

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

REHABILITACIÓN BUCAL CON PROTESIS TOTAL REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

PARA OPTAR: EL TITULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

AUTOR: BACH. CRISOSTOMO REYES FIORELLA JANNET

ASESOR: MG. ALIAGA OCHOA EDGAR OMAR

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la salud

Huancayo – Perú - 2022

DEDICATORIA:

A mis queridos padres en muestra de gratitud, por el apoyo incondicional en mis estudios universitarios.

FIGRELLA

AGRADECIMIENTO:

A mis docentes de la Escuela Profesional de Odontología, por sus sabias enseñanzas, las mismas que las aplicaré en el ejercicio de mi profesión.

FIGRELLA

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

REHABILITACIÓN BUCAL CON PROTESIS TOTAL REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Cuyo autor (es) : **CRISOSTOMO REYES FIORELLA JANNET**
Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**
Escuela Profesional : **ODONTOLOGÍA**
Asesor (a) : **MG.ALIAGA OCHOA EDGAR OMAR**

Que fue presentado con fecha: 08/02/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 13/02/2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 11%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software dos veces.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 13 de febrero de 2023

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud



[Signature]
Ph.D. EDITH ANCCO GOMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 61 - DUI - FCS - UPLA/2023

c.c.: Archivo
EAG/vjchp

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 SOBRE CALIDAD DE SALUD BUCAL EN LA TERCERA EDAD | 14 |
| 2.2.2.2 EDENTULISMO..... | 16 |
| 2.2.2.3 PRÓTESIS DENTAL..... | 17 |
| 2.2.2.4 OCLUSIÓN..... | 18 |
| 2.2.2.5 NATURALEZA DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE..... | 19 |
| 2.2.2.6 MOVIMIENTOS MANDIBULARES..... | 19 |
| 2.3. OBJETIVOS..... | |

CAPÍTULO III

| | |
|---------------------------------------|--|
| 3.1. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO..... | |
| 3.1.1 HISTORIA CLÍNICA..... | |
| 3.1.2 EXAMEN CLÍNICO GENERAL..... | |
| 3.2. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO..... | |
| 3.3 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO..... | |

CAPÍTULO IV

| | |
|---------------------------------------|--|
| 4.1 PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL..... | |
| 4.2 PRONÓSTICO..... | |

CAPÍTULO V

| | |
|-------------------|----|
| CONCLUSIONES..... | 27 |
|-------------------|----|

CAPÍTULO VI

| | |
|---------------------------------|----|
| APORTES..... | 29 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 31 |
| ANEXOS..... | 33 |

RESUMEN

Es necesario recordar que todo odontólogo se enfrenta a retos impostergables, cada vez que tenga que determinar el tipo de oclusión en la formulación de prótesis fijas dentarias sean éstas totales o parciales. Asimismo, debe prestar especiales servicios a individuos de la tercera edad cuando su condición sea de edéntulo. Por ello, el profesional debe diagnosticar y evaluar integralmente relativos a la capacidad masticatoria del paciente a tratar, la comodidad y fundamentalmente la conservación de la totalidad del hueso alveolar. Por tanto, no se trata solamente de la ubicación de piezas dentarias artificiales ensamblados unos con otros, sino el fijar procedimientos lógicos y valederos que le permita una adecuada restauración y rehabilitación bucal de la persona que ha perdido sus dientes. O sea, que recupere su propia habilidad masticatoria, obtenga una buena estética, logre una fonación estable y básicamente la protección de los tejidos de soporte correspondientes. El objetivo planteado para el desarrollo y ejecución del presente caso clínico fue: el determinar los procedimientos básicos de rehabilitación bucal, colocando prótesis total removible, en pacientes de la tercera edad, aplicando el esquema oclusal lineal, para mejorar su estética y funcionalidad protésica. Concluimos nuestro informe señalando que, en el caso del diseño oclusal no balanceado o lineal, los dientes monoplanos son empleados para disminuir las fuerzas laterales que generalmente provocan rotación de las prótesis. Luego puede inferirse que, la esquemática oclusal lineal suministra una superficie de soporte apropiado que garantiza absolutamente una terapéutica protésica eficaz y eficiente.

Palabras clave: Esquema oclusal monoplano o línea, prótesis total removible, edéntulo.

ABSTRAT

It is necessary to remember that every dentist faces unpostponable challenges every time he/she has to determine the type of occlusion in the formulation of fixed dental prostheses, whether they are total or partial. Likewise, he/she must provide special services to elderly individuals when their condition is edentulous. Therefore, the professional must diagnose and evaluate integrally the masticatory capacity of the patient to be treated, the comfort and fundamentally the conservation of the totality of the alveolar bone. Therefore, it is not only the placement of artificial teeth assembled with each other, but the establishment of logical and valid procedures that allow an adequate restoration and oral rehabilitation of the person who has lost his teeth. That is to say, to recover his own masticatory ability, obtain good esthetics, achieve a stable phonation and basically the protection of the corresponding support tissues. The objective set for the development and execution of the present clinical case was: to determine the basic procedures of oral rehabilitation, placing removable total prosthesis, in elderly patients, applying the linear occlusal scheme, to improve their esthetics and prosthetic functionality. We conclude our report by pointing out that, in the case of the unbalanced or linear occlusal design, monoplane teeth are used to reduce the lateral forces that generally cause rotation of the prosthesis. It can then be inferred that, the linear occlusal scheme provides an appropriate support surface that absolutely guarantees an effective and efficient prosthetic therapy.

Key words: Monoplane or line occlusal scheme, removable total prosthesis, edentulous.

CAPITULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En sendos informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se establece que el edentulismo es considerado como una patología bucal, a través de la cual la persona ha perdido inexorablemente el total de sus piezas dentarias. Según cálculos estadísticos estimativos, su prevalencia en la población a nivel internacional supera los 30%. Por lo tanto, esta anomalía afecta directamente la salud general, una adecuada alimentación y por ende la calidad de vida de las personas que la padecen.

Es lamentable mencionar que, nuestro sistema de salud no cuenta con data estadística congruente en lo relativo a la temática citada, entonces recurriendo a determinadas evidencias se infiere que las personas cuanta más edad tienen, mayores problemas de edentulismo padecen, debiéndose tratar urgentemente para su rehabilitación protésica conveniente y oportuna.

Por otro lado, también se conoce que personas que utilizan prótesis dentales totales no logran alcanzar un correcto proceso masticatorio, viendo mermadas su percepción de sabores, situaciones que alteran los patrones alimenticios a los que estaban acostumbrados. Por lo que es necesario y conveniente establecer procedimientos innovadores en cuanto a rehabilitación con prótesis totales. Asimismo, es importante reconocer que el individuo edéntulo además afronta en el discurrir de su vida, problemas psíquicos y estéticos en su interrelación social y familiar.

Las lesiones cariosas son las causas primigenias de edentulismo, las que generan enfermedades periodontales cuando el individuo se encuentre en el grupo de la tercera edad, a los que también se le denomina adultos mayores.

Cabe además precisar que este grupo etario afronta problemas de masticación y fonética, por lo que busca al profesional odontólogo especialista, para superar tales deficiencias. Además de los novedosos implantes, estamos en condiciones de aseverar que mediante las prótesis totales removibles podrían lograr su rehabilitación casi integralmente. Consecuentemente, creemos que es de necesidad prioritaria el describir detalladamente las secuencias que nos llevarán a un correcto procedimiento de emplazar prótesis total empleando el esquema oclusal lineal en paciente adulto mayor, siendo ello uno de los propósitos del presente reporte de caso clínico.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 ANTECEDENTES

2.2.1.1 Antecedentes extranjeros

A) Nápoles G. et al. (1) en el año de 2017 realizaron una investigación de tipo descriptivo, de diseño observacional-transversal con el objetivo de caracterizar a pacientes que empleaban rehabilitación oral con prótesis dentaria en la localidad de Santiago de Cuba. La muestra utilizada constó de 567 personas de ambos géneros, con edades superiores a los 20 años. Estos pacientes presentaban necesidad de contar con prótesis. Entre los resultados, determinaron que 319 tenían prótesis parciales removibles y el resto contaban con prótesis totales. Entre los motivos de las rehabilitaciones, se verificó que fue la caída de los postizos o por fracturas completas mayormente de las prótesis totales. Concluyen su investigación aseverando que las reparaciones más usuales fueron las totales y en menor cantidad las reparaciones fragmentarias.

B) Gómez –Pino E. et al. (2) en el país colombiano, realizaron un estudio relativo a la salud oral de una población edéntula que usaban prótesis totales. Se plantearon como objetivo el analizar los factores condicionantes y degenerantes en la cavidad oral. Entre los

resultados de su investigación determinaron que mayormente los integrantes de la muestra evaluada precisan que era necesario llevar a cabo la higiene de la mucosa alveolar. También encontraron información que los llevó a hallar la prevalencia de pigmentación y porosidades en la mayoría de ellos. Asimismo, en su mayoría verificó gran satisfacción con el empleo de las prótesis colocadas en el maxilar superior que en el inferior. Arribaron a la conclusión que, en un 75% de los conformantes de la muestra de estudio, presentaron bajos niveles de salud bucal correspondiente.

C) Corona C. et al. (3), en la clínica de Guantánamo – Cuba, con el objetivo de establecer la asociación de factores locales con anomalías orales en personas mayores que usaban prótesis dentales y las afectaciones que presentaban sus tejidos intrabucales. Después de realizados el examen clínico y acopiada la data relativa al estudio, llegaron a la conclusión fundamental que, los adultos mayores por sobre los 80 años genéricamente presentaban lesiones bucodentales asociadas al aumento de su edad generadas básicamente por la ingestión desproporcionada de medicamentos para malestares y enfermedades colaterales.

D) Moreno, R. et al. (4). En el vecino país ecuatoriano, presentaron el reporte final de un estudio relacionado a la evaluación y calificación del nivel de salud de pobladores que enfrentan las anomalías propias del envejecimiento y los múltiples inconvenientes en su salud bucal, como el contar urgentemente rehabilitación oral mediante las prótesis dentales. Entre sus resultados más saltantes, precisan que un 76.6% de los pacientes conformantes de la muestra en estudio urgían el contar de prótesis dentales tanto totales como parciales. Se dio el caso que los más reclamado fueron las parciales removible inferior. Arribaron a la conclusión general que demostraron estadísticamente la necesidad y urgencia significativa del uso de las prótesis para el grupo etario geriátrico.

E) Posada L. et al. (5) en el año 2018, efectuaron una investigación relativa al nivel protésico vs. Las condiciones de salud oral de los pobladores inmersos en el grupo etario adulto mayor. El lugar de estudio fue en la Red Asistencial Pública de la ciudad bogotana del país colombiano. El acopio de información consideró la aplicación de encuestas y la práctica de exámenes clínicos dentales, lográndose entre los resultados: se verificó un COPD de 24.2 como media. Una proporción de 60% de ambos géneros necesitan la sustitución de sus prótesis inferiores y un porcentaje mayor el cambio de las superiores. Entre las anomalías detectadas, las más plausibles fueron alteraciones de la mucosa bucal, tanto la candidiasis, las úlceras, la leucoplasia y el liquen plano. Finalmente arriban a la conclusión general que el nivel de salud bucal es deficiente, ello generado por la situación socio económica de su entorno y la imposibilidad de acceder normalmente a los servicios de salud odontológicos.

2.2.1.2 Antecedentes nacionales

A) Medina, S. (6) en la ciudad de Lima, Perú, presentó una investigación con el objetivo de determinar la incidencia de trastornos temporomaxilares y su asociación con la pérdida de soporte oclusal en paciente del grupo etario adulto mayor. El estudio fue plasmado en las instalaciones del Centro Naval del Perú, tomando una muestra de 400 individuos a quienes se les evaluó el índice de Helkimo. Entre los resultados más importantes se tuvo que un 85% de los examinados presentaron pérdida de soporte oclusal provocándoles anomalías masticatorias. Asimismo, un 75% presenta diversos grados de disfunción craneomandibular, siendo el género femenino el más afectado, en el rango de mayores de 56 años de edad. Finalmente, concluyen que sí existe relación estadísticamente muy significativa entre las variables consideradas en la investigación.

B) Vegas, L. (7) efectuó una investigación a nivel de tesis de pregrado relacionada al edentulismo parcial en adultos mayores. Esta investigación la realizó en las Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Trujillo en el 2018. El objetivo prefijado fue establecer el nivel de prevalencia de edentulismo de los pacientes atendidos en sus establecimientos, considerando la clasificación de Kennedy al respecto. Los resultados a los que llegó precisan que en los pacientes existió prevalencia mayor de la clase III, con un significativo 60%, en el maxilar superior con un 66.5% y 55.3% en el inferior. Los más afectados fueron los conformantes del género masculino. La conclusión principal a la que arribó el investigador fue que, los integrantes de la muestra solamente acceden a tratamientos cuando lo solicitan, no siendo motivados en la toma de medidas preventivas de higiene bucal que aliviaría y reduciría las anomalías anotadas. De otro lado, también se verificó que la colocación de prótesis dentales totales, generalmente no cuentan con la calidad y precisión deseada por los pacientes, siendo su duración muy efímera.

C) Hidalgo, I. et al. (8) en Lima en el año 2017 culminaron y presentaron el informe final de un Caso Clínico relativo a oclusión en prótesis total. El objetivo previsto fue, el de demostrar que la elección de un tipo de oclusión en la elaboración y colocado de prótesis dentales totales es la toma de la decisión óptima que permitirá una positiva y adecuada oclusión. Los procedimientos básicos y fundamentales se aplicaron en la clínica Odontológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Llegando a la conclusión de que subsisten variados procedimientos que posibilitan la restauración masticatoria, la fonación, la estética facial y la preservación los tejidos soportes de los pacientes tratados protésicamente. Además, afirman que el especialista odontólogo debe contar con conocimiento fundamentales de fisiología y anatomía y a la vez tener pleno manejo

de los materiales utilizados en la confección de prótesis dentales para lograr tratamientos exitosos.

Vilcahuamán, J. (9) egresado de la facultad de Estomatología de la Universidad Cayetano Heredia, efectuó un estudio bibliográfico el 2017, relativo a oclusiones en prótesis total. Fue su propósito, el describir con detalle los diversos tipos de oclusión con la finalidad de confeccionar del mejor modo las prótesis dentales. Al finalizar su investigación concluye que: a) Que los dientes artificiales que se elijan estarán en función del esquema oclusal fijado para el tratamiento respectivo. b) Las prótesis deben estar asociadas con la distribución de cargas y retención que proporcionen estabilidad del postizo. c) Para obtener resultados positivos a satisfacción del paciente debe necesariamente considerarse el estado psicológico del intervenido, efectuándose evaluación física e incluso una valoración completa médica y psicosocial del paciente tratado.

D) Anampa, A. (10) en Tacna en el 2019 obtiene el título de Odontólogo mediante la sustentación de su tesis sobre rehabilitación oral en la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Su objetivo básico fue el demostrar que para acceder a la correcta rehabilitación oral de paciente edéntulo total inferior, debe recurrirse preferentemente a la técnica de zona neutra modificada. En el informe final de su investigación, describe minuciosamente dicha técnica, verificando la presencia de rebordes con significativo grado de reabsorción, determinando movilidad e incomodidad generadas por la prótesis que tenía. Concluye el investigador que, luego del tratamiento, el paciente presentó armonía casi perfecta entre la prótesis total y la correspondiente musculatura perioral, consecuentemente se tuvo un tratamiento exitoso y satisfactorio.

2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS

2.2.2.1 Sobre Calidad de Salud Oral en la Tercera Edad

En lo relativo a la salud oral del adulto mayor, es contundente que su nivel se ubica en el rango de mala calidad. Ello se debe fundamentalmente a la casi inexistencia de parte de este grupo de individuos, quienes no practican usualmente, actos de higiene en la conservación de las prótesis dentales que emplean en su vida diaria. Consecuentemente, los perjuicios personales en su sistema estomatológico resultan muy serios, debiéndose superar con urgencia, para dar una mejor y mayor calidad de vida a dichos pacientes.

Entonces es una obligación preventiva de inducir al paciente de la tercera edad, a que practique actos relativos al cuidado e higiene de sus piezas postizas, así como que se asegure un procesamiento de fabricación protésica, que determine la firmeza y conservación de las prótesis durante el periodo a utilizarlas.

Así también, debe tenerse en cuenta que las personas en edades avanzadas tienen debilitadas la mayor parte de las estructuras orales, las mismas que usualmente verifican diversas modificaciones, generándose muchas anomalías e inconveniencias. La situación dentaria de los gerontos, está explicado básicamente porque a lo largo de su vida, desde su infancia, juventud y adultez no han tenido el cuidado de practicar actos de higiene bucodental, lo que ha permitido presentar lesiones cariosas en sus distintos estadios, que los ha llevado a su condición de edéntulos parciales y totales.

Es por lo mencionado, que las políticas de salud pública en el acápite odontológico, deben estar siempre acordes con la Declaración de Helsinki, que sugiere a los gobernantes programas preventivos y recuperativos que permitan una salud oral eficiente, dejando en segunda instancia tratamientos de orden puramente estéticos o cosméticos de las piezas dentarias. (11)

Empero, debemos considerar básicamente los cambios que se generan en la cavidad oral de los ancianos, como por ejemplo la coloración amarillenta, la fragilidad,

la disminución de la permeabilidad por atricción o abrasión del esmalte respectivo (12). Es más, también resulta necesario tener en consideración el ensanchamiento del ligamento periodontal, ello generado por la inflamación crónica e incluso que la falta de dientes permite la no equiparación de las fuerzas de apretamiento correspondientes. (13)

De otra parte, también es fundamental reconocer que las consecuencias de perder parte o la totalidad de las piezas dentarias y no emplear prótesis, ocasionan diversas alteraciones en la masticación, la inclinación, la migración e incluso la rotación de piezas que aún persisten. En casos más severos, se presenta la pérdida del hueso alveolar generando problemas periodontales, fonéticos y estéticos. (14)

2.2.2.2 El Edentulismo

En términos genéricos se denomina edentulismo, a la falta o pérdida de piezas dentarias en la cavidad bucal, pudiendo ser parcial o total. Usualmente esta característica oral se genera por las continuas exodoncias que se efectúa en pacientes que cuentan con lesiones cariosas muy avanzadas. Así también la pérdida de dientes puede ser por el padecimiento de anomalías periodontales o como un tratamiento que tiene que ver con aminorar la relación costo-beneficio de actos odontoestomatológicos pertinentes. (15)

De otro lado, también podemos precisar otros factores que generan la pérdida de dientes y que están relacionadas a la edad del paciente, a su nivel cultural y educativo, a la forma como practicó las reglas de higiene bucal y la prevención y atención deontológica que recibió en el transcurso de su evolución y crecimiento personal. Es duro manifestarlo, pero, en nuestro entorno los adultos mayores casi sin excepción tienen que recurrir a las prótesis totales para poder ingerir sus alimentos, para poder expresarse oralmente de forma aceptable, entre otros. (16)

Debemos remarcar que, una mala condición dental en los pacientes gerontos, generan una diversidad de impactos no deseados en su calidad de vida y bienestar. Por ejemplo: limitación física para alimentarse, muestra reducción de sus habilidades funcionales y psicológicas en el entorno del medio social y familiar en el que interactúa.

Estudios estadísticos precisan datos sobre el edentulismo, afirmando que como media los adultos mayores cuentan solo con 23 piezas dentarias de las 28 que deben tener. Las pérdidas de piezas dentarias tienen prevalencia en personas de entre 26 a 40 años y la pérdida promedio de dientes es de diez, siendo las más perjudicadas las representantes del género femenino. En virtud de los tratamientos rehabilitadores protésicos, se limita grandemente que la calidad de vida de los adultos mayores sea llevadera. Se establece que cuando la persona cuente con más años de edad, en la mayoría de los casos quedará totalmente edéntulo. (17)

2.2.2.3 Prótesis dental

Son aparatos fabricados con el objetivo básico de actuar como reemplazo de piezas dentarias que han sido extraídas y que faltan dentro de la cavidad bucal. Estos instrumentos permiten en diversos grados, recuperar en los pacientes la función masticatoria, la fonética e incluso la estética. La confección de estas prótesis es realizada generalmente por técnicos dentales expertos en estos menesteres. (18)

Estos aparatos pueden ser totales o parciales, según sea la cantidad de piezas dentarias que se encarguen de reemplazar y suelen ser fijas, removibles e incluso mixta. (19)

2.2.2.4 Oclusión

Se significa que, oclusión determina la relación o asociación de contacto entre dientes superiores e inferiores de los individuos. Consecuentemente, se verifica que cuando las piezas dentarias antagonistas se hallan en cercanía, suele verificarse fuerzas

resultantes, que automáticamente hallan cierta resistencia de los tejidos de soporte de la cavidad oral. El control de las fuerzas aludidas, resulta problemática cuando debe confeccionarse una pieza total, por lo que los técnicos dentales deben asumir las precauciones del caso. (20)

Se hace conveniente precisar que tanto las piezas dentarias naturales ni las artificiales quedan estáticas, puesto que, en la oclusión artificial por la naturaleza del soporte estructural, éstas tienden a removerse en grupo o en plano, encima de un área común, generando cambios permanentes de las mencionadas estructuras.

El fundamento de una prótesis total es la preservación de los tejidos de apoyo para que exista una correcta función articular y muscular que, impida cualquier tipo de molestias y por supuesto eviten la aparición no deseable de estomatitis protésica, como parte de efectos secundarios.

Desde ya, debe contrastarse que la decisión del uso de materiales inadecuados en la confección de las piezas protésicas, genéricamente permiten la aparición de fuerzas que ocasionen situaciones y comportamientos negativos que, impiden una adecuada estabilidad y se traumatizan los soportes bucales, incidiendo en la reabsorción ósea pertinente. Por lo tanto, es importante que el profesional que realiza el tratamiento, este investido de amplios conocimientos sobre oclusión para obtener resultados exitosos. (21)

2.2.2.5 Naturaleza de las estructuras de soporte

Se conoce que las referidas estructuras de soporte están conformadas por tejidos tanto duros como blandos. La oclusión cuando se trata de aparatos protésicos, requieren de soportes diferenciados de los que subsisten en las piezas dentarias naturales. Ya que los tejidos blandos permanentemente se encuentran en permanente transformación y asimismo reaccionando de inmediato ante estímulos exógenos, tales como la presión, la

abrasión, así como el frío o sensaciones calóricas. También persisten transformaciones internas generadas por sustancias líquidas recibiendo nutrientes, sales, siendo pertinente preservar la estructura. (22)

2.2.2.6 Movimientos mandibulares

Los movimientos mandibulares que se aluden, se verifican en una baja y elevación secuencial de las mandíbulas en forma sincronizada y rítmica. Ello se verifica y presencia al momento de la realización de la función masticatoria. Generalmente estos movimientos al inicio son conscientes para posteriormente transformarse en subconscientes, automáticos y al azar, empero deben ser aprendidos por las personas durante el transcurrir de su desarrollo físico corporal. Desde luego, cada persona tiene un único patrón cuando establece su marcha oclusal.

Finalmente, puede inferirse que se hace especialmente necesario realizar la adaptación óptima y conveniente de la prótesis a colocar, tratando de establecer mejor automatización y reducción del esfuerzo consciente del paciente que la va a utilizar. (22)

2.3 OBJETIVOS

Determinar los procedimientos básicos de rehabilitación bucal, colocando prótesis total removible, en pacientes de la tercera edad, aplicando el esquema oclusal lineal, para mejorar su estética y funcionalidad protésica.

CAPÍTULO III

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.3.1 Historia Clínica:

Datos de Filiación:

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

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 PLANIFICACIÓN DE LA TERAPIA GENERAL

Debemos de restablecer en el paciente la actividad de masticación destruida por las extracciones dentarias, así mismo debemos mejorar su función fonética y su estética al sonreír.

1ra cita

- a. Confeccionamos la historia clínica para prótesis totales, luego realizamos la toma preliminar de los modelos de los maxilares, para ello adaptamos cubetas de stock desdentados, usamos un Hidrocoloide (alginato) para impresión inicial.
- b. Seguidamente vaciamos la impresión inicial con escayola de tipo 2.
- c. En el modelo positivo definimos los límites para la confección de la cubeta individual.
- d. Confeccionamos la cubeta individual con acrílico y escayola, previamente aliviamos los modelos superior e inferior con cera rosada.

2da cita

Realizamos la toma de los modelos funcionalmente

- a. Probamos la cubeta individual y adaptamos los frenillos, para reproducir los tejidos en dinámica o funcional.
- b. Realizamos el sellado periférico marginal con godiva verde (baja fusión), está la colocamos en toda la periferie de la cubeta, esto se realizó tanto en el maxilar superior e inferior.

- c. Registramos en la cavidad bucal el post dam, para ello utilizamos un lápiz con la finalidad que quede registrado en la cubeta el límite posterior, luego agregamos godiva verde para completar el sellado marginal (9)
- d. Se empleó pasta zinquenólica para el registro definitivo. (15).
- e. Se envió el registro definitivo al técnico dental para la confección de la placa base y rodete de cera.

3ra Cita

Registramos las relaciones intermaxilares

- a. Realizamos la prueba de las placas bases y los rodetes de cara para el registro de las relaciones intermaxilares.
- b. Debemos de comprobar que el plano de oclusión y el de camper sea paralelos entre sí.
- c. Usamos el método de deglutir habitualmente, posición fisiológica, de fonación para registra las relaciones intermaxilares. (13)
- d. Evaluamos los contornos de los rodetes tanto maxilares como mandibulares en relación a los tejidos blandos, comprobando que la cara este rellena; marcamos en los rodetes la línea media, de la sonrisa y la distancia intercanina. (14)
- e. Se fijó los rodetes con pasta zinquenólica y grapas de metal. Esta fijación la realizamos en relación céntrica.
- f. Se envió los modelos fijados al laboratorio para el enfilado respectivo (indicamos el tamaño, color y forma de los dientes).

4ta Cita

- a. Instalamos y probamos las bases enfiladas, evaluamos la línea media, de sonrisa y la forma de ocluir.
- b. Luego de corregir algunos inconvenientes lo enviamos al técnico para su culminación respectiva.

5ta Cita

Instalamos el postizo terminado.

- a. Antes de instalar el postizo realizamos la corrección de lagunas deformidades para que este ingrese sin molestias ni dolor. (11)
- b. Valoramos minuciosamente el sellado, la retención y la estabilidad del postizo.
- c. Comprobamos que los frenillos tengan la libertad suficiente para que puedan moverse libremente.
- d. Con la ayuda del papel de articular realizamos el ajuste oclusal.
- e. Indicamos al individuo la ingesta de dieta blanda en las primeras semanas. (14)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Primera. – En los relacionado a la rehabilitación bucal de edéntulos totales se verifican un par de esquemas oclusales: a saber, el balanceado denominado también polioplano y el no balanceado llamado también monoplano o lineal. El propósito fundamental de ambos esquemas oclusales es proporcionar bienestar, retornar en el paciente su función masticatoria, su apariencia estética y como no, eludir la posible reabsorción de los rebordes de alveolos sobrantes.

Segunda. – En el caso del diseño oclusal no balanceado o lineal, los dientes monoplanos son empleados para disminuir las fuerzas laterales que generalmente provocan rotación de las prótesis. Luego puede inferirse que, la esquemática oclusal lineal suministra una superficie de soporte apropiado que garantiza absolutamente una terapéutica protésica eficaz y eficiente.

Tercera. - De otro lado, convenimos que, para plasmar una correcta rehabilitación bucal con prótesis total removible en pacientes de la tercera edad, utilizando el esquema oclusal monoplano; es necesario y obligatorio prever una conveniente planificación integral terapéutica y una evaluación diagnóstica de las estructuras y las condiciones orales preexistentes.

Cuarta. – Se debe reconocer que, la fusión con éxito de la prótesis total removible se debe también a la diversidad de apariencias psíquicas referentes al paciente, así como a aspectos biomecánicos-funcionales.

- Quinta. – Así también considerando que los inconvenientes que se advierten en los pacientes edéntulos en tratamiento con prótesis total son de diversos factores condicionantes, vale considerar asimismo que la oclusión continúa representando uno de los defectos significativos en rehabilitación protésica.
- Sexta. – Por la gran versatilidad de hallazgos en la cavidad bucal de las personas edéntulas, resulta casi imposible fijar una concepción total e integral para la oclusión e incluso el sugerir tipos de dientes en específico o generalizado.

CAPÍTULO VI

APORTES

Primer. – Se hace conveniente que el Estado peruano a través del gobierno central, regional y local plasmen una política de salud dental, que considere actividades y tareas preventivo-promocionales que disminuyan significativamente problemas de lesiones cariosas y la consecuente prevalencia de edentulismo tanto parcial como total. Mejorando los niveles de calidad de vida de la población, mediante tratamientos y acciones que permitan el consumo de alimentos en forma adecuada.

Segundo. – Los pacientes que usan permanentemente prótesis dentales removibles, deben diaria e ineludiblemente practicar la higiene y limpieza de sus postizos, tareas que impedirán o reducirán convenientemente la generación y presencia de estomatitis subprotésica, biofilm, bacterias, hongos; entre otras anomalías en la cavidad oral.

Tercer. - Es plenamente necesario, efectuar pruebas complementarias en las cuales se deben incluir el análisis de los errores en la oclusión, ya que ellos se muestran como uno de los defectos más comunes en la elaboración y colocación de las prótesis totales.

Cuarto. – El control periódico del estado de las prótesis totales removibles, debe efectuarse en forma personal o con autocontroles profilácticos y la

conurrencia a los consultorios dentales, dos veces por año como mínimo, para que el profesional verifique su estabilización y procesos de reabsorción, que resultan nefastas, así como para el mantenimiento de la prótesis en forma óptima y funcional e inclusive, para la evaluación de lesiones orales y la pérdida ósea, así como para la evaluación del estado de salud oral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nápoles G. et al. Caracterización de los pacientes con reparaciones de prótesis estomatológico. Policlínico Universitario Julio Antonio Mella. Cuba. 2017.
2. Gómez-Pino M. et al. Salud bucal y factores relacionados a pacientes portadores de prótesis bimaxilar en una institución docencia de servicio, Medellín, Colombia. 2017
3. Corona C. C. et al. Factores locales y su relación con lesiones bucales en ancianos portadores de prótesis totales. Santiago de Cuba. 2017
4. Moreno R. et al. Necesidad de prótesis estomatológica. Policlínico Davis Moreno de santa Rita, municipio Jaguaní, Grama, Colombia. 2017.
5. Posada L. et al. Condiciones de salud oral y estado protésico dela población adulta mayor atendida en la Red hospitalaria pública de Medellín, Colombia.2016.
6. Medina S. Prevalencia de trastornos temporomandibulares y su relación con la pérdida de soporte oclusal posterior en adultos [Tesis de pre grado] Lima, Perú.2010.
7. Vega L. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos atendidos en la unidad de segunda especialización en estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. 2017.
8. Hidalgo L. et al. Oclusión en prótesis total. Artículo de Revisión. Facultad de estomatología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Perú, 2009.

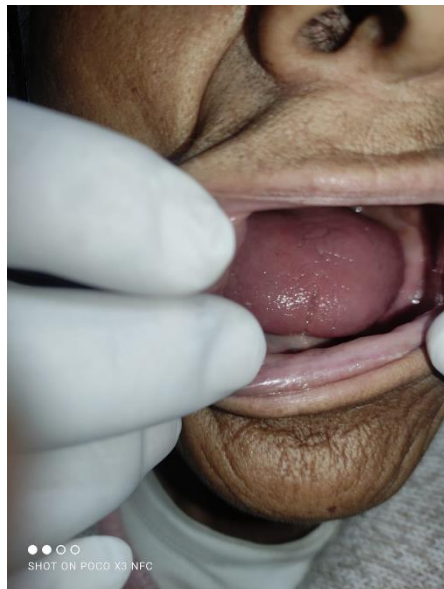
9. Vilcahuamán B. Oclusión en Prótesis Total. Investigación bibliográfica del proceso de suficiencia profesional para obtener el título de cirujano dentista. 2009.
10. Anampa P. Rehabilitación oral con prótesis total: técnica de zona neutra modificada. Tesis de pre grado. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú. 2019.
11. Cruz H. et al. Enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica. Municipio Fomento. Ecuador 2013.
12. Sánchez-Ruiz F. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un programa Municipal. Colombia, 2016.
13. Ramírez –Coronel M. La caries, problema ignorado de salud pública. Argentina. 2015.
14. López- O. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el servicio de Rh oral del centro médico naval. [Tesis de pregrado UNMSM, Lima Perú. 2015.
15. Misch C. Dental Implant Prosthetics. St. Louis- Missouri: Elsevier Mosby. 2015.
16. Emami, E. The impact of Edentulism on Oral and General Health. International Journal of Dentistry. 2017.
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. Revista estomatológica herediana. 2016.
18. Zarb G. et al. prostodoncia total de Boucher. México. Interamericana.2014.
19. Zevallos E. Estudio de pérdida de la dimensión vertical en pacientes desdentados totales, atendidos en la clínica odontológica dela UNDAC Pasco. 2016.
20. Koeck B. Prótesis completa. Ediciones Elsevier Masson, España. 2013.

21. Sheldon W. Prostodoncia total. Nueva editorial s.a. Argentina.2010.
22. Mc Crakem E. Prótesis parcial removible. Edición Panamericana. 2014.

ANEXOS



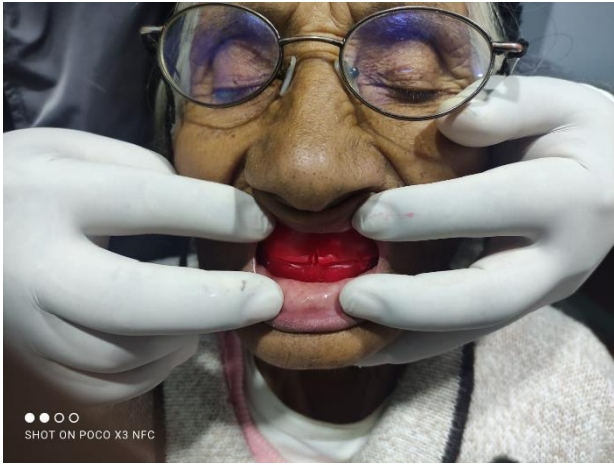
Graf. 1 Imagen frontal del paciente



Graf. 2 Evaluación de los rebordes alveolares remanentes



Graf. 3 y 4 confección de cubetas individuales y sellado periférico



Graf. 5 y 6 tomando el registro de mordida



Graf. 7 probando la prótesis total en cera



Graf. 8 y 9 vista oclusal superior e inferior



Graf. 10 y 11 prótesis acrilizada y pulida