



Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología

Facultad de Odontología

Licenciatura en odontología

Caso Clínico

Rehabilitación oral con implantología y prostodoncia híbrida, a un paciente edentulo total de 27 años de edad.

Realizado por:

Sustentante: Fabrizzio E. Portuguez Aguilar.

Implantólogo: Dr. Iván Navarro R.

Tutora: Dra. Ana Gabriela Retana Chaves

Marzo, 2009

Resumen

El presente caso analiza a un paciente de 27 años de edad con diagnóstico de enfermedad periodontal agresiva generalizada.

Se detalla la aplicación de un tratamiento interdisciplinario (periodoncia-prostodoncia), para su completa rehabilitación, que finaliza con la colocación de prótesis totales híbridas implantosoportadas.

Palabra claves: Prótesis Híbrida Implantosoporada, periodontitis agresiva, periodontitis agresiva.

Abstract

The present case studies a 27 years old patient with an generalized aggressive periodontaldisease a Generalized aggressive GUM disease.

The treatment aplication is recommended as an interdisciplinary (gum and prosthetics use), for a complete rehabilitation. Finishing with the placing of total hybrid prostetic supported by implants.

Introducción

Uno de los mayores retos que debe enfrentar el odontólogo es el tratamiento del paciente edéntulo total mandibular o maxilar, o aquellos pacientes con pocos dientes remanentes. El tratamiento convencional del edéntulo total mediante prótesis completas mucosoportadas es aceptable cuando existe suficiente reborde alveolar para soportar la dentadura; además es un tratamiento relativamente sencillo y accesible a la gran mayoría de la población. El problema surge cuando el reborde alveolar está atrofiado y la retención de las prótesis completas inferiores es poca, o bien cuando existe intolerancia psicológica a paladares artificiales, también en pacientes que nunca toleran la prótesis.

Cada vez más la implantología oral va empujando los límites hacia procedimientos menos invasivos y con soluciones protéticas mejores y menos molestas para los pacientes, siendo éste el más importante de los factores que se deben de tener presentes en el momento de la rehabilitación oral del los pacientes.

Antecedentes

La implantología data del año 600 donde los trasplantes fueron utilizados por diferentes culturas (egipcias, etruscas e incas), aunque nunca se usaron dispositivos para prótesis de dientes fijos. Rehabilitación implantoprotésica: sobredentadura (Castillo, García, 2000)

En la década de los 60, el biólogo sueco Per Ingmar Branemar descubrió de forma accidental las propiedades biocompatibles y de óseo integración del titanio y desde entonces hasta la actualidad se utilizan estos tornillos de titanio para sustituir dientes naturales perdidos. (González, Pérez, Legón, 2006)

Castillo y García en su investigación (2000) comentan sobre el número mínimo de implantes a colocar para garantizar la retención de la sobredentadura, sugieren que la tasa de éxito de los 2, 3 y 4 implantes para retener sobredentaduras son similares a los obtenidos con prótesis fija implanto retenida con 6 implantes 10. En este sentido, en The McGill Consensus Statement on Overdentures, celebrado en mayo de 2002, en la universidad de McGill, Canadá, se estableció que la primer opción de tratamiento para el edentulismo mandibular debería ser una sobredentadura retenida por 2 implantes dentales.

Un estudio prospectivo italiano valora los resultados a 10 años sobre 1286 implantes insertados en una fase quirúrgica (no sumergidos) en 233 pacientes edéntulos totales con diferentes tipos de prótesis, removible (sobredentaduras) y fija. 40 pacientes fueron rehabilitados con prótesis fija sobre 8 implantes en la mandíbula con un éxito del 96,2%, lo que indica que este protocolo representa una buena opción de tratamiento 10. (Velasco, Pato, García, Lorrio y Cruz, 2007)

La terapéutica con implantes oseointegrados del edentulismo total mandibular mediante una rehabilitación fija puede constituir una buena opción odontológica que exige una valoración individualizada de cada paciente englobando los diversos aspectos diagnósticos, quirúrgicos, protodóncicos y de mantenimiento como fases sucesivas para conseguir el éxito del tratamiento implantológico. (Velasco, et al, 2007)

Objetivo general

Tratar periodontalmente y prostodoncia híbrida, a un paciente de 27 años de edad.

Marco teórico

Enfermedad Periodontal

Una de las causas más frecuentes de pérdida dental es debida a las enfermedades periodontales. Existe una mayor incidencia de enfermedad periodontal destructiva en la población adulta en general, un claro incremento en la prevalencia con la edad (Lindhe, 2003)

Las enfermedades periodontales constituyen un grupo de enfermedades infecciosas cuyo agente etiológico principal son los microorganismos de la placa bacteriana que se localiza en el surco gingivodental. En el caso particular de este estudio se valora la enfermedad periodontal en un paciente joven.

Etapas de la enfermedad periodontal.

Carranza (2004) expone las diversas causas de enfermedad periodontal. Entre las más comunes se incluyen las siguientes:

Gingivitis: La forma menos severa de la enfermedad periodontal. Provoca que las encías se pongan rojas, inflamadas y que sangren fácilmente. Normalmente hay poca, o ninguna, incomodidad en esta etapa. La gingivitis es reversible si es tratada profesionalmente y con un buen cuidado oral en casa.

Periodontitis ligera: Si la gingivitis no es tratada, puede progresar hacia una periodontitis. En esta etapa ligera del mal, la enfermedad periodontal empieza a destruir el hueso y el tejido que sostiene a los dientes.

Periodontitis moderada a avanzada: La periodontitis moderada a avanzada se desarrolla si las primeras etapas de la enfermedad pasan desatendidas. Esta es la forma más avanzada de la enfermedad en donde ocurre una extensa pérdida de hueso y tejido.

La periodontitis es un proceso inflamatorio producido por ciertas bacterias que tienen una actividad periodontopatógena proveniente de la placa subgingival. Esta interrelación entre las bacterias y los mecanismos de respuesta inmune del hospedador es la base del mecanismo inmunopatológico. Las bacterias y sus productos estimulan a las células del hospedador para que liberen ciertos mediadores inflamatorios como las citoquinas y prostanglandinas. (Lindhe, 2003)

En el caso particular de este estudio se valora la enfermedad periodontal en un paciente joven.

Pérez y Guntiñas (2004) definen la "periodontitis juvenil (PJ) es una enfermedad del periodonto presente principalmente en adolescentes y adultos jóvenes que afecta principalmente los primeros molares y los incisivos. Actualmente se prefiere utilizar los términos de "periodontitis agresiva", localizada o generalizada, de acuerdo con la severidad de la enfermedad. En la mayor parte de los casos no existen evidencias clínicas de enfermedades sistémicas y se caracteriza por la pérdida severa del hueso alveolar alrededor de dientes permanentes, sin correspondencia entre la rapidez y severidad de la destrucción con los factores locales, ya que la presencia de placa dentobacteriana o sarro es mínima"

Sobredentaduras

La sobredentadura es una prótesis removible total o parcial que cubre y se apoya sobre uno o más dientes naturales, dientes y raíces o implantes. En la restauración del paciente parcialmente edéntulo la sobredentadura está indicada, para propósitos estéticos o de rehabilitación de pacientes con defectos congénitos y adquiridos e igualmente con dientes abrasionados y erosionados

Si se utiliza una sobre dentadura implanto soportada debe darse el proceso de osteointegración el cual se define como:

“Es la conexión directa estructural y funcional entre hueso vivo ordenada y la superficie de un implante sometido a una carga funcional. Es decir debe de existir contacto directo entre el hueso y el titanio al menos bajo la observación de la interfaz con el microscopio óptico. La creación y mantenimiento de las capacidades de cicatrización, reparación y remodelación del tejido óseo que circunda al implante” (Aparicio, 2004)

Los implantes dentales son unas fijaciones de titanio puro que se colocan en el hueso maxilar con el fin de sustituir a las raíces de las piezas dentales perdidas, lo cual nos permite reemplazar la pieza natural por una pieza artificial de mejor funcionalidad e igual o mejor estética. (Cue, 2007)

Sánchez y López (2000) mencionan las ventajas y desventajas que tiene este tipo de prótesis

Ventajas

- Mayor estabilidad funcional al conservarse el perfil de la cresta alveolar en la zona de pilares. (Dientes o implantes)
- Mejor estabilidad de la prótesis, sobre todo en prótesis inferiores con elementos de retención.
- Mayor eficacia masticatoria gracias a una mejor estabilidad y retención.
- Menor carga en la mucosa.
- Menor extensión de la base del maxilar superior, si se pueden utilizar aditamentos de retención, la base de la prótesis sólo necesita recubrir parcialmente el paladar. Este punto tiene mucha importancia psicológica en el paciente.
- Mayor facilidad para la adaptación e inserción, debido a los factores ya mencionados.

Desventajas

- Debido al aspecto económico de los aditamentos, este tipo de prótesis, no son comúnmente utilizadas.
- Se necesita un gran esfuerzo del paciente y del dentista para mantener una adecuada funcionalidad de la prótesis y sus aditamentos.
- Incrementan el número de procedimientos clínicos y de laboratorio.

¿Cuáles son los tipos diferentes de implantes dentales?

Existen varios tipos diferentes de implantes dentales, entre los que se incluyen los siguientes:

Un sustituto artificial del hueso.

Este tipo de implante consiste en la colocación de un sustituto sintético del hueso en la parte superior del mismo para ayudar a reconstruir el reborde reducido y ofrecer un soporte sólido para la dentadura postiza. Debido a que está fabricado del mismo tipo de mineral encontrado en el hueso natural, este tipo de implante se une al hueso maxilar existente.

Implantes endostiales.

Este tipo de implante se inserta en el maxilar para servir como raíz del diente.

Implantes subperiostiales.

Este tipo de implante, a menudo es una opción para personas que ya no pueden usar dentaduras postizas convencionales, consiste en un implante especialmente diseñado que encaja directamente en el hueso existente.

Gordon Smith del Hospital Dental Universitario de Manchester (2000), describe diversos factores para que un implante sea exitoso.

- El éxito de los implantes individuales se caracteriza por la ausencia de señales persistentes y/o irreversibles y síntomas como el dolor, infección, neuropatías, parestesia o violación del conducto dentario inferior.
- En el contexto anterior, un porcentaje de éxito del 85% al final de un período de 5 años y 80% al final de un período de diez años, es el mínimo para el éxito.
- El éxito se observa cuando un implante individual está inmóvil cuando se lo probó clínicamente.

- Que una radiografía no demuestre evidencia alguna de radiolucidez peri-implantaría (ver imagen 1) es característica necesaria del éxito del implante.
- Que la pérdida vertical de hueso sea menor a 0.2 mm anualmente a continuación del primer año de servicio del implante.

Prótesis Provisionales.

Las prótesis provisionales son aquellas que se colocan en la boca para evitar que el paciente quede desdentado mientras no está su prótesis definitiva. El término provisional significa que se establece por un periodo, pendiente de un arreglo permanente. La restauración provisional debe satisfacer importantes necesidades del dentista y el paciente.

Las restauraciones provisionales pueden tener que funcionar durante períodos prolongados por causas imprevistas, como demoras de laboratorio o falta de disponibilidad del paciente. Los retrasos en la colocación de la restauración definitiva pueden ser deliberados, por ejemplo, se pueden emplear provisionales para ayudar a corregir los factores etiológicos de los trastornos temporomandibulares o de la enfermedad periodontal. Independientemente de cuál sea el objetivo del tratamiento, las restauraciones deben ser adecuadas para permitir mantener la salud del paciente. No debe colocarse una mala restauración provisional porque se espere un empleo durante corto tiempo.

Ventajas

- Se produce la osteointegración.
- Se produce la cicatrización de las heridas de exodóncias, remodelación de crestas alveolares, etc. Mientras realizamos la prótesis definitiva.
- Para proteger las piezas talladas para colocar coronas o prótesis fijas.
- Para estudio y comprobación de dimensiones verticales

Desventajas

La estética en la mayoría de los casos no se requiere. Debe quedar bien ajustado al diente, de lo contrario puede causar inflamación gingival o irritación a la mucosa.

Reporte del caso

Nombre: M.O.S

Edad: 27 años

Estado civil: Casado

Ocupación: Ebanista

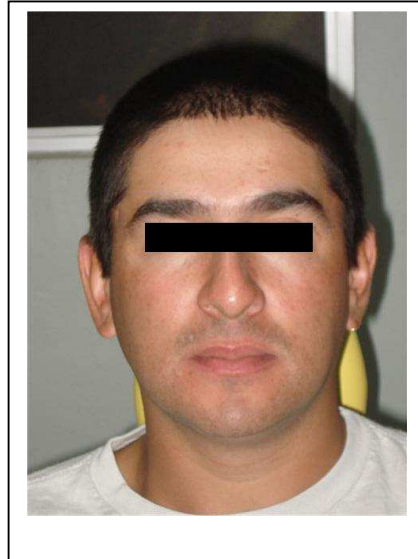
Residencia: Heredia

APP: No refiere

APF: Diabetes (materno) y Cardiopatías por parte del lado paterno.

AQ: No refiere

AA: No refiere



Queja Principal

El paciente se presenta a la Clínica de Especialidades Odontológicas de la ULACIT con el fin de que le sea realizada una revisión dental general debido a que quiere que su estética dental sea mejorada por completo.

Al realizarse la revisión dental se pueden notar el pliegue mucogingival disminuido por recesión, las encías enrojecidas y supurantes debido a la inflamación, mucosa del carrillo, paladar blando, lengua y base de la lengua igualmente enrojecidas.

Se puede notar la ausencia de gran cantidad de piezas dentales (1.7, 1.4, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.4, 3.7, 4.6) al igual que caries dental, sangramiento gingival y halitosis.

El paciente se presenta con sus rebordes alveolares en cuanto a altura, normal, es decir, conserva una altura adecuada para soportar una dentadura completa y resistir movimientos de lateralidad y forma de "U" en ambos rebordes.(Malpica y Rossell,2007).

Diagnóstico:

Periodontal:

Al paciente se le diagnosticó una periodontitis agresiva generalizada, las condiciones y hábitos higiénicos del paciente no son los característicos que refieran este tipo de enfermedad, razón por la cual se le envían pruebas de laboratorio tales como hemograma completo, VIH y glicemia en ayunas para descartar algún tipo de padecimiento sistémico que generen esta patología.

Los resultados de los exámenes realizados no mostraron ningún tipo de padecimiento en el paciente.



PIEZA	ESTADO	PERDIDA DE INSERCIÓN	PRONOSTICO	TRATAMIENTO
1.8	Pieza periodontalmente afectada	8	Malo	Exodoncia
1.7	Ausente			
1.6	Pieza periodontalmente afectada	7	Malo	Exodoncia
1.5	Pieza periodontalmente afectada	8	Malo	Exodoncia
1.4	Ausente			
1.3	Pieza periodontalmente afectada	8	Malo	Exodoncia
1.2	Ausente			

Examen Clínico Dental:

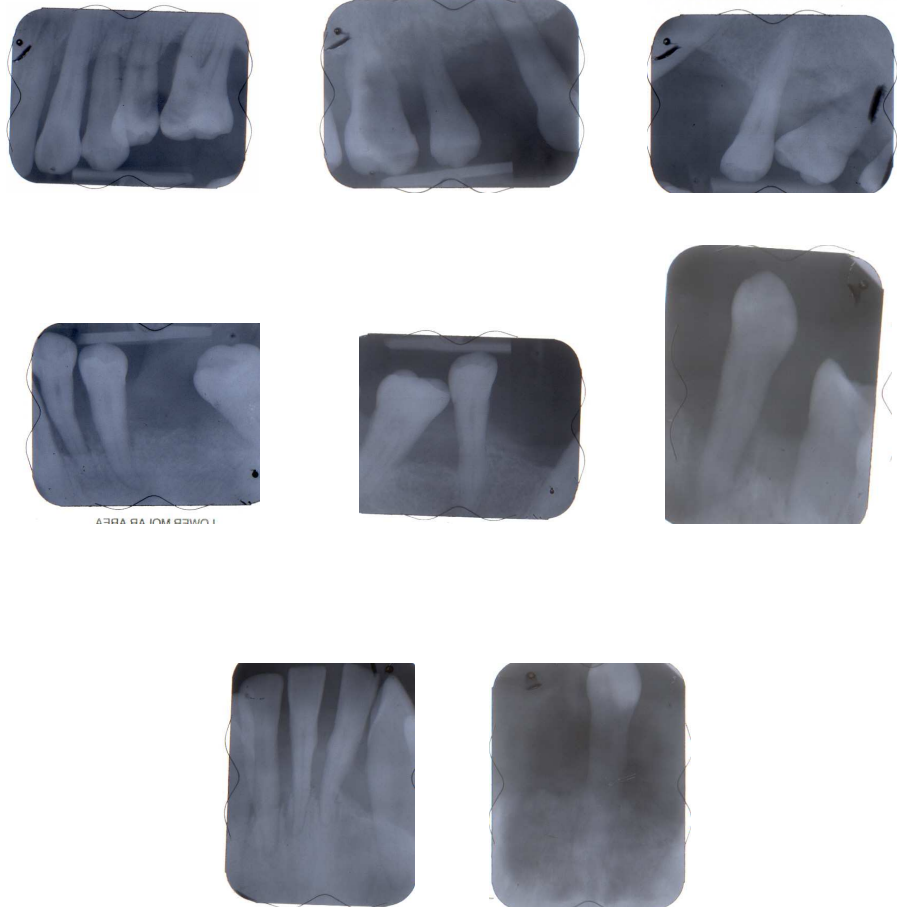
1.1	Ausente			
2.1	Ausente			
2.2	Ausente			
2.3	Pieza periodontalmente afectada	7	Malo	Exodoncia
2.4	Ausente			
2.5	Pieza periodontalmente afectada	7	Malo	Exodoncia
2.6	Pieza periodontalmente afectada	6	Malo	Exodoncia
2.7	Pieza periodontalmente afectada	7	Malo	Exodoncia
2.8	Pieza periodontalmente afectada	7	Malo	Exodoncia
3.8	Pieza periodontalmente afectada	8	Malo	Exodoncia
3.7	Ausente			
3.6	Pieza periodontalmente afectada	7	Malo	Exodoncia
3.5	Pieza periodontalmente afectada	7	Malo	Exodoncia
3.4	Pieza periodontalmente afectada	7	Malo	Exodoncia
3.3	Pieza periodontalmente afectada	7	Malo	Exodoncia
3.2	Pieza periodontalmente afectada	7	Malo	Exodoncia
3.1	Pieza periodontalmente afectada	8	Malo	Exodoncia
4.1	Pieza periodontalmente afectada	7	Malo	Exodoncia
4.2	Pieza periodontalmente afectada	7	Malo	Exodoncia
4.3	Pieza periodontalmente afectada	8	Malo	Exodoncia
4.4	Pieza periodontalmente afectada	8	Malo	Exodoncia
4.5	Pieza periodontalmente afectada	8	Malo	Exodoncia
4.6	Ausente			
4.7	Pieza periodontalmente afectada	7	Malo	Exodoncia
4.8	Pieza periodontalmente afectada			

Pronóstico:

Periodontal

Las piezas 1.8, 1.6, 1.5, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 3.8, 3.6, 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.7, 4.8 tienen un pronóstico malo ya que tienen movilidad y pérdida ósea severa.

Se debe de realizar las exodoncias de las piezas: 1.8,1.6,1.5,1.3,2.3,2.5,2.6,2.7,2.8,3.8,3.6,3.5,3.4,3.3,3.2,3.1,4.1,4.2,4.3,4.4,4.5, 4.7,4.8.



Protésico

El paciente por sus características: edad, salud física y morfología de su hueso remanente, tiene un buen pronóstico de los implantes que se le colocarán, a una adecuada profundidad y paralelismo, con una buena cicatrización; sin procesos infecciosos durante el tratamiento.

Este caso tiene un pronóstico bueno debido a que ambas prótesis van a ser híbridas, ya que el paciente es apto para la colocación de los mismos, que a su vez van a hacer que ambas prótesis tengan el soporte y la estabilidad ideales.

Plan de Tratamiento Periodontal

Fase Higiénica:

Raspado general con cavitron; de inicio para reducir la carga bacteriana presente al momento de las exodoncias.

Exodoncias y regularización ósea selectiva.

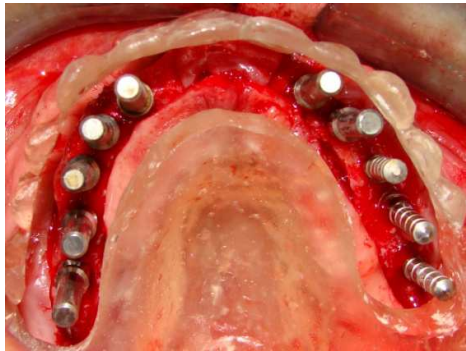
A nivel periodontal el paciente se presenta con una enfermedad Periodontal rápidamente agresiva generalizada con trauma oclusal secundario, razón por la cual sus piezas dentales tienen movilidad grado II y III, por lo que el tratamiento a realizarse es el de exodoncias múltiples de todas las piezas dentales

(1.8,1.6,1.5,1.3,2.3,2.5,2.6,2.7,2.8,3.8,3.6,3.5,3.4,3.3,3.2,3.1,4.1,4.2,4.3,4.4,4.5, 4.7,4.8), y realización de regularización ósea selectiva y colocación de sutura reabsorbible en donde fuera necesario la cicatrización de primera intención.

Para ello el paciente será citado a consulta periódica, con el fin de realizarle este procedimiento según sea posible en dichas citas.

Fase Quirúrgica Protésica

Colocación de 10 implantes MIS de titanio a nivel maxilar en una sola cita y 5 implantes Advents de titanio a nivel mandibular en una cita.



Maxilar:

Implantes: MIS

Fases: 2

Tipo de conexión: Interna

Forma: Hexagonal

Dimensiones del implante: 4.2x 13.74mm

Ventajas:

El implante es colocado infragingivalmente por completo, lo cual lo hace ser sumamente estético.

Desventajas:

La cirugía a la hora de colocar los implantes se debe de realizar en 2 fases, lo cual es algo molesto para el paciente.



Mandibular:

Implantes: Advents

Fases: 1

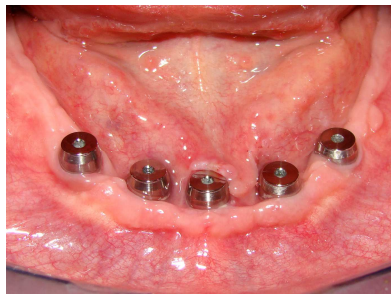
Tipo de conexión: Interna

Forma: Hexagonal

Dimensiones del Implante: 4.7x13mm

Ventajas:

- Menos componentes del implante
- Se colocan en una sola cirugía.
- Tiempo de colocación



Fase Restaurativa:

- Colocación de los aditamentos de retención en los implantes.
- Realización de las prótesis totales acrílicas inferior y superior, con los aditamentos de retención

Evolución del caso:

15/05/07 Aperturas de ficha clínica (odontograma, periodontograma, modelos de estudio y radiografías)

Se valoró al paciente periodontalmente. Se le diagnosticó sufrir enfermedad Periodontal rápidamente agresiva generalizada con trauma oclusal secundario. Se le indicaron extracciones múltiples por tener grado de movilidad II a III en las piezas dentales.

El paciente se presenta con una prótesis parcial superior de 1.3 a 2.3.

Se le mandaron exámenes de laboratorio antes de continuar con el tratamiento y apertura del expediente.

22/05/07 Raspado con cavitron para eliminar focos de infección.

29/05/07 Exodoncia de las piezas 1.8 y 1.6

5/06/07 Exodoncia de las piezas 1.5, 2.5 y 2.6 y se le agregaron las piezas 1.6 y 1.5 a la prótesis del paciente.

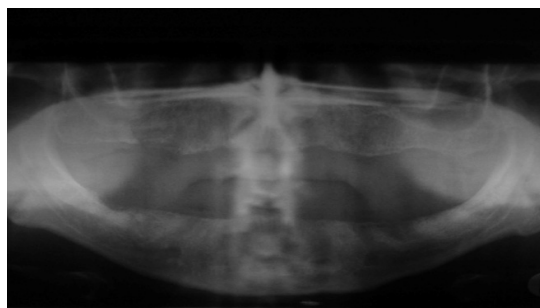
12/06/07 Exodoncia de las piezas 2.8 y 2.7

19/06/07 Exodoncia de las piezas 4.8 y 4.7, regularización ósea, sutura reabsorbible y reparación de las prótesis.

- 26/06/07** Exodoncia de la pieza 3.8, 3.6, regularización ósea y sutura reabsorbible. Toma de impresión y mordida superior he inferior para realizar prótesis provisionales.
- 3/07/07** Exodoncia de las piezas 4.5 y 4.4, Prueba de rodetes de prótesis temporales y toma de color.
- 10/07/07** Exodoncia de las piezas 3.5 y 3.4.
- 24/07/07** Toma de impresiones para realizar prótesis 1x28 provisional
- 31/07/07** Exodoncias múltiples de lo incisivos inferiores 3.3, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3 y se sutura. Se coloca y se ajusta la prótesis inferior provisional.
- 07/08/07** Exodoncia de las piezas 1.3 y 2.3. Se coloca la prótesis provisional superior. Se ajustan ambas prótesis temporales.



Rebordes alveolares totalmente edentulos



Radiografía Panorámica con rebordes alveolares edentulos

14/08/07 Segundo ajuste de la 1x28 provisional.



Prótesis 1x28 Provisional

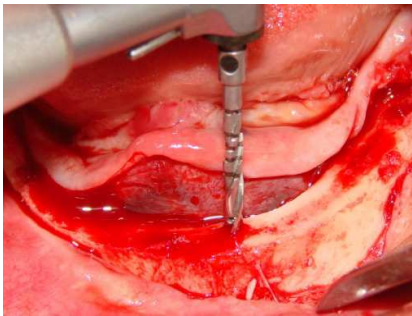
3/12/07 Valoración del caso por parte del Dr. Navarro y realización del presupuesto.

14/1/08 Toma de Rx panorámica y revisión de la misma por parte del Dr. Navarro.

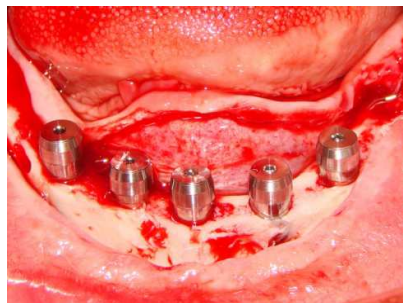
21/01/08 Se realiza la cirugía para colocar 5 implantes Advents inferiores para la prótesis híbrida.



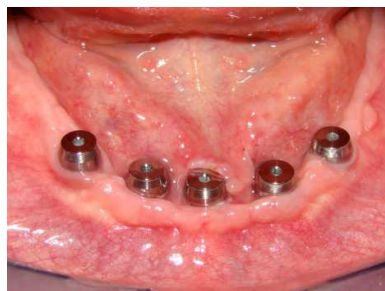
Reborde alveolar inferior edéntulo



Cirugía mandibular para colocar implantes Advents



Implantes Advents mandibulares



Implantes Advents Mandibulares



Radiografía panorámica de Implantes Advents mandibulares

6/5/08 **Se realiza la cirugía para colocar 10 implantes MIS superiores para prótesis Híbrida.**



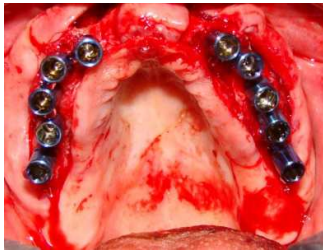
Reborde alveolar superior edentulo



Cirugía Mandibular para colocar Implantes MIS



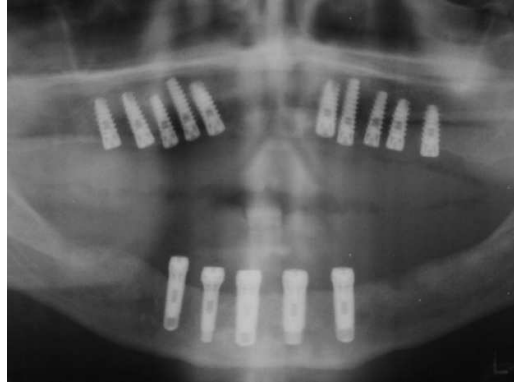
Cirugía Mandibular para colocar Implantes MIS



Implantes MIS Maxilares

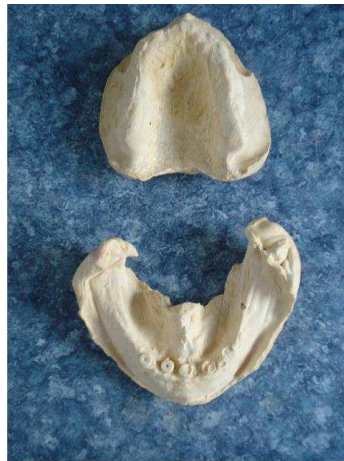


Reborde alveolar con Implantes MIS colocados y suturado



Radiografía panorámica con implantes Maxilares y Mandibulares

27/5/08 Toma de impresiones para realizar prótesis 1x28 provisional



4/6/08 Prueba de rodets para prótesis provisional 1x28



11/6/08 Prueba estética de 1x28 provisional.

19/6/08 Entrega de 1x28 provisional.



Prótesis 1x28 provisional

Análisis de Resultados

Por la parte protésica se obtuvieron excelentes resultados, la estética, funcionalidad oral y autoestima del paciente mejoraron considerablemente.

La parte de implantes tuvo una excelente evolución, sin problemas de infecciones postcirugía con una adecuada osteointegración, los tejidos orales del paciente aceptaron los implantes, siendo un buen-mecanismo de retención y de estabilidad para ambas prótesis.

En general el tratamiento fue exitoso, no sólo porque se logró rehabilitar al paciente devolviéndole su funcionalidad oral y estética, sino porque el paciente sintió que se tomó en cuenta, acrecentando su independencia.

Por razones económicas del paciente, el caso antes presentado no se va a concluir completamente, debido a que por ser el costo tan elevado del tratamiento, el paciente no cuenta en este momento con el dinero necesario para poder cubrir el valor de la prótesis 1x28 definitiva, razón por la cual se acordó dejarlo de manera temporal con una 1x28 provisional.

Conclusiones

Gracias a los nuevos avances tecnológicos y de técnicas en odontología, mejoran y aumentan las posibilidades de tratamientos exitosos para aquellos pacientes jóvenes que han perdido sus piezas dentales por enfermedades periodontales agresivas.

La utilización de implantes trae consigo grandes beneficios y mayor comodidad al paciente, mejora la distribución de las fuerzas funcionales y parafuncionales; además de perfeccionar la estabilidad y retención de la prótesis. Le proporciona mayor seguridad al hablar, sonreír y en los demás movimientos de masticación que el paciente realice. Acrecentando su seguridad en sí mismo y aportándole una mejor estética.

Recomendaciones

Reforzar en los odontólogos las técnicas de restauración protésica, con la utilización de implantes, para aquellos pacientes que se les indica tratamiento prótesis total. De esta manera se le proporciona al público un tratamiento que mejorará las expectativas del paciente en cuanto a restauración protésica total.

Que los odontólogos tengan más en cuenta este tipo de rehabilitaciones protésicas a la hora de realizar un tratamiento en sus pacientes, con la finalidad de ofrecer el tratamiento más indicado y mejor para la comodidad y desempeño de sus pacientes.

Bibliografía

Libros:

1. Carranza, F. Dorothy, P (1986) *Manual de periodontología clínica*; McGraw-HILL, Mexico
2. Carranza, F. Newman, G. Takei, H. (2004) *Periodontología Clínica*; MacGraw-HILL, Mexico
3. Geering, A. Kundert, M. (1993) *Atlas de prótesis total y sobredentaduras*; Ediciones científicas y técnicas S.A, Barcelona España
4. Lindhej, J. Karring, P. Lang, N. (2003) *Periodontología clínica e implatología odontológica*; Medica Panamericana, Madrid,España
5. Winkler, L. (2000) *Prostodoncia total*; editorial Limusa, México

Internet:

- 1 Angul, F (2000) *Sobredentadura Parcial Removible Asociada con Alteraciones de Número y Tamaño de los dientes*. Recuperado el 18 de julio del 2008 de: scielo.org.ve
- 2 Castillo, G. García, M (2000) *Rehabilitación implantoprotésica: sobredentadura*. Recuperado el 15 de julio del 2008, de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_2_00/ord06200.htm
- 3 Gonzáles, M. Pérez, A (2006) *Prótesis implanto soportada*. Recuperado el 15 de julio del 2008, de: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.\(1\)_10/p10.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.(1)_10/p10.html)
- 4 Gordon, S. (1996) *Criterios Para Implantes Dentales Exitosos*. Hospital Dental Universitario de Manchester. Recuperado el 20 de julio del 2008, de: <http://www.odontologia-online.com/casos/DC7/DC73/dc73.html>
- 5 Malpica, R. Rosscell, R. (2007) *Fundamentos Anatomicos Basicos para el Éxito del Tratamiento en Prótesis Totales*. Recuperado el 12 de julio del 2008 de <http://servicio.cid.uc.edu.ve/odontologia/revista/v8n1/8-1-5pdf>

- 6 Martínez, J. Cano, J. Martínez, M. García, F. (2002) *Diseño de los implantes dentales: Estado actual*. Recuperado el 12 de julio del 2008, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852002000300004&script=sci_arttext
- 7 Pérez, A. Guntiñas, A. (2004) Marcadores de inmunorrespuesta en la periodontitis juvenil. Recuperado el 12 de julio del 2008, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852003000300004&script=sci_arttext
- 8 Sánchez. A, Morelly. E (2003) *TÉCNICA DE IMPRESIÓN FUNCIONAL PARA SOBREDENTADURAS CON ADITAMENTOS TIPO BROCHE ELÁSTICO (ERA)*. Recuperado el 16 de julio del 2008, de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652003000300015&script=sci_arttext&lng=es
- 9 Sánchez, R. López, A. (2000) *Sobre dentaduras, una opción terapéutica. Reporte de un caso clínico*. Recuperado el 16 de julio del 2008, de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=9830&IDPUBLICACION=1074&IDREVISTA=7&NOMBRE=Revista%20de%20la%20Asociaci%C3%83%C6%92%C3%82%C2%B3n%20Dental%20Mexicana>
- 10 Velasco, O. Segura, E. Linares, G. Medel, S. Poyato, F. (2004) *La carga inmediata de implantes transicionales en sobredentaduras mandibulares en adultos mayores*. Recuperado el 14 de julio del 2008, de: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v16n2/original4.pdf>

Índice

Resumen	1
Abstract	1
Introducción	2
Antecedentes	3
Objetivo general	5
Marco teórico	6
Enfermedad Periodontal	6
Sobredentaduras	7
Implantes	7
Reporte del caso	13
Queja Principal	14
Diagnostico	15
Pronóstico	18
Plan de Tratamiento	20
Evolución del caso	25
Análisis de Resultados	34
Conclusiones	35
Recomendaciones	36
Bibliografía	37