

# **UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**



**Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela Profesional de Odontología**

## **TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**CONFECCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL EN PACIENTE ADULTO MAYOR  
CON UN ESQUEMA OCLUSAL LINEAL**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:**

**CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR:**

**BACH. JHON HITLER OLIVERA VALVERDE**

**ASESOR: MG. ANTICONA GONZÁLES JAMES RAÚL**

**Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la salud**

**Huancayo – Perú - 2021**

**DEDICATORIA:**

Con mucho cariño y amor a mi Esposa y mis 2 Hijos por todo su apoyo y amor que me brindaron, así como el apoyo de mis seres queridos para lograr mi profesionalización en esta noble carrera.

### **AGRADECIMIENTO:**

En primer lugar, al asesor de este trabajo de suficiencia profesional, por sus acertadas orientaciones, la paciencia de sus explicaciones científicas que, permitieron culminación exitosa del mismo.

En segundo, al paciente que coadyuvó en la realización del Caso clínico en forma desinteresada y formal.

## CONTENIDO

### CAPITULO I

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO.....	4
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7

### CAPITULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
2.2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.2.1 ANTECEDENTES.....	9
2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS.....	14
2.2.2.1 CALIDAD DE LA SALUD BUCAL EN EL ADULTO MAYOR. ....	14
2.2.2.2 EDENTULISMO.....	15
2.2.2.3 PRÓTESIS DENTAL.....	17
A. NATURALEZA DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE.....	18
B. MOVIMIENTOS MANDIBULARES.....	19
2.2.2.4 OCLUSIONES EN PRÓTESIS TOTAL.....	19
A. OCLUSAL BALANCEADA.....	20
B. OCLUSAL NO BALANCEADA.....	21
C. OCLUSAL LINEAL O MONOPLANO.....	21
D. OCLUSAL LINGUALIZADO.....	22
2.2.2.5 FORMA DE LOS DIENTES ARTIFICIALES PARA PRÓTESIS	
DENTAL.....	22
DIENTES ANATÓMICOS.....	22
A. DIENTES NO ANATÓMICOS.....	23
B. DIENTES SEMIANATÓMICOS.....	23
2.3 OBJETIVOS.....	24

### **CAPÍTULO III**

3.1. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	25
3.1.1 HISTORIA CLÍNICA.....	25
3.1.2 EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....	28
3.2. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.....	29
3.3 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.....	29

### **CAPÍTULO IV**

4.1 PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	31
4.2 PRONÓSTICO.....	32

### **CAPÍTULO V**

CONCLUSIONES.....	43
-------------------	----

### **CAPÍTULO VI**

APORTES.....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXOS.....	46

## RESUMEN

Debemos destacar, que cuando el cirujano dentista tiene que elegir algún tipo de oclusión en la elaboración de prótesis dentales totales y parciales, debe asumir un reto muy álgido para brindar un adecuado tratamiento del paciente edéntulo. Se asume que, debe considerar firmemente la capacidad masticatoria de su paciente, su comodidad y básicamente la preservación de la integridad de su hueso alveolar. En consecuencia, no es solo la colocación de los dientes artificiales encajados unos con otros, sino la implementación de un procedimiento lógico, específico y pensado, para lograr eficientemente la restauración en el paciente desdentado, de su habilidad masticatoria, la correcta estética, una fonación firme y fundamentalmente la preservación de los tejidos de soporte con que cuenta el paciente. Por ello, el cirujano dentista debe detentar vasta erudición acerca de la fisiología y anatomía bucodental, que se conjuguen con el conocimiento de los diferentes materiales dentales empleados en la confección de prótesis totales removibles; buscando siempre que los resultados sean satisfactorios para él y su paciente. El propósito que nos planteamos al presentar este trabajo de suficiencia profesional, fue fundamentalmente, establecer y describir los procedimientos de rehabilitación bucal con prótesis total removible, en adultos mayores, empleando el esquema oclusal lineal, conocido también como monoplano, con la intención de mejorar la estética, proporcionar estabilidad, retención y funcionalidad protésica del paciente. Se arriba a la conclusión, de que se logra un tratamiento eficiente en procedimientos de prótesis total removible, efectuando un atinado diagnóstico que genere y releve información básica sobre las estructuras de soporte de la prótesis total, así como de los tejidos adjuntos. En consecuencia, los procedimientos del esquema oclusal lineal, proporciona un área de soporte conveniente, permitiendo y garantizando plenamente la eficacia de la terapéutica protésica, tal como describimos y explicamos en el presente reporte. Como aporte, debemos inferir que esta técnica debe ser implementada en la práctica clínica odontoestomatológica, para así conseguir los resultados positivos que satisfagan tanto la labor del especialista como la aceptación y confort del paciente senil. Es así que, la correcta planificación terapéutica y el adecuado diligenciado de la historia clínica, es esencial para tener una evaluación diagnóstica de cada una las estructuras y de las condiciones bucodentales que presenta el paciente, previas a la realización de los tratamientos protésicos.

**Palabras clave:** prótesis total removible, rehabilitación bucal, esquema oclusal lineal, edéntulo, adulto mayor.

## ABSTRACT

We must emphasize that when the dental surgeon has to choose some type of occlusion in the elaboration of total and partial dental prostheses, he must assume a very acute challenge to provide an adequate treatment of the edentulous patient. It is assumed that you must strongly consider your patient's chewing ability, comfort, and basically the preservation of the integrity of his alveolar bone. Consequently, it is not only the placement of the artificial teeth nested with each other, but the implementation of a logical, specific and thought procedure, to efficiently achieve the restoration in the edentulous patient, of his chewing ability, the correct aesthetics, a phonation firmly and fundamentally the preservation of the supporting tissues that the patient has. For this reason, the dental surgeon must have vast erudition about oral physiology and anatomy, which is combined with knowledge of the different dental materials used in the manufacture of removable total prostheses; always looking for the results to be satisfactory for him and his patient. The purpose that we set ourselves when presenting this work of professional sufficiency, was fundamentally, to establish and describe the oral rehabilitation procedures with a total removable prosthesis, in older adults, using the linear occlusal scheme, also known as monoplane, with the intention of improving the aesthetics, provide stability, retention and prosthetic functionality of the patient. It is concluded that an efficient treatment is achieved in total removable prosthesis procedures, making an accurate diagnosis that generates and reveals basic information about the support structures of the total prosthesis, as well as the attached tissues. Consequently, the procedures of the linear occlusal scheme provide a convenient support area, allowing and fully guaranteeing the efficacy of prosthetic therapy, as we describe and explain in this report. As a contribution, we must infer that this technique should be implemented in dental stomatological clinical practice, in order to achieve positive results that satisfy both the work of the specialist and the acceptance and comfort of the senile patient. Thus, the correct therapeutic planning and the adequate completion of the clinical history is essential to have a diagnostic evaluation of each one of the structures and of the oral conditions that the patient presents, prior to the performance of prosthetic treatments.

**Key words:** total removable prosthesis, oral rehabilitation, linear occlusal scheme, edentulous, elderly.

## CAPITULO II

### 2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

LA Organización Mundial de la Salud, en sus informes periódicos, precisa que el edentulismo se manifiesta como una patología de marcada incidencia y prevalencia a nivel mundial. Sus estudios estiman que cerca de un 30% de los habitantes terráneos están en situación de edéntulos. En otras palabras, el edentulismo es la pérdida de todos los dientes deciduos y permanentes, y por consiguiente esta circunstancia afecta sustancialmente la salud general y especialmente la bucal de los individuos que soportan esta condición, incluyendo la afección en su calidad de vida, no permitiéndole una ingesta alimentaria adecuada, tampoco saborear el gusto por las comidas, perjudicando con ello su nivel nutricional.

En nuestro país existe información estadística parcial, generalmente incongruente que nos demuestre indubitablemente la cuantía de adultos mayores edéntulos. Sólo existen evidencia que a mayor edad mayor cantidad de pacientes, los mismos que requieren con urgencia tratamientos protésicos de diferente índole.

Es una realidad comprobada que las personas aun contando con una prótesis total, ven reducidas la efectividad en su proceso masticatorio, afectándose sin duda su percepción de los sabores, sus preferencias y en general sus patrones de alimentación. Finalmente debemos reafirmar que el edéntulo ve mermado su estado psíquico y anímico, ya que se marca gran diferencia de la calidad de vida que poseía cuando contaba con sus piezas dentarias completas. Entre las causas principales de edentulismo están la caries dental que predomina en edades tempranas y la enfermedad periodontal que se presenta en edades avanzadas como es el caso de los pacientes de la tercera edad o adultos mayores.

La poca estética, la inseguridad, las dificultades de masticación y la fonética impelen a los edéntulos buscar tratamientos que les permita desarrollar su vida cotidiana normalmente. Y considerando que en tiempos de pandemia y de dificultades económicas, para afrontar los gastos que conlleva recurrir a los implantes; la prótesis total removible es una alternativa válida para lograr su rehabilitación aun cuando a menudo durante un

examen clínico odontológico, se suele descubrir que las condiciones anatómicas en el paciente son desfavorable impidiendo el inicio del tratamiento protésico, por ello a través el presente trabajo de suficiencia profesional, describiremos la forma y procedimientos de colocado de una prótesis total recurriendo al esquema oclusal lineal.

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1 ANTECEDENTES**

#### **A. Antecedentes extranjeros**

1. En Cuba, el 2017; Nápoles G. et al. (1) realizaron un estudio observacional, descriptivo, transversal con el propósito de establecer e la caracterización de pacientes con prótesis estomatológica. Consideraron una muestra no probabilística de 567 pacientes mayores de 20 años de edad incluyendo a ambos sexos, quienes presentaron urgencias por reparación de sus prótesis. Los resultados más importantes fueron: que del total de urgencias 319 pacientes utilizaban prótesis parcial movable y 248 de ellos prótesis totales; siendo el mayor motivo de las reparaciones la caída de los postizos, seguida de las fracturas completas, por diversos motivos, con predominio de las totales. Al final, arribaron a la conclusión de que, las reparaciones simples fueron mayoritarias entre las prótesis totales y las parciales.

2. En Medellín. Colombia también en el 2017; Gómez-Pino E. et al. (2) , efectuaron una investigación con el objetivo de analizar el estado de la salud bucal y sus factores relacionados en pacientes edéntulos que utilizaban prótesis total bimaxilar. Después del acopio de la data, los resultados más prominentes fueron: la mayor cantidad de la población evaluada manifestaron limpiarse la mucosa alveolar tanto superior como inferior. Asimismo, se encontró que con más frecuencia la existencia de pigmentación, cálculos y porosidades en la mayor proporción de los pacientes. En tanto que, la población encuesta mostró mayor satisfacción con el uso de las prótesis superiores respecto de las inferiores y se determinó que alrededor del 75% de la muestra en estudio mostró una baja conservación de su salud bucal.

3. En Santiago de Cuba en el año 2017, Corona C et al. (3).Llevaron a cabo una investigación en la Clínica de Guantánamo, con el propósito de determinar la relación de factores locales con las lesiones bucales en ancianos portadores de prótesis, teniendo en cuenta que es evidente que los adultos mayores portadores de prótesis totales, frecuentemente se afectan con la agresión física recibida en sus tejidos bucales, seguidos de otros elementos como son los traumas y las infecciones que los perjudican en demasía. Llegaron a concluir que los ancianos mayores de 80 años reportan lesiones bucodentales que se relacionan con factores tales como el aumento de su edad y otras enfermedades concomitantes, propias de su edad y el uso de medicamentos en demasía

4. En Ecuador, Moreno R. et al. (4) el 2016, efectuaron un estudio con el propósito de caracterizar el estado de salud de la población geriátrica que afronta el envejecimiento y sus inconvenientes de salud oral, en cuanto a la necesidad de prótesis estomatológica, arribando a los principales resultados siguientes: del total de 1078 pacientes, el 75.60% tuvieron necesidad urgente de contar con prótesis dental total y parcial; la prótesis parcial removible inferior fue la más necesitada. La conclusión que asumieron fue, que la necesidad de prótesis totales y parciales en el área objeto del estudio resulto altamente significativa.

5. Posada L. et al. (5). En Bogotá, Colombia; realizaron un estudio transversal, para analizar las condiciones de salud oral y el estado protésico de la población adulta mayor, atendida en la Red Hospitalaria Pública. Después de recoger la información a través de encuestas y los exámenes clínicos correspondientes, los resultados fueron los siguientes: que el promedio de dientes presentes en la población estudiada fue de 5,7 lo que implica un COPD promedio de 24,2. De otro lado, más del 55% de los hombres y las mujeres requieren cambio de prótesis inferior y un 70% requieren cambio de prótesis superior. Asimismo, se encontraron alteraciones de la mucosa oral, como: candidiasis (12%), úlceras (7%), leucoplasias (7%) y liquen plano (1%). Con ello, llegaron a la conclusión de que, se evidencia deficientes condiciones de salud oral, que pueden ser explicada por la situación de vulnerabilidad social que atraviesa este grupo social, las mismas que se agudizan por las barreras que afrontan para el normal acceso a los servicios de salud bucodental preventivos y curativos.

## **B. Antecedentes nacionales**

1. En Lima, en el Centro Naval del Perú; durante el año 2016, Medina S. (6) llevó a cabo una investigación relativa a la prevalencia de trastornos temporomaxilares y su relación con la pérdida de soporte oclusal posterior en adultos mayores. El propósito fundamental de este estudio fue, el determinar la relación entre la disfunción craneomandibular con la pérdida de soporte oclusal posterior. Por ello examinaron a 400 pacientes para evaluar el índice de Helkimo, determinándose que el 83% tuvo pérdida de soporte oclusal posterior que generaron alteraciones en su sistema masticatorio; otro 73% sin pérdida de soporte oclusal presentan disfunción craneomandibular. Asimismo, se determinó que el sexo femenino fue el más afectado, en especial las mayores de 56 años o más. Se concluyó que existe asociación altamente significativa entre las variables en estudio.

2. En la Universidad de Trujillo, el año 2017, Vegas, L (7) realizó una investigación sobre edentulismo parcial en pacientes adultos mayores, con la finalidad de determinar la prevalencia de falta de dientes, según la clasificación de Kennedy. Entre sus más importantes resultados, se verifican los siguientes: se denota que prevaleció la clase III de Kennedy con un 50.59%, siendo las más frecuente en el maxilar superior (66.7%) y en el maxilar inferior con un (53.8%). Esta situación fue más ocurrente entre el sexo masculino con un 63.6%). Se concluye que, la población estudiada muestralmente, solo recibe el tratamiento que solicita no siendo motivado sobre prácticas de higiene oral como medio de prevención para evitar problemas en sus dientes. Así también se determinó la limitada atención en tratamientos con prótesis dentales a la población edéntula parcial, no llegando generalmente, a superar la problemática de un mayor tiempo de duración de las prótesis que utilizan.

3. Hidalgo, I. et al. (8) el 2016, investigaron en la Universidad Cayetano Heredia, Lima sobre la oclusión en prótesis total, estableciendo que la elección de un tipo de oclusión en la confección de prótesis dentales es una decisión básica y fundamental para lograr el éxito en el tratamiento de personas edéntulas, sea parcial o total. Presentan un caso clínico, en el que asumen que, existen diferentes factores que posibilitan una adecuada y exitosa oclusión. Por tanto, se debe establecer un procedimiento lógico que,

permita la restauración de la habilidad masticatoria, la estética y la fonación principalmente y cuanto más el preservar los tejidos de soportes de la persona tratada. Consecuentemente, afirman y concluyen que, el profesional odontólogo debe poseer amplios conocimientos de la fisiología y anatomía humanas y conveniente saber, de los materiales dentales de prótesis oral. en especial en lo que se refiere a las prótesis totales, teniendo incluso la habilidad manual pertinente, para lograr atenciones satisfactorias para los pacientes.

4. En el año 2016, en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima Vilcahuamán, J. (9) en la Facultad de Estomatología, realizó la investigación bibliográfica sobre Oclusión en Prótesis Total, con el propósito de describir los diferentes tipos de oclusión, que permitan una adecuada elaboración de prótesis dentales; arribando a las conclusiones siguientes: Que la selección de los dientes artificiales depende parcialmente del esquema oclusal elegido para el tratamiento protésico. Que la oclusión es un aspecto fundamental a tenerse en cuenta en la técnica de elaboración de las prótesis completas. Estas prótesis deben estar directamente relacionada con los parámetros físicos de distribución de cargas y retención y estabilidad de la prótesis. De otro lado, afirma que, para lograr un resultado adecuado debe tenerse más en cuenta los factores psicológicos del paciente que, los prostodónticos. Ante tal circunstancia, vale no solo realizar la evaluación física pertinente sino asimismo una valoración integral médica y psicosocial del individuo que recibe el tratamiento, acorde a sus necesidades y expectativas. Finalmente sostiene que, cuando el clínico es capaz de lograr una prótesis parecida a la dentición natural, se asegura la adaptación y satisfacción del paciente.

5. El año 2019, en la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, Anampa, A. (10), culminó su investigación relativa a la rehabilitación oral con prótesis total empleando la técnica de zona neutra modificada. En el cual, describe la técnica aludida, empleada para lograr la rehabilitación oral de paciente edéntulo total inferior. Este tratamiento, permitió verificar que el paciente tratado, presentaba rebordes con severo grado de reabsorción, asumiendo movilidad e incomodidad en las prótesis que usaba. Después de demostrar la valía de la técnica empleada, refiere haber logrado devolver en la paciente,

armonía entre el aparato protésico y la musculatura peribucal. La conclusión asumida, precisa que, la técnica empleada en el tratamiento protésico, logró un alto porcentajes de éxito en la rehabilitación oral efectuada.

## **2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS**

### **2.2.2.1 Calidad de la salud bucal en el adulto mayor**

Cuando nos referimos a la calidad de la salud bucal del adulto mayor, puede sostenerse sin temor a equivocarnos que, ella es de mala calidad; la misma que refleja inexorablemente la no conservación de sus prótesis dentales. Esta realidad ocasiona perjuicios sin duda para su sistema estomatológico.

Por ello, se hace necesario reafirmar que él, anciano merece tratamientos basados en una correcta y adecuada planificación protésica que le permita en el tiempo la conservación de sus prótesis permitiendo con ello tener y asegurar una salud oral positiva.

De otra parte, es necesario considerar que las determinantes sociales generalmente intervienen en la modificación o pérdida de la salud oral al llegar el individuo a edades avanzadas, presumiéndose que las estructuras bucales padecen cambios propios del geronte, pero cabe precisar que la pérdida parcial o total de la dentadura nunca son propios de la avanzada edad, puesto que ello al contrario es un signo indubitable del mal estado de salud bucal del paciente que se ha descuidado en su higiene bucodental a lo largo de sus existencia. Así se tiene la presencia de caries, especialmente la radicular, enfermedades periodontales e incluso en cáncer bucal. Ante ello es necesario tener muy en cuenta la Declaración de Helsinki en cuanto a las políticas de los gobiernos sobre salud pública orientadas a prevenir y mantener adecuados niveles de salud oral, por tanto, debe dejarse de lado las políticas que tienen solamente propósitos estético-cosmético de la cavidad bucodental. (11)

Asimismo, debe considerarse que las mutaciones dentro de la cavidad bucal del adulto mayor se reflejan en dientes amarillentos, en su fragilidad y ser menos permeables, relacionados con el

proceso de atricción y con el de abrasión del esmalte dentario. (12). Además, el ligamento periodontal se ensancha como consecuencia de la inflamación crónica, la pérdida de dientes desiguala la distribución de las fuerzas de apretamiento. El desequilibrio de las fuerzas oclusales provoca que el cemento radicular aumente el volumen de la zona apical. También el tono muscular bucofacial se degrada en gran número de ancianos. (13)

Entre los efectos de la pérdida total o parcial de los dientes y el no uso de prótesis generan: Alteraciones estéticas; disminución de una eficiente masticación; inclinación, migración y rotación de los dientes que se mantienen; extrusión de piezas dentales; pérdida de apoyo para los dientes; desviación mandibular; atricción dental; pérdida de la dimensión vertical; disfunción de la articulación temporomandibular; pérdida del hueso alveolar y reducción de los bordes residuales; problemas periodontales; problemas fonéticos, entre otros. Consecuentemente, podemos advertir que, estos desenlaces son adversos a la salud y bienestar de los individuos y ello exige el tratamiento oclusal requerido en los adultos mayores para superar dicha contingencia en su sistema masticatorio. (14)

### **2.2.2 El Edentulismo**

Se define como una característica en la cavidad bucodental, caracterizada por la falta de dientes en forma total o parcialmente. Generalmente, se da como resultado de sucesivas exodoncias a causa de caries, de enfermedad periodontal o en determinados casos, como una forma de reducir el costo-beneficio asociado con tratamientos odontoestomatológicos. (15)

Asimismo, puede nombrarse como causas coadyuvantes a la pérdida de piezas dentales: a la edad del individuo, a su nivel educativo, al acceso que tenga a la prevención y tratamiento dental y a contar con profesionales dentistas en su localidad. Se conoce que en general los adultos mayores usan irremediamente prótesis totales en sus maxilares, sea en el superior o en el inferior o en ambos. (16)

Demás está decir que la mala condición oral produce gran impacto negativo en la calidad de vida de los individuos desdentados, pues le causa limitación física, funcional, psicológica afectando innegablemente las habilidades en los grupos sociales.

El edentulismo parcial se manifiesta por la ausencia de algunas piezas dentarias. Según estudios al respecto, en general las piezas que se pierden usualmente son las molares. Se conoce que, en promedio, los adultos solo cuentan con 23 de las 28 piezas dentarias, empero esta cifra se va incrementando con el transcurrir de los tiempos a una pérdida media de 10 piezas dentarias. De otro lado es necesario precisar que esta situación se presenta en personas de cualquier grupo de edad, pero preferentemente en edades de 26 a 40 años, siendo eventualmente mayoritaria en personas del sexo femenino. Así también, se conoce que este tipo de edentulismo no impide del todo la calidad de vida de la persona.

El edentulismo total, se manifiesta por la ausencia del íntegro de piezas dentarias en una o en ambas arcadas. Es necesario considerar que, cuando el individuo suma más años de edad se hace más proclive a ser totalmente edéntulo. La existencia de edentulismo total es considerado como un factor de riesgo para el nivel y calidad de vida del que lo padece. (17)

### **2.2.3 Prótesis dental**

Una prótesis dental se conceptúa como instrumentos o aparatos producidos con el propósito de reemplazar las piezas dentarias faltantes y que permitan la recuperación fundamental y básica de la función de masticación, así como también de la función fónica y estética. Incluso, recuperar la dimensión vertical. Estas prótesis sean parciales o totales se preparan en laboratorios o previamente acondicionados y dirigidos por profesionales técnicos dentales. (8)

Entre los tipos de prótesis dental, se diferencian la Total y la Parcial. La primera se muestra cuando reemplazan la totalidad de piezas dentales del paciente y la segunda, son las que se

confeccionan para sustituir dentaduras con remanentes de las piezas perdidas o en su defecto cuando aún existen piezas dentarias sanas. Estas prótesis se dividen en fija, removible y mixta. (19)

#### **2.2.4 Oclusión**

Se dice que la oclusión es un vocablo que genéricamente se utiliza para describir la relación subsistente de contacto que se verifica entre los dientes superiores e inferiores de las personas. Por ello cuando los dientes antagonistas entran en cercanía se expresa una fuerza resultante, que encuentra siempre una resistencia de los tejidos de soporte de la cavidad bucal. Debe considerarse que el control de dicha fuerza amerita un problema fundamentalmente complicado y siempre es objeto de discordia, específicamente cuando se trata de una prótesis total. (20)

Es necesario remarcar que los dientes artificiales como los naturales no son estáticos, ya que, en la oclusión artificial, debido a la naturaleza de las estructuras de soporte, éstas se remueven grupalmente o en plano sobre una base común cambiando continuamente las referidas estructuras.

La literatura en las ciencias odontológicas, muestran diversos conceptos y técnicas referentes a la oclusión en prótesis total, empero aún no se han logrado comprobar definitivamente que algún tipo de oclusión sea mejor o superior en cuanto a función o que brinde mayor seguridad a las estructuras de soporte bucales y que se configure como la más aceptable para los pacientes que la utilizan para preservar su salud bucal y su adecuado nivel de satisfacción personal. De otro lado se conoce que la pérdida de estructura no se impide por la utilización de prótesis ubicadas sobre la mucosa, pérdida que se acelera inclusive, cuando los dientes postizos no se encuentran en su posición normal.

Debe tenerse muy en cuenta que el propósito fundamental del tratamiento a través de prótesis total, es el preservar los tejidos de apoyo de la mejor manera posible, que permita una función articular y muscular exenta de molestias; evitando se generen indeseables efectos secundarios, verbigracia la estomatitis protésica.

También es necesario hacer hincapié que, debe asumirse con celo que, la mala selección y empleo irresponsable de materiales, en la elaboración de prótesis totales suelen producir fuerzas que generen compromisos negativos para la estabilidad de las bases y que puedan traumatizar las estructuras de soporte orales, permitiendo la reabsorción ósea. Por ello se hace impostergable que el odontólogo tenga amplios conocimientos de oclusión para lograr tratamientos satisfactorios para sus pacientes. (21)

#### **A. Naturaleza de las estructuras de soporte**

Estas estructuras de soporte están constituidas por tejidos duros y blandos y es necesario afirmar que, la oclusión en prótesis total depende necesariamente de un sistema de soporte diferente al de los dientes naturales. Los tejidos blandos se hallan en continua modificación reaccionando rápidamente frente a estímulos externos, como es la presión, la abrasión, el calor o el frío. Así también, reacciona rápidamente ante estímulos de origen interno como la cantidad de líquidos que recepciona, los nutrientes, sales y consecuentemente la presión arterial. Se conoce que, la naturaleza de esta estructura debe ser apreciada pues incluso se encuentra en cambio permanente, afectando la posición de las bases y asimismo la oclusión que contienen. (22)

#### **B. Movimientos mandibulares**

Se advierten en una depresión y elevación rítmica y secuencial de la mandíbula y es verificada en el transcurso de la masticación, Esta actividad en el ser humano requiere necesariamente de aprendizaje aun cuando la mayor parte de dichos movimientos son generalmente al azar. Es así que, a través de la repetición, los movimientos mandibulares se transforman en actos subconscientes, empero el inicio es meramente consciente. Cabe señalar que cada individuo muestra un patrón en sus movimientos mandibulares y en el argot científico clínico se denomina “marcha oclusal”.

Teniendo en cuenta que subsisten variados factores que afectan dicha marcha, los más drásticos e inmediatos son la pérdida de los dientes, la inserción de una prótesis o ultimadamente la combinación de ambos. Por lo tanto, los recurrentes patrones de movimiento exigen un renovado

aprendizaje para adaptarse a una nueva situación funcional. Entonces, se asume que, la adaptación conveniente y adecuada de la prótesis permitirá una mayor automatización y un menor esfuerzo consciente de la persona que la recibe. Sin duda la marcha oclusal diferirá del estado anterior cuando hubo pérdida de dientes. (22)

### **2.3 OBJETIVOS**

Establecer y describir los procedimientos de rehabilitación bucal con prótesis total removible, en adultos mayores, empleando el esquema oclusal lineal, para mejorar la estética, proporcionar estabilidad, retención y funcionalidad protésica en el paciente.

## **CAPITULO III**

### **3.1 DESARROLLO DEL CASO CLINICO**

#### **.3.1 Historia Clínica:**

##### **Datos de Filiación:**

- ▶ **NOMBRE Y APELLIDOS:** CARDENAS ALFARO FERNANDO VICTOR
- ▶ **EDAD:** 70 AÑOS.
- ▶ **SEXO:** MASCULINO.
- ▶ **ESTADO CIVIL:** CASAD.
- ▶ **DOMICILIO:** JR. GRAU 165 CHOILCA
- ▶ **TELEFONO:** 954090156.
- ▶ **FECHA DE NACIMIENTO:** 09/03/1951
- ▶ **LUGAR DE PROCEDENCIA:** IZCUCHACA- HUANCAVELICA

##### **Anamnesis:**

- ▶ **A. MOTIVO DE CONSULTA:** “Quiero que me pongan mis muelas”
- ▶ **B. ENFERMEDAD ACTUAL:** Paciente refiere que desde muy joven empezó a perder los dientes, los últimos dientes los perdió hace un año, ahora tiene problemas para alimentarse por lo que acude a la consulta.
- ▶ **C. ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES:** no refiere.

**Examen clínico general:**

**FUNCIONES VITALES:**

- ▶ **PA** : 110 / 70 mm Hg.
- ▶ **PULSO** : 60 pulsaciones x minuto.
- ▶ **TEMPERATURA** : 36.5 °C.
- ▶ **FREC. RESPIRATORIA** : 18 respiraciones x minuto.
- ▶ **ESTADOS DEL PACIENTE** : ABEG, LOTEP.

**3.1.2 Examen estomatológico elemental:**

**ATM:** Sin alteración evidente.

**GANGLIOS:** No palpables.

**LABIOS:** Sin alteración evidente

**CARRILLOS:** Sin alteración evidente

**PALADAR DURO Y BLANDO:** Sin alteración evidente.

**OROFARINGE:** Úvula vibrante, Sin alteración evidente.

**LENGUA:** La lengua presenta de forma alargada, húmeda, presencia de saburra en el tercio medio del dorso de la lengua, puntillado múltiple en el tercio medio y anterior de la lengua.

**PISO DE BOCA:** Sin alteración evidente.

**Diagnóstico Presuntivo:**

Edéntulo total

**Diagnóstico Definitivo:**

Edéntulo total

**Pronóstico:**

Favorable.

## **CAPITULO IV**

### **4.1 PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL**

El propósito principal del plan de tratamiento de un paciente adulto mayor edéntulo total, con una prótesis total con dientes monoplaneo son:

- 1) Restablecer la actividad masticatoria perdida.
- 2) Restablecer y mejorar la función fonética.
- 3) Restablecer la estética de la sonrisa.

El plan de tratamiento de desarrollo de la siguiente manera:

### **PRIMERA SESIÓN**

Diagnostico e impresión primaria

- a. Se realizó una impresión primaria o impresión estática de los tejidos periorales residuales, para lo cual se adapta las cubetas para desdentados, la impresión preliminar se realiza con una porción de alginato.
- b. Realizamos el vaciado de la impresión preliminar con yeso piedra.
- c. Posteriormente al fraguado del yeso, desmoldamos y registramos con un lápiz los límites de la futura cubeta individual.
- d. Enviamos al técnico del laboratorio dental para que confeccione la cubeta individual parcialmente aliviada con los límites señalados.

## **SEGUNDA SESIÓN**

Se realizó la impresión funcional de los tejidos

- a. Se prueba la cubeta individual en la boca del paciente, para recortarla a nivel de los frenillos y puedan ser reproducidos en funcionalidad, luego se rebajan los puntos que ejercen presión en la mucosa.
- b. Se adicionó godiva de baja fusión (verde), alrededor de toda la cubeta individual con el propósito de registrar el sellado periférico marginal, tanto en el maxilar superior como en el inferior.
- c. Se registra en el paciente la línea de post dam utilizando un lápiz dérmico, y esta queda marcada en la cubeta por presión, recortamos los excesos y adicionamos godiva de baja fusión, para terminar el sellado periférico marginal. (9)
- d. Para realizar la impresión dinámica utilizamos la pasta zinquenólica (15),
- e. Enviamos la impresión al laboratorio, para que el técnico lo vacíe con yeso extra duro, y confeccione la placa base y los rodetes.

## **TERCERA SESIÓN**

Registro de la relación intermaxilar

- a. Probamos las placas bases con los rodetes en la boca del paciente, con la intención de que el paciente se familiarice con esas.
- b. Comprobamos el paralelismo entre plano oclusal y el plano de camper.
- c. Determinamos la relación intermaxilar vertical usando la técnica de la deglución, posición habitual, fonación y consideraciones de autopercepción del paciente (13)

- d. Comprobamos el contorno de los rodetes superior e inferior, con respecto al posicionamiento de tejidos blandos (relleno facial). Se marcan en el rodete, la línea media, línea de la sonrisa, distancia entre caninos.
- e. Para determinar la relación céntrica se usó la técnica: “Cheen Point” llamada también Técnica Manual de Relación Central, bimanual. (14)
- f. Por último, para fijar los rodetes usamos la pasta zinquenólica y grapas metálicas. Debemos mencionar que la fijación se realizó en relación céntrica.
- g. Luego enviamos los modelos articulados al laboratorio dental para el enfilado correspondiente (indicar el color y forma de los dientes).

#### **CUARTA SESIÓN**

Prueba de las bases con los dientes enfilados

- a. Se procedió con la revisión de los dientes enfilados. Revisamos la línea media, línea de la sonrisa, la relación de contorno y oclusión.
- b. Corregimos las imperfecciones, después lo enviamos al laboratorio dental para su confección y pulido de la prótesis.

#### **QUINTA SESIÓN**

Instalación de la prótesis dental finalizada.

- a. Corregimos algunas imperfecciones para que la prótesis pueda ingresar sin dolor y molestia al paciente. (11)
- b. Tuvimos atención especial al sellado, retención y estabilidad de la prótesis dental.
- c. Verificamos que todos los frenillos se muevan con total libertad.

- d. Se verificó el ajuste oclusal mediante el uso del papel de articular de arcada completa.
- e. Instruimos al paciente, en el uso progresivo de la prótesis y la dieta blanda los primeros días.

(14)

## **SEXTA SESIÓN**

### Control

- a. El primer control lo realizamos a las 24 horas después de la instalación de la prótesis dental total, buscamos la presencia de zonas de enrojecimiento de la mucosa, puntos de presión, ardor de la mucosa, para realizar el alivio correspondiente. (11)

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES**

1ra. – Se logra un tratamiento eficiente en procedimientos de prótesis total removible, efectuando un atinado diagnóstico que genere y releve información básica sobre las estructuras de soporte de la prótesis total, así como de los tejidos adjuntos.

2da. – Debe asegurarse mediante la inspección clínica, la a observación de irregularidades en la mucosa oral.

3ra. – La aceptación de este tratamiento rehabilitador con prótesis total removible, empleando el esquema oclusal lineal en adultos mayores edéntulos; se basó en un justo diagnóstico y seguimiento íntegro y completo tanto del protocolo quirúrgico como de los procedimientos de la prótesis total.

4ta.- Los procedimientos siguiendo el esquema oclusal lineal, proporciona un área de soporte conveniente, para el adecuado asentamiento de la prótesis, permitiendo obtener la estética planeada y la retención y estabilidad necesarias, con el propósito de alcanzar cada una de las demandas funcionales a efectuarse a lo largo de su uso, garantizando plenamente la eficacia de la terapéutica protésica.

5ta. – Debe tenerse muy en cuenta que la integración auspiciosa de la prótesis total removible atañe a aspecto psíquicos, así como también a las características biomecánicas-funcionales del paciente en rehabilitación.

## **CAPITULO VI**

### **APORTES**

1er. – En la exposición del presente trabajo de suficiencia profesional, se ha descrito y explicado la rehabilitación bucodental del adulto mayor edéntulo total, empleando el esquema oclusal lineal o monoplano; lo que nos lleva a inferir que esta técnica debe ser implementada en la práctica clínica odontoestomatológica, para así conseguir los resultados positivos que satisfagan tanto la labor del especialista como la aceptación y confort del paciente senil.

2do. – Se está demostrando indubitadamente que, tanto cirujanos dentistas como estudiantes de la carrera profesional de odontología que afronten tratamientos específicos protésicos totales removibles, deben conocer a profundidad el manejo eficaz de los procedimientos requeridos para ello, lo que permitirá éxitos en sus propósitos.

3er. – La correcta planificación terapéutica y el adecuado diligenciado de la historia clínica, es esencial para tener una evaluación diagnóstica descriptivo-explicativa detallada de cada una de las estructuras y las condiciones bucodentales que presenta el paciente, previas a la realización de los tratamientos pertinentes.

4to. – Con ello se verifica que la capacitación continua de los profesionales especialista en esos menesteres, es una condición sine qua non, para ofrecer y efectuar tratamientos ajustados básicamente a las necesidades y condiciones presupuestales de las personas que la requieran.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Napoles. G.L. et al. “Caracterización de los pacientes con reparaciones de prótesis estomatológica”. Policlínico Universitario Julio Antonio Mella. La Habana. Cuba. 2017.
2. Gómez – Pino M.F. et al. “Salud bucal y factores relacionados a pacientes portadores de prótesis bimaxilar en una institución de docencia de servicio – Medellín, Colombia. 2017.
3. Corona C.M. et al. Factores locales y su relación con lesiones bucales en ancianos portadores de prótesis totales. Santiago de Cuba. 2017.
4. Moreno r.d. , Rodríguez M.A., Tamayo G.KL, “Necesidad de prótesis estomatológica- Colombia. 2017.
5. Posada L.A, Agudelo S.A., Meneses G.E. “Condiciones de salud Oral y Estado protésico de la población adulta mayor atendida en la Red Hospitalaria Pública de Medellín. Colombia, 2016.
6. Medina S.A. “Prevalencia de trastornos temporomandibulares y su relación con la pérdida de soporte oclusal posterior en adultos” Lima, Perú. 2016.
7. Vega, L.E. “Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos atendidos en la Unidad de Segunda Especialización en Estomatología de la Universidad de Trujillo, Perú. 2017.
8. Hidalgo, I. “Oclusión en prótesis total” Clínica Odontológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia” Lima, Perú. 2015.
9. Vilcahuamán J. “Oclusión en Prótesis Total”, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. 2014.
10. Anampa, M.A. “Rehabilitación Oral con prótesis total: Rehabilitación Oral: Técnica de zona neutra modificada”, Lima, Perú. 2019.

11. Cruz, H.I., rubio R.G., torres L.M. “Enfermedad periodontal inmuno inflamatoria crónica”. Municipio Fomento. Colombia, 2015.
12. Sánchez-Ruiz F., “Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal”, Ecuador 2017.
13. Ramírez - Coronel, M. “La caries, problema ignorado de salud pública”. Venezuela. 2014.
14. López O., “Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el Servicio de Rh Oral del Centro Médico Naval”. UNMSM, Lima, Perú. 2012.
15. Misch, C.E. “Dental Implants Prosthetics, St. Louis. USA. 2015.
16. Emani, E. “The impact of Edentulism on Oral and General Heath”. International Journal of Dentistry. USA. 2013.
17. Venegas, A. et al. “Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica Universitaria”. Cuenca, Ecuador. 2016.
18. Zarb G., Bolender C., Hickey, J., et al. “Prostodoncia total de Boucher”. México. Interamericana. 2004.
19. Zevallos S., “Estudio de pérdida de la dimensión vertical en pacientes desdentados totales, atendidos en la clínica odontológica de la UNDAC”. Pasco, Perú, 2015.
20. Koeck, B., “Prótesis Completa”. España. 2014.
21. Sheldon, W. “Prostodoncia Total”. Nueva Editorial interamericana s.a. 2007.
22. Jorge, J. “Prostodoncia total de Boucher. Décima Edición interamericana McGraw-Hill. México. 2009.
23. Hans H., “Prótesis total según la sistemática de Gerber” Dental Labor. 2008.
24. Josem, P., “Prótesis completa” Edit. Labor S.A. Calabria, Barcelona, España, 2012.

25. Carl, O., Loza Fernández, David y Valverde Montalva, R. “Diseño de Prótesis Total Removible”, Madrid: Ripano Editorial Medica, 2007
26. Becerra, S.,” Fundamentos biomecánicos en rehabilitación oral”, Universidad de Antioquía, Colombia. 2015.
27. Mallat-Cellis E., “Aspectos de interés en el diseño de prótesis totales sobre implantes”. Universidad de Cali, Colombia. 2015.

## **ANEXOS**

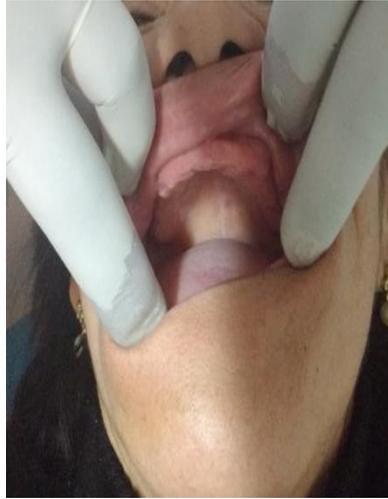


Figura 1,2,3 Evaluación y diagnóstico del paciente



Figura 4 Impresión estática de los tejidos



Figura 5,6 Adaptación de las cubetas individuales y sellado periférico marginal

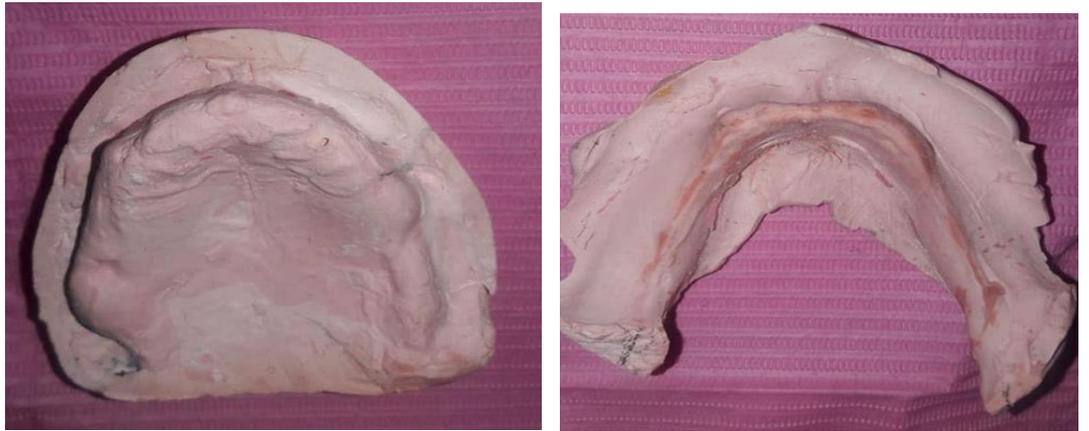


Figura 7,8 Modelos definitivos



Figura 9,10 adaptación de las placas bases y colocación de rodetes



Figura 11 toma de registro y articulado



Figura 12 y 13 Enfilado de las bases



Figura 14 y 15 Prueba del enfilado