA ZINQUENOLICA:** Son materiales de impresión plásticos y que se endurecen; es ideal para la toma de impresión para desdentados.
- ✚ **PLANO DE FOX:** Instrumento que sirve para la visualización del Plano Oclusal.
- ✚ **PPR:** Prótesis Parcial Removible.
- ✚ **PROFILAXIS:** Es una limpieza dental del sarro acumulado que se produce por los restos alimenticios por no realizarse una buena higiene bucal.
- ✚ **REABSORCION OSEA:** Es el proceso por el cual los osteoclastos eliminan tejido óseo.
- ✚ **RESILENCIA:** Capacidad de volver a su estado normal.
- ✚ **SC:** Síndrome de Combinación de Kelly.



- ✚ **SINDROME DE COMBINACION DE KELLY:** Es un estado de un paciente edentulo total en el maxilar superior y en la mandíbula edentulo parcial.



#### 4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO Y RELEVANCIA SOCIAL

En la actualidad hay muchos pacientes que están diagnosticados con el Síndrome de Combinación de Kelly y a pesar que hay grandes avances técnicos y de conocimiento en la especialidad de rehabilitación oral, no hay mucha investigación con respecto a este Síndrome Combinado de Kelly. Este trabajo académico aporta un poco más sobre las investigaciones ya existentes en el campo clínico y de conocimiento ya que estos pacientes se pueden presentar en el día a día del odontólogo y podríamos diagnosticar y realizar un plan de tratamiento con mayor facilidad y eficacia para el bienestar de nuestros pacientes que presentan dicho Síndrome.





## 5. BIBLIOGRAFIA

1. Ramiro C., Guevara C., Gómez M., Celemín A. ¿Qué tratamiento podemos elegir para rehabilitar pacientes con Síndrome de Combinación? *Cient Dent* 2011;8;3:225-229.  
[http://www.coem.org.es/sites/default/files/publicaciones/CIENTIFICA\\_DENTAL/vol8\\_num3/65-69.pdf](http://www.coem.org.es/sites/default/files/publicaciones/CIENTIFICA_DENTAL/vol8_num3/65-69.pdf)
2. Romero D ,Valarezo J ,Velasco K ,Concha G. Técnicas de impresión alternativas en pacientes que presentan Síndrome de Combinación o Kelly. *Ciencias Médicas* 2017;7(5).  
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/download/68/pdf>.
3. Espinosa Molina JC. *Rehabilitación oral con prótesis total y prótesis parcial removible en un paciente con síndrome combinado de Kelly*. Tesis para obtener título profesional. Universidad Internacional Del Ecuador; 2013.
4. Benavides Ronquillo KJ. *Prevalencia de síndrome de Kelly en pacientes asistentes a la clínica odontológica de la UDLA*. Tesis para obtener el título profesional. Universidad de las Américas; 2017.
5. Paredes Biffi Ma. *Historia Clínica Para El Paciente Edéntulo Total Monografía*. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2008.
6. <https://documents.mx/download/link/protesis-complet-55c099358933a>



7. González Gálvez CJ. *En prótesis parcial removible de vía de carga dentaria ¿es posible eliminar los retenedores de las piezas pilares anteriores? Estudio in vitro.* Universidad De Chile; 2009.
  
8. Champa Montaña VC. *Prevalencia del síndrome de combinación en pacientes adultos edentulos y sus factores asociados en la clínica de la facultad de odontología de la universidad de cuenca periodo 2015-2016.* Universidad de Cuenca; 2016.
  
9. Carr, Alan B., McGivney, Glen p., Brown, David T. McCracken *Prótesis parcial removible.* Undécima edición. Ed. Elsevier. Madrid; 2017
  
10. <https://es.slideshare.net/NAZAKI09/clasificacon-de-kennedy>



### 6. HISTORIA CLINICA

#### UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

CLINICA ESTOMATOLOGICA "LUIS VALLEJOS SANTONI"

#### 1. Anamnesis

Directa

Indirecta

Mixta

#### A .Filiación

- ✓ **APELLIDOS Y NOMBRES** :Poblete Gamarra Elena
- ✓ **LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO** : Cusco 19/08/61
- ✓ **EDAD** : 56 años
- ✓ **SEXO** : Femenino
- ✓ **PROFESION U OCUPACION** :Comerciante
- ✓ **LUGAR** : Ambulante
- ✓ **GRUPO ETNICO** : Mestiza
- ✓ **IDIOMA** : Castellano
- ✓ **RELIGION** : Católica
- ✓ **DOMICILIO** : Jr. Libertadores 12
- ✓ **TELEFONO** : 971688747
- ✓ **NACIONALIDAD** : Peruana
- ✓ **D.N.I** : 23842938
- ✓ **LUGAR DE PROCEDENCIA** : Cusco
- ✓ **ESTADO CIVIL** :Divorciada

**B. Motivo de la Consulta.**

Paciente refiere: "Quiero una nueva prótesis porque la que tengo se rompió".

**C. Antecedentes.****a. Personales.****I. Fisiológicos:**➤ **Prenatales:**

Desconoce si presentó alguna complicación.

➤ **Natales:**

Por referencia que tuvo de su madre, parto eutócico.

➤ **Postnatales:**

Desconoce si presento alguna complicación.

**II. Patológicos:**➤ **¿Ha sufrido alguna vez de desmayo?**

Sí  No

➤ **¿Ha ganado o perdido peso de manera brusca últimamente?**

Sí  No

➤ **¿Tuvo fiebre por semanas sin causa justificada?**

Sí  No

➤ **¿Tuvo Traumatismos?**

Sí  No  No Sabe

**b .Familiares.**

➤ **PADRE:** Murió hace 5 años de bronco pulmonía

➤ **MADRE:** Viva

➤ **HERMANOS:** 4 vivos

- **HIJOS: 6** vivos

**c. Médicos.**

- **¿Ha recibido tratamiento con algún especialista?**

Sí  No

Ginecología

- **¿Tomo o está tomando algún fármaco?**

Sí  No

- **¿Hay algún fármaco que usted no pueda tomar?**

Sí  No  No sabe

- **¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez?**

Sí  No

Hace 21 años ligadura y por sus 6 partos.

- **¿Ha estado hospitalizado alguna vez?**

Sí  No

Por la ligadura y por sus 6 partos.

- **¿Ha sido tratado con quimioterapia o radioterapia?**

Sí  No

**d. Odontológicos.**

- **¿Ha recibido tratamiento odontológico?**

Sí  No

Curaciones y extracciones.

**e. Socio económico.**

➤ **VIVIENDA**

Alquilada, adobe, 2 pisos, ocupa 1 habitación, cuenta  
Con todos los servicios básicos.

➤ **CONDICION SOCIOECONOMICA**

Media, con ingreso Mensual de 900 nuevos soles.

**f. Hábitos de Higiene Bucal.**

➤ **CEPILLADO:** SI  NO

La paciente refiere cepillarse 2 veces al día por la mañana y  
por la noche.

➤ **SEDA DENTAL:** SI  NO

➤ **COLUTORIO:** SI  NO

➤ **OTROS :** SI  NO

➤ **ELEMENTOS UTILIZADOS PARA EL  
ASEO DE LAS PRÓTESIS**

**Cepillo Dental**  **Tableta Efervescente**

**Pasta Dental**  **Cepillo Protesico**



**g . Cuestionario de Salud.**

- FIEBRE REUMÁTICA SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- REUMATISMO SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- DIABETES SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- TUBERCULOSIS SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- CARDIOPATÍAS SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- ASMA SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- EPILEPSIA SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- HEPATITIS SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- INSUFICIENCIA RENAL SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- HIPOTENSIÓN ARTERIAL SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- VIH – SIDA SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- ANEMIA SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )

**2. Examen Clínico.**

**A. Generales.**

**a . Ectoscopia.**

Paciente delgada, aparentemente en buen estado de salud general capaz de movilizarse por sus propios medios.

**b. Signos vitales.**

- **PRESION ARTERIAL** : 129/85 mm.Hg
- **FRECUENCIA RESPIRATORIA** : 19 resp. /min.
- **PESO** : 55Kg.
- **INDICE DE MASA CORPORAL** : 23.011 Kg./m<sup>2</sup>(Normal)
- **TEMPERATURA** : 36.5 C°
- **PULSO** : 72 pul. /min.
- **ESTATURA** : 1.56 m

## B. Específicos.

### a. EXTRA ORAL

**Cara:** Dolicofacial  Mesofacial  Braquifacial

**Simetría:** Simétrico  Asimétrico

**Perfil Anteroposterior:**

Convexo  Recto  Cóncavo

**PIEL Y ANEXOS:** Hidratado, cabello oscuro bien implantado

**ATM:** Presencia de chasquido en el lado derecho.



**LABIOS:** Simétricos, sellado labial adecuado, ligeramente resecos.

**APERTURA BUCAL:** 3.5 cm.

**b. INTRA ORAL**

**Forma de Arcos:**

**Max. Sup.**      **OVOIDE**     **TRIANGULAR**     **CUADRADO**

En el maxilar superior es desdentada total

**Max. Inf.**      **OVOIDE**     **TRIANGULAR**     **CUADRADO**

En el maxilar inferior desdentado parcial presenta 6 piezas anteriores.

**Forma del paladar:**

PROFUNDO

**Simetría de Arcos:**

simetricos

Asimetricos



**Max. Sup.**



**Max. Inf.**



**Forma de rebordes alveolares**

Regular

Irregular

**Max. Sup.**



**Max. Inf.**



**Altura de los rebordes:**

	Sup.	Inf.
Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**+ Mucosa sobre reborde:**

	Sup.	Inf.
Resilente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Firme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flácido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mixto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- **Superior:** Es mixta porque e en la parte anterior presenta mucosa flácida por la reabsorción y parte posterior presenta mucosa resilente.
- **Inferior:** Es mixta porque presenta mucosa flácida por reabsorción en el lado izquierdo (4.5, 46, 4,7) y en el lado derecho presenta mucosa firme.

**+ Tuberosidad:**

	Grande	Normal	Pequeña
Derecho			<input checked="" type="checkbox"/>
Izquierdo		<input checked="" type="checkbox"/>	

**+ Torus Palatino:**

Presente	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------



Ausente	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	-------------------------------------

**+ Torus Mandibular:**

Presente	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input checked="" type="checkbox"/>

**+ Papila Retromolar:**

	Firme	Resilente	Flácido	Pequeño	Mediano	Grande
Derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**+ Frenillos - Inserción:**

Max. Inferior		Alta	Mediana	Baja
	Lingual	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anterior	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Posterior	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



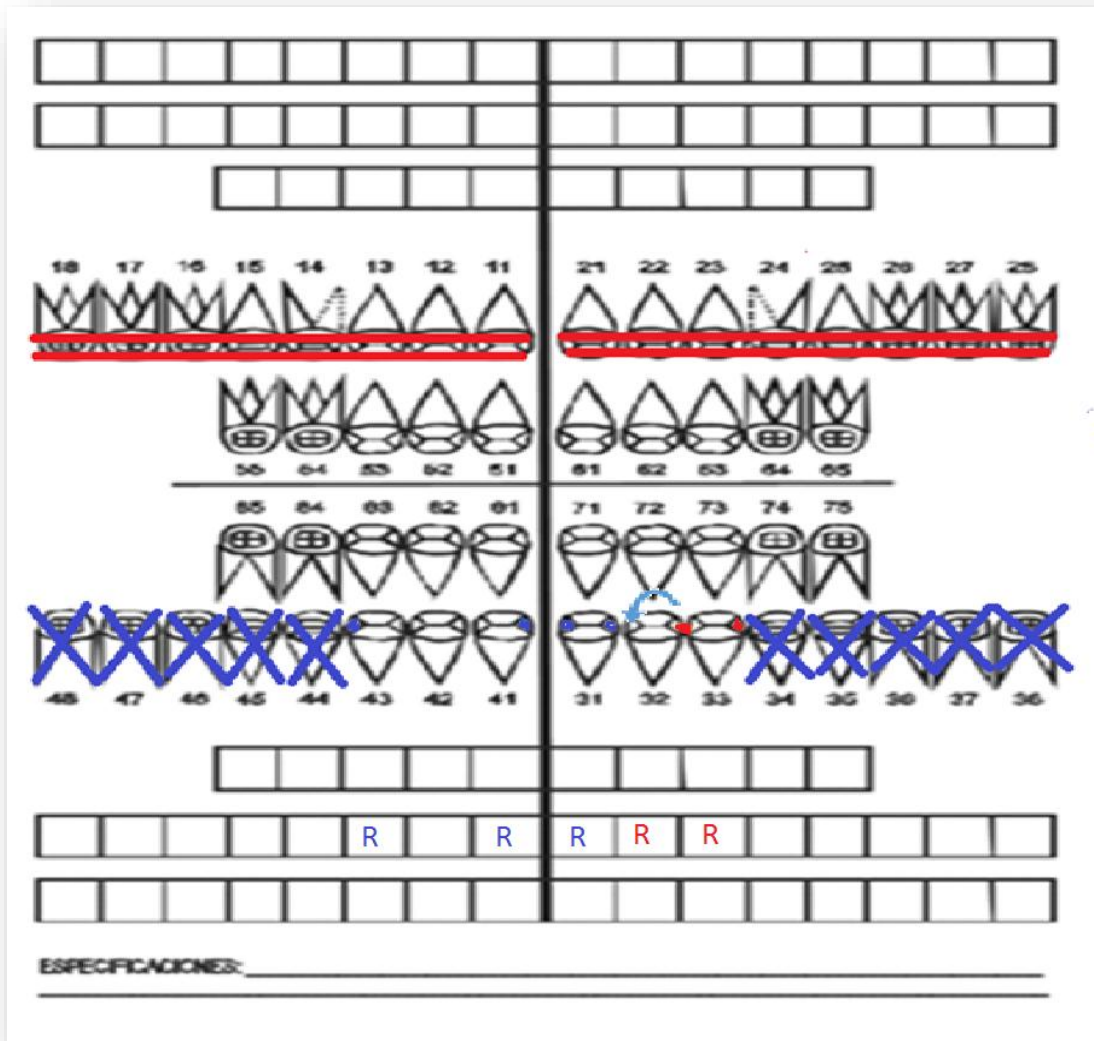
<b>Max. Superior</b>		<b>Alta</b>	<b>Mediana</b>	<b>Baja</b>
	<b>Anterior</b>			
	<b>Posterior</b>			

✚ **Lengua:** Color rojo pálido, presenta cantidad y calidad de papilas gustativas, tiene inserción media el frenillo lingual y el tamaño esta en relación con el tamaño de la arcada.

✚ **Saliva:**

<b>Calidad</b>	<b>Normal</b>		<b>Fluida</b>		<b>Viscosa</b>	
----------------	---------------	--	---------------	--	----------------	--

ODONTOGRAMA



▪ **ESPECIFICACIONES:**

- Ausencia de piezas: 1.8; 1.7; 1.6; 1.5; 1.4; 1.3; 1.2; 1.1; 2.1; 2.2; 2.3; 2.4; 2.5; 2.6; 2.7; 2.8; 3.4; 3.5; 3.6; 3.7; 3.8; 4.4; 4.5; 4.6; 4.7; 4.8.
- Giro versión: 3.2 hacia mesial.
- Presencia de placa blanda en el sector antero inferior

## A. Exámenes Auxiliares

### ➤ Radiografía Panorámica :



Figura 2. Radiografía Panorámica Poblete E.(2017)

#### DESCRIPCION ANATOMICA

- **ATM:**  
Cóndilos simétricos, cuello condilar es más angosto en el lado derecho.
- **NASOMAXILAR:**  
Senos maxilares asimétricos, el seno maxilar izquierdo es más grande.  
Edentula total con reabsorción ósea moderada en el sector anterior.
- **MANDIBULAR:**  
Edéntula parcial mandibular con reabsorción ósea alveolar en zona de las piezas 4.4, 4.5 y 4.6.

➤ Radiografías periapicales:

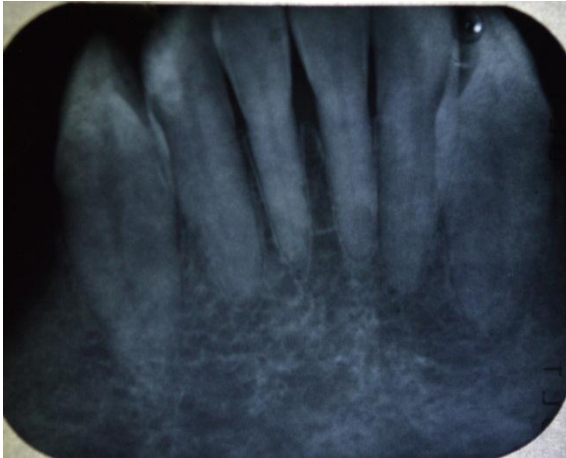


Figura3. Radiografía periapical de las piezas 31, 41, 42

**DESCRIPCION  
RADIOGRAFICA**

Piezas 31, 41, 42 reabsorción dentó alveolar horizontal de grado leve a moderado.

**DESCRIPCION CLINICA**

Restauración con resina buen estado piezas 41, 31.

Restauración en mal estado con resina de la pieza 32 en interproximal

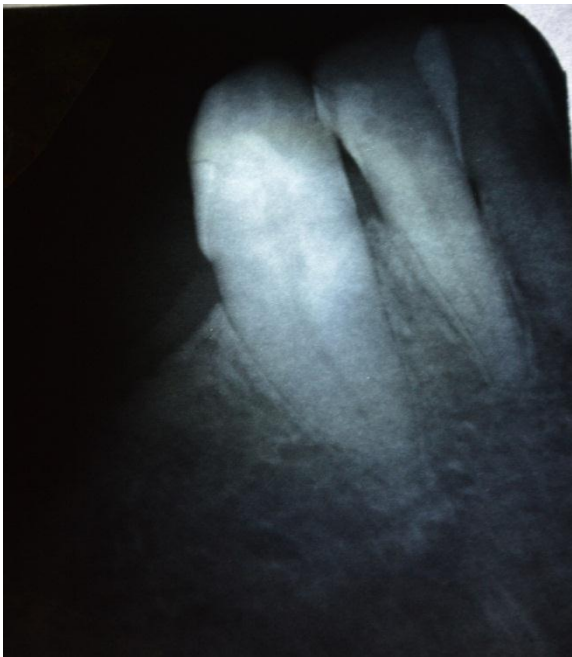


Figura 4. Radiografía periapical de la pieza 33 canino inferior izquierdo

**DESCRIPCION  
RADIOGRAFICA**

Pieza 3.3 imagen radiopaca coronal compatible con lesión cariosa recidivante proximal.

**DESCRIPCION CLINICA**

Restauración con resina en mal estado en interproximal hacia mesial de la pieza 33

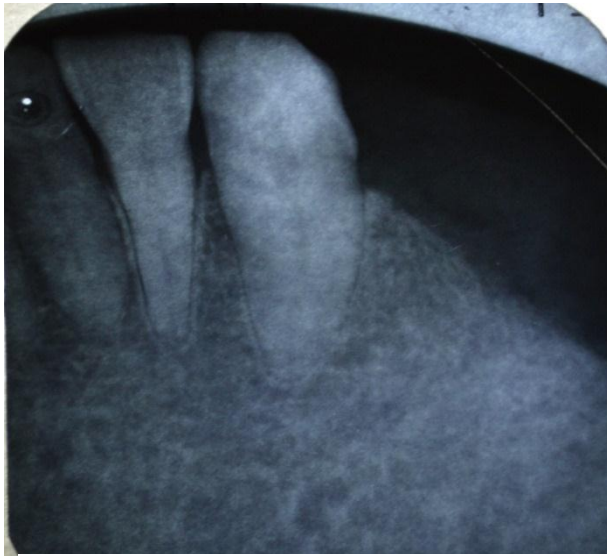


Figura 5. Radiografía periapical de la pieza 4.3 canino inferior derecho.

**DESCRIPCION  
RADIOGRAFICA**

Imagen radiopaco compatible con restauración de la pieza 4.3.

**DESCRIPCION CLINICA**

Restauración con resina en interproximal hacia distal.

➤ **MODELOS DE ESTUDIO**



Figura 6. Fotografía de frente del montaje en ASA



Figura 7. Fotografía de perfil del montaje en Asa



➤ **FOTOGRAFIA EXTRA ORALES ANTES**



Figura 8. Fotografía de frente antes del Tx.



Figura 9. Fotografía de Perfil Derecho antes del Tx.



Figura 10. Fotografía de perfil Izquierdo antes del Tx.

➤ **FOTOGRAFÍAS INTRA ORALES ANTES**



Figura 11. Fotografía oclusal superior antes del Tx.

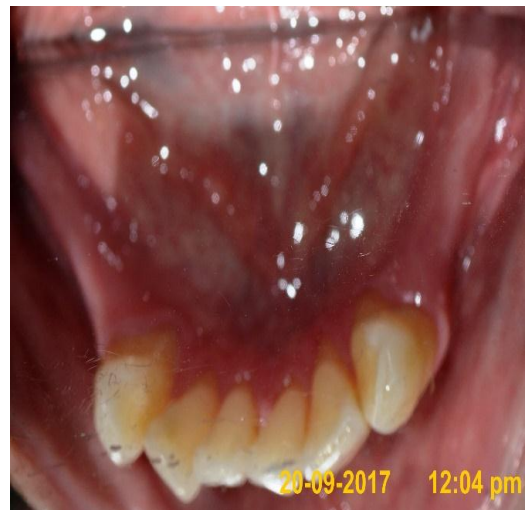


Figura 12. Fotografía oclusal inferior antes del Tx.

➤ **FOTOGRAFÍAS EXTRA ORALES DESPUES**



Figura 13. Fotografía de perfil derecho después del Tx.



Figura 14. Fotografía de frente después del Tx.



Figura 15. Fotografía de perfil izquierdo después del Tx.

➤ **FOTOGRAFÍAS INTRAORALES DESPUES**



Figura 16. Fotografía de frente intraoral después del Tx.



Figura 17. Fotografía oclusal superior después del Tx.



Figura 18. Fotografía oclusal inferior después del Tx.



## b. Diagnostico.

### A.General:

- Caries en interproximal entre las piezas 3,2 y 3.3.
- Presencia de placa blanda en el sector anterior inferior.
- Edentula monomaxilar superior con síndrome de Kelly.
- Edentula monomaxilar inferior con clase I de Kennedy.

### B. Especifico:

- Edentula monomaxilar superior con síndrome de Kelly.
- Edentula monomaxilar inferior con clase I de Kennedy.

## 4. PRONOSTICO

Favorable  Desfavorable  Reservado

## 5. PLAN DE TRATAMIENTO

- **FASE I ELIMINAR EL FOCO INFECCIOSO:**  
Profilaxis (eliminar la placa banda del sector antero inferior).
- **FASE II RECUPERATIVA:**  
Operatoria de la piezas 3,2 y 33
- **FASE III DE ESPECIALIZACION:**  
Prótesis total en la arcada superior.  
Prótesis parcial en la arcada inferior.

## 6. EPICRISIS:

- **Fase I:** Se realizó la profilaxis en las 6 piezas antero inferiores que presentaba placa blanda.
- **Fase II:** En la fase recuperativa se realizó operatoria en las dos piezas 3,2 y 33 que presentaban caries interproximal .
- **Fase III:** En esta fase se procedió a realizar los siguientes pasos.
  - Toma de impresiones preliminares en alginato.
  - Se realizó alivio con cera cavex en la impresión primaria
  - Confección de cubetas individuales con acrílico; para el superior se hizo una cubeta mixta en el inferior se confecciono una cubeta cribada.
  - Realizo el sellado periférico en el superior; primero se calienta la godiva ya que se encuentra en estado sólido y luego se introduce en la boca del paciente, con el fin de impresionar el fondo del surco y las inserciones musculares y frenillos, realizando movimiento en los carrillo y labios, mientras la godiva está en estado plástico, para desplazarla y conformar su altura y grosor a la forma de los tejidos durante su acción fisiológica.
  - Se toma la impresión definitiva del superior con aprensión selectiva con cubeta mixta con la pasta zinquenolica.
  - En el inferior se tomó la impresión definitiva con una cubeta cribada con silicona
  - **Se realizó el diseño de la PPR en inferior** Con ganchos en los caninos, placa lingual en el sector anteroinferior.
  - **Prueba de la base metálica**
  - **Confección de la placa base y rodetes en superior**
  - **Plano oclusal;** es referencia horizontal para el plano oclusal superior tomando en cuenta la línea bipupilar, comisura labial y plano de camper.



- Se marcó las líneas en los rodetes: La línea medial, distancia intercanina, línea de sonrisa.
- **Inferior rodetes** en la base metálica
- **Montaje en asa de los modelos definitivos**
- ✚ Toma de arco facial: El paciente tiene que morder el tenedor con la cera presenta y alineada , posteriormente se procede a des aflojar los tornillos del nasion y luego se retira de boca.
- ✚ Toma de relación en céntrica: En la posición mandibular con la galleta de mordida.
- ✚ Antes del montaje del superior la eminencia tiene que estar 30 grados, se coloca el modelo superior en el tenedor teniendo en cuenta las marcas de las piezas dentales en la cera y luego colocar el yeso en la platina y esperar que fragüe el yeso.
- ✚ Poner el articulador al revés para el montaje del inferior la pua incisal debe estar en uno o en menos uno o más uno
- ✚ Aplicar el yeso entre el modelo y la platina.
- **Prueba de color de los dientes y enfilado** para el laboratorio:  
La prueba de color se realizó en horas de la mañana para tener una mejor percepción del color.
- **Prueba de enfilado**
- **Prueba final**



## 7. CONCLUSIONES

- La importancia de la presentación de este caso es dar a conocer los procedimientos clínicos que lleven al éxito de la rehabilitación protésica de pacientes diagnosticados con el Síndrome de Kelly.
- El edentulismo es una enfermedad progresiva que interviene en la vida diaria de dichos pacientes porque sufren cambios como la reabsorción ósea y por ende hay una desadaptación de la prótesis y provoca incomodidad al masticar no solo en la funcionalidad si no en el aspecto psicológico de dichos pacientes.
- El éxito de rehabilitación oral no solo depende del profesional si no dependerá del compromiso que tenga el paciente con el tratamiento.
- Se debe tener mucho cuidado al momento de realizar una prótesis total que una parcial removible para pacientes diagnosticados con Síndrome Combinado de Kelly, para que así se pueda devolver la funcionalidad, estética y comodidad para dichos pacientes.

## 8. ANEXOS

### IMPRESIONES PRELIMINARES CON ALIVIOS



Figura 19. Fotografía Impresión superior con primaria con alivios.



Figura 20. Impresión inferior primaria con alivios

### CONFECCION DE CUBETAS



Figura 21. Cubeta individual superior



Figura 22. Cubeta individual superior con ventana de escurrimiento.



**SELLADO PERIFERICO  
CON GODIVA**



Figura 23. Prueba de la cubeta



Figura 24. Sellado periférico

**IMPRESIÓN  
DEFINITIVA**



Figura 25. Impresión definitiva con pasta



Figura 26. Impresión definitiva con Silicona

**ARCO DE FOX**



Figura 27. Arco de fox de frente.



Figura 28. Arco de fox de costado.

**ARCO FACIAL**

**MONTAJE EN ASA**



**PROTESIS FINAL**



Figura 6. Montaje de los modelos definitivos.



Figura 30. Prótesis acrilizada



Figura 31. Prótesis acrilizada.

**CONSENTIMIENTO  
INFORMADO****CONSENTIMIENTO INFORMADO PRÓTESIS PARCIAL  
REMOVIBLE.**

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

**El objeto del tratamiento**

Es reponer dientes ausentes a través de aparatos portadores de dientes artificiales que se sujetan a los naturales mediante dispositivos no rígidos (ganchos) y a veces se asientan sobre el hueso cubierto de mucosa.

**Limitaciones:** Al carecer de fijación mecánica al hueso, estos aparatos experimentan una cierta movilidad, más evidente al comer, sobre todo el inferior. Otra limitación es de carácter estético, debido a que según las indicaciones técnicas y mecánicas derivadas de la confección de prótesis removible en muchas ocasiones no será posible la reproducción de la posición de los dientes naturales. La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente.

**Riesgos típicos:**

- Sensación extraña de ocupación.
- Más producción de saliva de lo normal.
- Disminución del sentido del gusto.
- Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos.
- Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua.
- Algunas molestias (dolor, inflamación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis.
- Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados.
- De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambio de color.

**Consecuencia de la no realización del tratamiento.**

- Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares).
- Problemas en la articulación de la mandíbula.
- Problemas en la digestión.
- Alteración en la pronunciación de las palabras y estética.
- Cambios en la mordida normal.

**Recomendaciones**

- Los primeros días procure cerrar la boca y masticar con cuidado para no morderse y sobrecargar las encías.
- Inicialmente, mastique suavemente alimentos blandos y no pegajosos, pasando poco a poco a comer productos más consistentes.
- Para tratar heridas de mordeduras puede utilizar cicatrizantes.

**Indicaciones**

- Lavar la prótesis y la boca después de cada comida., para evitar la formación de sarro
- Limpie las partes metálicas con un hisopo embebido en alcohol, hasta que la superficie quede brillante.

Figura 32. Consentimiento informado página 1.

- Quitarse la prótesis para dormir, para que los tejidos descansen.
- Mientras la prótesis este fuera de la boca conviene conservarla en agua para evitar golpes y deformaciones.
- Es aconsejable que se de masajes en las encías para mejorar la circulación y prevenir en lo posible su reabsorción.
- Se debe realizar revisión cada seis meses para observar el estado de los dientes y mucosas, realizar adaptaciones para corregir desajustes provocados por el cambio de forma de los maxilares y posición de los dientes que siempre ocurren con el paso del tiempo.
- Acudir a una consulta inmediata siempre que aparezcan heridas, llagas, dolor o inestabilidad de la prótesis

He leído las instrucciones de manejo, cuidado y mantenimiento y he comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en el lenguaje claro y sencillo, he podido realizar todas las observaciones y se me han aclarado todas las dudas; por lo que estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir retoques, por lo que me comprometo a regresar a la próxima consulta el. El/la que suscribe... Elena Poblete Gamarra ..... DNI: 238442938 ..... con domicilio en Calle... Jr. Libertadores 12 .....

Firma de la paciente

Elena Poblete Gamarra

DNI: 23842938

Figura 33. Consentimiento informado pagina 2 con la firma de la paciente.