



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

REPORTE DE CASO CLÍNICO

**“ELABORACIÓN DE PRÓTESIS INMEDIATA Y PRÓTESIS DEFINITIVA
SECUNDARIO A EXTRACCIONES MÚLTIPLES CON REGULARIZACIÓN DE
REBORDE ALVEOLAR: REPORTE DE CASO CLÍNICO”.**

INFORME DEL SERVICIO SOCIAL
LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN NEZAHUALCÓYOTL

MARIANA MARGARITA GARCIA AVILA
MATRICULA: 2203020706

1 DE FEBRERO 2025 – 31 ENERO DE 2026

FECHA DE ENTREGA
31- MARZO -2026

ASESORAS RESPONSABLES:

C.D.E. ANA KAREN ACOSTA SOLÍS
C.D.M.C. TERESA VILLANUEVA GUTIÉRREZ

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ana Karen Acosta Solís', is written over a horizontal line.

ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL

C.D.E. ANA KAREN ACOSTA SOLÍS

**DIRECTORA DEL LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN
NEZAHUALCÓYOTL**

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO


TERESA VILLANUEVA G. N°E-35961

ASESORA INTERNA

C.D.M.C. TERESA VILLANUEVA GUTIÉRREZ



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

RESUMEN

El presente documento corresponde al informe del servicio social de la licenciatura en Estomatología de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, realizado en el Laboratorio de Diseño y Comprobación Nezahualcóyotl durante el periodo comprendido de febrero del 2025 a enero del 2026. En este informe se presenta el desarrollo del caso clínico titulado: “Elaboración de prótesis inmediata y prótesis definitiva secundario a extracciones múltiples con regularización de reborde alveolar: reporte de caso clínico.

La pérdida dentaria progresiva genera repercusiones funcionales, estéticas y psicológicas que impactan directamente en la calidad de vida. La alteración de la masticación, fonación y el soporte labial compromete a la estabilidad del sistema estomatognático afectando la alimentación e interacción social motivo principal de consulta en el caso presentado.

Hoy en día la rehabilitación protésica aborda un enfoque integral que incluye la planificación de procedimientos pre protésicos como extracciones múltiples, regularización de reborde alveolar y una secuencia terapéutica estructurada que permita restablecer la función y estética desde el momento de procedimiento quirúrgico. En ese contexto la prótesis inmediata representa una alternativa terapéutica que evita el periodo de edentulismo, y contribuye a mantener parámetros estéticos y funcionales desde la cicatrización permitiendo una adaptación temprana de la prótesis en el paciente.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar clínica y funcionalmente la transición de prótesis inmediatas a definitivas en un paciente sometido a extracciones múltiples logrando una correcta adaptación funcional, estética y psicológica; documentando cada fase del procedimiento desde el diagnóstico, procedimientos pre protésicos hasta la rehabilitación final, analizando la evolución clínica en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos en términos de estabilidad, retención, adaptación y función masticatoria. De esa manera concluyendo que la planificación secuencial de ambas prótesis constituyó una estrategia eficaz que permitió una rehabilitación integral desde el inicio del tratamiento mejorando significativamente la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE

Prótesis inmediata, Prótesis definitiva, Extracciones múltiples, Regularización de reborde.

ÍNDICE

RESUMEN	4
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL	6
CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVO ESPECÍFICO	8
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	9
FICHA DE IDENTIFICACIÓN	9
PLAN DE TRATAMIENTO	13
PRÓTESIS INMEDIATA	14
EXTRACCIONES MÚLTIPLES	16
SEGUIMIENTO CLÍNICO: REBASE, AJUSTES Y REVALORACIÓN	20
VERIFICACIÓN DEL REBORDE ALVEOLAR POST OPERATORIO	21
PRÓTESIS DEFINITIVA	22
MONTAJE EN EL ARTICULADOR	24
DISEÑO DE LA PRÓTESIS DEFINITIVA	25
SEGUIMIENTO CLÍNICO Y MANTENIMIENTO	27
COMPARACIÓN ENTRE PRÓTESIS INMEDIATA Y DEFINITIVA	28
REGISTRO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE	29
IMPACTO PSICOLÓGICO Y PERCEPCIÓN DEL PACIENTE	30
PERCEPCIÓN TRAS LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS DEFINITIVA	31
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIÓN	34
BIBLIOGRAFÍA	35
CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA	39
ORGANIZACIÓN Y RECURSOS DEL ÁREA CLÍNICA	39
OBJETIVO DEL LDC NEZAHUALCÓYOTL	40
PROGRAMA DE SERVICIOS	40
ORGANIZACIÓN DE LDC NEZAHUALCÓYOTL	41
REFERENCIAS:	42
CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO	43
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	51
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	52
CAPÍTULO VII: FOTOGRAFÍAS	53

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

Las actividades clínicas desarrolladas como parte del servicio social se llevaron a cabo en el periodo comprendido del 1° de febrero del 2025 a enero del 2026 en el Laboratorio de Diseño y Comprobación (LDC) Nezahualcóyotl, el cual forma parte de las clínicas estomatológicas pertenecientes a la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco; como parte del plan de estudios de la carrera de estomatología.

La pasantía realizada dentro del LDC Nezahualcóyotl, y las actividades clínicas y de diagnóstico permitieron lograr un desarrollo profesional con respecto a la atención estomatológica integral; dichas actividades comprendieron diagnóstico clínico, terapia y acción preventiva de salud bucal, orientación a la educación bucal del paciente y prevención de enfermedades bucales; procedimientos clínicos que incluyeron tratamientos de conductos, tratamientos protésicos, enfocados a la rehabilitación y restauración integral, procedimientos quirúrgicos y diversas actividades de gestión administrativa para el correcto funcionamiento y atención en la clínica estomatológica.

Como parte del presente informe de servicio social se realizó un caso clínico sobre la necesidad e importancia de la confección de prótesis inmediata y definitiva realizada a un paciente de la tercera edad, evaluando la función y el impacto en la calidad de vida al retomar la funcionalidad inmediata y definitiva por medio de la elaboración de prótesis totales posterior a procedimientos quirúrgicos pre-protésicos como lo fueron la extracción múltiple de órganos dentarios y la cirugía del reborde alveolar.

Los resultados observados durante el seguimiento clínico permitieron describir las características secuenciales de cada paso y el progreso de este tratamiento, así como la valoración y percepción del paciente hacia el tratamiento, de esta manera logrando en conjunto un impacto positivo al observar el progreso clínico y funcional por parte del paciente. Esta rehabilitación permitió obtener un pronóstico favorable a largo plazo y una alternativa viable para el paciente.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

La ausencia de piezas dentales es una afección prevalente en la población adulta que impacta en la salud bucal. Esta situación deriva fundamentalmente de la caries dental y enfermedad periodontal generando modificaciones en los tejidos de soporte. El deterioro dentario asociado a estos factores conduce a un pronóstico desfavorable de las piezas remanentes.

La falta de conocimiento sobre el cuidado y hábitos bucodentales es una causa que muchas personas pasan desapercibido. Aunque la prevención es el pilar fundamental para evitar la progresión de enfermedades bucales y, en consecuencia, extracciones en la práctica clínica, es frecuente atender pacientes que acuden en etapas avanzadas del proceso patológico. La ausencia de controles periódicos, el manejo

tardío de enfermedad periodontal o lesiones cariosas extensas, así como la falta de apego a tratamientos limitan alternativas conservadoras. En esos casos, las exodoncias son la alternativa que se integra a un plan terapéutico pre protésicos para restablecer condiciones de salud y funcionalidad.

Ante este escenario y el edentulismo parcial avanzado, la planificación terapéutica implica una valoración integral del estado dentario, la calidad y cantidad de tejido de sostén, la relación intermaxilar, e incluyendo condiciones sistémicas del paciente; este análisis permite determinar la viabilidad de conservación de las piezas presentes, o en su defecto, establecer la indicación de exodoncias múltiples.

De manera complementaria, si bien el edentulismo puede manifestarse en distintas etapas de la vida adulta, su impacto tiende a ser más evidente en pacientes de mayor edad debido a los cambios fisiológicos y a la frecuente coexistencia de condiciones sistémicas. No obstante, la pérdida dentaria prolongada favorece la reabsorción progresiva del reborde alveolar, alterando las relaciones intermaxilares y condicionando modificaciones adaptativas de la musculatura, lo que exige esto una intervención rehabilitadora oportuna.

En ese contexto, la rehabilitación mediante prótesis inmediata constituye una alternativa favorable y accesible, ya que restituye de forma temprana la función y mantiene planos oclusales durante el proceso de cicatrización y remodelación tisular. Posteriormente, la realización de la prótesis definitiva constituye la fase de consolidación del tratamiento ya que se adapta a las nuevas condiciones anatómicas, estabilidad oclusal y cambios estéticos favorables. Por lo tanto, ambas etapas no deben entenderse como procedimientos aislados, sino como una secuencia terapéutica integral, orientada a estabilidad biológica, funcional e impacto en la calidad de vida de cada paciente.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el resultado funcional, estético y clínico de la rehabilitación protésica mediante prótesis inmediatas bimaxilar y su posterior transición a prótesis total definitiva en un paciente sometido a procedimientos quirúrgicos pre protésicos.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Describir los procedimientos pre protésicos realizados, incluyendo extracciones múltiples y regularización de reborde alveolar previo a la rehabilitación protésica.
- Ejemplificar los pasos en los procedimientos pre protésicos, quirúrgicos y protésicos propios de las prótesis inmediatas y definitivas.
- Examinar la percepción del paciente en la transición de prótesis inmediata a definitiva haciendo énfasis en la funcionalidad y estética.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Paciente masculino de 84 años de edad, que acudió a cita de revisión por primera vez al LDC Nezahualcóyotl, asistió con radiografía panorámica para revisión, refiriendo “quiero una revisión porque ya no tengo dientes, solo mastico con los que tengo, no puedo comer bien y quiero ver que se puede hacer”.

Al interrogatorio relata que desde hace tiempo fue perdiendo piezas dentarias y quisiera saber la alternativa que existe para su tratamiento. A la anamnesis el paciente refiere no presentar enfermedades sistémicas, y antecedentes que interfirieran para el tratamiento.

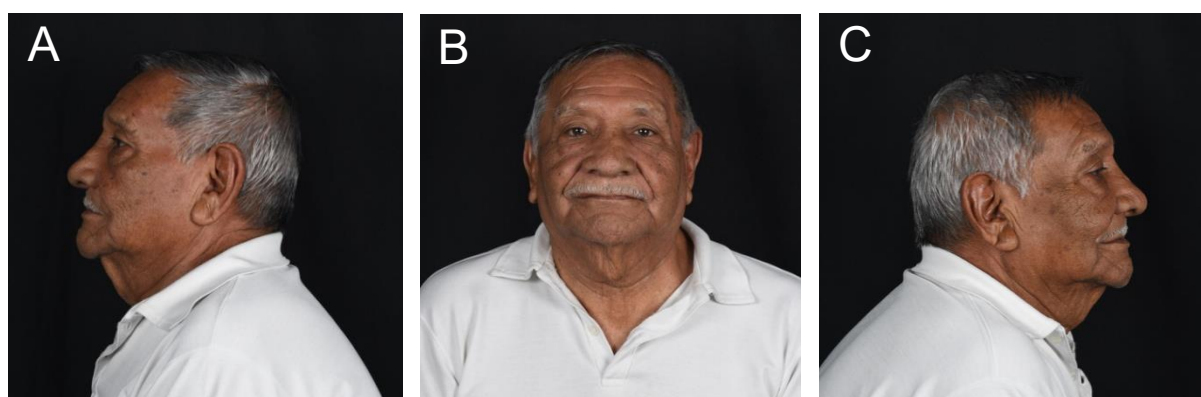


Figura 1 Fotografías extraorales del paciente

- a) Vista lateral izquierda del paciente para evaluación de la armonía facial y el tercio inferior. b) Vista frontal del paciente antes del inicio del tratamiento, donde se observa la relación facial y línea media. c) Vista lateral derecha del paciente, mostrando el perfil facial y la proyección del mentón.

Se valoraron clínicamente, las piezas 13, 14, 15, 23, 24, 25, 27, 33 y 43, se realizó un análisis integral mediante estudio radiográfico (*Figura 2*) evaluando su condición endodóntica, periodontal y de restauraciones presentes.

A partir de este análisis, se identificó la ausencia de múltiples órganos dentarios en ambas arcadas, así como la presencia de desgaste coronario severo y destrucción extensa de la estructura dentaria, evidenciándose coronas disminuidas con contornos irregulares y presencia de movilidad. (*Figura 3*)



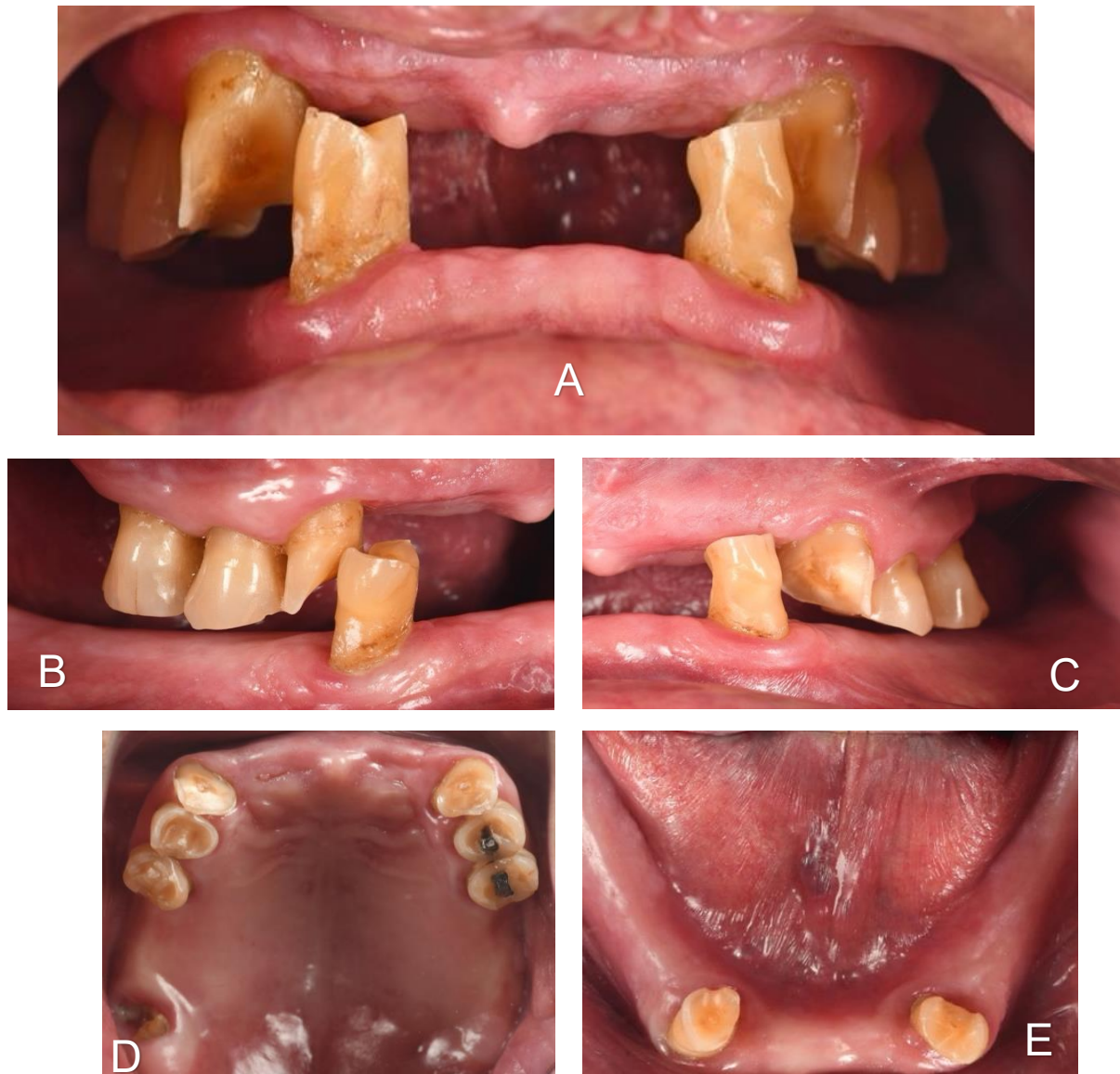
Figura 2. Radiografía panorámica

Con base en los hallazgos previamente descritos, se realizó una evaluación más específica de las piezas remanentes (*Figura 3*) donde se constató la presencia generalizada de biopelícula dental a nivel cervical lo que se identifica como falta de higiene; asimismo, en las piezas 13, 14, 15 y 23 se logra observar exposición de dentina profunda signo compatible con pulpa calcificada visible a través de la estructura dental. Restauraciones de amalgama desajustadas en los órganos dentarios (OD) 14 y 15 observándose pérdida de continuidad del material en la cavidad, por consecuencia estas superficies son asociadas al desgaste y a la retención de biopelícula; también se destaca la presencia de un resto radicular correspondiente al OD 27, en el cual se observa pérdida total de la corona sin posibilidad de rehabilitación.

De acuerdo con las características de clasificación de Seibert de 1983 y Allen de 1985¹ para rebordes alveolares, se logra observar un colapso con disminución en sentido horizontal (vestíbulo-palatino) y vertical (corono-apical) compatible a una cresta aplanada de volumen reducido; de acuerdo con esta clasificación corresponde a un defecto Clase III caracterizado por pérdida combinada horizontal y vertical del reborde alveolar del maxilar superior anterior ^{2, 3}. De manera complementaria, y considerando la clasificación de severidad propuesta por Allen, dichos defectos pueden considerarse de grado leve a moderado, ya que la pérdida de volumen del reborde no superaba clínicamente una alteración severa del tejido ¹.

En la arcada mandibular se observó pérdida combinada en sentido horizontal y vertical, compatible con una Clase III igualmente, ya que compartía las mismas características que la arcada maxilar con respecto a las zonas efectuada presentes ^{2, 3} con respecto a Allen de acuerdo con sus características se presenta una pérdida leve (<3 mm) ya que clínicamente no se observó colapso de los tejidos blandos ni alteración marcada del volumen del reborde de esta manera se observa una adecuada estabilidad y soporte tisular.

Y de manera generalizada se destacó que los órganos dentales en conjunto con el desgaste avanzado de la estructura condicionaron la disminución de la dimensión vertical y repercutió en los tejidos de sostén como se logra observar.



*Figura 3. Registro fotográfico intraoral inicial del paciente.
a) Vista frontal b) Vista lateral derecha c) Vista lateral izquierda d) Vista oclusal superior e) Vista oclusal inferior*

A partir de estos hallazgos se determinó que las piezas dentarias evaluadas presentaban un pronóstico desfavorable para su conservación debido a la pérdida significativa de tejido de sostén. Este compromiso estructural, aunado a la presencia de diversas alteraciones observadas clínicamente derivadas de un desgaste fisiológico de tejido duro reflejado en el esmalte como son la abfracción, atrición y presencia de movilidad, se determinó un pronóstico desfavorable para una rehabilitación protésica a largo plazo.

En ese contexto y considerando la edad del paciente, es importante enfatizar en que el proceso de envejecimiento no solo es manifestado en múltiples afecciones sistémicas, sino que también tiene un impacto directo y progresivo en la cavidad bucal tal como se puede observar en las imágenes clínicas ⁴.

El envejecimiento es una etapa que se caracteriza por ser un proceso biológico, progresivo y multifactorial, caracterizado por la disminución gradual de la capacidad funcional y adaptativa del organismo a lo largo del tiempo, el cual se trata de un fenómeno dinámico con modificaciones funcionales y morfológicas que no solo repercute de manera sistémica, si no también teniendo un impacto a los tejidos bucales, principalmente a tejidos de soporte como el periodonto y tejidos blandos ^{4,5,6}. Los dientes desde la erupción se encuentran sometidos de forma continua y progresiva a las fuerzas funcionales y parafuncionales, derivadas de la masticación y de determinados hábitos que se van adquiriendo, lo que condiciona un desgaste gradual y progresivo ⁷.

En la senectud, el desgaste puede manifestarse clínicamente en la reducción progresiva de la longitud coronaria y en modificaciones estructurales, que no sólo responden al uso mecánico, sino también a los propios cambios biológicos asociados con el envejecimiento ^{4,8}. De esta manera, la pérdida parcial de órganos dentarios al paso de los años altera la dinámica oclusal tal como la dimensión vertical y la distribución de las cargas masticatorias favoreciendo así el incremento de desgaste en las piezas remanentes afectando y acelerando los cambios degenerativos tanto dentarios como periodontales ⁴.

Cómo consecuencia, la pérdida progresiva del tejido dental es considerada un fenómeno de clase fisiológico al ritmo del desarrollo y crecimiento del ser humano, en relación con la adquisición de hábitos y combinación con la pérdida de órganos dentarios y procesos adaptativos propios del envejecimiento, los cuales se reflejan de forma significativa en la función, estética y calidad de vida del paciente impactando en el diagnóstico y planificación del tratamiento a realizar ^{5,9}.

Durante la exploración clínica se identificaron diversos hallazgos específicos, entre los cuales destacaron la presencia de lesiones no cariosas, cuya etiología es de origen multifactorial ¹⁰. Clínicamente, se presentó en forma de abfracción, atrición y signos compatibles con bruxismo, observándose superficies oclusales aplanadas y facetas de desgaste; sin embargo, en el presente caso la edad avanzada del paciente y la ausencia de órganos dentales constituyeron factores determinantes en la evolución de las condiciones bucodentales, ya que según la literatura, esta circunstancia favorece la pérdida de soporte oclusal, la sobrecarga funcional de las piezas remanentes y la aceleración del desgaste de los tejidos dentarios ¹⁰.

A lo largo del tiempo, la acción acumulativa de fuerzas masticatoria, hábitos parafuncionales y modificaciones oclusales propias de la misma pérdida dentaria, favorecen la aparición y progresión de dichas lesiones ¹¹.

Clínicamente, las lesiones no cariosas repercuten de manera directa en la integridad de cada órgano dentario, observando adelgazamiento del esmalte, exposición dentinaria, aumento de sensibilidad dental provocando alteraciones de anatomía coronaria y compromiso de función masticatoria ¹²; estas alteraciones debilitan la estructura dental, disminuyen su resistencia frente a cargas funcionales impactando negativamente en el periodonto y aumentando la susceptibilidad a fracturas, lo que influye negativamente en el pronóstico de la conservación de cada pieza ¹⁰.

Como consecuencia del compromiso progresivo de los tejidos de soporte, se evidenció también movilidad dental; la cual se define como el desplazamiento en dirección horizontal o vertical del órgano dentario al aplicar una fuerza sobre éste mismo ¹³. Dicha movilidad, puede traer consecuencias y repercutir en la pérdida de uno o más órganos dentarios, comprometiendo en gran medida la estética dental y la función masticatoria ¹⁴ como se muestra en el presente caso.

Estas condiciones constituyen un pronóstico desfavorable, ya que afectan de manera directa la estabilidad y éxito a largo plazo de los tratamientos de rehabilitación planeados ¹⁵; además que disminuyen la posibilidad restauradora, e impactan en la cantidad de estructura dentaria remanente disponible, de igual manera la pérdida de soporte, la alteración de la integridad coronaria y la condición periodontal se vuelven desfavorables, ya que impacta en retención y resistencia de la rehabilitación ¹⁶.

PLAN DE TRATAMIENTO

Ante este escenario, se estableció como plan de tratamiento la realización de extracciones múltiples de las piezas dentarias 13, 14, 15, 23, 24, 25, 27, 33, 43 con la colocación de prótesis inmediata; esta rehabilitación permite regresar de manera inmediata la función estética y masticatoria en la misma sesión quirúrgica ^{8,17}.

Según la literatura revisada, y las características del presente caso clínico, la justificación principal de las extracciones se fundamentó en que la conservación de dichas piezas no aportaba estabilidad, funcionalidad ni predictibilidad a largo plazo. A lo que la permanencia de los órganos dentales comprometidos generaría un mayor deterioro en los tejidos de soporte dificultando aún más la rehabilitación protésica; en ese sentido la colocación de la prótesis inmediata, tras las extracciones, se consideró una medida oportuna y viable ¹⁵ respondiendo un abordaje terapéutico integral ¹⁸ acorde a las características clínicas presentadas.

PRÓTESIS INMEDIATA

La elaboración de las prótesis inmediatas inició con una serie de procedimientos clínicos llevados a cabo de manera secuencial basando el procedimiento y confección del libro “Manual de Laboratorio en Odontología, Prostodoncia Total” del autor Rubén Bernal del año 1999 ¹⁹.

Para comenzar la realización de las prótesis, se inició con la toma de impresiones anatómicas con alginato; una vez obtenida la reproducción de la morfología estática de los tejidos se procedió al vaciado en yeso para la obtención del modelo preliminar. (Figura 4).

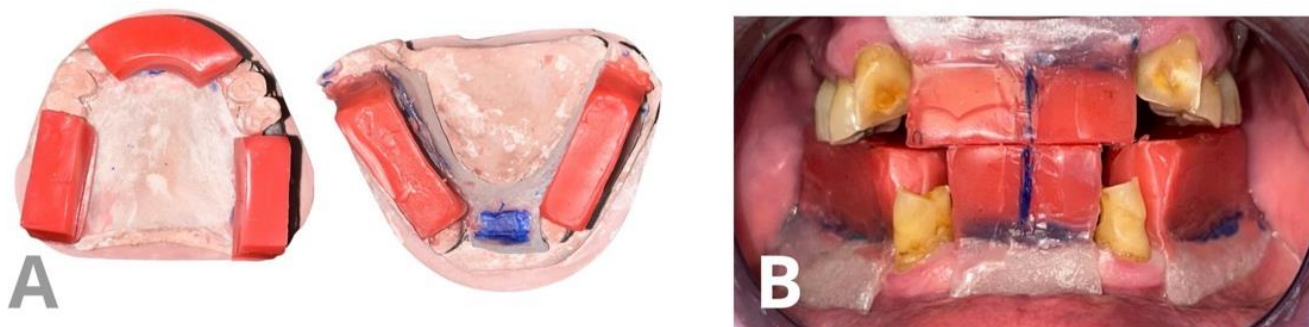


Figura 4: Registros protésicos

A) Placas base para la determinación de la dimensión vertical y planos de orientación. b) Registro de la relación maxilomandibular con líneas de referencia marcadas.

Sobre dichos modelos se confeccionaron las placas base con rodillos de cera con medidas aproximadas de 5 mm de ancho en el sector anterior y 8-10 mm en el sector posterior, medidas de referencia para incisivos, premolares y molares.

Al colocarlos en boca se realizaron ajustes en la cera para obtener el registro intermaxilar estableciendo el plano oclusal y la dimensión vertical. Para ello se emplearon referencias anatómicas extraorales colocando al paciente en posición erguida y de frente, con ayuda de la platina de fox se observó la línea bipupilar asegurando que el borde superior del rodillo de cera fuera paralelo a dicha línea en el plano frontal, de presentarse alguna discrepancia se realizaron ajustes en la cera mediante desgaste de su adición de material hasta lograr la paralelización exacta de esta manera se garantiza una correcta orientación estética asegurando que el plano frontal se mantuviera estable y equilibrado con la relación de la cara.

De igual manera se utiliza el plano de Camper (ala de la nariz al tragus de la oreja) como referencia en el plano sagital con el fin de lograr la paralelización del plano oclusal lo que favorece la correcta orientación funcional de la prótesis; y de manera complementaría se consideró el plano de Frankfurt²⁰ (porion-orbital) (Figura 5) como referencia auxiliar para corroborar la adecuada inclinación del plano oclusal en relación con la posición del cráneo.

Una vez establecida la orientación del plano oclusal se procedió al ajuste del rodillo inferior en relación con el superior determinando la dimensión vertical de oclusión y la relación céntrica.

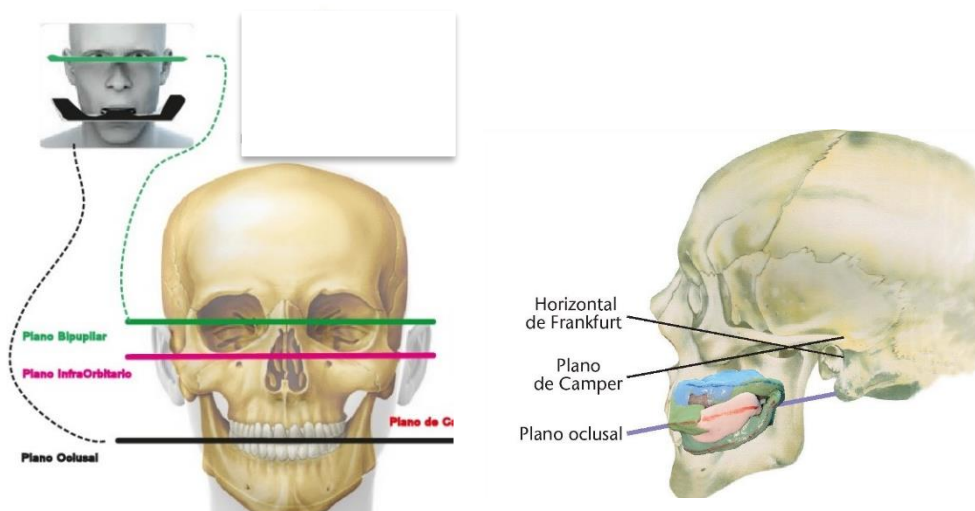


Figura 5.

FUENTE 20.- Edentulismo Total, Relación intermaxilar, [Internet]. Rehabilitación Oral. 2019 [citado el 18 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://rehabilitacionoralblog.wordpress.com/2019/05/21/puntos-y-planos-antropometricos-la-ciencia-de-la-rehabilitacion-oral/>
Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-tecnica-33-pdf-X1130533912438660>

Ya asegurando los planos, se trazaron líneas de referencia faciales en los rodillos de cera (línea media, línea de sonrisa y líneas caninas) con el propósito de guiar la posición dentaria y la orientación estética, lo cual permite establecer la guía de colocación de los dientes. (Figura 4)

La dimensión vertical es la separación que existe entre el maxilar y la mandíbula. Esta medición debe obtenerse de dos maneras, dimensión vertical en oclusión y en reposo. Para calcular y medir correctamente la dimensión vertical existen diversos métodos, en este caso el método fisiológico, el cual consiste en realizar ejercicios repetitivos de deglución y movimientos funcionales para alcanzar la posición mandibular más cómoda. En esa posición se mide con el vernier y aproximadamente, se restan de 2-3 mm para obtener la dimensión vertical en oclusión ²¹.

En este caso el paciente obtuvo una dimensión vertical en oclusión de 4.7cm y una dimensión vertical en reposo de 7.6 cm, lo que permitió conservar un espacio libre interoclusal fisiológico de 3 cm ²¹.

Finalizada la fase de registros intermaxilares, se procedió paso quirúrgico. (Figura 6)

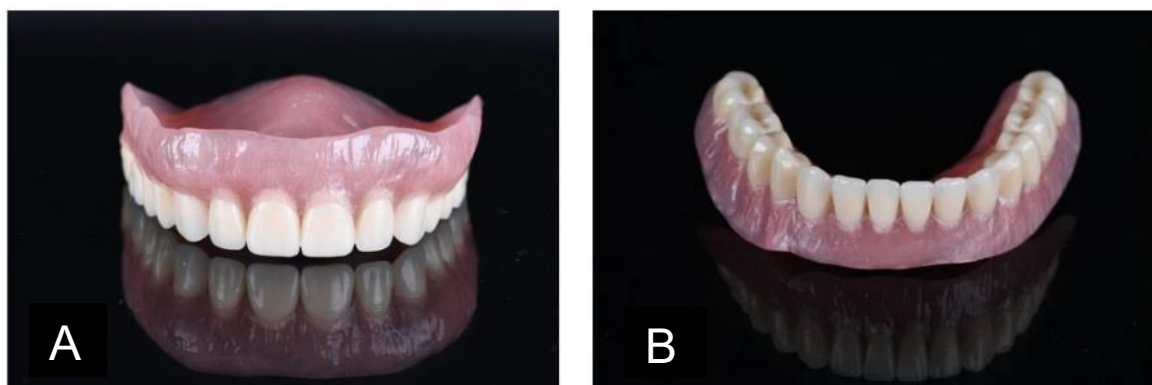


Figura 6: Entrega de prótesis inmediatas
a) y b) Vistas frontales de las prótesis inmediatas acrilizadas.

EXTRACCIONES MÚLTIPLES

Antes de someter al paciente al procedimiento quirúrgico, se tomaron en cuenta las consideraciones médicas recabadas en la anamnesis y en la información proporcionada por el paciente, de esta manera se descartaron antecedentes médicos que pudieran influir en la cicatrización o control de hemorragia durante el procedimiento. Lo cual permite considerar que se encuentra en condiciones favorables para la realización de este.

Previo al acto quirúrgico, se realizó la colocación de anestesia local con lidocaína al 2% con epinefrina 1:100,000 aplicando técnicas infiltrativas en el sector del maxilar del bloqueo del nervio alveolar superior medio, bloqueo del nervio infraorbitario de ambos cuadrantes y para el OD 27 del resto radicular bloqueo del nervio alveolar superior posterior ²². Asimismo, para la arcada mandibular se realizó el bloqueo del nervio mentoniano en ambos cuadrantes correspondientes a los OD 33-43 y colocación de anestesia en puntos locales con el objetivo de lograr un adecuado control de dolor y favorecer la hemostasia durante el procedimiento.

La secuencia quirúrgica se inició utilizando legra de Molt para desprendimiento mucoso a espesor total, elevadores grande, mediano y chico para luxar cada OD, y el uso de fórceps para la tracción correspondiente a cada pieza dentaria; se procedió con el cuadrante 1 retirando los órganos dentales 15, 14, 13; posteriormente se continuó con el cuadrante 2 realizando la extracción de los dientes 25, 24, 23 incluyendo el resto radicular correspondiente al 27. Finalmente, se efectuó la exodoncia de los órganos dentales inferiores 33 y 43; de esta manera la organización permitió mantener un control progresivo y adecuado de la hemostasia, así como optimizar la seguridad y comodidad del paciente durante el procedimiento. (*Figura 7*)

Durante el procedimiento se aplicaron movimientos controlados y progresivos, evitando el uso de fuerzas excesivas que pudieran fracturar la raíz, el hueso alveolar y el procedimiento en sí. Al retirar cada pieza se cuidó la integración del coágulo y se aseguró tener el control de hemostasia para el posterior cierre de tejidos de 7 a 10 días garantizando la colocación y adaptación de las prótesis durante este tiempo ²³.

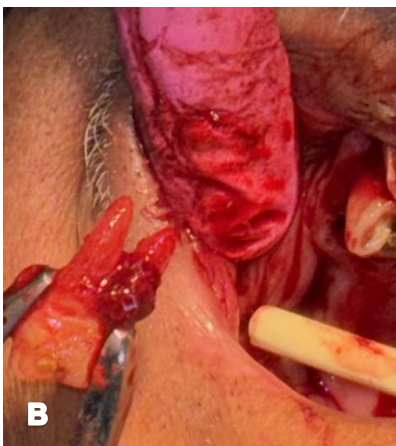


Figura 7: Secuencia clínica del procedimiento de extracciones múltiples por cuadrantes.

- a) Infiltración de anestésico local. b-d) Extracciones de los órganos dentarios 15, 14 y 13 correspondientes al cuadrante superior derecho. e y f) Extracciones de los órganos dentarios 33 y 43 correspondientes al sector inferior.*

Al retirar todas las piezas se procedió a la limpieza de cada alveolo dentario con cucharilla de lucas e irrigación de suero fisiológico retirando el tejido que pudiera quedar en el alveolo.



Figura 8: Secuencia clínica de regularización de reborde alveolar cuadrante 1 y 2
 a) Incisión con hoja de bisturí para permitir una mejor exposición del reborde alveolar.
 b) Regularización del reborde utilizando instrumental rotatorio asegurando obtener una superficie ósea uniforme.
 c) Eliminación de espículas óseas con lima para hueso Miller.

Posteriormente se realizó la regularización de reborde alveolar (*Figura 8*) iniciando con el levantamiento del colgajo mediante el uso de la legra de molt exponiendo el hueso alveolar; ya expuesto el campo quirúrgico, se procedió la regularización ósea mediante pieza de baja e irrigación de suero fisiológico mediante un fresón quirúrgico y lima de hueso, iniciando en el cuadrante correspondiente a los OD 13, 14, 15 y posteriormente en la región de los OD 23, 24, 25 buscando obtener un contorno óseo uniforme y continuo eliminando bordes y rebordes irregulares para evitar interferencias en la futura rehabilitación, ya que en caso de existir alguna irregularidad dificultaría el correcto asentamiento y ajuste de la prótesis tanto provisional como definitiva ²⁴.

Una vez concluida la regularización se realizó el reposicionamiento del colgajo mucoperióstico y se colocó sutura en ambos cuadrantes para asegurar una adecuada adaptación de los tejidos blandos, mantener estabilidad del coágulo y seguir favoreciendo la cicatrización (*Figura 9*); asimismo, se dieron indicaciones para retirar las suturas a los 7 días.

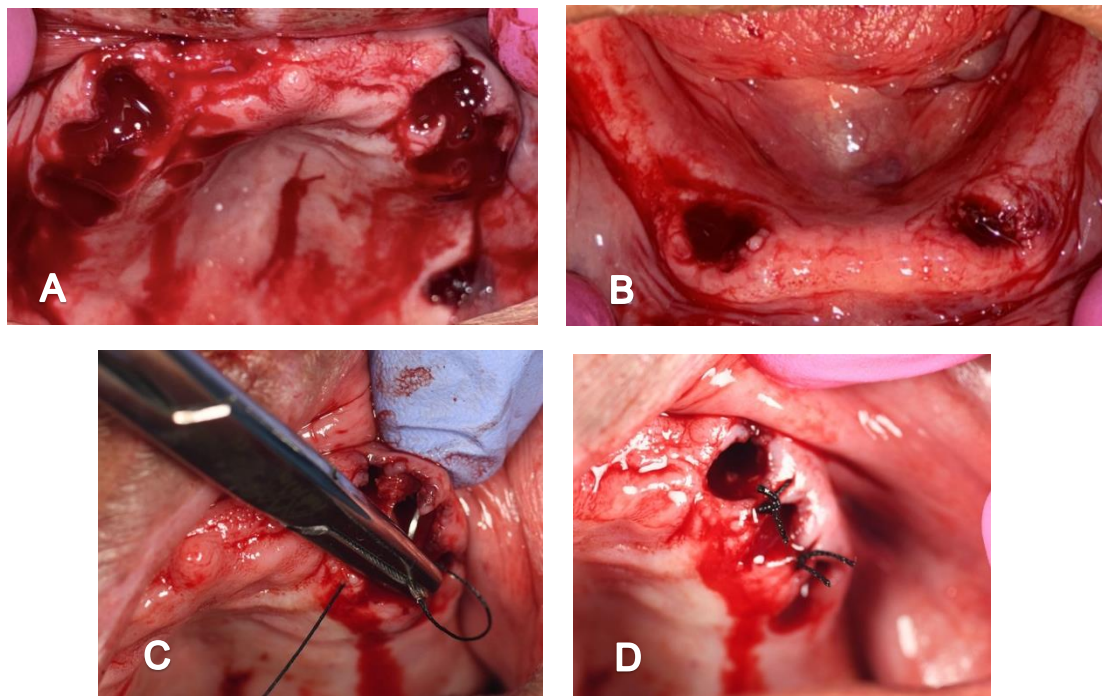
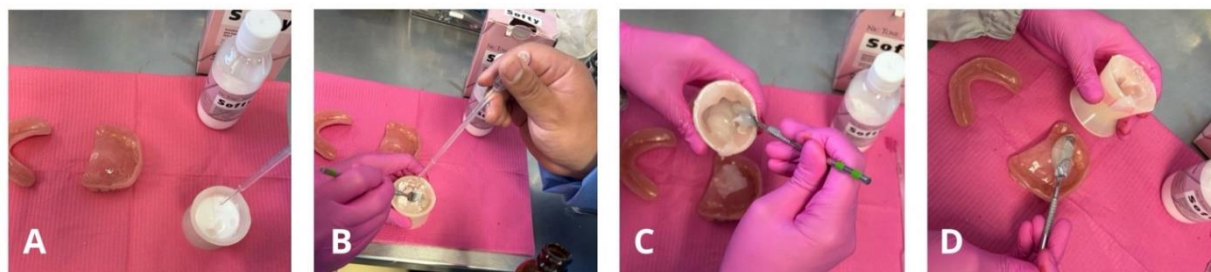


Figura 9: Vista de ambas arcadas tras la regularización del reborde alveolar, así como del cierre quirúrgico mediante sutura a-b) Vista intraoral final del reborde alveolar superior e inferior tras la limpieza y acondicionamiento alveolar, observándose una adecuada conformación del lecho óseo. c) Colocación de sutura para favorecer la aproximación de los tejidos intervenidos en la regularización, el control del sagrado y estabilidad tisular. d) Resultado posterior a la sutura, mostrando un cierre adecuado del sitio quirúrgico.

Posterior a ello se llevó a cabo la colocación de ambas prótesis totales inmediatas, realizando el rebase con acondicionador de tejidos (Softy) (Figura 10) para proteger los tejidos blandos proporcionando estabilidad en la base acrílica y a su vez otorgando mayor comodidad durante el periodo de cicatrización y adaptación de ambas prótesis, esto debido a su fácil manipulación y su biocompatibilidad con los tejidos bucales ²⁵.



*Figura 10: Procedimiento con acondicionador de tejidos "Softy" post extracciones
a) Preparación del material y de la prótesis b) Dosificación del material con pipeta para mezclar y revolver, c y d) Colocación y modelado del material en la superficie interna de la prótesis*



*Figura 11: Adaptación y colocación de las prótesis inmediatas posteriores a las extracciones múltiples.
a) Colocación y adaptación inicial de la prótesis inmediata superior posterior al procedimiento quirúrgico. b) Colocación y adaptación de prótesis inmediata inferior. c) Verificación clínica de la oclusión y estabilidad protésica en máxima intercuspidación*

Una vez verificada la adaptación y estabilidad de las prótesis (*Figura 11*), se dieron indicaciones al paciente para lograr una adecuada cicatrización. Se explicó no retirar la prótesis durante las primeras 24 horas posteriores al procedimiento ya que como se mencionó anteriormente, estas actuarán como un apósito quirúrgico ayudando a controlar la inflamación y permitiendo que el material colocado se adapte correctamente al lecho quirúrgico, evitando contaminación directa de la zona dando estabilidad al coágulo y funcionando como barrera protectora ^{23,26}. En relación con los cuidados, se instruyó evitar utilizar enjuagues, succionar bebidas o escupir con esfuerzo, evitar fumar, consumir una dieta blanda y fría durante las primeras 24 horas, evitar alimentos duros ya que esto también contribuye al inicio del proceso de adaptación con las prótesis, además de prevenir alguna posible complicación postoperatoria ²⁷. También, se recomendó mantener una adecuada higiene en las prótesis colocadas, ya que en el momento de las extracciones si no se mantienen los cuidados y mantenimiento pueden originar crecimiento de agentes microbianos y posterior formación de biopelícula favorecedora a un proceso infeccioso ²⁸. Al final se prescribieron los medicamentos correspondientes para el control de la inflamación, dolor y antibiótico, así como recomendación de aplicar compresas frías de manera intermitente para favorecer a desinflamar la zona intervenida. Se le señaló al paciente tener una correcta higiene manteniendo las prótesis durante los primeros días evitando el cepillado directo en la zona utilizando gasas húmedas para higienizar el área, al terminar esta cita, se programó la siguiente para la evaluación.

SEGUIMIENTO CLÍNICO: REBASE, AJUSTES Y REVALORACIÓN

A las 24 horas fueron retiradas las prótesis para evaluación post operatoria, control del proceso de cicatrización y los ajustes necesarios en áreas de presión. Se evaluó la condición de los tejidos blandos logrando observar un adecuado control de la inflamación, una correcta adaptación de los tejidos y estabilidad de las prótesis, donde no hubo presencia de sangrado ni signos de complicación inmediata.

A los tres días postoperatorios el paciente refirió una adecuada aceptación, convencido sobre la estética y adaptándose a la parte funcional al consumir alimentos con consistencia más dura; presentó mínima dificultad para el habla síntomas que

refirió disminuyeron al paso de los días progresivamente y conforme se estableció la adaptación neuromuscular.

Posteriormente a los 7 días se retiraron las suturas (*Figura 12*). El paciente refirió que la prótesis superior comenzaba a presentar ligera pérdida de retención, manifestando que “se le caía” al hablar o masticar. Tras la evaluación clínica, se determinó que la causa correspondía a la remodelación inicial del reborde alveolar por lo que se procedió a realizar un rebase de material con Softy para regresar estabilidad y retención.



Figura 12: Retiro de sutura a los 7 días de la intervención.

Evaluación clínica del reborde alveolar maxilar a la semana posterior al procedimiento en la zona comprendida del OD 14 al OD 25, posterior al retiro de sutura. Se observa adecuada cicatrización de los tejidos blandos, buena conformación del reborde alveolar.

A los 15 días, clínicamente se observó una evolución favorable del proceso de cicatrización, sin embargo, el paciente manifestó molestia a causa del acondicionador de tejidos refiriendo que “se le encajaba al masticar”, de esta manera se verificó y se confirmó observándose zona eritematosa en área de fondo de saco correspondiente a los OD 14, 13, 23, 24, 25, así que se efectuaron ajustes mínimos con fresón en las zonas de presión identificadas logrando reducirlas.

VERIFICACIÓN DEL REBORDE ALVEOLAR POST OPERATORIO

Respecto a la arcada superior al ser una Clase III de Seibert debido a que las zonas edéntulas presentaron pérdida de volumen en sentido bucolingual y apicocoronal, según la clasificación ^{2,3}; una vez realizada la regularización de proceso alveolar fue esencial analizar las condiciones anatómicas resultantes y que se obtuvieran las características adecuadas que permitieran una correcta distribución de las fuerzas masticatorias y una óptima estabilidad de la prótesis.

El recubrimiento mucoso del reborde debe ser firme, queratinizado y no desplazable, garantizando una adecuada adaptación de la base protésica evitando zonas de presión o irritación ²⁹. Estas condiciones anatómicas favorables contribuyen a mejorar la retención, el confort y la longevidad del tratamiento rehabilitador, además ayuda a favorecer una cicatrización armónica de los tejidos blandos; al tratarse de una zona de soporte protésico, la mucosa se caracteriza por estar constituida por tejido conjuntivo fibroso denso firmemente unido a los planos profundos, lo que le confiere

una consistencia firme, poco flexible, inextensible, resistente a la abrasión, la deformación y a los cambios químicos ³⁰.

Se consideró un periodo de 6 a 8 semanas postoperatorias, tiempo durante el cual la mucosa cicatriza adecuadamente, el hueso se estabiliza y cualquier irregularidad o exostosis residual tiende a reabsorberse ³¹. Transcurrido el periodo, se observó el reborde con adecuada continuidad ósea evidenciando una superficie regular sin presencia de espículas, exostosis, ni prominencias que comprometieran la adaptación de los tejidos blandos ²⁴. La mucosa que recubría el área presentó características compatibles con un tejido queratinizado sano, de color rosado, pálido y firme, consistencia, lo que indicó una correcta, reparación, tisular ³².

Estas condiciones permitieron confirmar el éxito del procedimiento quirúrgico al establecer una base funcional, estable y favorable.

PRÓTESIS DEFINITIVA

Posterior al periodo de acondicionamiento tisular y estabilización de los tejidos, se inició con la fase de la elaboración de las prótesis definitivas.

Cómo primer paso se realizó la toma de impresiones anatómicas para realizar la confección de cucharillas individuales adaptadas a la morfología del reborde alveolar para obtener un ajuste preciso y lograr estabilidad de las prótesis (*Figura 13*).



Figura 13: Secuencia clínica para la obtención de impresión funcional de ambos maxilares en un paciente edéntulo para prótesis total definitiva.

- a) Cucharillas individuales superior e inferior. b) Colocación de modelina en toda el área periférica de la cucharilla superior. c) Registro funcional en boca con modelado periférico mediante movimientos musculares guiados. d) Colocación de hule de polisulfuro en cucharilla inferior previo a su colocación. e) Registro funcional de la impresión mediante presión y movimientos musculares para la reproducción de los tejidos. f) Impresiones funcionales obtenidas, mostrando una adecuada reproducción anatómica de los rebordes alveolares y extensión de las zonas de soporte.

Una vez verificadas las cucharillas, se procedió a la impresión fisiológica con modelina la cual permite obtener un sellado periférico adecuado con el fin de registrar la adaptación inicial del reborde; en cuanto a este tipo de material termoplástico se debió prestar particular atención a la rapidez de las maniobras, debido a que la modelina se enfría muy rápido y pierde su elasticidad ³³; esta técnica se llevó a cabo por cuadrantes en ambas arcadas favoreciendo un mejor control modelado y entre cada cuadrante se practicaron ejercicios musculares para marcar movimientos y mejorar la adaptación.

Posteriormente se colocó en la cucharilla hule de polisulfuro, el cual siendo un material elastómero de alta precisión ayuda a la reproducción de la morfología del reborde alveolar y tejidos blandos circundantes; su aplicación fue con el objetivo de obtener una impresión fisiológica precisa que ayudara a plasmar de manera exacta las estructuras anatómicas y funcionales en las áreas edéntulas ³⁴.

Esta combinación de materiales permitió obtener un molde preciso y estable reflejando tanto a la altura y forma del reborde, así como la extensión de la mucosa queratinizada, constituyendo la base para la confección de placas base con rodillos.

Se realizó la prueba clínica de placas base con rodillos donde se evaluó su adecuado asentamiento, estabilidad y retención sobre el reborde alveolar. Se realizaron ajustes verificando la extensión periférica en relación con el fondo de saco y tejidos blandos para obtener una adecuada estabilidad.

Posteriormente se estableció la relación intermaxilar iniciando en la arcada superior donde el rodillo fue modificado tomando como referencia la línea bipupilar la cual se verificó con la platina de fox clínicamente colocando al paciente en posición erguida y observando de frente asegurando que el borde superior del rodillo fuera paralelo; en caso de discrepancia se realizaron ajustes en la cera mediante desgastes o adición de material hasta lograr la paralelización en el plano frontal garantizando una adecuada orientación estética.

Asimismo, se emplearon los planos de referencia de Camper (ala de la nariz al tragus) en el plano sagital asegurando que el plano oclusal del rodillo superior se mantuviera paralelo a esta estructura obteniendo así la orientación funcional de la prótesis. De manera complementaria se verificó y ajustó la inclinación del plano oclusal con una referencia exacta, además se empleó el plano de Frankfurt²⁰ (porion a orbitario) como guía auxiliar para corroborar la inclinación del plano oclusal en relación con la postura natural de la cabeza garantizan una disposición correcta de las fuerzas oclusales.

Una vez concluidos los procedimientos y adaptación de placas base se estableció la dimensión vertical realizado por el método fisiológico ²¹ tomando partida desde la punta de la nariz hasta el mentón restando 3 mm realizando ejercicios y midiendo con ayuda de un vernier, quedando establecida una dimensión vertical de oclusión de 5.4 cm y una dimensión vertical en reposo de 6.7 cm, lo que permitió conservar un espacio libre interoclusal fisiológico; ya establecida la altura adecuada, se procedió al trazado de las líneas de referencia sobre los rodillos, comenzando la línea media facial para orientar la simetría del montaje, después las líneas caninas para delimitar el ancho del sector anterior, y finalmente la línea de la sonrisa (*Figura 14*).

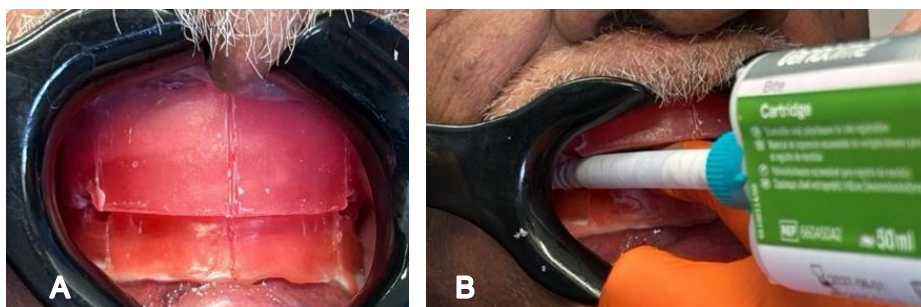


Figura 14: Prueba clínica de rodillos de oclusión y registro intermaxilar
a) Prueba de rodillos superior e inferior con trazado de línea media y líneas caninas como referencia estética y funcional.
b) Registro intermaxilar realizado tras la confección de muescas a nivel de los premolares para mejorar la estabilidad y precisión del registro oclusal

MONTAJE EN EL ARTICULADOR

Por último, se registró la relación intermaxilar mediante el registro de mordida en región de premolares, se realizaron muescas asegurando la reproducción de la relación céntrica; posterior a ello se procedió a realizar la toma de arco facial con el objetivo de registrar la relación espacial del maxilar superior con respecto a la base craneal y permitir su correcta transferencia en el articulador; para ello se utilizó silicona de condensación pesada (Zetalabor) sobre la horquilla de mordida del arco facial el cual fue llevada a boca para obtener su registro; una vez estabilizado el material se procedió a posicionar el arco facial en el paciente permitiendo la transferencia del maxilar superior para el posterior montaje de modelos en el articulador (*Figura 15*).

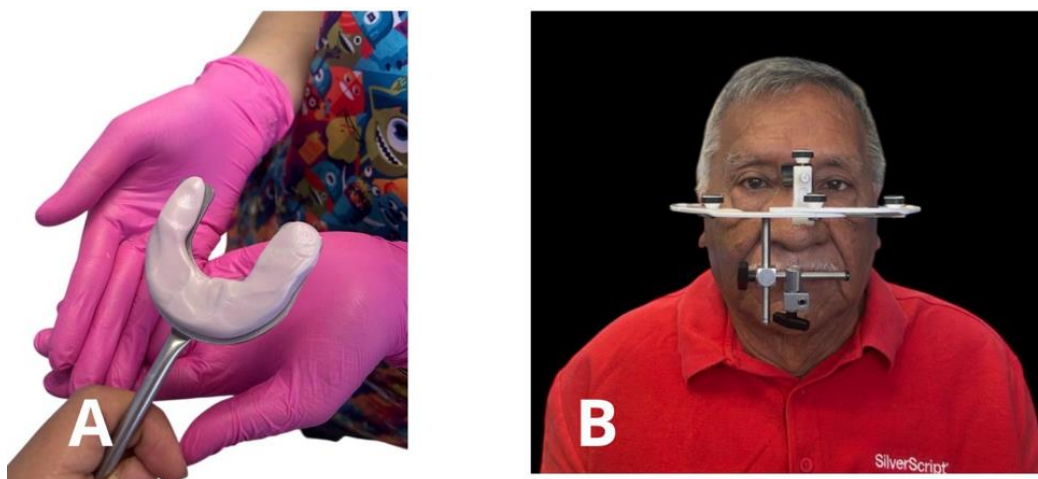


Figura 15. Transferencia de relación maxilomandibular.
a) Preparación del Zetalabor sobre la horquilla del arco facial. b) Colocación del arco facial en el paciente para registrar la relación espacial del maxilar.

En la misma sesión, se seleccionaron los dientes artificiales considerando el ancho bicigomático, la distancia intercomisural y el contorno facial del paciente determinando así el tamaño, proporción y morfología de los dientes anteriores para concluir esta fase protésica.

DISEÑO DE LA PRÓTESIS DEFINITIVA

Para el diseño de las prótesis se realizó una evaluación integral de los parámetros estéticos y funcionales del paciente, considerando características propias de su edad, características faciales, así como su soporte labial para lograr una correcta armonía facial.

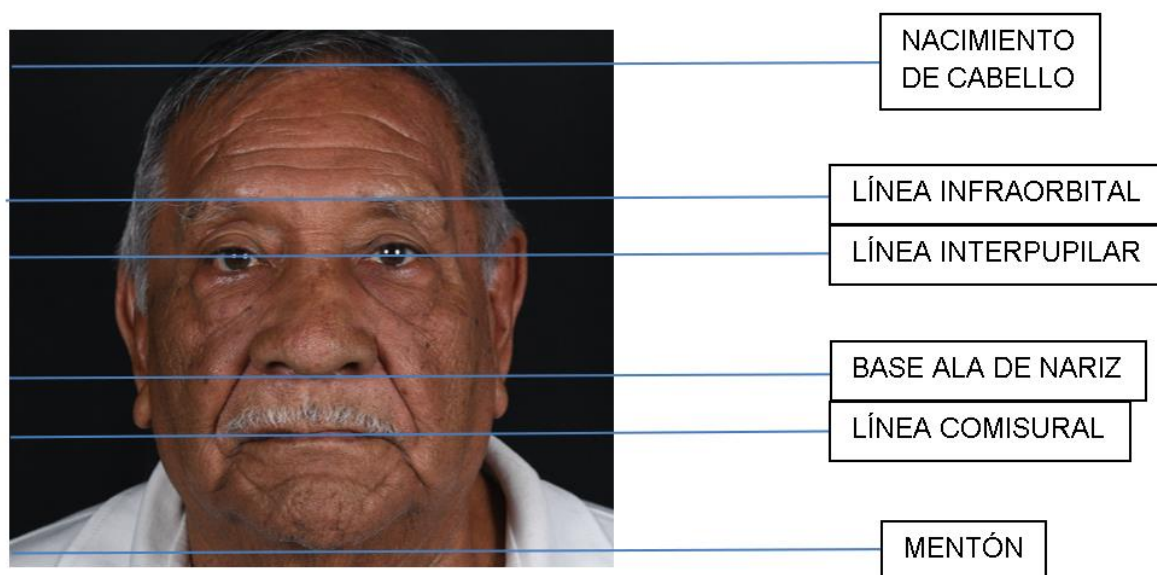


Figura 16: Análisis de Fradeani de acuerdo con el paciente.

De acuerdo con la literatura en este grupo etario, la estética protésica debe orientarse a lograr un resultado armónico y natural evitando generar un aspecto artificial o incongruente con la edad e incluso con el género; con respecto a la elección de los dientes se menciona la existencia de diferentes formas dentarias como rectangulares, cuadrados, ovalados y triangulares; por ello el nuevo montaje y correcciones dentarias se realizaron considerando una adecuada relación entre el tamaño, forma y posición de los dientes enfatizando proporciones más acordes al biotipo masculino y una disposición que respetara la línea media, el plano oclusal y la sonrisa en reposo; además, fue de gran importancia tomar en cuenta la edad del paciente para definir el color de los dientes, ya que de acuerdo con la literatura de Fradeani se menciona que la edad puede influir de manera significativa en su elección ya que a mayor edad los incisivos centrales se suelen volver más oscuros y con tonos amarillos en comparación con dientes de un paciente de un grupo etario menor ³⁵.

El diseño se fundamenta en los principios del análisis estético, ya que todo tratamiento estético dental debe crear una apariencia visual que se integre con las necesidades funcionales, estéticas y emocionales del paciente ³⁶; estos principios descritos por Fradeani fueron adaptados a sus parámetros faciales, dentolabiales, dentogingivales y dentales de acuerdo con la edad del paciente ³⁷.

Desde el análisis facial, se tomó como referencia la proporción de los tercios faciales y el soporte del tercio inferior (Figura 16), se buscó restituir la proyección labial, sin generar aspecto artificial; se planificó la posición anteroposterior de los incisivos superiores con el propósito de proporcionar adecuado soporte de labio superior y favorecer un perfil equilibrado respetando la relación entre nariz, labio y mentón por ello se planificó cuidadosamente su posición anteroposterior con el objetivo de

optimizar el soporte labial sin incrementar la convexidad facial. Asimismo, se valoró el ángulo nasolabial procurando mantener una inclinación fisiológica acorde a la edad del paciente evitando un colapso labial como una protrusión excesiva. Por último, la restauración del plano oclusal y del soporte del tercio inferior permitió equilibrar la integración entre los tercios faciales favoreciendo un perfil natural y equilibrado.

En el análisis dentolabial se identificó de manera detallada la longitud incisal, considerando la exposición dentaria en reposo evitando tanto una exposición deficiente como exposición excesiva, de esta manera se complementó diseñando la curva del arco incisal logrando paralelismo dinámico siguiendo la línea del labio inferior buscando una transición armónica durante la sonrisa entre los incisivos centrales, laterales y caninos; asimismo, la posición vestibular de los dientes anteriores fue restablecida estratégicamente para optimizar la fonética y el soporte labial ³⁷.

Desde el componente dentogingival se estableció la caracterización acorde a un paciente mayor, evitando festoneados marcados o volúmenes artificiales en la base acrílica respecto proporciones naturales y evitando contrastes exagerados que comprometieran la estética al sonreír ³⁷.

En el análisis dental esta prótesis a comparación de las prótesis inmediatas, se ajustó en la selección de la forma y tono optando por una morfología cuadrada- ovalada, el tono dentario se modificó por un tono A3, el cual al ser ligeramente más claro proporciona un aspecto natural y armónico, evitando contrastes excesivos y manteniendo coherencia, lo que el paciente recibió con agrado; por último se verificaron las proporciones ancho y alto de los dientes anteriores, la alineación correcta de la línea media y simetría incisal.

En conjunto, estos criterios permitieron mejorar la apariencia estética verificándose en la prueba que no se alteró la identidad facial del paciente favoreciendo un aspecto funcional y estéticamente natural concluyendo que se logró un resultado estético, favorable y más personalizado (*Figura 17*); asimismo, se verificó la correcta relación intermaxilar mejorando y cuidando detalles a comparación de las prótesis inmediatas, verificando el contorno de los rodillos y la armonía; también se valoró la exposición dentaria en reposo corrigiendo el aumento de volumen de acrílico en el flanco vestibular superior, el cual el paciente refería como incómodo.

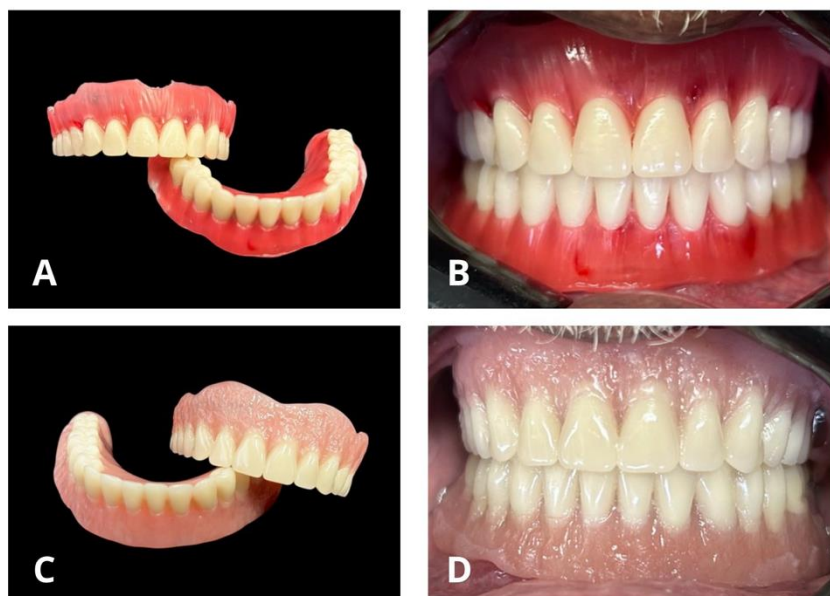


Figura 17: Prueba estética de enfilado de dientes y prótesis totales acrilizadas en ambas arcadas. A-B) Prueba en boca de enfilado verificando su adecuada relación con la línea media facial, planos de orientación y estética facial. C) Prótesis totales superior e inferior acrilizadas. D) Vista frontal de las prótesis en oclusión mostrando la adaptación clínica y resultado estético.

SEGUIMIENTO CLÍNICO Y MANTENIMIENTO

Una vez concluida todas las fases clínicas de confección, se procedió a la colocación de las prótesis aquí se corroboró la correcta adaptación a los tejidos de soporte, así como nuevamente la estabilidad y retención en ambas arcadas, se verificó la relación oclusal, dimensión vertical establecida y correcciones en los parámetros estéticos y fonéticos confirmando una correcta integración funcional y estética (Figura 18).



Figura 18: Fotografías extraorales posteriores a instalación de las prótesis definitivas. a) Vista lateral izquierda, donde se observa mejor proyección del tercio inferior y adecuado soporte de labio superior b) Vista frontal evidenciando armonía facial y correcta relación de la línea media al sonreír. c) vista lateral derecha, mostrando perfil facial más equilibrado y adecuada relación nasolabial y mentoniana.

Cómo parte del seguimiento clínico posterior a la colocación de las prótesis se instruyó al paciente el mantenimiento de estas y recurrir a citas periódicas con la finalidad de evaluar la adaptación funcional y estética, realizar ajustes y reforzar las instrucciones de uso, higiene y cuidado.

Durante la evaluación funcional se analizó la eficiencia masticatoria, refiriendo una mejora en la adaptación del paciente para poder masticar y comer mejor sin inestabilidad. Asimismo, se analizó la función mediante la pronunciación de fonemas corroborando la posición correcta y la longitud de los dientes artificiales sin interferencias que comprometieran el habla.

En cuanto a la evaluación estética final, se valoraron aspectos físicos como el soporte labial según el análisis de Fradeani en cuanto armonía facial, la línea de la sonrisa, la exposición dental en reposo y en sonrisa, así como también la integración de las prótesis con los tejidos blandos, observándose una mejora significativa en la apariencia final del paciente y un resultado estético satisfactorio.

Finalmente, se reforzaron las instrucciones del paciente respecto a su uso e higiene, instruyendo al paciente tener un cepillo dental de uso exclusivo para las prótesis, utilizar jabón neutro y pastillas de Corega para higienizarlas, de igual manera la importancia de retirar las prótesis durante el descanso nocturno, así como la necesidad de acudir a citas periódicas para realizar ajustes clínicos y prevenir lesiones en los tejidos de soporte.

COMPARACIÓN ENTRE PRÓTESIS INMEDIATA Y DEFINITIVA

La comparación clínica las prótesis inmediatas como la definitivas permitió evaluar la evolución y el proceso de la estética, la funcionalidad y la percepción psicológica del paciente a lo largo del tratamiento rehabilitador.

Al inicio la prótesis inmediata cumplió su función y objetivo principal el cual fue preparar al paciente de manera pre protésica, funcionar de manera transitoria, reestructurar la estética facial y facilitar la adaptación inicial al uso de prótesis totales; mientras que la prótesis definitiva fue diseñada para proporcionar estabilidad, funcionalidad y estética a largo plazo, asimismo corrigiendo detalles de estética posicionando líneas de referencia para obtener un resultado más favorable.

Desde el punto de vista estético, la prótesis definitiva mostró una mejora significativa en armonía facial en comparación a la inmediata, reducción de volumen del acrílico en la región del flanco vestibular superior el cual incomodaba al paciente obteniendo un resultado más confortable y de naturalidad en la sonrisa.

Funcionalmente se logró observar un aumento en la retención y estabilidad protésica, atribuyendo a una mayor eficiencia masticatoria y fonación, que permitió al momento del habla no se le desplazaran las prótesis en comparación con las inmediatas.

Desde la percepción del operador, el procedimiento clínico entre ambas prótesis permite un control progresivo y evolutivo del tratamiento facilitando una evaluación continua de la respuesta de adaptación funcional y aceptación del paciente. Este enfoque permitió dar una planificación y seguimiento para alcanzar un resultado predecible en la ejecución del tratamiento final (*Figura 19*).



Figura 19: Comparación extraoral frontal, pre y post rehabilitación protésica.
a) Vista frontal inicial donde se observa disminución del tercio inferior facial, pérdida de soporte labial y colapso de tejidos periorales. b) Vista frontal posterior: restitución del soporte labial y mejoría en la estética facial tras la rehabilitación protésica. c) Vista lateral inicial: evidencia reducción de la dimensión vertical de oclusión y restitución facial. d) Vista lateral posterior: recuperación de la dimensión vertical de oclusión mejor proyección del tercio inferior facial y armonía del perfil.

REGISTRO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.

La satisfacción, aceptación y percepción del paciente fueron registrados mediante entrevista clínica realizada durante las citas de seguimiento cada semana empleando la evaluación de Likert, el cual es un instrumento de medición utilizado en la investigación clínica y social para evaluar la percepción y el nivel de satisfacción del paciente respecto al seguimiento del tratamiento, en este caso se consideraron como parámetros la estética, función y comodidad. Esta escala se diseñó con 5 puntos, donde 1 correspondió a “muy insatisfecho”, 2 “insatisfecho”, 3 “neutral/aceptable”, 4 “satisfecho” y 5 a “muy satisfecho” durante cada procedimiento.

En la fase inmediata posterior a las extracciones y colocación de la prótesis inmediata el paciente manifestó una percepción inicial de satisfacción principalmente en el aspecto estético al evitar el periodo de edentulismo; sin embargo, refirió incomodidad leve y dificultad funcional por lesiones provocadas en áreas de presión, citas en las que se realizaron ajustes.

Durante las citas subsecuentes, se realizaron ajustes clínicos para evitar zonas de presión y mejorar la adaptación lo que favoreció una evolución hacia una percepción de mayor comodidad y aceptación. No obstante, con el paso del tiempo y debido a los cambios tisulares propios del proceso de cicatrización y reabsorción ósea el paciente comenzó a presentar disminución en la estabilidad y retención de las prótesis inmediatas reflejando una ligera disminución en su nivel de satisfacción funcional.

Tras la confección y colocación de las prótesis definitivas se observó una mejoría significativa en la estabilidad retención y función masticatoria. El paciente refirió mayor seguridad comodidad y eficiencia durante la función, así como una notable mejoría en la estética facial evidenciada por la adecuada hoy restitución del soporte labial y armonía del tercio inferior facial.

Evaluación de la satisfacción del paciente mediante escala de Likert de 5 puntos durante 15 citas de seguimiento a lo largo del tratamiento rehabilitador

CITAS	ETAPA/PROCEDIMIENTO	ESTÉTICA	FUNCIÓN	COMODIDAD
1	Evaluación inicial y diagnóstico	2	2	2
2	Confección de prótesis inmediatas	2	2	2
3	Registro de dimensión vertical	3	2	2
4	Procedimientos quirúrgicos	1	1	1
5	Colocación de prótesis inmediata	4	4	4
6	Ajuste inmediato	4	3	3
7	Control postquirúrgico	3	3	2
8	Ajustes/control	4	4	3
9	Evaluación de estabilidad y adaptación	4	4	4
10	Confección de prótesis definitivas	4	4	4
11	Prueba de placas base/ajustes de oclusión	4	4	4
12	Prueba (estética) dientes en cera	5	4	5
13	Colocación de prótesis definitivas	5	5	4
14	Control y ajustes post-instalación	5	5	5
15	Seguimiento/controles	5	5	5

Esta escala permitió integrar la experiencia subjetiva del paciente como un elemento complementario a la evaluación clínica objetiva del tratamiento rehabilitador.

IMPACTO PSICOLÓGICO Y PERCEPCIÓN DEL PACIENTE

Tras la colocación de las prótesis inmediatas el paciente refirió una serie de sensaciones físicas y emociones propias del periodo postquirúrgico y del proceso inicial de la adaptación protésica. En las primeras horas y días posteriores a las extracciones múltiples manifestó la percepción de un cuerpo extraño en la cavidad bucal, acompañada de molestias frecuentes/leves y sensaciones de presión, principalmente asociadas a las zonas intervenidas quirúrgicamente, que al paso del tiempo se fueron corrigiendo en citas de control. Asimismo, expresó dificultad inicial para poder masticar ciertos alimentos, lo cual generó incomodidad y necesidad de

adaptación progresiva ya que refería no tener fuerza para masticar fuerte una manzana.

Desde el punto de vista emocional, el paciente manifestó sentimientos iniciales de ansiedad e incertidumbre acompañados de inseguridad y malestar en las primeras citas tras la incomodidad del rose y presión constante de la prótesis hacia los tejidos; y temor a que la prótesis se desplazara durante el habla o la alimentación, así como la incertidumbre propia de enfrentarse a algo nuevo. No obstante, de manera simultánea y en las citas de control refiere una sensación de tranquilidad, al recuperar de manera inmediata la presencia de los dientes perdidos, destacando que las prótesis inmediatas le permitieron evitar edentulismo temporal, comer bien y mejorar su aspecto.

El paciente señaló que, a pesar de las molestias iniciales, las prótesis inmediatas tuvieron un efecto positivo de manera funcional y en su autoestima, ya que le permitió mantener y recuperar una apariencia estética cómoda a su percepción en su entorno familiar y social, refiriendo recibir comentarios positivos del tratamiento por parte de sus familiares. Expresó expectativas positivas hacia la siguiente fase del tratamiento, reconociendo que la etapa inicial de estas prótesis fue transitoria y necesaria para alcanzar un resultado definitivo más cómodo y funcional.

PERCEPCIÓN TRAS LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS DEFINITIVA

Finalmente, en la colocación de la prótesis definitiva el paciente refirió una mejora notable, tanto a nivel físico, estético y emocional en comparación con la experiencia previa.

Desde el aspecto estético, manifestó un alto grado de satisfacción con la apariencia final de la prótesis definitiva, destacando la naturalidad de la sonrisa, el adecuado soporte labial y la armonía facial lograda. Refirió sentirse más seguro al sonreír y al verse señaló un cambio positivo en su imagen.

En cuanto al impacto psicológico fue descrito por el paciente como altamente positivo, refiriendo incremento de su autoestima, mayor seguridad personal y sobre todo la mejora en cuestión de la alimentación, el cual era el principal problema para atender impactando en su calidad de vida. El paciente expresó que las prótesis definitivas corrigieron irregularidades que se presentaron con la inmediata consolidando su aceptación del tratamiento.

El paciente manifestó que al paso del procedimiento permitió identificar de manera clara la evolución y los cambios positivos entre cada una de las etapas. Conforme avanzó el proceso refirió una mejor adaptación a la prótesis, así como una percepción progresiva a lo que le permitió comprender los beneficios del tratamiento de inicio a fin.

DISCUSIÓN

La pérdida y falta de órganos dentarios al paso del tiempo representan una condición que puede generar alteraciones funcionales, estéticas e impactar psicológicamente a los pacientes. El edentulismo parcial o total se asocia con una disminución de la eficiencia masticatoria, cambios en la dimensión vertical y modificaciones en el aspecto facial de cada persona impactando en su calidad de vida. En ese contexto, la rehabilitación protésica constituye una solución terapéutica fundamental integral para restablecer la función bucal, estética y armonía facial.

Al existir múltiples órganos dentarios con pronóstico desfavorable, las extracciones forman parte de un plan de tratamiento con el objetivo de restaurar y rehabilitar integralmente. El diagnóstico es un paso esencial para dar el siguiente paso en los tratamientos rehabilitadores, desde la anamnesis se hace conocimiento sobre hábitos, enfermedades que quizá puedan estar implicados en la salud bucal; asimismo es importante realizar una valoración exhaustiva tanto clínica como radiográfica para poder brindar un diagnóstico y que el plan de tratamiento sea el más adecuado y dar una solución inmediata a este tipo de pacientes devolviendo armonía facial y sobre todo funcional. Diversos autores han señalado que cuando las piezas dentarias presentan pérdida ósea avanzada o afectación periodontal significativa lo que puede desencadenar en movilidad dental, el pronóstico se considera desfavorable y la extracción forma parte del plan terapéutico con el objetivo de permitir una rehabilitación funcional y a largo plazo ¹³; sin embargo, en el presente caso dichas valoraciones permitieron identificar las piezas remanentes con pronóstico desfavorable lo que justificó la indicación de las exodoncias múltiples como parte del tratamiento. No obstante, algunos autores señalan que, en determinados casos, dientes comprometidos en cuanto al pronóstico periodontal pueden mantenerse mediante tratamientos conservadores como terapia periodontal siempre que exista suficiente soporte óseo ³⁸. Sin embargo, cuando las condiciones clínicas comprometen la estabilidad del tratamiento a largo plazo, la extracción continúa siendo una alternativa terapéutica indicada.

Una vez realizadas las exodoncias surge la necesidad de restablecer la función y estética del paciente mediante una adecuada planificación protésica. Dentro de las diferentes alternativas terapéuticas disponibles para estos casos, la prótesis inmediata ha sido ampliamente utilizada, ya que permite reemplazar las piezas perdidas y restablece la función en el mismo acto quirúrgico evitando que el paciente permanezca en un estado de compromiso funcional durante el tiempo de cicatrización. Diversos autores han señalado que este tipo de prótesis ofrece ventajas importantes entre las que destacan la preservación de la estética, la protección del sitio quirúrgico y mantenimiento de la dimensión vertical asimismo le otorga al paciente una solución inmediata masticatoria durante el proceso de cicatrización ¹⁷. En el presente caso, la utilización de la prótesis inmediata permitió restablecer la

estética y función bucal del paciente tras la realización de las extracciones múltiples y regularización de reborde alveolar.

Referente a la necesidad de efectuar la regularización de reborde algunos autores mencionan que las prótesis inmediatas pueden presentar ciertas limitaciones, principalmente debido a los cambios que ocurren en el reborde a lo largo durante la cicatrización lo que puede generar pérdida de adaptación, requerir ajustes o rebasados posteriores ²⁴; a pesar de esas consideraciones su uso continúa siendo una alternativa terapéutica viable cuando se realiza una adecuada planificación del tratamiento.

En el presente caso clínico la regularización se llevó a cabo durante el mismo acto quirúrgico con el propósito de conformar un lecho protésico más uniforme que favoreciera la adaptación de la prótesis inmediata. Este manejo permitió reducir posibles zonas de presión e interferencias que pudieran presentarse durante la cicatrización y final.

Es importante considerar que posterior a todos los procedimientos quirúrgicos se produce un proceso fisiológico de cicatrización y remodelación del reborde alveolar. De acuerdo con Wai L.Tan et al. (2012) describe que durante los primeros meses posteriores a las extracciones ocurre una reabsorción ósea progresiva especialmente en sentido horizontal lo que puede modificar la forma y volumen del reborde alveolar ³⁹, trayendo como consecuencia que la adaptación inicial de la prótesis inmediata pueda verse afectada. Por esta razón, es recomendado que la prótesis inmediata sea considerada como una alternativa terapéutica provisional, que permita restablecer la estética y función desde el primer momento que es colocada. Además, una vez completado el proceso de remodelación ósea y estabilización de los tejidos se procede a la elaboración de prótesis inmediatas que se adapte de manera más precisa a las nuevas condiciones del reborde alveolar.

Debido al proceso de cicatrización y remodelación ósea que ocurre posterior a las extracciones, puede presentarse una pérdida progresiva de retención y estabilidad de la prótesis inmediata. Algunos autores señalan que el tiempo mínimo para la fase de cicatrización es de aproximadamente de 3 a 6 meses periodo tras el cual puede considerarse la confección de las prótesis definitivas ^{40, 41}; sin embargo tomando las características de este caso se consideró realizar las prótesis definitivas a los 7 meses posteriores, tiempo que permitió la cicatrización de los tejidos y una mayor estabilidad del reborde alveolar favoreciendo así una mejor adaptación pronóstico de la rehabilitación protésica final.

Además de los aspectos clínicos y funcionales del tratamiento, es importante considerar la respuesta y adaptación del paciente a la rehabilitación. Autores señalan que la utilización de prótesis inmediatas puede favorecer la adaptación psicológica mejorar su autoestima, evitar el periodo de edentulismo y mejorar la estética ⁴².

CONCLUSIÓN

La rehabilitación realizada en el presente caso clínico se abordó como un conjunto de procedimientos secuenciales orientados a restablecer de manera integral la función, estética y el bienestar del paciente. En pacientes mayores, este tipo de tratamiento requiere una evaluación integral y un diagnóstico preciso ya que como se mencionó, engloba factores que, debido a la edad, condiciones sistémicas, funcionales y anatómicas pueden impactar directamente en la pérdida de órganos dentales y en los tejidos de soporte repercutiendo en el pronóstico de cada pieza.

Durante el desarrollo del presente caso clínico se identificaron impedimentos propios de la adaptación protésica y evolución tisular; sin embargo, mediante la planificación realizada y el seguimiento oportuno por medio de ajustes y citas de control, se logró el éxito de la rehabilitación. La colocación de las prótesis inmediatas permitió una recuperación temprana de la función masticatoria y estética facial, además de facilitar la adaptación psicológica y aceptación del paciente, mientras que las prótesis definitivas lograron optimizar la comodidad, mayor estabilidad y retención, así como cambios en cuanto a estética en comparación con las inmediatas; dichas prótesis a la par permitieron mejorar la percepción en la calidad de vida del paciente lo cual era su motivo inicial al buscar el tratamiento. De esta manera y por lo mencionado, una vez finalizado el procedimiento de transición de prótesis en ambas arcadas se logró cumplir el objetivo principal planteado al inicio.

En conjunto, este tipo de tratamiento representa una alternativa terapéutica integrada por restablecer la función y estética del paciente mediante un abordaje integral incluyendo procedimientos quirúrgicos como las exodoncias múltiples, regularización del reborde alveolar y una rehabilitación inicial con prótesis inmediata permitiendo evitar el periodo de edentulismo y favorecer la adaptación funcional desde el periodo de cicatrización. El manejo realizado para la elaboración de prótesis definitivas permitió obtener una rehabilitación más estable y adecuada a las condiciones finales del reborde alveolar.

De esta manera, se resalta la importancia de una correcta planificación del tratamiento y del seguimiento clínico para lograr resultados favorables en la rehabilitación protésica de pacientes con pérdida dentaria extensa lo cual contribuye a mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Dávalos DR, Extracción atraumática y preservación de alveolo con técnica combinada: presentación de un caso clínico. (2020). Pág. 14-15 [Consultado 4 de marzo del 2026], Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/583bdcb0-33cc-4c25-879a-09580a781b6c/content>
2. Marzadori, M., Stefanini, M., Mazzotti, C., Ganz, S., Sharma, P., & Zucchelli, G. Soft-tissue augmentation procedures in edentulous esthetic areas. *Periodontology* 2000, (2018). 77(1), 111-122. [citado 2026 Feb 25]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/prd.12210>
3. Falcón Guerrero, B. E. Manejo de los defectos horizontales del reborde alveolar. (2017). *Jpapo*, 2(1), 30-39. citado 2026 Feb 25]. Disponible en: <https://appo.com.pe/wp-content/uploads/2017/09/07-Articulo-Manejo-de-los-Defectos-Horizontales.pdf>
4. Miele Borja VF, Miele Garzón VI, Angulo Quiñónez LF, Zurita Blacio SM. Relación entre salud bucal y enfermedades sistémicas en adultos mayores. Una revisión sistemática. *RECIMUNDO* [Internet]. 12 de junio de 2025; 9(2):502-15. [citado 11 de febrero de 2026] Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2663>
5. Torrecilla-Venegas R, Castro-Gutiérrez I. Efectos del envejecimiento en la cavidad bucal. [Internet]. 16 de abril. 2020;59(278):1-6. [citado 11 de febrero de 2026] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97926b>
6. Mac-Kay APMG, Véliz LOC, Calderón CSM, Aránguiz S del C. Alteraciones de la masticación en usuarios de prótesis dental removable. Revisión sistemática. *Rev CEFAC* [Internet]. Julio 2015 ;17(4):1319–26. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1982-021620151742115>
7. Ayala Pérez Yolanda, Carralero Zaldívar Leyanis de la Caridad, Leyva Ayala Beatriz del Rosario. La erupción dentaria y sus factores influyentes. *ccm* [Internet]. 2018 Dic [citado 2026 Feb 18]; 22(4): 681-694. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000400013&lng=es.
8. Villafana-Mori, C. J. Calidad de vida de los pacientes adultos mayores con prótesis dental, *CIENCIAMATRIA*, [Internet], (2022), 8(3), 890-901. [citado 11 de febrero de 2026], Disponible en: <https://scholar.archive.org/work/b2f3l5wjnzcdjphubv3xhyt3um/access/wayback/https://www.cienciamatriarevista.org.ve/index.php/cm/article/download/808/1313>
9. Chávez-Reátegui, B. D. C., Manrique-Chávez, J. E., & Manrique-Guzmán, J. A. Odontopediatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. *Rev Estomatol Herediana*. 2014 Jul-Set;24(3):199-207. (2014). [citado 11 de febrero de 2026]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539382010.pdf>
10. Calatrava Oramas, L. A. Desgaste dental, una epidemia silenciosa. Una revisión narrativa. *Odous Científica*. 2021, 22(2): 147-163 [citado 11 de febrero de 2026], Disponible en: www.researchgate.net/publication/359365356_Desgaste_dental_una_epidemia_silenciosa_Una_revision_narrativa/RK=2/RS=GmPwulAZ9l5b6UabL6WkiiO7ECE-

11. Vera Veloz AF, Gavilanes Villamarín SM, Cleonares Borbor AM. Los hábitos parafuncionales como factor etiológico en pacientes con discrepancias hueso-dental. Rev Cubana Inv Bioméd [Internet]. 16 de julio de 2023 [citado 11 de febrero de 2026];42(2). Disponible en: <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/2938>
12. Latorre, C., Pallenzona, M. V., Armas, A., & Guiza, E. Desgaste dental y factores de riesgo asociados. (2010). Rev.CES Odont.2010;23(1)29-36 [citado 11 de febrero de 2026], Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3705823>
13. Ghods K, Alaei A, Jafari A, Rahimi A. Common Etiologies of Generalized Tooth Mobility: A Review of Literature. J Res Dent Maxillofac Sci 2022; 7 (4) :249-259 [citado 12 de febrero de 2026]; Disponible en: https://jrdms.dentaliau.ac.ir/browse.php?a_id=337&sid=1&slc_lang=fa
14. Merchán, R. M. M., Albán, J. S. L., & Bonilla, H. B. A. La clasificación de Kennedy en los pacientes parcialmente desdentados. RECIAMUC, (2022). 6(3), 231-238. [citado 12 de febrero de 2026]; Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/898>
15. Osorio LS. Pronóstico individual de dientes pilares. Rev Fac Odontol Univ Antioq (2015); 27(1): 197-215. [citado 11 de febrero de 2026], Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/957210/rev-odo-27-1-art-10.pdf>
16. Gómez, P. R., Torres, M. F. M., & Rojas, K. R. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. Dom Cien, [Internet], 3(2), 702-718. (2017). [citado 11 de febrero de 2026]; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6325884>
17. Reséndiz MH, Bernal AR. De las prótesis inmediatas a la sobredentadura: Reporte de un caso. Rev Odont Mex. 2014;18(4):241-248. [citado 11 de febrero de 2026], Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=52626>
18. Vinent Céspedes AM, La O Salas N. Importancia estética de la prótesis inmediata. MEDISAN [Internet]. 13 de febrero de 2018 [citado 12 de febrero de 2026]; Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1579>
19. Bernal Arciniaga R, Fernández Pedrero JA. *Prostodoncia total: manuales de laboratorio en odontología*. México: Trillas; 1999
20. Edentulismo Total, Relación intermaxilar, [Internet]. Rehabilitación Oral. 2019 [citado el 18 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://rehabilitacionoralblog.wordpress.com/2019/05/21/puntos-y-planos-antropometricos-la-ciencia-de-la-rehabilitacion-oral/>
21. Gómez León A, Marco histórico institucional de la estomatología en México, Avances científicos y tecnológicos desde la antigüedad hasta el siglo XXI, Universidad Autónoma Metropolitana, Serie de textos CBS 9, Pág. 108-109, [citado el 18 de febrero de 2026].
22. Malamed S, Manual de Anestesia Local, Editorial Elsevier, Sexta Edición, (2013) pág. 192, [citado 2026 Feb 18].
23. Prior, I. D. Tratamientos quirúrgicos y prótesis inmediata previos a rehabilitación oral integral. Int. J. Med. Surg. (2015). Sci, 2(1), 433-441. [citado 12 de febrero de 2026]; Disponible en: <https://articles.ambconsultora.cl/wp-content/uploads/2023/10/tratamientos-quirurgicos-protesis.pdf>
24. Alvarado, M., & Rondón, J. L. "Abordaje Quirúrgico de Regularización Ósea con Fines Proteicos. Presentación de un Caso Clínico." *Revista Científica Espacio*

- Odontológico* 1.2 (2025): 8-8. [citado 2026 Feb 18]. Disponible en: <https://saber.unerg.edu.ve/index.php/espacioodontologico/article/view/579>
25. Rosas Berrio, M. A. Propiedades terapéuticas de los acondicionadores de tejidos y materiales de rebase temporal en prótesis total. [internet] (2019). [citado 2026 Feb 18]. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/1181>
 26. Diaz Torreblanca, F., & Quintana Del Solar, M. Prótesis Total inmediata como alternativa de tratamiento. *Rev. estomatol. Hered*, (2013). Vol 23, 29-33. [citado 12 de febrero de 2026]; Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-706117>
 27. Largo, A. A. R., Guillén, M. K. G., Matamoros, C. L. R., Ruiz, E. D. M., & Rodríguez, S. J. P. Complicaciones Relacionadas a la Exodoncia. Revisión Bibliográfica. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, (2023). 7(6), 8758-8772. [citado 2026 Feb 18]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9430037>
 28. Montenegro Pangol OE, Villacrés Granda BH, Armas Vega A del C, Lara Castillo DA. Influencia a nivel sistémico del Streptococcus mutans presente en caries y prótesis dentales: una revisión bibliográfica. *Odontol. Act.* [Internet]. 13 de enero de 2023 [citado 28 de febrero de 2026];8(1):57-64. Disponible en: <https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/747>
 29. Manual para la Detección de Alteraciones de la Mucosa Bucal Potencialmente Malignas, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, Secretaría de Salud, [citado 2026 Feb 25]. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/alteraciones_mucosa_bucal.pdf
 30. Salazar Vera MC, Martínez Palma I, Flores Rodríguez NJ, Patología bucal por zonas anatómicas, UNAM Facultad De Estudios Superiores Zaragoza, (Junio 2024), ISBN: 978-607-30-9176-3 Pág. 8-20 [citado 2026 Feb 25]. Disponible en: https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/2023/Publicaciones/libros/cbiologia/Patologia_bucal_zonas.pdf
 31. Tiol-Carrillo A, Julián-de SD, Bledí-Mendoza N. Reparación tisular de los tejidos orales. Una revisión de la literatura. *Rev ADM*. 2024;81(3):164-169. [citado 2026 Feb 19]. Disponible en: [doi:10.35366/116299](https://doi.org/10.35366/116299).
 32. Elices, D. G., Martínez, M. G., & Espinosa, P. A. Factores que favorecen la cicatrización en la medicina actual. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 51(7), 102513. (2025). [citado 2026 Feb 25]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359325000668>
 33. Bortolotti L, Prótesis Removibles: Clásica e innovaciones, Editorial AMOLCA, (2006), Primera edición. Pág. 47.
 34. López Hernández L de los M, Rodríguez Castillo D, Espinosa Tejeda N de las M. Printing materials for stomatological use. *Rev 16 de abril* [Internet]. 24 de febrero de 2018 [citado 3 de marzo de 2026];57(267):64-72. Disponible en: https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/607
 35. Alarcon Barcia N, Selección De Los Dientes En Rehabilitación Oral. Revisión De Tema. *Revista San Gregorio* [Internet]. 2018, vol.1, n.22 Pág. 86-95. [Consultado 2 de marzo del 2026], Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?pid=S2528-79072018000200086&script=sci_arttext

36. Neto CCS, Da Silva RR, Silva JPP. Planejamento Estético Em Dentes Anteriores Uma Revisão De Literatura. *Revista Saúde, (2019). Multidisciplinar, 5(1).* [Consultado 2 de marzo del 2026], Disponible en: <https://fampfaculdade.com.br/wp-content/uploads/2019/11/5-PLANEJAMENTO-EST%C3%89TICO-EM-DENTES-ANTERIORES-UMA-REVIS%C3%83O-DE-LITERATURA.pdf>
37. Fradeani M, Rehabilitación Estética en Prostodoncia Fija, Análisis Estético; Un acercamiento al tratamiento protésico, Vol 1, Editorial Quintessence Books, Capítulo 2, 3 y 5, [citado el 18 de febrero de 2026].
38. Sanz-Sánchez I., Bascones-Martínez A. Terapéutica periodontal de mantenimiento. *Avances en Periodoncia* [Internet]. 2017 Abr; 29(1): 11-21. [citado 2026 Mar 07] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852017000100002&lng=es.
39. Mahardawi, B., Jiaranuchart, S., Arunjarosuk, S., Dhanesuan, K., Mattheos, N., & Pimkhaokham, A. The clinical benefit of alveolar ridge preservation in the posterior maxilla: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, [Internet] (2025). 15(1), 23019. [citado 2026 Mar 07] Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-025-06261-w>
40. Pantoja Borja PE, Prótesis total en un paciente diabético controlado. Tesis de Licenciatura. Quito, [Internet] 2014. Pág.57 [citado 2026 Mar 07] Disponible en: <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/345/1/T-UIDE-0324.pdf?utm>
41. Figueroa-Ahumada Emanuel, Raby-Olavarria Ian. Protocolo Clínico para Control de Prótesis Fija Total con Carga Inmediata. *Int. J. Odontostomat.* [Internet]. 2018 Sep 12(3): 296-303. [citado 2026 Mar 09] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2018000300296&lng=es
42. A Razdan, R., Srivastava, R., Jaiswal, T., Garg, M., Chansoria, H., & Kala, A. Psychological assessment in edentulous patients before and after complete denture. *Bioinformation*, (2025) [Internet] 21(3), 504–508. [citado 2026 Mar 09] Disponible en: <https://doi.org/10.6026/973206300210504>

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA



UBICACIÓN. El servicio social fue realizado en el Laboratorio de Diseño y Comprobación Nezahualcóyotl, ubicada en 4a. Avenida, Pirules, 57510 localizada en Cdad. Nezahualcóyotl, Méx. Esta es una de las cuatro clínicas de estomatología de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Figura 1. Fuente: Google Maps (26 de agosto de 2025)

Esta clínica brinda servicios estomatológicos a la comunidad desde el año de 1976, se seleccionaron zonas de alta y/o relativa marginalidad, las cuales cuentan con una vasta población, bajos recursos y servicios de salud poco suficientes para la misma población perteneciente brindando servicios como prevención y promoción a la salud ¹.

El plan de estudios que se maneja durante la promoción se basa en la prestación de servicios de bajo costo proporcionados por estudiantes que realizan sus actividades clínicas, todo esto bajo la supervisión de especialistas y docentes en apoyos específicos o generales para los días dedicados al servicio y atención adultos, adultos mayores y niños ¹.

ORGANIZACIÓN Y RECURSOS DEL ÁREA CLÍNICA

Dentro de la clínica estomatológica, se constituye el espacio principal integrado por 16 unidades dentales distribuidas entre equipos de estudiantes en cada unidad, asimismo se encuentran tres anexos, dos de ellos son para uso de los pasantes, y uno destinado al área quirúrgica.

La clínica cuenta con un área denominada roseta, la cual es destinada a la entrega de materiales dentales a los alumnos y utilizados en los tratamientos del paciente; asimismo, los encargados de esta área llevan a cabo el proceso de esterilización del instrumental en la Central de Equipos y Esterilización (CEyE).

También la clínica dispone de una sección integrada por tres cubículos establecidos a la toma de radiografías, dos de ellas para radiografías dentoalveolares, y uno a la ortopantomografía y cefalometría lateral para la complementación del diagnóstico, y de igual forma el revelado de estas radiografías se realiza en el área clínica.

La clínica también cuenta con un espacio independiente destinado al trabajo de laboratorio donde se llevan a cabo actividades como el vaciado de impresiones dentales con vibrador y el recorte de estos, y con un micromotor para el pulido de

provisionales y procedimientos relacionados con la ortodoncia preventiva y algunas otras para prótesis.

Finalmente, dentro de la instalación se contempla un cuarto exclusivo para el área de lavado y ultrasonido. A esto se suman diversos espacios de apoyo que contemplan la labor clínica y administrativa, entre los que se destaca: oficinas de dirección y de administración donde se realizan los pagos de procedimientos y el inventario del material para proporcionar a roseta; una sala de espera para los pacientes donde se imparten temas de promoción a la salud; asimismo se cuenta con casillero internos y externos y una caseta destinada a la vigilancia y control de acceso del área.

OBJETIVO DEL LDC NEZAHUALCÓYOTL

El principal objetivo de la clínica estomatológica es brindar atención odontológica a los pacientes que acuden a solicitar el servicio, al mismo tiempo que se constituye como un espacio de formación para los estudiantes. En este sentido, las prácticas clínicas buscan fomentar al alumnado el adecuado manejo, atención y ética para los pacientes desde los primeros trimestres de la licenciatura, favoreciendo un aprendizaje progresivo.

De igual manera, se impulsa el trabajo en equipo, la eficiencia en las intervenciones, así como el desarrollo de responsabilidades, autonomía en la toma de decisiones, la práctica de valores éticos hacia los pacientes, así como hacia el conocimiento adquirido para llevarlo a la práctica. Todo ello se lleva a cabo bajo la supervisión de docentes modulares/apoyos, docentes clínicos y técnicos académicos encargados de guiar a los estudiantes integrando los saberes construidos en los módulos teóricos con su aplicación práctica en el ámbito clínico ².

PROGRAMA DE SERVICIOS

Los programas de servicio que se imparten en la clínica brindan atención a la comunidad mediante tres fases:

Atención integral al niño (martes y jueves de 8:30 a 14:00 horas), atención integral al adulto (lunes, miércoles y viernes de 8:30 a 14:00 horas) y Urgencias (de lunes a viernes de 8:30 a 14:00 horas)

En cuanto a las actividades clínicas se dividen en tres fases del tratamiento integral hacia el paciente: la fase preventiva, operatoria e integral. En la fase preventiva se promueve la higiene bucal, mediante técnicas de cepillado, limpieza profesional, eliminación de cálculo, aplicación de selladores y flúor, la fase operatoria comprende restauraciones con ionómeros y resina. Y la fase integral abarca procedimientos especializados como los de odontopediatría, endodoncia, prótesis, periodoncia y cirugía, estas adaptadas a las necesidades de cada paciente supervisadas por cada profesional.

Dentro de estas actividades, los pasantes participan en recibir a pacientes de urgencia tareas administrativas, tratamientos clínicos a pacientes de todas las edades (infantil, adulto y adulto mayor). Las labores administrativas incluyen la entrega y revisión de expedientes clínicos, así como el apoyo en la elaboración de informes trimestrales y anuales³.

ORGANIZACIÓN DE LDC NEZAHUALCÓYOTL

Estructura organizacional de la clínica:

- *Personal académico:*
 - Directora: C. D. E Ana Karen Acosta Solís
 - Jefa de servicio: C. D. E. Daniela Cortés Hernández
 - Técnico Académico: C. D. M. C. Teresa Villanueva Gutiérrez
 - Técnico dental: María Guadalupe García Torres
- *Docentes de apoyo:*
 - C. D. E. Odontopediatra: Gisela Beatriz Alberto
 - M. En C. César Rodríguez Cruz
- *Asistente dental:*
 - C. D. Enna Villanueva Gaona
- *Administración:*
 - Administradora: Elsa Amaro Salazar
 - Secretaria: Yadira Delgado Hernández
- *Intendencia:*
 - Sr. Fernando Montes de Oca Téllez
 - Sr. Ezequiel Hernández Rojas
- *Vigilancia:*
 - Teresa de Jesús Sánchez Ruiz

REFERENCIAS:

1. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. (2017). *Enlaces Xochimilco, 1(3). Coordinación de Planeación, Vinculación y Desarrollo Académico*. Disponible en: <http://enlaces.xoc.uam.mx> ISSN 2448-8070
2. Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Unidad Xochimilco. (s. f.) *Objetivos-Clínicas Estomatológicas*. <http://cbstmp.xoc.uam.mx/clínicas-estomatologicas/objetivos/>
3. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud. (2013). *Manual de funcionamiento de los laboratorios de diseño y comprobación de la Licenciatura en Estomatología* (Aprobado en Sesión 7/13, 30 de mayo de 2013). Disponible en: https://cbstmp.xoc.uam.mx/archivos/manual_reglas.pdf

CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Durante el año de servicio social realizado en L.D.C Nezahualcóyotl comprendido desde febrero del 2025 a enero del 2026, en un horario de 8:30 am a 2:00 pm realice diversas actividades clínicas y administrativas.

Con fines de sistematización, las actividades clínicas fueron distribuidas en diferentes áreas de atención que se presentan a continuación:

- *Diagnóstico*: Realización de historias clínicas, índices, fichas de urgencia, diagnóstico y plan de tratamiento, diagnóstico de tejidos intra y extrabucal, análisis radiográfico y análisis de modelos.
- *Preventiva*: Control de biopelícula, profilaxis, eliminación de cálculo, aplicación de flúor, colocación de selladores, raspado y alisado radicular, instruir a pacientes a mejorar la higiene desde casa enseñando técnica de cepillado individualizado.
- *Procedimientos intermedios*: Colocación de aislamiento absoluto con dique de hule, anestésicos, obturaciones provisionales, toma de impresiones, colocación de puntos de sutura.
- *Curativas*: Pulpotomía, tratamientos de conductos.
- *Quirúrgicas*: Cirugía de reborde alveolar, alargamientos de corona, inmersión radicular, tratamiento periodontal, exodoncias.
- *Rehabilitación*: Colocación de coronas, incrustaciones, endopostes, prótesis removibles y totales, prótesis inmediatas, reparación de prótesis, colocación de coronas de acero cromo,
- *Radiología*: Interpretación para diagnóstico y tratamiento en radiografías.
- *Administrativas*: Apoyo en administración, asistencias.

Los siguientes cuadros reportan y describen las actividades que se realizaron durante el servicio social en LDC Nezahualcóyotl por trimestres.

Tabla 1. Actividades realizadas en el trimestre **25-I**
(10 DE FEBRERO 2025- 09 DE MAYO 2025)

Actividades de diagnóstico	No.	%
Historias clínicas/ Actualizaciones	5	2.6
Fichas de urgencia	3	1.6
Índices: IHOS, IPC, IG, ICDAS, CAMBRA, CPOD	8	4.2
Diagnóstico y plan de tratamiento	5	2.6
Diagnóstico de tejidos intra y extrabucales	8	4.2
Análisis radiográfico	4	2.1
Diagnósticos protésicos	3	1.6
Análisis de modelos	2	1.0
Diagnósticos pulpo-periapicales	3	1.6
Subtotal	41	21.5
Actividades preventivas		
Control de biopelícula	25	13.3
Eliminación de cálculo	7	3.0
Profilaxis	9	4.8
Aplicación de flúor	7	3.7
Colocación de selladores	5	3.6
Instruir a pacientes técnica de cepillado	7	3.7
Subtotal	60	32.1
Procedimientos intermedios		
Colocación de aislamiento absoluto con dique de hule	10	4.3
Anestesias	12	8.7
Obturaciones provisionales	2	1.1
Toma de impresiones	4	2.1
Subtotal	28	16.2
Actividades endodónticas		
Tratamiento de conductos	1	0.5
Subtotal	1	0.5
Actividades protésicas		
Resinas	9	4.8
Coronas	1	0.5
Incrustación	1	0.5
Corona acero cromo	1	0.5
Prueba de placas base	2	1.0
Prueba de enfilado	1	0.5
Subtotal	15	7.8
Actividades quirúrgicas		
Exodoncias	2	1.0
Subtotal	2	1.0
Actividad tratamiento periodontal		
Tratamiento periodontal (Periodontograma)	2	1.0

Raspado y alisado	2	1.0
Subtotal	4	2.0
Actividades administrativas		
Administración	16	8.5
Asistencia	20	10.4
Subtotal	36	18.9
Total, de actividades	187	100.0

Durante el periodo comprendido del 10 de febrero al 9 de mayo de 2025, se realizaron un total de 187 actividades, de las cuales 32.1% (n=60) correspondieron a actividades preventivas, destacando el control de biopelícula 13.3% (n=25). Por otra parte, las actividades endodónticas registraron la menor frecuencia con 0.5% (n=1).

Tabla 2. Actividades realizadas en el trimestre **25-P**
(26 DE MAYO 2025- 15 DE AGOSTO 2025)

Actividades de diagnóstico	No.	%
Historias clínicas/ Actualizaciones	3	1.3
Fichas de urgencia	1	0.4
Índices: IHOS, IPC, IG, ICDAS, CAMBRA, CPOD	4	1.7
Diagnóstico y plan de tratamiento	4	1.7
Diagnóstico de tejidos intra y extrabucal	4	1.7
Análisis radiográfico	2	0.8
Diagnósticos protésicos	1	0.4
Análisis de modelos	1	0.4
Diagnósticos pulpo-periapicales	2	1.8
Subtotal	22	10.2
Actividades preventivas		
Control de biopelícula	30	13.0
Eliminación de cálculo	4	1.7
Profilaxis	4	1.7
Aplicación de flúor	4	1.7
Colocación de selladores	5	2.1
Instruir a pacientes técnica de cepillado	3	1.3
Subtotal	50	21.5
Actividades endodónticas		
Tratamientos de conductos	1	0.4
Subtotal	1	0.4
Actividades intermedias		
Anestesias	30	13.0
Colocación de aislamiento absoluto con dique de hule	23	10
Obturaciones provisionales	1	0.4
Toma de impresiones	4	1.7
Colocación de puntos de sutura	6	2.6
Subtotal	64	27.7
Actividades protésicas		
Resinas	20	8.6

Coronas	2	0.8
Endopostes	1	0.4
Incrustaciones	1	0.4
Prueba de enfilado	2	0.8
Entrega de prótesis total inmediata	2	0.8
Entrega de prótesis removible	3	1.3
Subtotal	31	13.1
Actividades quirúrgicas		
Exodoncias	11	4.7
Regularización de reborde alveolar	1	0.4
Subtotal	12	5.1
Actividad tratamiento periodontal		
Tratamiento periodontal (periodontograma)	2	0.8
Raspado y alisado	2	0.8
Subtotal	4	1.6
Actividades administrativas		
Administración	15	6.5
Asistencia	30	13.5
Subtotal	45	20.0
Seguimiento de pacientes		
Bajas	1	0.4
Subtotal	1	0.4
Total, de actividades	230	100.0

Durante el periodo comprendido entre el 26 de mayo al 15 de agosto de 2025, correspondiente al trimestre 25-P, se realizaron 230 actividades. De acuerdo con la información presentada, 27.7% de las actividades fueron las intermedias con 64 procedimientos entre anestесias 13.0%, aislamientos 10.0% y toma de impresiones. Por otra parte, las actividades endodónticas fueron las de menor frecuencia 0.4% (n=1).

Tabla 3. Actividades realizadas en el trimestre **25-O**
(01 DE OCTUBRE 2025- 19 DE DICIEMBRE 2025)

Actividades de diagnóstico	No.	%
Historias clínicas/ Actualizaciones	1	0.7
Fichas de urgencia	1	0.7
Índices: IHOS, IPC, IG, ICDAS, CAMBRA, CPOD	4	2.8
Diagnóstico y plan de tratamiento	2	1.6
Diagnóstico de tejidos intra y extrabucales	2	1.6
Análisis radiográfico	2	1.6
Diagnósticos protésicos	2	1.4
Análisis de modelos	4	2.8
Diagnósticos pulpo-periapicales	1	0.7
Subtotal	19	13.9
Actividades preventivas		
Control de biopelícula	17	12.0
Eliminación de cálculo	4	2.8

Profilaxis	4	2.8
Aplicación de flúor	2	1.4
Colocación de selladores	4	2.8
Instruir a pacientes técnica de cepillado	3	2.1
Subtotal	34	23.9
Actividades endodónticas		
Tratamientos de conductos	1	0.7
Subtotal	1	0.7
Actividades intermedias		
Anestesias	10	7.0
Colocación de aislamiento absoluto con dique de hule	11	7.9
Obturaciones provisionales	1	0.7
Toma de impresiones	4	2.9
Subtotal	26	18.5
Actividades protésicas		
Resinas	7	4.9
Coronas	2	1.4
Incrustaciones	1	0.7
Prueba de enfilado	1	0.7
Impresiones para prótesis definitivas totales	2	1.4
Prueba de placas base	1	0.7
Prueba enfilado para prótesis total	1	0.7
Restablecimiento de la dimensión vertical	1	0.7
Entrega de prótesis removible	1	0.7
Subtotal	17	11.9
Actividades quirúrgicas		
Exodoncias	1	0.7
Subtotal	1	0.7
Actividad tratamiento periodontal		
Tratamiento periodontal (periodontograma)	1	0.7
Subtotal	1	0.7
Actividades administrativas		
Administración	11	7.8
Asistencia	27	19.1
Subtotal	38	26.9
Seguimiento de pacientes		
Alta integral	2	1.4
Baja	2	1.4
Subtotal	4	2.8
Total, de actividades	141	100.0

Durante el periodo comprendido entre el 1º de octubre al 19 de diciembre de 2025 se registraron 141 actividades. Dentro de estas actividades, 26.9% (n=38) fueron administrativas, siendo las asistencias las más frecuentes 19.1% (n=27). En contraste, las actividades quirúrgicas, endodónticas y periodontales presentaron la menor frecuencia con 0.7% (n=1) cada actividad.

Tabla 4. Actividades realizadas en el trimestre **26-I**
(19 - 30 DE ENERO 2026)

<i>Actividades de diagnóstico</i>	No.	%
Historias clínicas/ Actualizaciones	1	0.8
Fichas de urgencia	3	2.4
Índices: IHOS, IPC, IG, ICDAS, CAMBRA, CPOD	4	3.4
Diagnóstico y plan de tratamiento	3	2.4
Diagnóstico de tejidos intra y extrabucal	4	3.4
Diagnósticos protésicos	1	0.8
Análisis de modelos	2	1.6
Subtotal	18	14.8
<i>Actividades preventivas</i>		
Control de biopelícula	23	18.5
Eliminación de cálculo	1	0.8
Profilaxis	3	2.4
Aplicación de flúor	4	3.2
Colocación de selladores	4	3.2
Instruir a pacientes técnica de cepillado	1	0.8
Subtotal	36	28.9
<i>Actividades endodónticas</i>		
Pulpotomía	1	0.8
Subtotal	1	0.8
<i>Actividades intermedias</i>		
Anestesias	12	9.6
Colocación de aislamiento absoluto con dique de hule	9	7.2
Obturaciones provisionales	1	0.8
Toma de impresiones	4	3.2
Subtotal	26	20.8
<i>Actividades protésicas</i>		
Resinas	5	4.0
Coronas	1	0.8
Incrustaciones	1	0.8
Colocación en prótesis de OD	1	0.8
Entrega de prótesis inmediata	1	0.8
Entrega de prótesis definitivas	2	1.6
Subtotal	11	8.8
<i>Actividades quirúrgicas</i>		
Exodoncias	3	2.4
Alargamiento de corona	1	0.8
Inmersión radicular	1	0.8
Subtotal	5	4.3
<i>Actividad tratamiento periodontal</i>		
Tratamiento periodontal (periodontograma) ALTA	1	0.8
Subtotal	1	0.8
<i>Actividades administrativas</i>		
Administración	8	6.4
Asistencia	13	10.4
Subtotal	21	16.8

<i>Seguimiento de pacientes</i>		
Avance	4	3.2
Baja	1	0.8
Subtotal	5	4.0
Total de actividades	124	100.0

En el trimestre 26-I, del 19 de enero al 30 de enero de 2026 (término de mi servicio social) se realizaron un total de 124 actividades. Las actividades preventivas fueron las más frecuentes 28.9% (n=36) con controles de biopelícula 18.5% (n=23). Por otro lado, las actividades endodónticas y periodontales registraron la menor frecuencia con 0.8% (n=1) respectivamente.

TABLA 5. TABLA ANUAL DE ACTIVIDADES

<i>Actividades de diagnóstico</i>	No.	%
Historias clínicas/ Actualizaciones	10	1.5
Fichas de urgencia	8	1.2
Índices: IHOS, IPC, IG, ICDAS, CAMBRA, CPOD	20	3.0
Diagnóstico y plan de tratamiento	14	2.1
Diagnóstico de tejidos intra y extrabucal	18	2.7
Diagnósticos protésicos	7	1.0
Diagnóstico pulpo-periapical	6	0.9
Análisis de modelos	9	1.3
Subtotal	92	13.7
<i>Actividades preventivas</i>		
Control de biopelícula	95	14.4
Eliminación de cálculo	16	2.4
Profilaxis	20	3.0
Aplicación de flúor	17	2.5
Colocación de selladores	18	2.7
Instruir a pacientes técnica de cepillado	14	2.1
Subtotal	180	27.1
<i>Actividades endodónticas</i>		
Pulpotomía	1	0.1
Tratamiento de conductos	2	0.3
Subtotal	3	0.4
<i>Actividades intermedias</i>		
Anestesias	64	9.7
Colocación de puntos de sutura	6	0.9
Colocación de aislamiento absoluto con dique de hule	53	8.0
Obturaciones provisionales	5	0.7
Toma de impresiones	16	2.4
Subtotal	144	21.7
<i>Actividades protésicas</i>		
Resinas	41	7.2
Corona de acero cromo	1	0.1

Coronas	6	0.9
Incrustaciones	3	0.4
Restablecimiento de la dimensión vertical	1	0.1
Colocación en prótesis de OD	1	0.1
Prótesis totales	4	0.6
Prótesis removibles	4	0.6
<i>Subtotal</i>	61	10.0
<i>Actividades quirúrgicas</i>		
Exodoncias	17	2.5
Alargamiento de corona	1	0.1
Inmersión radicular	1	0.1
Regularización de reborde alveolar	1	0.1
<i>Subtotal</i>	20	2.8
<i>Actividad tratamiento periodontal</i>		
Tratamiento periodontal	2	0.3
Raspado y alisado	4	0.6
<i>Subtotal</i>	6	0.9
<i>Actividades administrativas</i>		
Administración	51	7.7
Asistencia	90	13.6
<i>Subtotal</i>	141	21.8
<i>Seguimiento de pacientes</i>		
Avance	4	0.6
Alta	2	0.3
Baja	5	0.7
<i>Subtotal</i>	11	1.6
<i>Total, de actividades</i>	658	100.0

En el concentrado anual se registraron 658 actividades, de las cuales se observa una mayor frecuencia en las actividades preventivas 27.1% (n=180) de las cuales el 14.4% (n=95) corresponde al control de biopelícula dental. En segundo lugar, se ubicaron las actividades intermedias 21.7% (n=144), seguidas de las actividades administrativas 21.3% (n=141). En contraste, las actividades endodónticas presentaron la menor frecuencia 0.4% (n=3).

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Las actividades realizadas en esta plaza del servicio social, ubicada en el Laboratorio de Diseño y Comprobación Nezahualcóyotl durante el periodo de febrero del 2025 a enero del 2026, se llevaron a cabo siguiendo los protocolos y bajo supervisión de los docentes especialistas en cada procedimiento, brindando atención a pacientes de todas las edades y realizando actividades preventivas y procedimientos integrales.

La clínica se caracteriza por ofrecer atención a costos accesibles, lo que facilita el acceso a tratamientos odontológicos especializados para distintos grupos etarios, contribuyendo a mejorar la salud bucal y calidad de vida de las personas. La combinación de precios accesibles, insumos adecuados para cada procedimiento y protocolos clínicos me permitió brindar tratamientos, diagnósticos y actividades preventivas, restauradoras, quirúrgicas y protésicas de manera oportuna para cada caso. Esta accesibilidad representó una oportunidad formativa y significativa para la realización de actividades y prácticas durante mi servicio, reforzando el aprendizaje en cada una de ellas.

La clínica se encuentra organizada en áreas específicas que permiten brindar atención integral y organizada a los pacientes iniciando desde el área de espera donde se brinda promoción a la salud impartiendo pláticas educativas a los pacientes, ayudando a reforzar sus conocimientos sobre su salud bucal. En el área clínica se realizan diagnósticos, valoraciones y tratamientos clínicos, áreas de toma e interpretación radiográfica, quirófano destinado a procedimientos quirúrgicos y área de laboratorio para ajustes y pulido. Esta distribución funcional, favorece que el paciente reciba tratamientos y seguimientos dentro del mismo espacio, garantizando una mayor eficiencia en su salud bucal y poder desempeñar cada tratamiento.

El tipo de atención se basa en una valoración individualizada, donde cada caso es analizado de manera integral para establecer un plan de tratamiento acorde a las necesidades de cada paciente, realizando cada tratamiento requerido y teniendo la oportunidad de contar con una guía bajo la supervisión académica especializada, asegurando criterios clínicos fundamentados y adecuados para cada caso.

De igual manera en cada atención, se aplican protocolos estrictos de bioseguridad, control de infecciones y esterilización instrumental, con el propósito de salvaguardar la seguridad del paciente en cada procedimiento.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Como se puede observar durante las actividades de mi pasantía, el tener la oportunidad de realizarlo en el LDC Nezahualcóyotl ayudó y marcó un punto decisivo en mi formación como estomatóloga, ya que me permitió transitar de la práctica aprendida durante los años de mi formación hasta desempeñarme con mayor seguridad y criterio profesional. Haberme desempeñado en esta clínica, represento no sólo la oportunidad de aprendizaje, sino también un espacio donde pude fortalecer mis conocimientos en cada tratamiento, en diversos escenarios y en casos vistos, también fue un espacio donde pude desarrollar y reforzar mi confianza al atender pacientes, realizar procedimientos diversos y asumir la responsabilidad que implica la toma de decisiones clínicas, con apoyo de los docentes.

A lo largo de este periodo, cada tratamiento realizado se convirtió en un proceso de aprendizaje continuo en el que logré integrar conocimientos previos con nuevas habilidades adquiridas en la práctica; asimismo, me permitió comprender la complejidad de cada caso, reconocer la importancia adecuada de la planificación terapéutica y reforzar la necesidad de una visión integral de la salud bucal de acuerdo con el plan de tratamiento requerido.

En particular, el caso clínico rehabilitador que desarrolle en mi investigación me permitió vivir el tratamiento junto con el paciente comprendido no sólo en aspectos clínicos/técnicos del procedimiento, sino en el impacto funcional y emocional que mi paciente presento. Este proceso fortaleció e incrementó mi criterio clínico y consolidó en conocimientos en rehabilitación en este tipo de casos evidenciando la importancia del seguimiento, la comunicación y continuidad para lograr resultados satisfactorios.

Finalmente, estar aquí reafirmó mi compromiso con la odontología desde la perspectiva ética, responsable, humanista y me permitió reconocer que la práctica clínica no sólo implica la ejecución de técnicas, sino también formativa en cuanto a que fortaleció mis conocimientos, habilidades y seguridad profesional constituyéndose como una base sólida para mi futuro y atendiendo al paciente como un sujeto integral. Estar aquí representó para mí una gran experiencia, ya que, en conjunto con mis compañeros, generamos un ambiente de trabajo armonioso y dinámico, lo que favoreció y amenizó los días en el servicio.

CAPÍTULO VII: FOTOGRAFÍAS

