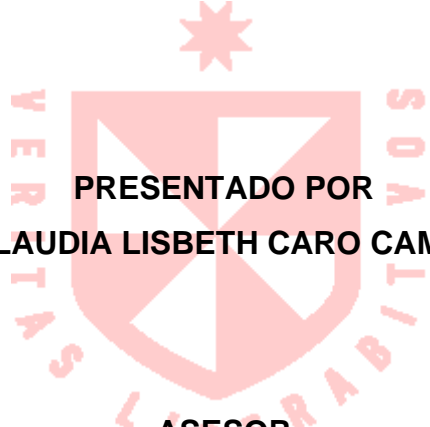


FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
ESCUELA PROFESIONAL ODONTOLÓGÍA

**REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE PACIENTE
EDÉNTULO PARCIAL CLASE II MODIFICACIÓN I CON
COMPONENTE ESTÉTICO. REPORTE DE CASO
CLINICO**



PRESENTADO POR
CLAUDIA LISBETH CARO CAMUS
ASESOR

MG. CD. KATHERINE SERQUEN OLANO

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE CIRUJANA DENTISTA

CHICLAYO, PERÚ

2024



CC BY-NC-ND

Reconocimiento – No comercial – Sin obra derivada

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de
Odontología

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL:

**REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE PACIENTE
EDÉNTULO PARCIAL CLASE II MODIFICACIÓN I CON
COMPONENTE ESTÉTICO. REPORTE DE CASO CLINICO**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL DE:

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACH: CLAUDIA LISBETH CARO CAMUS

ASESORA:

Mg. CD. KATHERINE SERQUEN OLANO

CHICLAYO – PERÚ

2024

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN/ABSTRACT

I. INTRODUCCIÓN	1
II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	4
2.1 Anamnesis	4
2.1.1 Motivo de consulta	4
2.1.2 Enfermedad actual	4
2.1.3 Historia pasada	4
2.2 Examen clínico	5
2.3 Exámenes auxiliares	6
2.4 Diagnóstico	7
2.5 Plan de tratamiento	7
2.6 Evolución del tratamiento y alta	8
III. CONCLUSIÓN (aporte clínico)	9
IV. FUENTES DE INFORMACIÓN	11
ANEXOS	14

RESUMEN

- **Introducción:** La rehabilitación de los pacientes edéntulos parciales en el sector anterior con el uso de prótesis removibles devuelve la función masticatoria, fonación y la estética mejorando la calidad de vida del individuo, lo cual se debe realizar tras un diagnóstico adecuado y la eliminación de toda enfermedad bucal involucrada.

- **Descripción del caso clínico:** Paciente edéntulo parcial de 28 años, sin antecedentes familiares ni patológicos, con presencia de caries en esmalte, remanente radicular y pieza 28 extruida. En la maxila se evidencia clase II modificación I considerando la segunda regla de applegate mientras que en la mandíbula clase III modificación I. Se procedió a realizar el diagnóstico oclusal con montaje de modelos de estudio con encerado diagnóstico. Con respecto a la fase preventiva educación al paciente en su higiene oral, restauraciones con resina y extracción de remanente radicular y pieza extruida para luego colocar una prótesis fija de metal porcelana desde la pieza 45 hasta la pieza 48 y prótesis removible acrílica en la arcada superior.

- **Conclusiones:** La rehabilitación con prótesis parcial removible devolvió la salud bucal, la función masticatoria, la fonación y la estética mejorando con ello, la autoestima del paciente y por ende la calidad de vida.

Palabras claves: Maxilares parcialmente edéntulos, cirugía bucal, prótesis dental parcial removible, prótesis dental parcial fija.

ABSTRACT

Introduction: The rehabilitation of partially edentulous patients in the anterior sector with the usage of removable prostheses restores masticatory function, phonation and aesthetics, improving the quality of life of the individual, which must be carried out after an adequate diagnosis and the elimination of all involved oral disease.

Description of the clinical case: Partially edentulous patient of age 28 years old, with no family or pathological history, with the presence of enamel caries and the presence of root remnant and extruded tooth 28, in the maxilla class II modification I considering applegate's second rule while in the mandible class III modification I, the occlusal diagnosis was carried out with mounting of study models with diagnostic wax-up, the preventive phase was carried out with oral hygiene education, resin restorations and extraction of root remnant and extruded tooth to then place a fixed porcelain metal bridge from tooth 45 to 48 and removable acrylic prosthesis in the upper arch.

Conclusions: Rehabilitation with removable partial prosthesis restored oral health, masticatory function, phonation and aesthetics, thereby improving the patient's self-esteem and therefore quality of life.

Key words: denture partial fixed, denture partial removable, edentulous jaws, surgery oral

NOMBRE DEL TRABAJO

REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE PACIENTE EDÉNTULO PARCIAL CLAS E II MODIFICACIÓN I CON COMPONENT

AUTOR

CLAUDIA LISBETH CARO CAMUS

RECUENTO DE PALABRAS

4502 Words

RECUENTO DE CARACTERES

23983 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

42 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

4.4MB

FECHA DE ENTREGA

Nov 13, 2024 5:39 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Nov 13, 2024 5:39 PM GMT-5

● **6% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 4% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



Firma: KATHERINE SERQUEN OLANO
 CODIGO ORCID: 0000-0002-4542-6270

Acta de aprobación del Comité de Ética: N°018-2024-CEI-FO-USMP

I. INTRODUCCIÓN

Para mantener una masticación eficiente se requiere contar con todas las piezas dentarias, tener una correcta anatomía y una buena relación de contactos; los cuales ayudan a realizar las funciones del sistema con menos esfuerzo y trabajo¹.

La caries dental es la causa más común para perder la estructura dentaria parcialmente o de manera total. Entre otras etiologías se encuentra la periodontitis crónica, fracturas por traumatismo o fuerzas excesivas. La pérdida de una pieza dental trae como consecuencia la alteración de la oclusión dentaria presente en boca y de los otros componentes del sistema estomatognático; dando como resultado la alteración de la función masticatoria, salud general y calidad de vida del paciente^{1,2}.

Las patologías bucales afectan a millones de personas a nivel mundial, entre las enfermedades más comunes tenemos caries dental, enfermedad periodontal, mal oclusiones y el edentulismo. La literatura actual indica que existe una base científica sólida para esta definición, ya que tener menos de 20 dientes se asocia con una eficiencia masticatoria reducida y opciones alimentarias limitadas^{2,3}, así como una reducción en la calidad de vida^{1,3}, esto se debe a que la oclusión ya sea en máxima intercuspidad o en oclusión céntrica debe incorporar contactos posteriores bilaterales sin contactos oclusales deflectivos, pero cuando faltan la mayoría de los contactos oclusales en los dientes naturales por la pérdida de estos deben de ser reemplazados. La falta de cultura de salud bucal con lleva en la mayoría de los casos a la pérdida de las piezas dentarias por mal higiene⁴.

El edentulismo es la pérdida total o parcial de las piezas dentales¹, y la pérdida de éstas trae como consecuencia la alteración del sistema estomatognático, dando como resultado la alteración de la función masticatoria, la cual afecta el estado nutricional, salud en general y la calidad de vida⁵.

El edentulismo parcial es una condición común a nivel mundial. Según datos de la OMS va del 7 al 23% aumentando con la edad^{2,6}, a nivel de Latinoamérica cerca del 75% ha perdido piezas dentarias^{5,7}. En el Perú la pérdida de piezas dentarias en particular las molares es un hecho común, en la población mayor de 30 años más del 50% presenta edentulismo parcial^{8,9}, siendo la clase III modificación I las

más frecuentes en la maxila, mientras que en la mandíbula se presenta con mayor frecuencia la clase I de Kennedy^{8,10,11}, lo que a menudo da como resultado la necesidad de una rehabilitación compleja debido a la disfunción masticatoria¹.

Varios estudios epidemiológicos actuales han informado una disminución en la frecuencia de edentulismo completo, por ejemplo, en un estudio en Arabia Saudita el 1,8% de la población presenta edentulismo completo frente a un 69% de edentulismo parcial¹², resultados similares se encuentran en la India con el 10,7% con edentulismo total y el 58,8% parcial¹³, mientras que en el Salvador el 2,02% fue total y el 72,42% parcial¹⁴, debido a la mayor accesibilidad de los servicios de salud dental, se espera que muestre una tendencia a la baja en los próximos años¹². En los adultos jóvenes, la pérdida de dientes fue más común en sujetos de 20 entre 29 años, mientras que entre ancianos alcanzó su pico máximo en el grupo de 60 a 70 años¹⁵. Un estudio longitudinal en Corea indica que el edentulismo aumenta con la edad².

Por lo tanto, el número de pacientes que requieren tratamiento de prótesis parcial removible (PPR) ha aumentado. La frecuencia del tratamiento PPR es la más alta para la clase I de Kennedy, seguida de la clase II de Kennedy^{10,11,16}. Sin embargo, el reemplazo protésico de este tipo de arcos edéntulos se ve afectado por varios desafíos, como movimientos desfavorables de la RPD debido a las diferencias entre la viscoelasticidad de la mucosa oral y los dientes pilares, pérdida de retención, irritación o ulceración de la mucosa y molestias derivadas de los ganchos retentivos¹⁶.

La rehabilitación oral con PPR es un enfoque de tratamiento establecido y comúnmente utilizado después de la pérdida de múltiples dientes¹. La oclusión desarrollada con prótesis removibles debe ser fisiológicamente armoniosa, permitiendo que las estructuras de soporte permanezcan en un buen estado de salud con el estrés funcional distribuido entre todos los dientes oclusivos⁴. Siendo el tratamiento de elección para aquellos pacientes que necesitan reemplazar dientes faltantes por razones estéticas y funcionales, pero no pueden recibir implantes debido a problemas generales de salud, limitaciones financieras o miedo a la cirugía¹⁷.

La rehabilitación si bien es cierto debe ser integral involucrando a ambos maxilares para preservar los tejidos periodontales y recuperar la función y la estética, muchas veces la situación financiera puede ser el factor limitante para que los pacientes solo decidan sobre todo restaurar la parte anterior por la estética, a pesar de no restaurar el sector posterior, si bien es cierto la eficacia será baja en este contexto, pero igual hay una mejora en la calidad de vida del paciente, mejorando su autoestima fundamentalmente^{1,18}.

La vinculación entre el edentulismo y la calidad de vida es confirmada debido los efectos psicológicos observados por la pérdida de dientes en el sector posterior que disminuye o elimina la función masticatoria y en sector anterior que deteriora la estética y la autoestima, y se evidencian los cambios positivos de aquellos pacientes después de su rehabilitación protésica, no solo a nivel estético sino también relacionado a la fonación⁵.

Para mantener los tejidos bucales sanos con el uso de la prótesis removible es importante el uso combinado de intervenciones de higiene de prótesis dentales químicas y mecánicas; es significativamente más eficaz que los enfoques de limpieza únicos¹⁹.

II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1 Anamnesis

Paciente femenino de 28 años, mestiza, religión católica, soltera, nacionalidad peruana con lugar de nacimiento en Piura y residente en Chiclayo, con grupo sanguíneo O+, con grado de instrucción secundaria y ocupación ama de casa.

2.1.1 Motivo de consulta

Paciente acude a la consulta porque refiere “no me gusta mi sonrisa, deseo que me cambien mi prótesis”

2.1.2 Enfermedad actual

Paciente de 28 años, sexo femenino, acude a la consulta por una limitación en la función y disconfort con su sonrisa. Refiere que actualmente usa una prótesis removible, la cual se encuentran en mal estado y por ello, no se siente seguro al hablar y sonreír. Por otro lado, comenta que la pérdida de sus piezas dentarias se originó por mal higiene y cuidado de su boca cuando fue adolescente. Por ello, hace más de 5 años se realizó un tratamiento de rehabilitación oral a través de una prótesis removible, el cual con los años se ha ido desgastando y deteriorando. Actualmente refiere que su prótesis se encuentra en un estado deficiente, el cual dificulta realizar sus funciones; por lo cual, opta cambiársela.

2.1.3 Historia pasada

Paciente refiere antecedentes personales fisiológicos de nacimiento por parto normal y vacunación completa, así mismo refiere no tener antecedentes patológicos o trastornos de discapacidad, no ha sido hospitalizado en los últimos años, no toma algún medicamento, sin alergias, sin hábitos nocivos y sin antecedentes quirúrgicos y familiares.

Sobre los antecedentes estomatológicos, paciente visita al cirujano dentista hace 2 años por restauraciones, anteriormente se le han realizado múltiples extracciones sin complicaciones y tratamiento de rehabilitación oral con una prótesis removible

acrílica. Refiere cepillado dental dos veces al día, sin sangrado de encías y apretamiento nocturno de dientes.

2.2 Examen clínico

Al examen clínico se evidencia los signos vitales del paciente con presión arterial de 95/78 mmHg, 85 latidos por minuto su frecuencia cardiaca, 15 respiraciones por minuto en la frecuencia respiratoria y una temperatura de 37°C. Aparente buen estado general, con 58 Kg de peso, 1.52 m de altura y vacunación de 2 dosis para Covid- 19.

En el examen clínico regional extraoral se evidencia pigmentaciones en la cara. Paciente braquicéfalo con biotipo facial normofacial, sin fascies no característica, perfil recto, con ligera asimetría del tercio inferior hacia el lado derecho, sin alteraciones evidentes en el cuello y una sonrisa baja canteada a la derecha con exposición dentaria de 4mm sin exposición gingival. (Anexo 1)

Con respecto al ATM, tiene apertura bucal no asistida de 56 mm y asistida de 58mm, no presenta ruidos ni dolor articular, no hay desviación a la apertura, labios hidratados, sin evidencia de parafunciones, rango de lateralidad derecha e izquierda de 7mm y protrusión de 5mm.

Al examen intrabucal se observó una mucosa bucal rosada, sin signos relevantes en la cavidad bucal, rebordes alveolares conservados de canino a canino, reborde posterior irregular, con evidencia de falta de estabilidad y soporte posterior por falta de piezas dentarias, aparente mala distribución de las fuerzas oclusales, ausencia de la línea media, edentulismo parcial maxilar clase Kennedy II modificación I considerando la segunda regla de applegate e inferior Clase III de Kennedy modificación I. (Anexo 2)

Ausencia de piezas dentarias: 18, 14, 12, 11, 21, 22, 24, 25, 26, 36, 37, 46 y 47, lesiones cariosas en oclusal en piezas 17, 16, 48 y en la cara distal de la pieza 44, resina en buen estado de la pieza 38 y remanente radicular pieza 27 con extrusión de la pieza 28. (Anexo 3)

Por otro lado, en el análisis periodontal observamos que el paciente se encuentra en óptimas condiciones con un índice de higiene oral simplificado entre 0 y 1 de placa dentobacteriana y 1 de cálculo dental, mucosa labial rosada, encía y carrillos normal, salud gingival clínica, (no hay procesos inflamatorios) un índice de O'Leary del 11.8 % y no se evidencia anomalías en los dientes. (Anexo 4)

2.3 Exámenes auxiliares

En el análisis de modelos interarcada, se observa una pérdida del soporte posterior por la ausencia de piezas dentarias como la 18, 14, 24, 25, 26, 36, 37, 46 y 47; por lo tanto, el paciente presenta una mala distribución de fuerzas y estabilidad oclusal. Por otro lado, en el sector anterior por la ausencia de las piezas 12, 11, 21 y 22 el paciente presenta una ausencia de la guía incisiva. Lo cual lleva por consiguiente una mala armonía funcional y relación óptima entre las piezas dentarias.

Al analizar el ATD intraarcada podemos encontrar que el paciente no presenta alineación, nivel e inclinación correcta de varias piezas dentales presentes. Desde el plano horizontal si analizamos la alineación y utilizamos las líneas parabólicas, observamos que la pieza 23 presenta una vestibularización, la pieza 13 una distalización, y la pieza 37 presenta una mesialización de acuerdo con su posición dentaria. Por otro lado, la pieza 14, 41, 42, 31 y 32 presenta una giroversión dentro de su propio eje.

Desde un plano frontal y sagital, si analizamos la inclinación y nivel de los dientes observamos una alteración del plano de la oclusión con una curva de Spee y Wilson (cóncava) pero ligeramente alterada. (algunas piezas se encuentran extruidas y no concuerdan con estas líneas de referencias, lo que lleva a una alteración del plano de la oclusión) Por otra parte, se visualiza la inclinación de algunas piezas como la 13 y 37 las cuales presentan alteración en su posición mesial y distal respectivamente. (Anexo 5)

En el análisis estético, se observa reabsorción ósea en la zona edéntula de contorno irregular, a nivel dental se observa atrición dental tipo I y mesialización de piezas dentarias por falta de contacto oclusal. (Anexo 7)

En el análisis radiográfico, se observa engrosamiento de la mucosa antral del seno maxilar bilateral, leve pérdida ósea alveolar horizontal generalizada, resto de tejidos conservados, pieza 27 remanente radicular, IRO en pieza 37 compatible con restauración. Pieza 37 y 48 mesioinclinada. (Anexo 8)

2.4 Diagnóstico (CIE- 10)

Para el diagnóstico definitivo se realizó, historia clínica, toma de fotografías intra y extraorales respectivamente, así como los modelos de estudio para llevar a cabo el encerado de diagnóstico y la toma de radiografías periapicales seriadas, seguida de una orden solicitando la radiografía panorámica. Además del análisis clínico, se examinó todo en su totalidad y se estableció el siguiente diagnóstico:

Paciente femenino de 28 años con antecedentes de pérdida de dientes debida a extracción (K081) y uso de prótesis removible acrílica superior en mal estado, el tejido periodontal se encuentra en óptimas condiciones y caries limitada al esmalte (K020) en piezas 17, 16, 44 y 48.

La maxila presenta edentulismo parcial clase II modificación I de Kennedy (considerando la segunda regla de applegate) y en la mandíbula se evidencia edentulismo parcial Clase III de Kennedy modificación I. Además, pérdida de la guía anterior y pérdida parcial del soporte posterior en el lado izquierdo.

Se recopiló y analizó toda la información relevante obtenida mediante la historia clínica. Asimismo, se realizaron con éxito las fotografías intra y extraorales, además del encerado de diagnóstico en los modelos de estudio y se obtuvieron los análisis radiográficos sin ningún inconveniente para determinar un diagnóstico definitivo y proporcionar al paciente un plan de tratamiento adecuado.

2.5 Plan de tratamiento

Fases del plan de tratamiento:

Fase I. Inicial o higiénica

- Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales
- Concientización sobre visitas odontológicas periódicas
- Instrucción de higiene oral (IHO)
- Fisioterapia, detartraje y profilaxis
- Eliminación de focos sépticos: Exodoncia de la pieza 27 y 28

Fase II: Correctiva

- Restauraciones fotocurables de cuatro superficies o más con resina en piezas dentarias posteriores de las piezas: 17, 16, 44 y 48
- Prótesis removible parcial maxilar base metálica
- Prótesis fija de metal porcelana en el sector inferior desde la pieza 45 hasta la pieza 48

Fase III: Mantenimiento

- Control protésico
- Control del índice de higiene oral (IHO)
- Control y ajustes oclusales

Objetivos del tratamiento:

- Mejorar la higiene oral del paciente
- Preservación del periodonto
- Preservar y restaurar la estructura dentaria
- Restaurar la oclusión

2.6 Evolución del tratamiento y alta

Paciente acude a la clínica odontológica universitaria de la USMP-FN, se lleva a cabo la recopilación de datos obtenidos mediante los consentimientos informados y la historia clínica, toma de fotografías intra y extraorales respectivamente, así como los modelos de estudio y se realiza la toma de radiografías periapicales seriadas, seguida de una orden solicitando la radiografía panorámica. Después de haber realizado los índices de higiene oral, se procedió a la extracción del remanente radicular 27 y la pieza extruida 28. Para controlar el dolor posoperatorio se indicó ibuprofeno de 400 mg. cada 8 horas por 3 días. Posteriormente se realizaron las restauraciones con resina de las piezas 17, 16, 44 y 48.

Luego de 21 días de haber realizado la exodoncia, se procedió a iniciar la rehabilitación oral para recuperar la función y el factor estético comprometido. Por el tipo de caso se planificó realizar una prótesis mucodentosoportada en el sector superior y para ello se procedió a realizar los apoyos respectivos (preparación bioestática) a nivel de los dientes. Sin embargo, para que el paciente pueda continuar desarrollando sus funciones, se le confeccionó una prótesis acrílica removible superior provisional. Por otro lado, al mismo tiempo en el sector inferior, se planificó la rehabilitación de una prótesis fija en lado edéntulo usando como pónicos las piezas 45 y 48; para ello, se procedió a realizar la preparación dentaria en los dientes mencionados y se colocó una prótesis fija provisional de acrílico estabilizando de esta manera la oclusión dentaria. Una vez ya preparados todos los dientes se procedió a la toma de impresiones definitivas para la confección de ambas prótesis en el laboratorio.

Cuando el laboratorio entregó ya terminado la prótesis fija (metal porcelana) de la pieza 45 a la pieza 48; se procedió a la cementación de esta y su instalación. Se informa que por motivos económicos el paciente no pudo continuar y terminar con su tratamiento planificado para la arcada superior. Sin embargo, cuando se instaló la prótesis fija inferior se guardó una correcta relación interarcada con el maxilar superior con la prótesis removible acrílica (provisional) ayudando de esta manera al paciente para que realice sus funciones. (anexo 10, 11 y 12)

III. CONCLUSIONES (aporte clínico)

Para conseguir el éxito en las rehabilitaciones protésicas en pacientes edéntulos parciales no solo un diagnóstico de oclusión adecuado es la clave del éxito, también se debe realizar la desfocalización completa previo el tratamiento¹, como el tratamiento periodontal, la restauración de las piezas con lesiones cariosas o la extracción de remanentes radiculares que pueden poner riesgo la salud bucal del paciente por el acúmulo de placa bacteriana¹⁹ que puede agravar las enfermedades existentes²⁰.

En los pacientes edéntulos parciales donde se involucra el sector anterosuperior, la recuperación de la estética es su prioridad, incluso más que la función masticatoria²¹. Siendo la mejor solución en estos casos la prótesis fija o los implantes dentales, pero por el oneroso costo de estos, muchos pacientes optan por las prótesis removibles²² tal y como sucedió en este caso.

El uso de prótesis removibles se asocia a una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Estos hallazgos pueden ser valiosos en la práctica clínica y la planificación protésica^{18,20}.

La prótesis convencional removible contiene estructura metálica la cual le da una correcta estabilidad y soporte para la fuerza masticatoria, dándole con este diseño una eficiencia para la masticación. Sin embargo, al paciente se le propuso como tratamiento la prótesis parcial removible superior de cromo cobalto acrílico libre con base metálica y prótesis fija en inferior de metal porcelana, pero debido a problemas económicos del paciente se tomó la decisión de realizar una prótesis removible acrílica provisional para que el paciente pueda estar estable y mantener la oclusión. Posterior a ello se deberá restablecer con una PPR convencional como corresponde.

Se concluye que la rehabilitación del paciente edéntulo parcial es vital para la recuperación no solo en la función masticatoria sino también en la fonación y la estética, mejorando la calidad de vida del paciente, sobre todo al fortalecimiento y seguridad en la autoestima como ser humano y social.

IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gotfredsen K, Rimborg S, Stavropoulos A. Efficacy and risks of removable partial prosthesis in periodontitis patients: A systematic review - Gotfredsen - 2022 - Journal of Clinical Periodontology - Wiley Online Library. J Clin Periodontol. 2022;49(4):167-81.
2. Go H, Jung HI, Ahn SV, Ahn J, Shin H, Amano A, et al. Trend in the incidence of severe partial edentulism among adults using the Korean National Health insurance service claim data, 2014–2018. Yonsei Med J. 2024;65(4):234-40.
3. Bashir NZ, Bernabé E. Removable partial dentures and mortality among partially edentulous adults. J Dent. noviembre de 2022;126:104304.
4. Goodacre CJ, Goodacre BJ. What occlusal scheme should be used with removable partial dentures? J Prosthodont. 2021;30(S1):78-83.
5. Vanegas-Avecillas E, Villavicencio-Caparó E, Alvarado Jiménez O, Ordóñez Plaza P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. Rev Estomatológica Hered. 2016;26(4):215-21.
6. OMS. Salud Bucodental. 2022 [citado 30 de agosto de 2024]. Salud bucodental. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
7. Escudero E, Muñoz Rentería MV, De La Cruz Claire M luisa, Aprili Justiniano L, Valda Mobarec EY. Prevalencia del edentulismo parcial y total, su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de Sucre, 2019. Rev Cienc Technol E Innov. 2020;18(21):161-90.
8. Cisneros -Águila MC del, Sandoval AV, Lozano HF. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. Rev Científica Alas Peru [Internet]. 2014 [citado 30 de agosto de 2024];1(1). Disponible en: <https://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/426>

9. Vega-Manga BJV, Mercado-Mamani SLM. Integrando evidencia científica: Prevalencia del edentulismo en adultos mayores en el Perú. Revisión de literatura: Revisión de literatura. *Odontol Act Rev Científica*. 2023;8(3):17-26.
10. Gad MM, Abualsaud R, Al-Thobity AM, Al-Abidi KS, Khan SQ, Abdel-Halim MS, et al. Prevalence of partial edentulism and RPD design in patients treated at College of Dentistry, Imam Abdulrahman Bin Faisal University, Saudi Arabia. *Saudi Dent J*. 2020;32(2):74-9.
11. Al-Angari N, Algarni S, Andijani A, Alqahtani A. Various classes of removable partial dentures: A study of prevalence among patients attending a dental and educational institute in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Dent J*. 2021;33(7):656-60.
12. Abdellatif HM, Sawan N, Alabdulmohsen AM, AlKheraif G, AlKhonin H, Ali A, et al. Prevalence and risk indicators of primary dentition malocclusion in Riyadh-Saudi Arabia using a new case definition: A cross-sectional study. *Saudi Dent J*. enero de 2024;36(1):60-5.
13. Venkat M, Janakiram C, Ramanarayanan V. Prevalence of tooth mortality among adults in India: A systematic review and meta-analysis. *Contemp Clin Dent*. 2021;12(4):339-45.
14. Aguirre-Escobar GAA, Cartagena FJR, de González WYE, de Rodríguez KAA, Bravo M, Mesa F, et al. Edentulism and quality of life in the Salvadoran population: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2024;24(1):928.
15. Dosumu OO, Akinyamoju CA, Dosumu EB, Ogunsuji OO, Ogunrinde TJ. Tooth loss: The Nigerian experience - A narrative review. *West Afr J Med*. 2022;39(9):942-8.
16. Putra Wigianto AY, Goto T, Iwawaki Y, Ishida Y, Watanabe M, Ichikawa T. Treatment outcomes of implant-assisted removable partial denture with distal extension based on the Kennedy classification and attachment type: a systematic review. *Int J Implant Dent*. 2021;7:111.

17. Melo Neto CL de M, Turcio KH, Dos Santos DM, Goiato MC. Removable partial denture - Functional impression techniques: Review. Prague Med Rep. 2023;124(4):380-91.
18. Friel T, Waia S. Removable partial dentures for older adults. Prim Dent J. 2020;9(3):34-9.
19. Schmutzler A, Rauch A, Nitschke I, Lethaus B, Hahnel S. Cleaning of removable dental prostheses - A Systematic Review. J Evid Based Dent Pract. 2021;21(4):101644.
20. Seoane M, Lorenzo-Erro SM, Massa F, Hilgert JB, Hugo FN, De Marchi RJ, et al. Residual dentition, prosthesis type and oral health-related quality of life in Uruguayan adults. Gerodontology. septiembre de 2023;40(3):317-25.
21. Rochefort-Quiroz CE, González C, Ocaranza D, Muñoz-Rivera DA. Removable partial dentures: eliminating retainers in the anterior zone. Rev Fac Odontol Univ Antioquia. 11 de junio de 2020;32(1):26-35.
22. Fernández E, Monardes H, Mardones F, Acosta H, Segovia JL, Román J, et al. Modificaciones de diseño protésico para mejorar estética en prótesis parcial removible metálica. Av En Odontoestomatol. agosto de 2013;29(4):175-83.

ANEXO N° 1: EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL



Biotipo normofacial



Tipo de sonrisa baja



Perfil de tipo recto

ANEXO N° 2: EXAMEN CLINICO INTRABUCAL



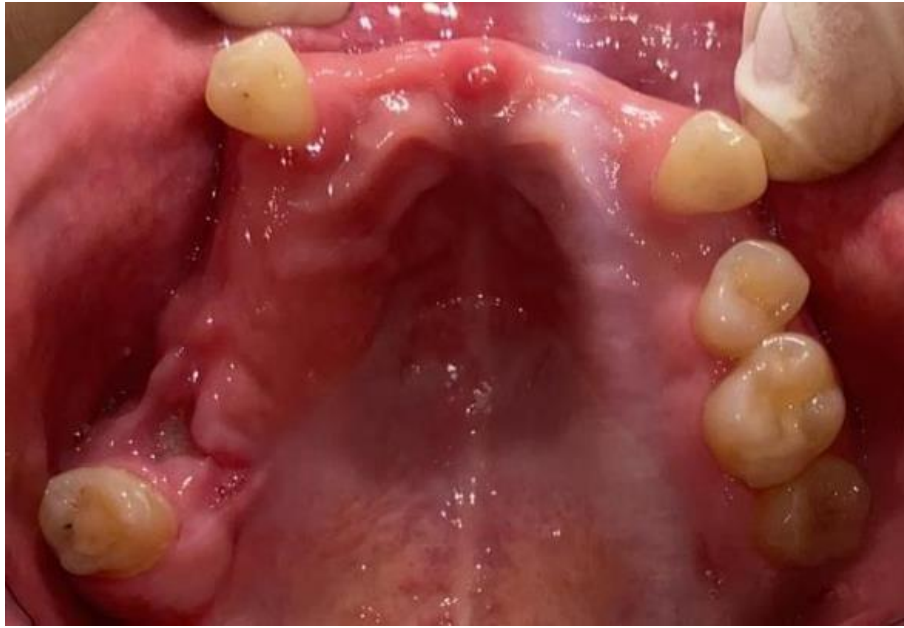
Mucosa bucal rosada



Rebordes alveolares conservados
de canino a canino



Reborde posterior irregular



Clase II de Kennedy modificación I
considerando la segunda regla de
aplegate



Clase III de Kennedy modificación I



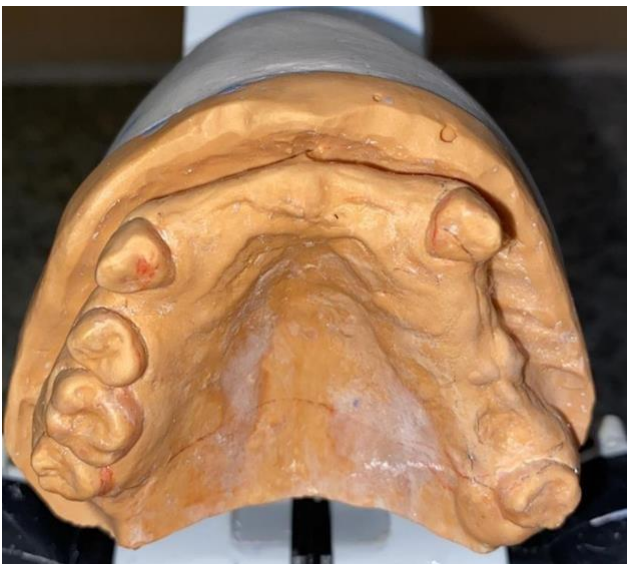
Sin signos relevantes en la cavidad bucal



ANEXO N° 5: MODELOS DE ESTUDIO



Curva de Spee y Wilson (cóncava)
pero ligeramente alterada



Pérdida del soporte posterior,
mala distribución de fuerzas y
estabilidad oclusal

ANEXO N° 6: ENCERADO DIAGNÓSTICO



ANEXO N° 7: ANÁLISIS ESTÉTICO



Atrición dental tipo I y mesialización de piezas dentarias por falta de contacto oclusal

ANEXO N° 8: RADIOGRAFÍA PANORÁMICA



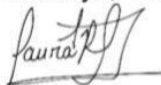
Paciente: [REDACTED]
Sexo: [REDACTED]
Referencia: Claudia Caro Camus

Edad: [REDACTED]
Fecha: 10/07/2023
Código: [REDACTED]

INFORME PANORÁMICO.

1. Ausencia de piezas 18, 14, 12, 11, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 36, 46, 47.
2. Pieza 16, lesión cariosa coronaria – oclusal.
3. Pieza 15, lesión cariosa coronaria – mesial y distal.
4. Pieza 13, distoinclinada, engrosamiento del espacio del ligamento periodontal.
5. Pieza 23, engrosamiento del espacio del ligamento periodontal.
6. Pieza 27, remanente radicular con engrosamiento del espacio del ligamento periodontal y defecto óseo angular - mesial.
7. Pieza 38, mesioinclinada, material opaco coronario – oclusal.
8. Pieza 48, mesioinclinada, material opaco coronario – oclusal.
9. Leve pérdida ósea alveolar horizontal generalizada.
10. Engrosamiento de la mucosa antral del seno maxilar de ambos lados.

Chiclayo, 10 de julio del 2023



Laura R. Ramirez Sotelo
Dra. Esp. en Radiología Bucal y Maxilofacial
COP: 19998 RNE: 2006

ANEXO N° 12: INSTALACIÓN DE PRÓTESIS FIJA

