

**MANEJO DE PACIENTES SORDOMUDOS PARA SU
REHABILITACIÓN ORAL CON PRÓTESIS TOTAL
CASO CLÍNICO**

**DENNISE MENDOZA
JESSICA LIZARAZO
MARIA FERNANDA VELA
OMAR FELIPE SÁNCHEZ
CAROLINA ROJAS**

**PRESENTADO A:
DRA. NERY VILLOTA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ODONTOLOGIA INTEGRADA
10° SEMESTRE
BOGOTÁ D.C.
OCTUBRE 22 DE 2003.**

INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene como meta principal dar a conocer las pautas requeridas para atender correctamente los pacientes que tengan problemas de audición, aquí se encontrará todo lo concerniente al manejo de este tipo de pacientes, incluyendo algunas recomendaciones prácticas para facilitar la labor del profesional de la odontología así como la comodidad del individuo que acude a él.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general es brindar a los estudiantes de odontología que tengan acceso a este informe las pautas básicas para reconocer a un paciente con problemas auditivos y además dar a conocer los parámetros para atender adecuadamente un paciente con estas características.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar el grado de severidad en la enfermedad auditiva que presenta el paciente.
2. Aprender a realizar el proceso de seguimiento del paciente durante el tratamiento odontológico.
3. Reconocer las pautas de comunicación entre el profesional y el paciente, para generar una relación comprensible y trasmisora de seguridad mutua.

JUSTIFICACION

Con la implementación de las nuevas normas de seguridad y de bioseguridad en el área de odontología, es necesario tener los conocimientos básicos para el manejo de un paciente con condiciones especiales, como es el caso de los sordomudos o pacientes con problemas auditivos, para desempeñar una labor eficaz no solo en el manejo de la comunicación sino en la relación paciente odontólogo llegando a una transferencia y cotransferencia ideal que permita desarrollar en el proceso mayor seguridad y beneficios para el paciente involucrado.

PROPÓSITO

El propósito de este caso clínico, es poder realizar en el paciente sordomudo un tratamiento odontológico de forma integral, sin que las condiciones físicas del mismo se conviertan en un obstáculo para llevar a cabo el tratamiento, teniendo en cuenta las normas de bioseguridad y la implementación de la ética profesional.

MANEJO DE PACIENTES SORDOMUDOS PARA SU REHABILITACIÓN ORAL CON PRÓTESIS TOTAL

CASO CLINICO

1. AUDICIÓN

La audición se realiza a través de la conducción aérea y la conducción ósea del sonido. En la conducción aérea las ondas de sonido alcanzan el oído por su propagación en el aire, se introducen en el conducto auditivo externo y movilizan la membrana timpánica que, a su vez, mueve el martillo, el yunque y el estribo. El movimiento de la base del estribo produce modificaciones en la presión del líquido contenido en el oído interno, lo que produce una onda de movimiento en la membrana basal de la cóclea. En cualquier caso, la audición por conducción ósea se produce cuando el origen del sonido, que está en contacto con la cabeza, produce una vibración de las estructuras óseas del cráneo, incluyendo el hueso temporal, lo que origina una onda de movimiento en la membrana basal. La onda de movimiento se dirige desde la base hasta la punta de la cóclea. Los cilios de las células pilosas del órgano de Corti que descansan sobre la membrana basal, están incluidos en la membrana rectorial y quedan deformados por esta onda de movimiento.

2. TRASTORNOS DEL SENTIDO DE LA AUDICIÓN

La pérdida de la audición puede deberse a lesiones del conducto auditivo externo, oído medio, oído interno o vías auditivas centrales. Las lesiones del conducto auditivo externo o del oído medio producen una pérdida de la audición por

conducción mientras que las lesiones del oído interno y del IV par producen una pérdida de la audición de tipo neurosensorial.

3. CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE LA AUDICION

♠ OIDOS

Datos salientes de la anamnesis son relativamente pocas las quejas que sugieren enfermedad del oído. Ellas incluyen disminución de la agudeza auditiva, tinnitus (zumbidos), vértigo y dolor. Una pérdida de audición generalmente es notada primero por los familiares que por el mismo paciente; por eso hay que interrogarlos. El paciente admite que oye mejor la voz de los hombres que la de las mujeres y la de los niños,, lo que indica que primero se pierde la audición para los tonos altos.

Dolor producido al manipular el tragus o al traccionar hacia atrás el lóbulo de la oreja significa inflamación del conducto auditivo externo. Dolor profundo que se acentúa al doblar el cuerpo hacia delante señala enfermedad del oído medio. Distensión del tímpano con aire o pus produce dolor severo.

4. PERDIDA DE LA AUDICIÓN

CLASIFICACION:

- ♠ **Pérdida conductiva de la audición:** este trastorno se debe a disfunción del oído externo o medio. Hay cuatro mecanismos, cada uno deteriora el paso de las vibraciones sonoras hacia el oído interno:

- a. **Obstrucción**
- b. **Alojamiento de una masa**
- c. **Rigidez**
- d. **Discontinuidad**

La pérdida conductiva de la audición puede corregirse con tratamiento médico o quirúrgico.

- ♠ **Pérdida Sensorial de la Audición:** se debe al deterioro de la cóclea, por lo general debido a pérdida de las células piliformes del órgano de Corti. Entre las múltiples causas comunes se incluyen traumatismos, ototoxicidad y envejecimiento. El deterioro sensorial de la audición no se corrige con tratamiento médico quirúrgico, pero con frecuencia puede evitarse o estabilizarse.
- ♠ **Pérdida Neural de la Audición:** ocurre en lesiones que afectan el octavo nervio, el núcleo auditivo, las vías ascendentes o la corteza auditiva. Es la causa de pérdida de la audición menos común identificada clínicamente.

5. EPIDEMIOLOGIA DE LA PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN:

Las pérdidas conductivas en adultos se deben más comúnmente a empaquetamiento de cerumen o disfunción pasajera de la trompa de Eustaquio, relacionada con infecciones de vías respiratorias superiores. Las pérdidas persistentes suelen deberse a infección crónica del oído, traumatismo u otosclerosis.

Las pérdidas neurosensoriales son comunes en adultos. En el envejecimiento es clásica, aunque muy variable una pérdida gradualmente progresiva de los tonos de la frecuencia alta.

6. ANTECEDENTES FAMILIARES Y PÉRSONALES

Factores Individuales:

- a. edad: en los niños son más frecuentes los cuerpos extraños, ruptura del tímpano etc. Es importante recordad que la hipoacusia avanzada o sordera total en el recién nacido es la causa final de sordomudez

en el adulto son más frecuentes la otoesclerosis, sorderas profesionales, sorderas toxicas, lesiones traumáticas del tímpano, laberintitis toxica, mastoiditis, otitis barométrica, etc.

en los ancianos son más frecuentes las presbiacusias, tumores malignos, etc.

- b. Sexo: en el sexo femenino son más frecuentes la otoesclerosis y la enfermedad de meniere.

En el sexo masculino son más frecuentes la sordera profesional, presbiacusias e hipoacisias toxicas por alcohol, tabaco, etc.

7. ANTECEDENTES PERSONALES:

En la patología del aparato auditivo deben de tenerse presentes los siguientes aspectos en relación con el paciente:

8. ANTECEDENTES POR OCUPACIÓN:

Por la actividad profesional se producen algunos sorderas o traumas acústicos, ejemplo:

- ♠ con armas de fuego: soldados, cazadores, etc.
- ♠ Buzos, nadadores, aviadores

- a. **Hábitos de Vida:** el abuso del tabaco, alcohol o café favorecen la aparición de patologías a nivel de los elementos neurosensoriales.
- b. **Drogas:** el uso prolongado de estreptomicina, dihidroestreptomicina, quinina, neomicina, canamicina, gentamicina, lasix, ácido acetilsalicílico, entre otras pueden llegar a producir hipoacusia o trastornos del equilibrio.
- c. **Enfermedades Anteriores:** Las afecciones rinofaríngeas son el principal punto de partida de una cantidad de estados patológicos del oído, especialmente en niños. Igualmente la meningitis, aracnoiditis y parotiditis epidémica pueden llevar a la hipoacusia. Los traumas, ciertas enfermedades virales.

9. OTROS ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

Las irritaciones crónicas del conducto auditivo externo por rascado o limpieza con objetos extraños puede provocar: otitis externa, ruptura de la membrana timpánica, otitis media, etc.

♣ **Antecedentes Familiares:** Existen algunas enfermedades con cierto componente familiar como son:

- a. **Otoesclerosis:** (esclerosis de la cápsula del laberinto)
- b. **Sordera Coclear progresiva:** (debilidad de las células sensoriales del órgano de corti)
- c. **Predisposición a Procesos Rinofaríngeos:** (por predisposición o hipertrofia del tejido linfático).
- d. **Otros:** Igualmente los antecedentes de rubéola en el primer trimestre del embarazo en la madre, el uso de drogas ototóxicas de la madre durante el mismo, los partos prematuros o muy difíciles, entre otros pueden ser causas de sordera desde el nacimiento.

10. ENFERMEDADES ACTUALES AUDITIVAS

I. Trastornos Auditivos:

- a. **Hipoacusia o sordera:** es la disminución de la percepción auditiva; ocurre cuando hay una pérdida mayor de cuarenta decibeles.

Puede ser producida por:

- ♣ Patología del conducto auditivo externo: por ejemplo tapones de cerumen, cuerpos extraños, condromas, estenosis del conducto auditivo externo, etc.
- ♣ Patología del oído medio: ruptura de la membrana timpánica, tumores o algunas de las siguientes entidades: tímpano esclerosis, mastoiditis, colesteatoma, otitis media, otitis aguda, otitis crónica.
- ♣ Patología del oído interno: según la localización de la lesión, las alteraciones del oído interno se clasifican en:

1. Endolaberinticas
2. Retrolaberinticas
3. Centrales

- b. Hiperacusia: es el aumento de la percepción auditiva
- c. Paracusia: es la percepción de sonidos distorsionados.
- d. diploacusia: es la percepción de dos tonalidades distintas de un sonido.
- e. Autofonía: se denomina así cuando el paciente nota una resonancia de su propia voz.

II. **DOLOR:** (otalgia)

Según el origen del dolor del oído, este puede ser:

- ♣ Otico: es un dolor intenso, paroxístico e irradiado al hemicráneo y al cuello, se presenta por lesiones del oído externo.

- ♠ Reflejo: se presenta cuando el dolor proviene de regiones vecinas al oído. Puede originarse del maxilar inferior, articulación temporomaxilar, procesos malignos o inflamatorios de la lengua, laringe o faringe.
- ♠ Nervioso: se presenta especialmente en mujeres psicópatas o histéricas y en jaquecas. El dolor es superficial, extenso, impreciso y variable.

III. SECRECIONES:

Según la secreción recibe su nombre propio:

- ♠ Otorrea: es la salida de flujo no hemorrágico por el conducto auditivo externo. Este flujo puede ser ceroso, mucoso o purulento.
- ♠ Otorragia: es la salida de sangre por el oído puede ser producida por pólipos, traumas, otitis media o externa, fracturas de la base del cráneo y heridas del conducto auditivo.
- ♠ Otoliquia: es la salida del líquido por el oído se presenta en fracturas de la base de cráneo (temporal.)

IV. ACUFENOS (o, tinnitus)

Consiste en la percepción de sensaciones auditivas sin que existan estímulos externos, el paciente suele referirse a ellos como zumbidos.

V. PRURITO

Puede presentarse en casos de: otomicosis, dermatitis del conducto auditivo externo, pacientes con trastornos gástricos o de origen psicógeno.

VI. VERTIGOS:

Es la sensación de que las cosas giran alrededor de si mismo o que la persona gira alrededor de ellas.

♠ Endolaberinticas:

- a. Laberintitis toxica
- b. Trastornos vasculares
- c. Enfermedad de meniere
- d. Vértigo paroxístico y otros

♠ Retrolaberinticas

VII. PARÁLISIS FACIAL

las afecciones del oído pueden causar una parálisis facial de tipo periférico

11. EXAMENES COMPLEMENTARIOS EN RELACION CON LOS OIDOS

- ♠ Otoscopia: es la exploración del conducto auditivo externo y del tímpano mediante el otoscopio.

El espejo del otoscopio debe ser del mayor diámetro posible de acuerdo a la edad del paciente. Al mismo tiempo que se introduce el espejo elegido se tracciona el pabellón auricular hacia arriba y hacia atrás con los dedos pulgar e índice en los adultos y hacia atrás y abajo en los niños.

El examen se inicia inspeccionando el conducto auditivo externo, donde normalmente se observa, folículos pilosos, células de escamación y cerumen.

- ♣ Pruebas de Agudeza auditiva: en la conducción ósea el sonido pasa directamente del hueso al oído interno; por lo tanto se elimina el oído medio. En cambio en la conducción aérea el sonido pasa tanto por el conducto auditivo externo, medio e interno. Por lo tanto si por circunstancias especiales se altera la vía aerotimpanica, la conducción ósea alcanzara una mayor significación. Las pruebas de agudeza auditivas más utilizadas son las siguientes:

- a. DE SCHWABACH: Mide la percepción ósea. Por medio de la vibración de un diapason que se coloca en la apófisis mastoides, para medir la audición
- b. DE WEBER: Mide la percepción ósea, consiste en colocar una diapason vibrante en la frente, en el vértice del cráneo o en los incisivos del paciente preguntándole por donde escucha mejor las vibraciones del diapason.
- c. DE RINNE: Mide el grado de percepción aérea. Consiste en colocar un diapason vibrando en la apófisis mastoides y cuando el paciente deja de percibirlo se le coloca frente al oído y se le pregunta si continua escuchando las vibraciones.
- d. DEL RELOJ: Mide la percepción ósea, consiste en aplicar un reloj de cuerda sobre la apófisis mastoides del paciente.
- e. DEL BISBISEO: Mide la percepción aérea el examinador se coloca a unos 4 Mt del paciente y le hace ocluir con una mano el oído sano;

luego le formula algunas preguntas hablando en forma cuchicheada, sin que el paciente observe el movimiento de los labios del médico.

- f. DE LA VOZ HABLADA: es exactamente igual a la anterior pero con el examinador ubicado a 6Mt y hablando con tono de voz normal.

♣ Pruebas de Función Laberíntica: se utiliza para conocer el grado de actividad del laberinto, para esto se dispone de ciertas pruebas:

- a. DE BABINSKI – WELL: El paciente con los ojos vendados se le hace caminar 5 pasos hacia delante y 5 hacia atrás siguiendo una línea recta imaginaria.
- b. DE LA INDICACIÓN: El paciente debe tener colocadas sus manos sobre las rodillas, el examinador coloca el dedo índice al frente del paciente y le ordena que cierre los ojos y que de memoria trate de tocar el dedo.
- c. CALORICA: Se realiza con agua corriente y con una jeringa de oído. Se aplican 50 cc de agua tibia contra la membrana timpánica estando el paciente con la cabeza inclinada aproximadamente 60° hacia atrás, luego se examina el ojo opuesto al oído examinado en busca de nistagmus.

♣ Prueba de Valsalva: Consiste en ordenarle al paciente que realice una expiración forzada mientras mantiene la boca y las fosas nasales herméticamente cerradas, de esta manera se produce un paso de aire a través de la trompa de Eustaquio con el consiguiente bombeamiento de la membrana timpánica

12. TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

La mayoría de los pacientes con pérdida auditiva de conducción puede ser sometida a una reconstrucción del oído mediante procedimientos como la tímpanoplastia y al estapedectomía. Las sondas de timpanostomía permiten recuperar rápidamente la audición en niños y adultos normales con derrames del oído medio. Los audífonos son eficaces y bien tolerados por los pacientes con alteración auditiva neurosensorial de grado leve, moderado o intenso.

Los implantes cocleares son prótesis neurales que convierten la energía sonora en energía eléctrica y se utilizan para estimular directamente la rama acústica del VIII par. Los implantes cocleares constan de electrodos que se introducen en la coclea, procesadores del lenguaje que extraen los elementos acústicos del habla y los transforman en corrientes eléctricas y un medio de transmisión de la energía eléctrica a través de la piel.

♠ REHABILITACIÓN

Los pacientes con pérdida de la audición no corregible con tratamiento médico pueden beneficiarse mediante la ampliación de la audición. Los auxiliares contemporáneos de la audición están, comparativamente, libres de distorsiones y se han hecho cada vez más pequeños hasta el punto de que con frecuencia pueden colocarse por completo dentro del conducto auditivo.

♣ COMUNICACIÓN CON LAS PERSONAS CON PROBLEMAS AUDITIVOS:

En primer lugar hay que eliminar o reducir los ruidos innecesarios y apagar la radio o la televisión ya que las personas con alteraciones auditivas necesitan leer en los labios y deben mirar a la cara de su interlocutor en todo momento a veces hablar directamente al oído de la persona puede ayudar pero en general se pierde más comunicación por que no se puede ver la cara del interlocutor. Igualmente es importante la iluminación de la cara. La persona con problemas auditivos debe sentarse volviendo la cara hacia la ventana para que la luz incida sobre la cara del interlocutor. El lenguaje debe ser suficientemente lento para separar claramente todas las palabras pero si se produce con una lentitud exagerada solo se lograra distraer la atención y pierde el beneficio contextual, el lenguaje debe emitirse con una voz alta y clara pero teniendo presente que las sorderas neurosensoriales en general y en los ancianos, y el fenómeno del reclutamiento puede agravar el problema en cualquier caso, la comunicación óptica no se establecerá si ambas partes no presentan toda su atención

13. PRÓTESIS TOTAL

Es un procedimiento terapéutico de la rehabilitación oral mediante el cual y por medio de una aparato artificial se reemplazan los órganos o dientes perdidos total o parcialmente con el fin de establecer una función devolviendo fonación, función masticatoria y estética al paciente.

♣ **OBJETIVOS DE LA PRÓTESIS**

1. Devolver un 40% como mínimo de la función masticatoria
2. Reestablecer la estética que puede mejorarse en un 100%
3. Mejorar y facilitar la fonética
4. Devolver la normalidad del estado anímico y psíquico alterado que presentan algunos pacientes por la pérdida de sus dientes.
5. Confort o tolerancia del paciente a los aparatos protésicos

♣ **CLASIFICACION**

La prótesis dental se divide en total y parcial. La total puede ser de uno o ambos maxilares, comprende además la prótesis total inmediata, la sobre dentaduras y la prótesis maxilofacial, la prótesis facial comprende la fija o dento soportada y al removible que puede ser dento mucosoportada, dento soportada o mucosoportada.

♣ **COMPONENTES DE LA PRÓTESIS**

1. **BASE O PLACA:** De unos tres milímetros de espesor y que tiene la misma morfología del maxilar respectivo, esta base puede ser metálica o plástica.
2. **DIENTES:** Correspondientes a cada maxilar en un número de 14 para cada aparato, los cuales están implantados en la base formando la arcada dentaria.
3. **FLANCOS:** terminan en un borde o limite de la prótesis. En la base protésica debemos distinguir una parte interna o noble que es la fiel reproducción anatómica del maxilar respectivo y una superficie externa que

el operador puede modificar caracterizándola anatómicamente con frenillos, punteado gingival, rebordes, depresiones, rugosidades palatinas, etc.

♠ **CUALIDADES FUNCIONALES DEL APARATO PROTESICO:**

Además de la biocompatibilidad que debe tener todos los materiales que componen el aparato protésico este debe reunir unas propiedades físicas, como son retención, estabilidad y soporte.

1. LA RETENCION: Se refiere a la capacidad del aparato protésico para no dejarse desplazar por las fuerzas de extrusión una vez colocado en la boca.
2. LA ESTABILIDAD: De la prótesis se refiere a la propiedad de no dejarse desplazar por fuerzas transversas y ello se logra, mediante un perfecto equilibrio de la oclusión bilateral balanceada.
3. EL SOPORTE: de la prótesis se refiere mas que todo a la superficie anatómica de asiento de la dentadura que se opone a las fuerzas de intrusión.

♠ **SELLADO PERIFERICO**

Cierre alrededor de la prótesis que impide la entrada de aire al espacio virtual entre la placa de la prótesis y el maxilar; mantienen el vacío de succión. Se forma por el adosamiento de los tejidos blandos sobre el borde del flanco de la dentadura pero sin que estos tejidos desplacen el aparato protésico por sobre extensión del mismo ni sean ellos interferidos en su función.

♣ ZONA DE ALIVIO

Corresponde en la prótesis total a aquellos sitios donde la base protésica no debe presionar o interferir con el fin de que sea tolerable y no produzca patologías. Estos alivios se logran haciendo cortes en los flancos en la superficie noble, de acuerdo a la intensidad de la presión.

a. ZONAS DE ALIVIO EN EL MAXILAR SUPERIOR

Se debe considerar como zona de alivio los siguientes sitios anatómicos: reborde residual cuando es afilado, exostosis, torus palatino, espina nasal anterior y posterior, papila incisiva, rugosidades palatinas pronunciadas, rafe medio profundo o pronunciado, frenillos e inserciones musculares.

b. ZONAS DE ALIVIO EN LA MANDIBULA

Son consideradas las siguientes: el reborde residual cuando es muy afilado, las zonas de exostosis y torus mandibular, línea oblicua externa, las apófisis geni, frenillo medio vestibular, los frenillos laterales, inserciones musculares y frenillo lingual.

c. TAMAÑO DEL REBORDE RESIDUAL

Lo ideal de un arco es que su reborde tenga iguales características en toda su extensión, pues en esta forma se obtiene mayor retención y estabilidad de la prótesis; pero podemos encontrar arcos en los cuales la parte posterior es prominente y en la anterior es escasa, ocurre mucho en los maxilares superiores.

El contorno anterior se encuentra atrofiado en pacientes que presentan prótesis total superior contra dientes naturales anteriores inferiores y desdentado posterior, bilateral inferior sin rehabilitar.

d. FORMAS DE REBORDE DE RESIDUAL

Esta se determina por la posición de las tablas óseas tanto vestibular como lingual y pueden ser:

1. En forma de U: La más favorable pues tiene bastante área de soporte y se opone al deslizamiento vertical y horizontal de la prótesis
2. en forma de V: El cual es favorable sobre todo para toma de impresiones y a veces es necesario la remoción del reborde superior o el alivio de la base protésica
3. Retentivos: Generalmente producidos por exostosis óseas o torus lingual; en algunos casos hay necesidad de hacer recesión quirúrgica ante el tratamiento protésico.
4. Expulsivos: Aunque todavía hay volumen óseo este se dispone como en forma redondeada expulsando la prótesis con facilidad.
5. Planos: En el caso en que no hay apófisis alveolar sino el hueso basal del maxilar.
6. Reborde desdentado Ideal:

- ♠ Soporte óseo adecuado para la prótesis.
- ♠ Hueso cubierto con tejido blando adecuado
- ♠ Ausencia de socavados o protuberancias sobresalientes
- ♠ Ausencia de rebordes agudos

- ♣ Surco vestibular y lingual adecuado.
- ♣ Ausencia de bandas cicatrízales que impidan el asentamiento normal de la prótesis en su periferia.
- ♣ Ausencia de fibras musculares o frenillos que movilicen al periferia de la prótesis
- ♣ Relación satisfactoria de los rebordes alveolares superior e inferior
- ♣ Ausencia de pliegues de tejidos blandos, redundancia o hipertrofias en los rebordes o en los surcos
- ♣ Ausencia de enfermedades neoplásicas

14. CIRUGÍA PREPROTESICA

La prostodoncia restaura las porciones funcionales y estéticas que se han perdido o están congénitamente ausentes.

Se debe preparar, mejorar, preservar y hasta reconstruir los maxilares para lograr un uso prolongado de la prótesis. Muchas prótesis que se usan podrán volverse confortables y funcionales si se realizaran modificaciones quirúrgicas para mejorar su uso.

- ♣ Preparación Inicial del reborde desdentado
- ♣ Tejido blando: Eliminación de frenillos, cicatrices e inserciones musculares altas, recontorneo de la superficie del hueso basal con una nueva cubierta
- ♣ Tejidos duros Alveoloplastia, recesión intra alveolar, la remoción de torus, de rebordes agudos con reducción de prominencias linguales.
- ♣ Combinadas: Modificación y reducción de tuberosidades.

15. PROCEDIMIENTO

Impresión preliminar: se debe revisar para establecer si existen zonas retentivas, estas pueden obligarnos a hacer modificaciones en la cubeta metálica stock .

La impresión preliminar debe estar centrada en la cubeta y el metal de esta debe verse a través del material de impresión.

Cubetas individuales: Se construyen sobre el modelo preliminar previo diseño de las mismas de tal manera que cubran la superficie o zona protésica propuesta; este diseño se hace con lápiz o gravando el modelo con un instrumento cortante siguiendo todo el contorno del sellado periférico, con los alivios en las inserciones musculares y frenillos al final de esta cubeta individual debe ser similar a la base protésica de la dentadura o base final en tamaño y forma.

Requisitos de las Cubetas: Deben ser rígidas, que no exceda un espesor de tres milímetros, debe poseer un mango adecuado que no interfiera con tejidos blandos, material biocompatible, debe cubrir toda la zona propuesta o diseñada.

Sellado Periférico: Es posterior al recorte muscular o funcional de la cubeta; es la disposición del borde hermético que logramos en el fondo del vestíbulo y debe contornear las zonas de alivio por medio de compuesto de modelar de baja fusión.

Impresiones Definitivas: son una corrección de las impresiones preliminares; es el negativo o copia de los rebordes, tejidos blandos y demás zonas de soporte para obtener un modelo de trabajo lo más real

Pasta Zinquenólica: Se debe tomar la impresión inmediatamente después del sellado periférico para que no sufra ninguna distorsión.

Si la saliva es demasiado espesa es necesario realizar enjuagues bucales. La pasta Zinquenólica esta compuesta por una base (color blanco) oxido de zinc, aceites y resinas hidrogenadas y un catalizador (rojo) aceites, resinas y relleno que puede ser talco o caolín.

Modelos de Trabajo: Son los modelos definitivos obtenidos del vaciado de la impresión definitiva (yeso tipo IV); estos se realizan con un previo encofrado donde se le pone a la impresión dos rollo de cera utility y posteriormente con cera base.

16. PLATOS BASES Y RODETES

Son la base protésica provisional que nos sirven para colocar los rodets, para tomar los registros de relación céntrica y relación intermaxilar.

17. DOMENSION VERTICAL REGISTROS DE OCLUSION

18. TAMAÑO DE DIENTES Y ELECCIÓN DE COLOR

Se toman las medidas relacionadas al plano de camper con el cual la platina de fox que se introduce en la boca debe estar paralela.

Sobre el rodete con un objeto corto punzante se realiza una línea media por la cual nos guiamos por ubicación del frenillo labial y línea media facial; luego ubicamos los caninos con relación al Angulo interno del ojo (bilateralmente).

Luego se realizan los registros tanto al lado izquierdo como derecho para ubicar la relación del maxilar superior con respecto al inferior.

19. ENFILADO DE LA PRÓTESIS TOTAL

20. PRUEBA CLINICA EN EL PACIENTE

21. ACRILADO Y PULIDO FINAL

22. APROBACIÓN Y ENTREGA DEL TRATAMIENTO TERMINADO AL PACIENTE.

23. INDICACIONES DEL MANTENIMIENTO Y CUIDADO DE LA PRÓTESIS TOTAL

24. CONTROL A LOS OCHO DIAS MINIMO

ANEXOS

1. HISTORIA CLINICA

INFORMACIÓN GENERAL

- ♣ Apellidos y nombre: Cárdenas Pedraza Absalon
- ♣ Edad: 47 años
- ♣ Sexo: Masculino
- ♣ Estado civil: Unión Libre
- ♣ Escolaridad: primaria
- ♣ Ocupación: Hogar
- ♣ Cedula de ciudadanía: 72.250.080 de Boyacá

MOTIVO DE CONSULTA

Para que le arreglen la boca.

EXAMEN FISICO

- ♣ Aspecto general: Paciente hombre que llega por sus propios medios hidratado afebril con una temperatura de 36.5 ° c con una presión arterial de 120 / 60 mm de Hg. y una frecuencia cardiaca de 72 pp. x min.
- ♣ Peso: 80 Kg.
- ♣ Estatura: 1.73 mt

ANAMNESIS

- ♣ Historia médica familiar: el paciente reporta que en su familia se presentan múltiples casos de sordera en sus hermanos.
- ♣ Historia médica personal: el paciente reporta presentar alteración en el sentido de la audición y del habla; no presenta ningún compromiso

sistémico, no es alérgico ni a la anestesia ni a ningún tipo de medicamento.

EXAMEN FISICO ORAL

- ♣ 33 sano
- ♣ 34 amalgama oclusal
- ♣ 42 movilidad
- ♣ 43 sano

EXAMEN DE MOVIMIENTOS MANDIBULARES

- ♣ Apertura de 50 mm
- ♣ Protrusión 6 mm
- ♣ Lateralidad izquierda 6 mm
- ♣ Lateralidad derecha 6 mm
- ♣ Tipo de desviación no presenta.

EXAMEN OCLUSAL.

- ♣ Clasificación de angle no aplicable
- ♣ Asimetría facial
- ♣ Resalte overbite y overjet no aplicable
- ♣ línea media dentaria no aplicable
- ♣ Apiñamiento y diastemas no presenta
- ♣ Ausencias dentarias: 18,17,16,15,14,13,12, 11, 21, 22,23,24,25,26,27,28
38,37,36,35,32,31, 41,44,45,46,47,48

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- ♣ Radiografía panorámica: presenta ausencias dentales tanto en la cara superior como en la inferior; estructuras anatómicas normales, en el maxilar superior buen reborde óseo y en el maxilar inferior pérdida de soporte óseo a nivel de los dientes 33,34,42,y 43
- ♣ Exámenes de Laboratorio:

Cuadro hemático: Hematocrito de 50%, hemoglobina 17 g, leucocitos 7700, velocidad 5 mm cc, neutrófilos 56, linfocitos 44.

PT: 20 segundos control 15.3 segundos

PTT: 42 segundos Control 34.5 segundos

DIAGNOSTICOS

- ♣ Generales: paciente sordomudo, etiología: hereditaria
- ♣ Cráneo mandibulares: paciente sano.
- ♣ Tejidos blandos y óseos: reborde óseo alveolar inferior disminuido, etiología múltiples exodoncias traumáticas
- ♣ Periodontales: periodontitis agresiva, etiología acumulo de placa bacteriana.

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

- ♣ Periodoncia terapia básica y motivación al paciente
- ♣ Cirugía método abierto del 43, 42 ,33, 34 y remodelado óseo mandibular.
- ♣ Endodoncia no requiere.

- ♣ Operatoria no requiere
- ♣ Prostodoncia prótesis total superior e inferior
- ♣ Mantenimiento control a los ocho días al mes y a los seis meses

PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

}

- ♣ Periodoncia terapia básica y motivación al paciente
- ♣ Cirugía método abierto del 43, 42, 33, 34 y remodelado óseo mandibular.
- ♣ Endodoncia no requiere.
- ♣ Operatoria no requiere
- ♣ Prostodoncia prótesis total superior e inferior
- ♣ Mantenimiento control a los ocho días al mes y a los seis meses

BIBLIOGRAFÍA

1. ALBERTI PW, RUBEN RJ, otologic medicine and surgery. New York, Churchill libingstone, 1988.
2. BALDWING CT ET AL: and exonic mutation in the hup2 paired domain gene causes waardenburg's syndrome nature, 1992
3. NORGREN R: the gustatory system in mammals. Am j otolaringol, 1983.
4. RUBEN RJ ET AL: genetics of hearing impairment. New York acad science, 1991.
5. BALLENGER JJ: diseases of the nose, throat, ear, head and neck, Philadelphia 1991.
6. FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, Manual de Prótesis Total, edición de 1992, Santa fe de Bogotá DC.