



UNIVERSIDAD FINIS TERRAE  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA.

**PRÓTESIS PARCIAL METÁLICA INMEDIATA EN PACIENTES  
DESDENTADOS PARCIALES.  
REPORTE DE UN CASO**

VIVIANA CATALINA PAZ MELÉNDEZ SAN MARTÍN

Tesis presentada a la Escuela de Odontología de la Universidad  
Finis Terrae, para optar al título de Cirujano Dentista.

Tutor de la tesis: Dr. Julio Huerta Fernández

Santiago, Chile

2016

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi profesor, Dr. Julio Huerta Fernández, por su dedicación y enseñanza.

A mis amigas y compañeras de la Universidad, por su apoyo y motivación para dar  
lo mejor de mí.

A mi pololo Camilo Villaseca

A mis hermanos Felipe e Isidora.

A mis padres María Eugenia San Martín y Fernando Meléndez Tarifeño por su  
amor y soporte.

A mis abuelas Adriana y Aída Tarifeño por ser mis modelos a seguir por su  
entrega con los pacientes y las personas.

A todos, los quiero mucho.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	
INTRODUCCIÓN.....	1
1.- MARCO TEÓRICO.....	4
3.1.Cicatrización y cambios fisiológicos e histológicos del alveolo post-extracción.....	4
3.2. Prótesis inmediata.....	5
3.3. Relación entre periodonto y Prótesis Parcial removible .....	6
2.- OBJETIVO GENERAL.....	9
4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	
3.- MATERIALES Y MÉTODO.....	10
4.- REPORTE DE CASO.....	11
6.1. Presentación del Caso.....	
6.2. Procedimientos clínicos y de laboratorio.....	
5.- DISCUSIÓN.....	16
CONCLUSIONES.....	17
• BIBLIOGRAFÍA.....	18
• ANEXOS.....	22

## RESUMEN

El presente estudio corresponde a una revisión de la literatura sobre Prótesis Parcial Metálica Inmediata en pacientes desdentados parciales y el reporte de un caso de un paciente desdentado parcial rehabilitado mediante esta modalidad en MCAS 505.

En la revisión se utilizaron textos seleccionados de acuerdo a criterios de selección de población a individuos desdentados parciales con indicación de exodoncias y necesidad de rehabilitación oral inmediata y definitiva, con intervención de prótesis metálicas parciales inmediatas definitivas; considerando como control prótesis inmediatas acrílicas, provisionales en desdentados parciales.

Para la evaluación de los resultados se contempló la satisfacción del paciente a corto plazo y la evolución de la cicatrización post exodoncia.

El análisis de la evidencia disponible nos muestra que al realizar una prótesis metálica inmediata parcial en pacientes desdentados parciales, se satisface a corto plazo su necesidad protésica definitiva y además se observa una mejor cicatrización de la zona de extracción dentaria. Esto indica que esta posibilidad protésica constituye un tratamiento basado en la salud, ya que proporciona las ventajas de una prótesis metálica protegiendo los tejidos gingivales y dentarios remanentes del paciente.

## INTRODUCCIÓN

Diariamente el odontólogo debe enfrentarse a la resolución de diferentes tipos de patologías propias de la cavidad bucal y que pueden afectar las piezas dentarias y tejido de soporte con distintos niveles de severidad.

Importantes funciones del Sistema Estomatognático como la Fonética y la masticación pueden verse afectadas por la pérdida de piezas dentarias. Al respecto El Ministerio de Salud de Perú sostiene que en el caso de la función masticatoria puede conllevar a una variación de la dieta, forzando a un mayor consumo de alimentos blandos, ocasionando restricciones dietéticas y comprometiendo el estado nutricional de la persona<sup>1</sup>

En Chile existe un alto porcentaje de la población con necesidades protésicas<sup>2</sup>, junto a un aumento de la expectativa de vida<sup>3</sup>. Donde prevalece una desigual distribución de la atención odontológica con base en la estratificación social<sup>4</sup> y una carencia de políticas de salud efectivas con predominio de un modelo de atención curativo<sup>5</sup>.

De acuerdo a la información entregada por el MINSAL<sup>6</sup>, la prevalencia de Desdentados Parciales en Chile es de 79,7 % en los adultos entre 35 y 44 años y 69,8 % en los adultos entre 65 y 74 años.

Como describe Bezzon et al<sup>7</sup> las Prótesis Inmediatas para los desdentados parciales se hacen generalmente de base acrílica. Siendo éstas una solución con indicación provisoria, durante los primeros 6-8 meses post exodoncias. Cuando el hueso alveolar se encuentra estable, debe reemplazarse por una prótesis definitiva de base metálica.

Usualmente debido a la falta de tiempo para el tratamiento por parte del paciente, existe la incertidumbre sobre su regreso para la realización oportuna del tratamiento definitivo. El paciente se puede sentir tan cómodo con la prótesis provisoria que el tratamiento puede ser descontinuado.

El soporte de la prótesis inmediatas de base acrílica en áreas que no toleran la compresión como los márgenes gingivales es la razón principal por lo que se deben sustituir prontamente; además con frecuencia no proporcionan la retención adecuada ni la estabilidad necesaria para el paciente <sup>7</sup>.

Las principales causas de las pérdidas de dientes son la caries dental y la enfermedad periodontal, siendo más relevante la caries dental, especialmente en la gente más joven<sup>8</sup>. Al respecto existe una serie de factores que inciden a lo largo de los años, como el proceso de envejecimiento, las diversas enfermedades sistémicas presentadas en sus vidas y los efectos secundarios en la cavidad bucal que ocasionan los medicamentos <sup>9</sup>. En general la pérdida de piezas dentarias es alta y aumenta con el transcurso de los años <sup>10,11</sup>, reduciendo al mínimo el número de adultos que alcanzan los 65 años con su **dentadura completa** <sup>1</sup>.

La comodidad experimentada por los portadores de prótesis acrílicas provisionales los lleva a dejar sus tratamientos inconclusos. Sin embargo esta practica resultaría contraproducente debido a que el uso prolongado e incorrecto de este tipo de prótesis podría afectar completamente el pronóstico de la rehabilitación final <sup>7</sup>.

Por su parte el uso de una prótesis removible de base metálica permite un diseño más higiénico, manteniendo los componentes de la prótesis a una distancia saludable para dientes y encías<sup>12</sup>.

La prótesis puede usar de apoyo los dientes remanentes para aliviar la carga de la zona donde se extrajeron los dientes, mejorando la comodidad, contribuyendo con la reducción en la tasa de reabsorción del hueso alveolar a largo plazo. Sin embargo, será igualmente necesario, el rebasado de la silla sobre la zona de extracción en el tiempo. La razón principal para la sustitución de la prótesis con base acrílica por una de base metálica es que hay zonas que no toleran la compresión, como los márgenes gingivales, donde además el efecto de compresión descontrolada atenta contra el sistema de apoyo<sup>7</sup>.

## **EXPECTATIVA DE VIDA Y DESDENTAMIENTO DE LA POBLACIÓN:**

Hasta la década del 40, se creía que La pérdida de dientes y consecuentemente, el edentulismo eran consecuencias inevitables del envejecimiento humano<sup>13</sup>. Sin embargo un estudio en población norteamericana <sup>14</sup>, reportó que el mantenimiento de dientes naturales en boca en la población norteamericana por encima de 65 años aumentó de 7.4 a 20 unidades dentarias en los últimos 40 años.

Con el desarrollo de la Odontología Preventiva, en la mitad del siglo XX, fue posible percibir que los dientes naturales pueden ser mantenidos en boca toda la vida. En los Estados Unidos, por ejemplo, se observó en las últimas décadas un descenso constante en la prevalencia de la pérdida dentaria, con un número creciente de pacientes reteniendo más dientes en boca y por un período mayor de tiempo<sup>14</sup>. De esta manera, la asociación entre la reducción del edentulismo, el aumento de la expectativa de vida y el crecimiento poblacional, indica que una mayor proporción de adultos y ancianos estará parcialmente desdentada, necesitando de rehabilitación con prótesis parcial removible<sup>13</sup>.

Considerando lo expuesto, esta revisión bibliográfica tuvo por objetivo identificar, analizar, valorar e interpretar el cuerpo de conocimientos disponible sobre la rehabilitación de individuos mediante la instalación inmediata a exodoncias de prótesis metálicas parciales.

Adicionalmente se pretende ilustrar la técnica de interés mediante el reporte de un caso.

## **1. MARCO TEÓRICO**

La población adulto mayor ha experimentado un importante aumento debido a la transición demográfica y epidemiológica y se espera que el peso relativo de los adultos mayores dentro de la población general siga aumentando<sup>15</sup>.

Ante esta situación es importante analizar las características del diseño de la prótesis y en especial de la Prótesis Parcial Removible, de manera de sustentar las medidas tendientes a optimizar el servicio protésico<sup>16</sup>.

La extracción dental conlleva un proceso posterior de cicatrización del alvéolo mediante reparación y regeneración ósea que dura unos 4 – 6 meses<sup>17</sup>. En el cual, como dice Araújo et al <sup>18</sup> , el volumen óseo se va reduciendo en ancho como en alto, sobre todo, durante las primeras ocho semanas.

Los cambios dimensionales más importantes ocurren durante el primer año post-extracción, con una reducción del 50 % del ancho de la cresta alveolar en los primeros tres meses<sup>19</sup>.

Se han descrito dos fases para el proceso de reabsorción de las paredes del alvéolo. Durante la primera fase se produce una reabsorción del hueso cortical que es reemplazado por hueso reticular. En una segunda fase, se observa una reabsorción de las superficies externas de las paredes vestibular y lingual<sup>18</sup>. Se ha demostrado que los mayores cambios dimensionales post-extracción ocurren en el tercio coronal del alvéolo, que es donde hay mayor cantidad de hueso cortical<sup>17</sup>.

### **1.1. Cicatrización y cambios fisiológicos e histológicos del alveolo post-extracción.**

Según Amler<sup>20</sup> es posible distinguir cinco estadios durante el proceso de cicatrización de un alvéolo post-extracción:

- Estadio I. Se forma inmediatamente un coágulo de células blancas y rojas, produciéndose hemostasia.

- Estadio II. El tejido de granulación reemplaza el coágulo sobre el cuarto o quinto día. Se inicia la angiogénesis a través de la cadena de células endoteliales y formación de capilares.
- Estadio III. El tejido conectivo reemplaza gradualmente al tejido de granulación en 14 – 16 días y tiene lugar el recubrimiento epitelial completo.
- Estadio IV. Inicio de la calcificación de tejido osteoide, comenzando en la base y periferia del alvéolo (7 – 10 días). A las 6 semanas, el hueso trabecular rellena casi al completo el alvéolo. Máxima actividad osteoblástica, proliferación de elementos celulares y de tejido conectivo con osteoblastos debajo de tejido osteoide alrededor de lagunas inmaduras de hueso (4ª – 6ª semana post-extracción). Tras la octava semana, la osteogénesis parece disminuir.
- Estadio V. Tras 4 – 5 semanas hay epitelización completa del alvéolo. El relleno óseo completo se produce entre la 5ª y 10ª semana. A las 16 semanas se completa el relleno óseo, con poca actividad osteogénica.

### **1.2. Prótesis inmediata:**

La prótesis inmediata es aquella que se instala inmediatamente después de extraer los dientes, para lo cual debió prepararse de antemano y estar terminada antes del acto quirúrgico<sup>21</sup>.

Como dice Bezzon et al <sup>3</sup>, las prótesis inmediatas constituyen prótesis parciales provisionales en la rehabilitación mediante prótesis parcial removible, mientras se recupera el sitio de extracción para luego confeccionar una definitiva. Durante ese período se remodela el hueso donde se hicieron las extracciones, proceso al que coadyuvan las prótesis provisionales, y se evita el rápido aflojamiento que sufrirían las prótesis definitivas si se elaboraran inmediatamente después de extraer las piezas<sup>22</sup>.

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<sup>21</sup>.

Como dicen Zoeller<sup>23</sup> y Miller<sup>24</sup>; en general, la retención es proporcionada por el contacto íntimo entre la base acrílica de las prótesis y porciones específicas del sistema de apoyo, tales como los espacios interdientales, y por el uso de retenedores circunferenciales labrados.

Sin embargo, varios problemas relacionados con este tipo de prótesis han sido observados en la práctica; entre ellos está el sentimiento de inseguridad manifestado por algunos pacientes cuando la prótesis provisional a menudo se vuelve inestable, debido a las características anatómicas del paciente, y la exagerada compresión del tejido<sup>7</sup>.

Además, las prótesis confeccionadas en acrílico aún cuando poseen retenedores circunferenciales labrados que permiten mantenerla inmóvil dentro de la cavidad bucal, se confeccionan sin la preparación de lechos en las piezas pilares. Lo anterior resulta fundamental debido a que las funciones de los lechos son transmitir las fuerzas generadas por la oclusión hacia el eje axial de la pieza pilar, evitar la intrusión hacia los tejidos gingivales de la Prótesis Parcial Removible, favorecer la mantención del esquema oclusal proporcionado por la prótesis y mantiene la relación de posición de los brazos del retenedor con respecto al ecuador protésico<sup>25</sup>.

### **1.3. Relación entre periodonto y Prótesis Parcial Removible:**

La capacidad de una prótesis para retener placa bacteriana está relacionada con el tipo de base de la prótesis; una prótesis metálica es más higiénica. La acumulación de placa sobre y debajo de los diversos componentes de una prótesis parcial removible no sólo es responsable de desarrollar periodontitis crónica, también puede generar recesiones gingivales y caries de radiculares<sup>26</sup>.

De acuerdo al estudio de la tensión en los dientes pilares, su reducción depende de la rigidez de las principales conectores y la máxima cobertura de las áreas de soporte de la prótesis. Este estudio también mostró que el soporte periodontal disminuye debido al aumento en la concentración de tensiones en los

dientes pilares. Tanto clínica como histológicamente, las áreas gingivales que están cubiertas por partes del complejo retenedor sin relieve mostraron reacciones periodontales más desfavorables; mientras que, las áreas que fueron despejadas fueron menos afectadas. Basándose en los resultados, la distancia propuesta para todos los componentes del complejo retenedor fue de 5 a 6 mm de distancia de los márgenes gingivales.

A pesar de lo anterior en pacientes con un alto nivel de higiene oral, la prótesis parcial removible se puede utilizar para la rehabilitación por períodos más largos sin ningún daño importante en los dientes remanentes <sup>27</sup>.

## **2. OBJETIVO GENERAL**

Esta revisión bibliográfica tiene por objetivo identificar, analizar, valorar e interpretar el cuerpo de conocimientos disponible sobre la rehabilitación de individuos mediante la instalación inmediata a exodoncias de prótesis metálicas parciales.

Adicionalmente se pretende ilustrar la técnica de interés mediante el reporte de un caso.

### **2.1.OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Comparar los resultados obtenidos en la investigación con estudios similares, discutiendo críticamente conclusiones contradictorias procedentes de diferentes estudios.
- 2) Usar la revisión bibliográfica para explicar, apoyar y ampliar la teoría generada en los estudios de investigación de teoría fundamentada.
- 3) Tomar decisiones acertadas, actualizadas e informadas en la práctica clínica y de la gestión.
- 4) Aportar a la elaboración de guías de práctica clínica.
- 5) Evaluar la pertinencia e idoneidad de las técnicas de rehabilitación realizadas.
- 6) Identificar la aplicabilidad de la evidencia conocida en relación a la técnica en estudio.
- 7) Resumir información sobre la técnica de rehabilitación en estudio.
- 8) Proporcionar información amplia sobre la rehabilitación de individuos mediante la instalación inmediata a exodoncias de prótesis metálicas parciales..

### **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

Este trabajo correspondiente a una revisión de literatura. Los textos serán seleccionados de acuerdo a la población de Individuos desdentados parciales que debieron extraerse piezas dentarias y necesitaron rehabilitarse de forma inmediata y definitiva con prótesis metálicas parciales inmediatas definitivas y no con Prótesis inmediatas acrílicas, provisionarias. Buscando la satisfacción del paciente al corto plazo y mejor cicatrización de la zona de extracción dentaria.

Se excluyeron todos aquellos estudios que involucren prótesis inmediatas sobre implantes y prótesis inmediatas totales.

La búsqueda se limitó a artículos en los idiomas inglés, español y portugués.

Se realizó una selección de acuerdo al título y resumen de cada artículo relacionado con el tema desde 1973 hasta hoy, en las bases de datos EBSCO, MedLine, PubMed y Scielo.

Para el efecto se utilizaron los siguientes términos Mesh: Prótesis Parcial Metálica Inmediata, Desdentados Parciales, Immediate Partial denture.

De cada artículo seleccionado se extrajeron los siguientes datos: autor; año; país (lugar de estudio), diseño del estudio, la principal variable del estudio como prótesis metálica inmediata, ventajas y desventajas, procedimiento del tratamiento. Satisfacción del paciente a corto plazo.

Las búsquedas se limitaron a los idiomas inglés, español y portugués.

## **4. Reporte de un Caso: Prótesis Metálica Inmediata**

### **4.1. Presentación del Caso**

Paciente chileno de género masculino de 65 años con historial de pérdida de piezas maxilares y mandibulares por caries, y antecedentes familiares de diabetes y cardiopatías.

Al examen clínico se detectó la presencia de una extensa amalgama oclusodistopalatina en el segundo molar superior izquierdo (p 2.7) asociada a un saco periodontal de 9 mm de profundidad al sondaje. La prueba de vitalidad de la pieza no obtuvo respuesta positiva y el análisis radiográfico reveló una caries radicular penetrante (Fig. 1). Considerando lo anterior, el maxilar superior corresponde a una Clase III sub1 según la clasificación de Kennedy (Fig. 2)



Fig.1 Radiografía Periapical pieza 2.7.

Sobre la base de la información dada, para la planificación del tratamiento se evaluaron tres posibilidades:

1º Realización de una endodoncia en la pieza 2.7, aumento del ancho Biológico y rehabilitación con PFP en zonas desdentadas superiores e inferiores. Esta opción se desestimó ya que el paciente no podía costear este tratamiento y estimando además demasiado invasivo para las piezas pilares que se encontraban sanas.

2) Exodoncia de la pieza 2.7 y rehabilitación con implante en zonas de piezas 1.7, 1.6, 2.5, 2.6, 2.7, 3.5 y 3.6. No se consideró esta opción por su elevado costo monetario.

3) Exodoncia de pieza 2.7 y luego de tres meses, rehabilitación con prótesis parcial metálica superior y metálica inferior.

4) Exodoncia de pieza 2.7 y rehabilitación con prótesis inmediata metálica superior y metálica inferior.

Se eligió esta alternativa como la mejor opción de rehabilitación para el paciente.

#### **4.2. Procedimientos clínicos y de laboratorio:**

1. Con los modelos de diagnóstico se hizo el análisis de tangenciógrafo y el diseño de la base metálica superior que se desplazó hacia la zona palatina de la pieza a extraer. (Fig. 2)



Fig. 2 Modelo maxilar superior.

2. Se prepararon los lechos para apoyo y planos guías en piezas pilares; en la pieza 2.7 a extraer se desgastó en distal similar a un plano guía para dar mayor espacio a la base metálica en esa zona. (Fig. 3 B)
3. Se hizo una impresión de trabajo con cubeta de stock y alginato. Se indicó rodear la zona palatina de la pieza a extraer con arandelas de metal para la retención del acrílico. (Fig.3 A y B)

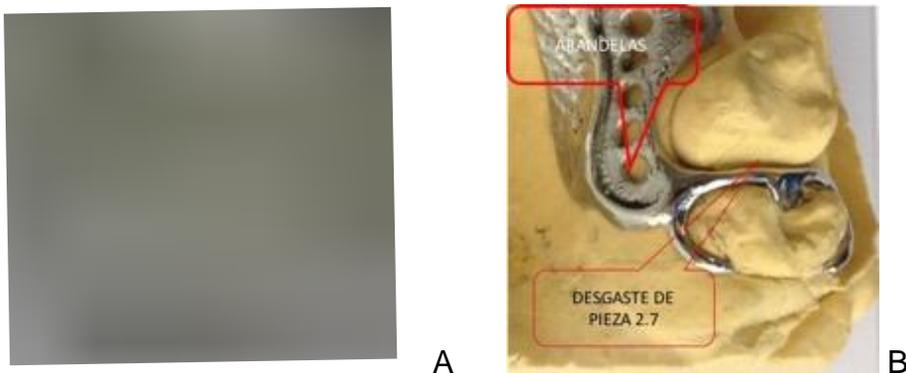


Fig. 3 A) Base metálica superior ; B) Desgaste Pieza 2.7 y arandelas rodeandola

4. Enfilado dentario: (Fig 4 A, B y C)

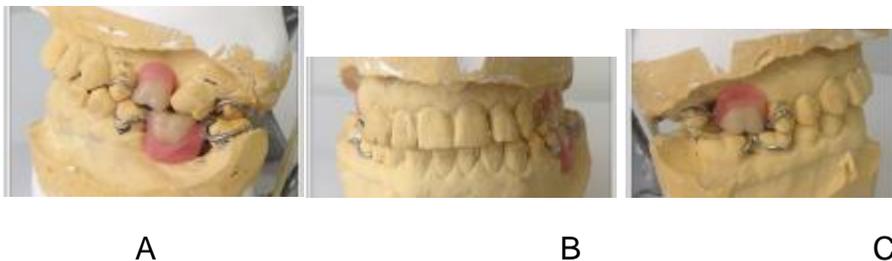


Fig. 4 A) Lado izquierdo .B) Frente C) Lado Derecho

5. Eliminación de pieza 2.7 en modelo definitivo. (Fig. 5 A y B )
6. Se agrega pieza 2.7 de acrílico y se talla la encía. (Fig. 5 C)
7. Cirugía: Exodoncia de pieza 2.7 (Fig. 6 A y B)
8. Instalación de prótesis metálica inmediata. (Fig. 6 C)

9. Control clínico a corto plazo, se hicieron ajustes oclusales. La evaluación clínica mostró una mejora significativa en la higiene oral del paciente que indica un alto grado de motivación debido al tratamiento llevado a cabo. Este fue sin duda importante para el éxito clínico. El paciente está satisfecho tanto con el funcional y los aspectos estéticos de la prótesis.

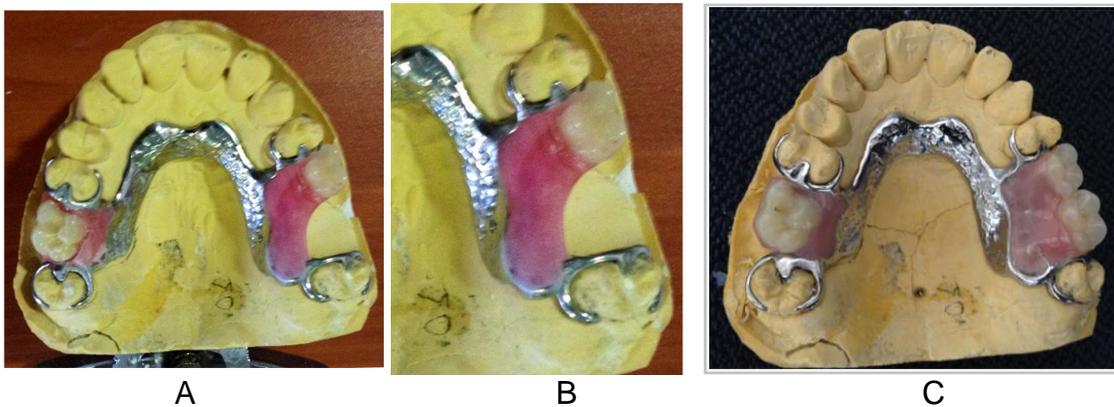


Fig. 5 A)Desgaste pieza 2.7;B) Detalle pieza 2.7 C)se agrega pieza 2.7 en cera

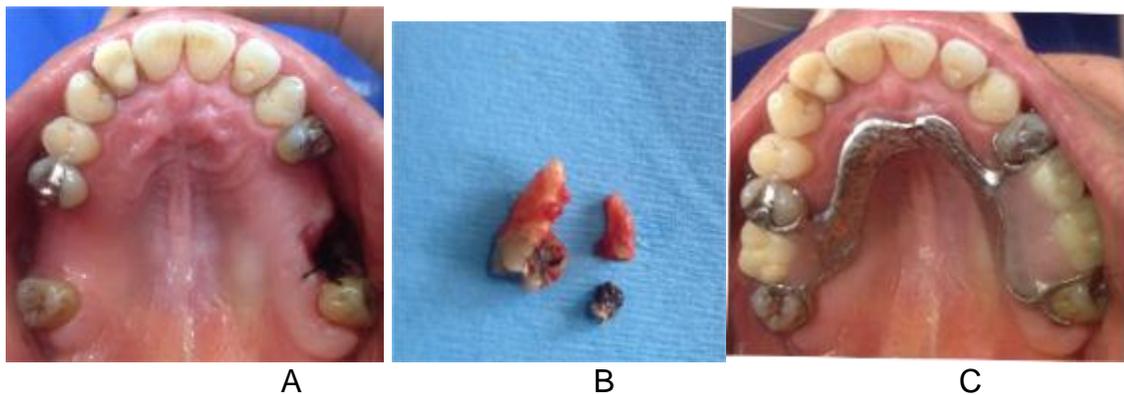


Fig.6 A)Exodoncia pieza 2.7 B) Fragmentos de pieza 2.7 y C) Instalación inmediata de prótesis parcial metálica superior

## 5. DISCUSIÓN

En determinadas condiciones los dientes. baño or ón inmediata de piezas dentarias, utilizando Prótesis Parciales Removibles Metálicas. La principal complicación está representada por la necesidad de probar el ajuste de la base metálica antes de la extracción de los dientes.

El uso de una base metes cls dientes. baño más higiénico, el cual ayuda a mantener la integridad de los dientes y la salud gingival por el tiempo que se requiera <sup>26</sup>. Por otro lado, el apoyo de la prótesis en las piezas remanentes evita la carga en la zona donde se extrajeron los dientes, mejorando el confort a largo plazo y ayudando a reducir la tasa de reabsorción del hueso alveolar <sup>12</sup>. Sin embargo, será necesario rebase de la silla de montar sobre la zona de extracción en el tiempo<sup>12</sup>.

El protocolo de tratamiento propuesto permite una solución satisfactoria que reduce al mínimo la ansiedad del paciente y el dentista<sup>7</sup>, prácticamente no requiere cambios en los procedimientos habituales utilizados para la construcción de prótesis parciales removibles. Aunque este método permite la construcción de prótesis dentales definitivas, requiere una fase de mantenimiento más cuidadoso que para las prótesis parciales convencionales de acrílico, especialmente durante los primeros días después de la inserción <sup>7</sup>. Esta fase de mantenimiento debe ser prolongada en presencia de signos de alteración en la forma de los tejidos de soporte, debido al proceso de curación en el área operada<sup>7</sup>.

## **CONCLUSIÓN**

Según la evidencia, las ventajas de las prótesis metálicas respecto a las de base acrílica, ayudan a mantener la salud periodontal y piezas remanentes, si se tiene una higiene meticulosa, además del confort del paciente desdentado parcial.

La posibilidad de rehabilitar con este tipo de prótesis a un paciente que debe someterse nuevamente a una extracción de una pieza dentaria, resultaría un tratamiento definitivo que no genera enfermedad, ahorrándose el tiempo y el dinero de la prótesis inmediata tradicional de acrílico, protegiendo la zona de extracción, generando una cicatrización mucho más reposada a cielo cubierto.

Esta revisión nos impulsa a proponer futuras investigaciones en esta área con miras al desarrollo de posibilidades diagnósticas y terapéuticas eficaces y oportunas de acuerdo a la situación y necesidad actual de la población adulta mayor en el país y el mundo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Perú, Ministerio de Salud. Guía de Practicas Clínicas Estomatológicas. Lima. Perú: Editorial Talleres gráficos SINCO; 2005. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM453-2005%20Estomatologicas.pdf>
2. Moya P, Chappuzeau E, Caro JC, Monsalves MJ. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. Rev Estomatol Herediana. 2012 [citado 8 de agosto 2016]. 22(4):197-202. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/85/70>
3. San Martín C, Villanueva J. Cam-bios sistémicos en el paciente adulto mayor. Revista Dental de Chile. 2002 [citado 8 de agosto 2016]. 93(2):11-3. Disponible en: [http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20agosto%202002/PDFs\\_agosto\\_2002/Cambios%20Sistemicos%20en%20el%20Paciente%20Adulto%20Mayor...%20.pdf](http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20agosto%202002/PDFs_agosto_2002/Cambios%20Sistemicos%20en%20el%20Paciente%20Adulto%20Mayor...%20.pdf)
4. Monsalves MJ. La odontología que vivimos y no queremos: una crítica al escenario actual. Rev Chil Salud Pública. 2012 . [citado 8 de agosto 2016]. Vol 16 (2): 241-246. Disponible en: [https://scholar.google.cl/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=es&user=sgUogVsAAAAJ&citation\\_for\\_view=sgUogVsAAAAJ:u5HHmVD\\_uO8C](https://scholar.google.cl/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=sgUogVsAAAAJ&citation_for_view=sgUogVsAAAAJ:u5HHmVD_uO8C)
5. Misrachi C. Aplicación de un modelo de atención primaria de salud oral con enfoque docente asistencial. Educación Médica y Salud. 1993. [citado 8 d agosto 2016]. 27(3) 441-10. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/15217.pdf>
6. MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2003. [citado 18 de abril 2016]; Disponible en: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Protocolos/encnacsalres.pdf>
7. Bezzon OL, Chiarello de Mattos MA, Ribeiro RF. Immediate partial denture with a cast metal framework. 6-year evaluation. Braz Dent J [Internet]. 1997[citado

18 de abril de 2016 ]. 8(1): 55-60. Disponible en:

<http://www.forp.usp.br/bdj/t0981.html>

8. Arteaga O, Urzúa I, Espinoza I, Muñoz A, Mendoza C. Prevalencia de Caries y Pérdida de Dientes en Población de 65 a 74 Años de Santiago, Chile. Clin Periodoncia Rehábil Oral. 2009;2(3):161-166.
9. Sánchez M, Román M, Dávila R, Gonzáles A. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Rev Esp Med Quir. [Internet]. 2011[citado 30 de julio de 2016 ]; 16(2):110-5.  
<http://www.redalyc.org/pdf/473/47319326010.pdf>
10. MINSAL, Soto L, Tapia R y col. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños de 6 años. Chile, 2007. [citado 18 de abril 2016]. Disponible en:  
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/7dc33df0bb34ec58e04001011e011c36.pdf>
11. Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Muñoz A, Urzúa I, Aranda W et al. Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. J Periodontol [Internet]. 2010. [citado 18 de abril 2016]; 81(10):1403-10. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20629544>
12. Hassan L, Juszczuk AS, Clark RK. Immediate replacement removable partial dentures with cobalt-chromium frameworks: rationale, technology and a case report. Journal of Oral Rehabilitation [Internet]. 2005 [citado 18 de abril 2016];32(10):772 - 775.
13. Douglass CW, Watson AJ. Future needs for fixed and removable partial dentures in the United States. J Prosthetic Dent. [Internet]. 2002 [citado de 17 de agosto de 2016 ];87(1):9-14. Disponible en:  
<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/2/art26.asp>
14. Christensen GJ. Prosthodontics in your future. J Am Dent Assoc. 2000 [citado de 17 de agosto de 2016 ]; 131(5):671-2.
15. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 2005[citado 18 de abril 2016 ]; 33(1): 81–92. Disponible en: [http://www.who.int/oral\\_health/publications/orh\\_cdoe05\\_vol33.pdf](http://www.who.int/oral_health/publications/orh_cdoe05_vol33.pdf)

16. Sánchez A, Trconis I, Morelly E. La Prótesis Parcial Removible en la práctica Odontológica de Caracas, Venezuela. AOV, [Internet]. 1999 [citado 11 de julio 2016]; 37 (3): 1-25 Disponible en:  
[http://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/3/protesis\\_parcial\\_removible.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/3/protesis_parcial_removible.asp)
17. Cardaropoli G, Araujo M, Lindhe J. Dynamics of bone tissue formation in tooth extraction sites. An experimental study in dogs. J Clin Periodontol, [Internet]. 2003[citado 18 de abril 2016]; 30(9):809-18. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12956657>
18. Araújo MG, Lindhe J. Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog. J Clin Periodontol, [Internet]. 2005. [citado 20 de abril 2016]; 32(1):212-8. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15691354>
19. Schropp L, Wenzel A, Kostopoulos L, Karring T. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12 – month prospective study. Int J Periodontics Restorative Dent, 2003. [citado 20 de abril 2016]; 23:313-23. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12956475>
20. Amler MH. The time sequence of tissue regeneration in human extraction wounds. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1969; 27(1):309-18.
21. Limonta L, Dávila M, Castillo C, Pérez B, Rodríguez G. Ventajas de la prótesis inmediata. MEDISAN [Internet]. 2006 [citado 18 de abril 2016];10(1):2. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_\(esp\)\\_06/san08\(esp\)06.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_(esp)_06/san08(esp)06.htm)
22. Liscary F, Del Valle O, Justo M. Rehabilitación con prótesis inmediata en pacientes geriátricos. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2007 [citado de 12 de mayo de 2016 ]; 6 (2): 10. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180414014011>
23. Ernest L. Miller. Prótesis Parcial Removible. México: Nueva Editorial Interamericana; 1975.

24. Zoeller GN. The influence of temporary prosthesis and modified restorative techniques in preventive partial dentures. *Dent Clin North Am.* 1973; 17(4):679-90
25. Loza D, Valverde H. *Diseño de Prótesis Parcial Removible*. 1ra edición. Madrid: Ripano; 2007.
26. Cooke LD, Baxter PW. Accidental impaction of partial dental prostheses in the upper gastrointestinal tract. *Br. Dent. J.* 1992 [citado de 17 de agosto de 2016]; 172(12):451–452.
27. Khaja AH. Iatrogenic Damage to the Periodontium Caused by Removable Prosthodontic Treatment Procedures: An Overview. *Open Dent J.* [Internet]. 2015 [citado de 17 de agosto de 2016 ]; 9(1): 187–189. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4541304/>

## ANEXO 1

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Nombre del Estudio:** “Prótesis Removible Parcial Metálica Inmediata en pacientes desdentados parciales. Reporte de un caso”

**Investigador** Julio Huerta Fernández.

**Responsable:** e-mail: [julioehuerta@gmail.com](mailto:julioehuerta@gmail.com); teléfono: 975875689

**Unidad**

**Académica:** Facultad de Odontología, Universidad Finis Terrae.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no en una investigación, y, para autorizar el uso de información personal.

Lea cuidadosamente este documento, puede hacer todas las preguntas que necesite al investigador y tomarse el tiempo necesario para decidir.

El objetivo de este estudio será hacer una revisión bibliográfica para conocer la evidencia científica disponible en cuanto a rehabilitación de individuos mediante la instalación inmediata a exodoncias de prótesis parcial metálica. Adicionalmente se pretende ilustrar la técnica de interés mediante el reporte de su caso clínico.

Usted no se beneficiará directamente por participar en esta investigación de salud, sin embargo, la información que se obtendrá gracias a su participación será de utilidad para conocer más acerca de Prótesis Parcial Inmediata Metálica.

Esta investigación de salud no presenta riesgos para usted. La información obtenida se mantendrá en forma confidencial.

Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias médicas, sin embargo, su identidad no será publicada.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria.

Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que le asiste como paciente de esta institución y no se verá afectada la calidad de la atención de salud que merece.

Si usted retira su consentimiento, sus respuestas serán eliminadas y la información obtenida no será utilizada.

Si tiene preguntas acerca de esta investigación Odontológica puede contactar o llamar a Julio Huerta Fernández, Investigador Responsable del estudio, al teléfono: 975875689

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Finis Terrae. Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación médica, usted puede escribir al correo electrónico: [cec@uft.cl](mailto:cec@uft.cl) del

Comité Ético Científico, para que el presidente, Dr. Patricio Ventura-Juncá lo derive a la persona más adecuada y de respuesta a sus requerimientos.

**Declaración de consentimiento:**

Se me ha explicado y comprendo el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.

Se me comunicará de toda nueva información relacionada con el estudio que surja durante la investigación y que pueda tener importancia directa para mí.

Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.

---

Firma Participante

Nombre: Claudio Flores A.

Fecha:

---

Firma Investigador

Nombre: Julio Huerta F.

Fecha:

---

Firma Director Institución

Nombre: Eduardo Rodríguez

Fecha: