

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL ODONTOLOGÍA

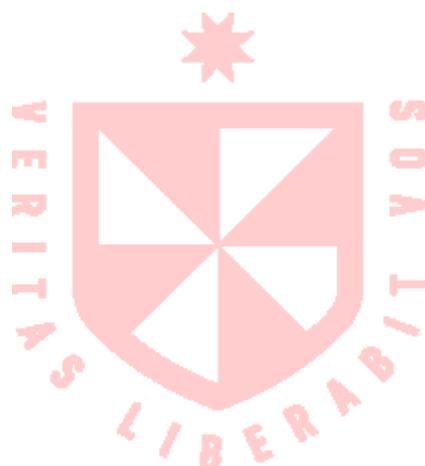
**REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE PACIENTE
EDÉNTULO PARCIAL BILATERAL SUPERIOR CLASE
KENNEDY I MODIFICACIÓN I CON PILARES
EXTRUIDOS. REPORTE DE CASO CLÍNICO**

PRESENTADO POR
MARIAPAULA THAIS VELEZ FUSTAMANTE

ASESORA
TANIA BELU CASTILLO CORNOCK

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 BILATERAL SUPERIOR CLASE KENNEDY I
MODIFICACIÓN I CON PILARES EXTRUIDOS. REPORTE DE
CASO CLÍNICO**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACH: MARIAPAULA THAIS VELEZ FUSTAMANTE

ASESORA:

DRA. CD. TANIA BELU CASTILLO CORNOCK

CHICLAYO – PERÚ

2024

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN	1
II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	3
2.1 Anamnesis	3
2.1.1 Motivo de consulta	3
2.1.2 Enfermedad actual	3
2.1.3 Antecedentes	3
2.2 Examen clínico	4
2.3 Exámenes auxiliares	4
2.4 Diagnóstico	5
2.5 Plan de tratamiento	7
2.6 Evolución del tratamiento y alta	8
III. CONCLUSIÓN	11
IV. FUENTES DE INFORMACIÓN	13
ANEXOS	15

RESUMEN

- **Introducción:** La pérdida de piezas dentales es el principal hallazgo en la consulta odontológica, en donde el paciente tiene como finalidad poder cumplir sus expectativas estéticas, funcionales, sustituyendo con algún tratamiento rehabilitador dichas brechas edéntulas, convirtiendo su aprobación en un desafío.
- **Descripción del caso clínico:** Paciente femenino de 49 años, con pérdida de guía anterior, reabsorción de rebordes alveolares, pérdida de estabilidad oclusal y un edéntulismo parcial bilateral, con dos piezas extruidas en maxilar superior; a fin de devolver la funcionalidad del sistema estomatognático, se rehabilitó de manera integral, restableciendo la salud periodontal, eliminando focos infecciosos, manteniendo la función de piezas dentarias en boca y devolviendo la estabilidad oclusal mediante la confección de una prótesis removible.
- **Conclusiones:** Este abordaje disciplinario, cumplió con la mayor conservación de las estructuras dentales en boca, devolviendo las funciones como, masticación, deglución, fonoarticulación y respiración, brindando un buen resultado estético y la autoprotección del sistema estomatognático.

Palabras clave: Edéntulos, Prótesis Parcial Removible, Sistema Estomatognático

ABSTRACT

- **Introduction:** The loss of dental parts is the main finding in the dental office, where the patient aims to meet his aesthetic and functional expectations, replacing with some rehabilitative treatment these edentulous gaps, making your approval a challenge.
- **Clinical case description:** 49-year-old female patient, with loss of anterior guide, reabsorption of alveolar flaps, loss of occlusal stability and partial bilateral edentulism, with two extruded pieces in the upper jaw, in order to restore the functionality of the stomatognathic system, it was comprehensively rehabilitated, was rehabilitated in a comprehensive way, restoring periodontal health, eliminating infectious foci, maintaining the function of dental parts in the mouth and returning occlusal stability by making a removable prosthesis.
- **Conclusions:** This disciplinary approach associated with the objectives, met the greatest preservation of dental structures in the mouth, returning functions such as chewing, swallowing, phonarticulation and breathing, Providing a good aesthetic result and self-protection of the stomatognathic system.

Key words: Edentulous, Prosthesis Partial Removable, Stomatognathic System.

NOMBRE DEL TRABAJO

REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE PACIENTE EDÉNTULO PARCIAL BILATERAL SUPERIOR CLASE KENNEDY I MO

AUTOR

MARIAPAULA THAIS VELEZ FUSTAMAN TE

RECUENTO DE PALABRAS

4754 Words

RECUENTO DE CARACTERES

25786 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

40 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

2.2MB

FECHA DE ENTREGA

Nov 12, 2024 3:11 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Nov 12, 2024 3:12 PM GMT-5

● **3% de similitud general**

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

- 1% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% 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)



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

I. INTRODUCCIÓN

La pérdida de piezas dentales es el principal hallazgo en la consulta odontológica, en donde el paciente tiene como finalidad poder cumplir sus expectativas estéticas, funcionales, sustituyendo con algún tratamiento rehabilitador dichas brechas edéntulas, convirtiendo su aprobación en un desafío¹. La falta de piezas comienza desde muy temprana edad y esto se debe a dos causantes, lesiones cariosas y enfermedad periodontal²; según el estudio epidemiológico que presentó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2022, la prevalencia que presenta esta afección en las personas de 50 años es mayor al 10%³, de igual modo, la Organización Panamericana de la Salud, refiere que los pacientes adultos presentan de 19 a 27 dientes careados de los cuales el 80% son extraídas o se indican para exodoncia⁴.

En el tratamiento protésico, la posición dental, el estado periodontal u oclusal, la integridad del tejido dental como lesiones cariosas extensas, remanentes radiculares, contacto oclusal y clase Kennedy, son indicadores que requieren ser analizados en pacientes edéntulos por discapacitar la función masticatoria⁵ comprometiendo la participación armoniosa de varias estructuras como el periodonto, la articulación temporomandibular, los dientes y músculos⁶.

En todo edéntulo parcial, la falta de piezas dentarias afecta desfavorablemente al sistema estomatognático; por ende, a la dentición natural restante, viéndose reflejada en las modificaciones que sufren las estructuras orales⁷, alterando la posición de las piezas, provocando su extrusión, desplazamiento e inclinación, trayendo consigo posibles trastornos en la articulación temporomandibular debido a un desequilibrio en los maxilares⁸.

Hoy en día, la rehabilitación funcional y estética en estos casos necesita la participación de otras especialidades; una pérdida dentaria genera la migración de otras, desestabilizando el plano oclusal, produciendo acúmulo de placa, que con el tiempo conlleva a la reabsorción ósea y enfermedad periodontal⁹. En efecto, bajo estas condiciones y desde un punto de vista disciplinario, se establecieron clasificaciones, Kennedy y Applegate como método de diagnóstico para el

edentulismo parcial y plan de tratamiento mediante prótesis convencionales y no convencionales para la conservación de tejidos blandos, óseos y dentarios³.

Como tratamiento para el edentulismo parcial, donde se reemplacen varias piezas faltantes con amplios espacios edéntulos, la alternativa correcta para la rehabilitación dental será, la prótesis parcial removible, implantes o la prótesis implantosoportada⁷. Pues, esto dependerá según la necesidad del paciente, las cuales estarán ligadas a factores anatómicos, sistémicos, funcionales y económicos¹⁰.

El envejecimiento es el deterioro gradual de las facultades y funciones, produciendo cambios de diferentes formas sobre todo en las estructuras orales generando signos clínicos significativos relacionado a la presencia de enfermedades, como en este caso el edentulismo. En base a este contexto, desde la perspectiva del paciente, los aspectos antes mencionados influyen en la calidad de vida, un excelente resultado estético y funcional se percibe como un final satisfactorio frente a estos problemas orales. La calidad de vida antes y después del tratamiento constituye una evaluación para el futuro pronóstico y transcurso de vida.

Un aspecto importante en el tratamiento rehabilitador, es el enfoque interdisciplinario, considerado como un factor clave en la eficacia y seguridad del tratamiento protésico en pacientes que necesitan rehabilitación integral¹¹. Es por ello, que para lograr el éxito en la rehabilitación; la valoración, el diagnóstico y planificación, puede devolverle al paciente los contactos oclusales necesarios para mantener la eficiencia masticatoria mejorando su calidad de vida¹².

La rehabilitación oral en casos de edentulismo en la etapa adulta tiene un impacto en la calidad de vida, al restaurar la función masticatoria, mejora la estética y se logra preservar la estructura ósea y los pacientes experimentan una mejora en su bienestar. Mediante la rehabilitación logran disfrutar de una dieta nutritiva y mucho más variada, logran comunicarse con tranquilidad, hablan con claridad y confianza, sintiéndose muy seguros con su apariencia, transformando su vida en su totalidad.

Así, el objetivo del presente caso se centra en restaurar la función masticatoria, la estética y fonética bajo un correcto diagnóstico y planificación del tratamiento en un paciente integral.

II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1 Anamnesis

Paciente de 49 años de sexo femenino, ASA II, grupo sanguíneo O+, católica, estado civil casada, con grado de instrucción superior completa, contadora de profesión y de nacionalidad peruana con lugar de residencia en Chiclayo.

2.1.1 Motivo de consulta

Paciente refiere “me duele mucho al masticar con la prótesis y quiero cambiar a una nueva prótesis”. Como signo principal dolor a la masticación en zona edéntula.

2.1.2 Enfermedad actual

Paciente lucido, orientado en tiempo y espacio, con signos de enrojecimiento e inflamación y sintomatología dolorosa desde hace un mes en la encía del reborde alveolar del maxilar superior, refiere sentir la prótesis muy floja en boca además de no usarla semanas por dolor durante la masticación, pese a eso relata haber tomado paracetamol varios días para aliviar el dolor, sin embargo, no encontró mejoría.

2.1.3 Historia pasada

Paciente nacida a término por parto natural, refirió mantener una dieta balanceada sin lácteos, como habito, relata tomar café con mucha frecuencia y su gusto por masticar huesos en sus comidas. No ha tenido alergias, padece de hipertensión arterial y es controlada con losartán de 50 mg cada 12h, dos pastillas al día después de cada comida (desayuno/cena), fue hospitalizada años atrás por una histerectomía completa y colecistectomía; como antecedentes familiares presenta diabetes e hipertensión; como antecedentes odontológicos, manifestó haberse extraído la mayoría de sus piezas por presentar amalgama así como destrucción en ellas, su última visita con el odontólogo antes de su intervención actual fue en el 2022 para la elaboración de su prótesis dental, no es alérgica a la anestesia, y la frecuencia de su cepillado dental es de 1 a 2 veces al día.

2.2 Examen clínico

Paciente braquicéfalo, con asimetría facial, de perfil recto. En la evaluación al nivel del maxilar superior, se observó un reborde alveolar reabsorbido con una encía enrojecida de consistencia firme con la pérdida de 14 piezas dentarias, un edéntulismo parcial bilateral, siendo una clase Kennedy I modificación I, con dos piezas dentarias únicas, 13 y 23, vestibularizadas, las cuales presentan facetas de desgaste y extrusión. (ANEXO 1)

A nivel del maxilar inferior, hay presencia de placa bacteriana en las piezas anteriores y posteriores por vestibular e interproximal, recesión gingival y cálculo dental en el sector lingual de las piezas (Fig.3). En el cuadrante tres, se observó desgaste dental tipo I de los bordes incisales de las piezas 31, 32, 33, caries en piezas 34, 35, 36 y 38; resina sobre extendida y en mal estado a nivel oclusal en la pieza 37 y extrusión de la pieza 38; de igual forma en el cuadrante cuatro, hay presencia de desgaste tipo I de los bordes incisales en las piezas 41, 42, 43, giroversión hacia distal en la pieza 43, caries en las piezas 45, 46, 48, discromía y resina en mal estado a nivel oclusal en la pieza 47. (ANEXO 2)

Registra una apertura bucal de 37 mm con presencia de ruido en la articulación temporomandibular y un riesgo estomatológico mediante el Índice CPOD DE 23.

2.3 Exámenes auxiliares

Hallazgos imagenológicos

Se solicitó la toma de una radiografía panorámica de la paciente para su análisis y posterior diagnóstico, dentro de los hallazgos se puede ver el aplanamiento del proceso condilar derecho, neumatización alveolar del seno maxilar derecho e izquierdo y engrosamiento de la mucosa antral del seno maxilar de ambos lados. A nivel del maxilar superior se observó una leve pérdida ósea horizontal, edéntulismo parcial bilateral, así, en el cuadrante 1, se aprecian dos estructuras radiopacas retenidas posicionadas verticalmente compatibles con remanentes radiculares asociadas a la pieza 14 y 17, la pieza 13 presenta una imagen radiolúcida a nivel mesial coronal compatible con lesión cariosa de esmalte sin compromiso pulpar y reabsorción ósea vertical al nivel del 1/3 medio de la raíz; de igual manera en el

cuadrante 2, pieza 23 presenta una imagen radiolúcida a nivel mesial coronal compatible con lesión cariosa de esmalte sin compromiso pulpar y reabsorción ósea vertical. En el maxilar inferior, se mantienen presentes las 16 piezas dentarias, reabsorción ósea horizontal en la totalidad de las piezas; en el cuadrante 3, pieza 36 presenta una imagen radiolúcida compatible con lesión cariosa en oclusal, 37, imagen radiopaca a nivel oclusal extendida hacia distal compatible con material restaurador, sobre extendido y con aparente filtración, en pieza 38, imagen radiolúcida asociada a lesión cariosa en oclusal; de igual manera, en el cuadrante 4, en la pieza 47, imagen radiopaca a nivel oclusal con material restaurador y presencia de filtración aparentemente cerca al techo pulpar. (ANEXO 3)

Análisis oclusal:

Paciente con línea media: alterada, con presencia de dos caninos en el sector superior. En los movimientos mandibulares en excéntrica, solo registra presencia de guía canina derecha e izquierda en los movimientos de lateralidad y pérdida de guía incisiva por falta de piezas anteriores. No registra relación molar derecha e izquierda, pero si, relación canina derecha e izquierda. Sus arcadas son parabólicas, y en la arcada inferior presenta un diente, pieza 43, fuera del arco por giroversión hacia mesial. (ANEXO 4)

2.4 Diagnóstico (CIE- 10)

Diagnóstico: Paciente con periodontitis estable con un periodonto reducido. (K055)

Para el diagnóstico periodontal nos basamos en la pérdida de inserción al sondaje de 2mm, sin sangrado al sondaje, con profundidad al sondaje de 4 mm y pérdida ósea radiográfica extendida al tercio medio de la raíz.

Diagnóstico: Caries limitada al esmalte en piezas 13(M), 23(M), 34(O), 35(O), 36(O), 38(O), 45(O), 46(O), 48(O). (K020)

Al examen clínico, se observa caries en fosas y fisuras que, al momento de instrumentar con el explorador, éste pasa y se inserta por presencia de cavidad; por otro lado, el paciente no presenta sintomatología en las piezas y en la

radiografía oclusal, se observa como la lesión cariosa solo se encuentra en la capa de esmalte.

Diagnóstico: Carie de la dentina en piezas 37 (O) y 47 (O). (K021)

Durante la exploración clínica de la pieza 37, se aprecia una restauración OM con resina sobre extendida, con mala adherencia al esmalte y presencia de filtración. Respecto a la pieza 47, ésta presenta una restauración con resina en mal estado que abarca toda la cara oclusal, mediante la radiografía se pudo apreciar la profundidad de las restauraciones y su filtración a nivel de la dentina.

Diagnóstico: Atrición dental en piezas 13,13,31,32,33,41,42,43(bordes incisales),34, 44, 45 (cúspides). (K030)

Se diagnosticó atrición, al ser un desgaste fisiológico; debido a que las facetas de desgaste eran leves a nivel de los bordes incisales y ápices cuspídeos de piezas posteriores, debido a la falta de piezas superiores como a la fuerza nula emitida por la prótesis.

Diagnóstico: Raíz dental retenida asociada a la pieza 17. (K083)

Este diagnóstico se obtuvo en base a los hallazgos radiográficos. La estructura se asoció a un remanente radicular; ya que estaba en posición vertical y ocupaban el espacio de una molar asociada a la 17.

Diagnóstico: Pérdida de guía anterior. (k078)

En la evaluación oclusal, solo dos caninos superiores estaban presentes, por lo que hubo ausencia de guía incisiva, durante los movimientos dinámicos mandibulares de lateralidad canina derecha e izquierda, se registró la presencia de ambas guías caninas y desoclusión posterior, por lo que, al no presentar guía incisiva por falta de piezas se estableció dicho diagnóstico.

Diagnóstico: Edentulismo parcial bilateral superior clase Kennedy I modificación I. (K081)

Paciente presentaba pérdida de 14 piezas dentarias y un Edéntulismo parcial bilateral en maxilar superior; se estableció el diagnóstico porque el maxilar

presentaba dos brechas edéntulas posteriores características de la clase Kennedy I más la brecha edéntula presente de canino a canino a la que se le asigna como una modificación de la clase.

2.5 Plan de tratamiento

Este caso clínico fue tratado en las siguientes fases:

Fase I. Inicial o higiénica

Fisioterapia del paciente: explicación de la técnica de cepillado (STILLMAN MODIFICADA) e indicación de enjuague bucal, en este caso Clorhexidina al 0.12% (Perio-Aid) 15ml mañana y noche por dos semanas.

Raspado y alisado radicular (RAR)

Detartraje

Profilaxis oral.

Exodoncia simple de raíz dental retenida asociada a la pieza 14.

Fase II: Correctiva

Restauración directa con resina en piezas 13(M), 23(M), 34(O), 35(O), 36(O), 38(O), 45(O), 46(O),48(O) por lesión cariosa limitada al esmalte.

Restauración directa con resina y protección pulpar con ionómero de vidrio tipo II en pieza 47 (O).

Reconstrucción de los bordes incisales en piezas desgastada: 31,32,33,41,42,43

Restauración indirecta en pieza 37 mediante incrustación Onlay cerámica.

Rehabilitación del maxilar superior con Prótesis Removible dentomucosoportada, de material cromo-cobalto.

Fase III: Mantenimiento

Reevaluación a las 2 a 4 semanas posterior a la limpieza y control de cepillado por parte del paciente.

Control de placa.

Primer control a los 3 días de post-extracción y segundo control a los 6 días para la evaluación de los márgenes de la incisión y cicatrización de la zona.

Controles periódicos cada 3 meses posterior a la colocación de la prótesis removible.

Objetivos del tratamiento

Concientizar a la paciente acerca de lo importante que es cuidar su higiene bucal, brindándole una correcta técnica de cepillado y recordándole la frecuencia de ésta diariamente.

Restablecer mediante el raspado y el alisado radicular, superficies biológicamente aceptables, libres de placa para la preservación de la salud periodontal y la re inserción de sus tejidos circundantes.

Eliminar remanentes radiculares, restaurar piezas con lesiones cariosas que puedan crear focos infecciosos a largo plazo e interfieran con el tratamiento rehabilitador.

Preservar las piezas con tratamientos altamente estéticos como la incrustación en la pieza 37 para generar contactos estabilizando la oclusión, garantizando su funcionalidad en boca y su resultado duradero.

Devolver la seguridad de mi paciente reemplazando las piezas dentarias perdidas, restaurando la estabilidad oclusal, la función masticatoria, la estética bucal y la fonación mediante la instalación de la prótesis removible.

2.6 Evolución del tratamiento y alta.

El tratamiento inició con la limpieza de las superficies dentales con el uso de los raspadores manuales y la profilaxis con escobilla profiláctica y pasta fluorada. Como enjuague bucal de tratamiento se recetó clorhexidina al 0.12% (Perio- Aid Intensive care), 15 ml dos veces al día (mañana y noche) por 2 semanas.

Terminada la limpieza, se continuó con la restauración de las piezas con lesión cariosa limitada a esmalte, 45 y caries de dentina con resina en mal estado, 46. Se realizó el aislamiento absoluto de ambas piezas, la remoción total de la caries en oclusal con la técnica TRA y la remoción de la resina en mal estado. Se acondicionó el esmalte y dentina con ácido fosfórico al 37% y adhesivo universal para su restauración definitiva con resina en la pieza 45; de igual forma en la pieza 46 se colocó ionómero de vidrio tipo II y resina como restauración final.

Posterior a la limpieza, se llevó a cabo la preparación del paciente para la cirugía del remanente radicular (Fig. 10). Como protocolo, 5 minutos antes de la intervención el paciente hizo enjuagues con clorhexidina al 0.12% y se desinfectó la zona perioral con yodopovidona, luego se anestesió la zona con 2 cartuchos de lidocaína al 2% con epinefrina 1:80.000, una vez anestesiada la zona, continuaba la sindesmotomía, a través de un colgajo con hoja de bisturí N°15; debridado el tejido con un periostótomo, y tener amplia visibilidad del remanente, se usó un botador recto delgado para su luxación y avulsión, se finalizó con el curetaje e irrigación de la zona con suero fisiológico al 9% en una jeringa de 20 ml y su cierre de los tejidos con hilo de sutura reabsorbible (ácido poliglicólico) 4-0. Posterior a la extracción se recetó ibuprofeno de 400 mg cada/8h por 3 días y paracetamol de 1gr condicionada al dolor.

En el primer control, el paciente llegó sin manifestar dolor, a la revisión clínica los márgenes de la incisión se encontraban limpios y en buen proceso de cicatrización; en el transcurso del mes el paciente volvió a llegar con un reborde sin inflamación y una encía cicatrizada.

Después de evaluarlo clínicamente y ver una buena cicatrización, empezó la rehabilitación del maxilar superior; al clasificarlo como clase Kennedy I modificación I, se optó por una prótesis removible dentomucosoportada de material metal cromo-

cobalto y acrílico. En la primera sesión se evaluó el registro intermaxilar en dinámica, donde solo registraba lateralidad canina derecha e izquierda, la toma de impresión de ambos maxilares para la confección de la cubeta individual superior y el registro facial. A las dos semanas se procedió con la segunda sesión, se hizo la toma de impresión definitiva con la silicona THIXOFLEX M. del maxilar superior con la cubeta individual y el vaciado del modelo respectivo. Antes de la prueba de estructura metálica, se paralelizaron los modelos y se estableció el diseño definitivo. Como la paciente presentaba dos caninos en el maxilar superior y era edéntula bilateral, los apoyos directos fueron establecidos en los cúngulos de los caninos, se colocaron dos DPI como retenedores directos en barra en ellos y una placa palatina total como conector mayor.

En la tercera sesión se hizo la prueba de la estructura metálica (Fig.11) y toma de color para el enfilado, en donde se usó el colorímetro VITA como referente para la elección de los dientes de acrílico IVOSTAR, color 3M (Fig.12). A la cuarta sesión se hizo la prueba de enfilado de dientes con falsa encía (Fig.13), en donde el paciente mostro su aceptación, ese mismo día se mandó a laboratorio para su acrilizado y pulido.

En la quinta y última sesión después de un mes de espera, cité al paciente y procedí a la instalación de la prótesis removible, verificando su correcta adaptación con los tejidos blandos, así mismo la presencia de molestia en el paciente, el correcto encaje de los apoyos cingulares en los caninos y como último, ajustando la oclusión en ambos maxilares. Una semana después la paciente refirió que la prótesis no interfiere en la ingestión de sus alimentos, reposo y habla; incluso manifestó su conformidad y alegría por el correcto ajuste que tenía en boca (Fig.14).

El día de la prueba de enfilado para la PPR, se procedió con el tratamiento de la pieza 37 por restauración ocluso-mesial en mal estado. Una vez hecho la remoción de la resina en mal estado, se preparó la pieza para el tallado de una incrustación tipo Onlay, terminado el tallado se hizo la toma de impresión definitiva con alginato y la toma de color, en este caso fue 210 de CHROMASCOP (Fig.15) para la preparación de la incrustación. La elaboración duro 2 semanas, el día de la entrega, se citó a la paciente para realizar el ajuste oclusal y la cementación definitiva (Fig.16). (ANEXO 9)

III. CONCLUSIONES (aporte clínico)

El cuidado mediante la higiene oral, la detección de enfermedades periodontales, lesiones cariosas, evitaría la presencia de un reborde reabsorbido, a causa de la extracción de varias piezas dentarias producto de lesiones cariosas y acúmulo de placa dental como se manifiesta en ésta paciente; pues la falta de prevención y atención oportuna ha traído consigo situaciones desfavorables, como la extrusión de piezas dentales junto con la alteración del plano oclusal; del mismo modo de la función masticatoria, fonética y estética de la paciente que dificultan el plan de tratamiento.

La rehabilitación oral mediante prótesis removible, logró mantener el grado de reabsorción ósea y la extrusión de los caninos considerando los principios biomecánicos; soporte, retención y estabilidad¹³, en el diseño protésico; por ende, a la presencia de todas las piezas en el maxilar inferior y rebordes alveolares íntegros, producto del efecto antimicrobiano a largo plazo de la clorhexidina al 0.12% como antiséptico¹⁴.

Para la restauración de piezas con riesgo de caries se optó por restauraciones directas con resina e indirectas como la incrustación, para estabilizar la oclusión y generar el correcto contacto intermaxilar de la paciente, tomando en cuenta ciertos factores como las fuerzas de masticación, la higiene bucal y la dieta, ya que, pueden interferir en el éxito de la restauración¹⁵.

Concluyendo así, este abordaje multidisciplinario, cumplió con la mayor conservación de las estructuras dentales en boca, devolviendo las funciones como, masticación, deglución, fono articulación y respiración, con un buen resultado estético y la autoprotección del sistema estomatognático.

Se justifica la necesidad de una rehabilitación integral en un paciente edéntulo parcial superior con el objetivo de recuperar, el equilibrio, estética y función del sistema masticatorio; por tal motivo, se eligió un plan de tratamiento que se ajustara a la condición económica de la paciente, sin dejar de realizar un tratamiento integral y ético, que cumpla con las expectativas del paciente.

LIMITACION.

Como limitación, se presentaron los problemas económicos de la paciente, por lo que no se logró terminar todo el tratamiento, indicando que se lo realizaría posteriormente.

OPORTUNIDADES DE INVESTIGACION.

Estudio de la guía anterior para la rehabilitación de un paciente edéntulo, como mecanismo de protección para el sector posterior y Articulación Temporomandibular.

Rehabilitación parcial removible en pacientes con pérdida de dimensión vertical, como punto de inicio para una rehabilitación integral.

Calidad de vida en pacientes con edéntulismo parcial antes y después del tratamiento rehabilitador integral.

IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1.- Wu Q, Zhang N, Dong B, Sun M, Yang X, Yu H. Esthetic rehabilitation for a Kennedy Class IV patient using detachable 3D printing diagnostic denture and removable partial denture with polyetheretherketone framework. *Heliyon*. 2022 Oct 1;8(10): e10834.

2.- Escobar GAA, Cartagena FJR, de González WYE, de Rodríguez KAA, Bravo M, Mesa F, de Miguel ÁG, de Martínez AMG, Siciliano ALP. Edentulism and quality of life in the Salvadoran population: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2024 Aug 10;24(1):928.

3.- Amador LR, Herrera A, Vargas E, Padilla LF, Pérez Y, Taborda A. Kennedy Classification of Edentulous Arches in Patients Treated at a University Clinic in Cartagena. *Rev Odont Mex*. 2022; 26(3): 19-27.

4.-Manga BJ, Mamani SL. Integrando evidencia científica: Prevalencia del edentulismo en adultos mayores en el Perú. Revisión de literatura: Revisión de literatura. *Rev OACTIV UC Cuenca*. 2023. 8(3): 17-26.

5.-Montano VA, Armas AC, Dourado A, Salazar MT. Occlusal restoration by multidisciplinary procedures. *Rev Cubana Estomatol (online)* 2020 (Epub 20-Mayo-2020);57(1). Disponible en:

URL:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003475072020000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=en

6.-Oncescu Moraru AM, Preoteasa CT, Preoteasa E. Masticatory function parameters in patients with removable dental prosthesis. *J Med Life*. 2019 Jan-Mar;12(1):43-48.

7.- S T, Singh A, Rani P, Prakash J, Bs S, C SG. Prosthodontic Rehabilitation With Kennedy's Class I and Class II Using an Extended Precision Attachment: A Report of Two Cases. *Cureus*. 2023 Aug 18;15(8): e43723.

- 8.-** Sreekumar S, Janakiram C, Mathew A. Effects of Prosthetic Rehabilitation on Temporomandibular Disorders: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc.* 2021 Dec 24;10(12):e33104.
- 9.-** Champi CB. Reporte de caso. Resolución de caso clínico con rehabilitación oral multidisciplinaria. Jaramillo JA, Chávez PA, López AI, Chávez MA. *Carta Odontológica. Órgano Científico de la Sociedad Peruana de Prótesis dental y Máxilo Facial.* 2022. (1):3-37.
- 10.-** Lee DJ, Saponaro PC. Management of Edentulous Patients. *Dent Clin North Am.* 2019 Apr;63(2):249-261
- 11.-** Dzalaeva F, Chikunov S, Utyuzh A, Mikhailova M, Budunova M. Assessing Safety and Clinical Effectiveness of New Approaches to Planning and Integrated Implementation of Full-Mouth Reconstruction. *Eur J Dent.* 2021 Feb;15(1):109-116.
- 12.-** Vozza I, Manzon L, Passarelli PC, Pranno N, Poli O, Grippaudo C. The Effects of Wearing a Removable-Partial-Denture on the Bite Forces: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Oct 29;18(21):11401.
- 13.-** Friel T, Waia S. Removable Partial Dentures for Older Adults. *Prim Dent J.* 2020 Sep;9(3):34-39.
- 14.-** Poppolo Deus F, Ouanounou A. Chlorhexidine in Dentistry: Pharmacology, Uses, and Adverse Effects. *Int Dent J.* 2022 Jun;72(3):269-277.
- 15.-** Hickel R, Mesinger S, Opdam N, Loomans B, Frankenberger R, Cadenaro M, Burgess J, Peschke A, Heintze SD, Kühnisch J. Revised FDI criteria for evaluating direct and indirect dental restorations-recommendations for its clinical use, interpretation, and reporting. *Clin Oral Investig.* 2023 Jun;27(6):2573-2592.

ANEXOS

ANEXO N°1: FOTOGRAFÍAS INTRAORALES Y EXTRAORALES



Figura 1. Fotografía frontal



Figura 2. Fotografía oclusal

ANEXO 3. RADIOGRAFIA PANORÁMICA E INFORME RADIOGRÁFICO



Centro de Diagnóstico por Imágenes

Paciente: [REDACTED]
Sexo: Femenino
Referencia: Dra. Flor Peña Velásquez

Edad: [REDACTED]s
Fecha: 19/07/2022
Código: 1807339 p.

INFORME PANORÁMICO.

1. Ausencia de piezas 18 a 14, 12 a 22, 24 a 28.
2. Piezas 13, 23, lesión cariosa coronaria – mesial. Pieza 13, moderada pérdida ósea alveolar horizontal – mesial.
3. Pieza 38, extruida, lesión cariosa coronaria – oclusal.
4. Pieza 36, probable lesión cariosa coronaria – oclusal.
5. Imágenes radiopacas proyectadas en proceso alveolar de zona de piezas 17 y 14 sugerente de remanente radicular incluido.
6. Leve pérdida ósea alveolar horizontal en piezas inferiores asociada a placa blanda mineralizada (tártaro).
7. Engrosamiento de la mucosa antral del seno maxilar de ambos lados.

Chiclayo, 19 de julio del 2022



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

ANEXO 4. MODELOS DE ESTUDIO



Figura 6. Modelo de estudio superior



Figura 7. Modelos de estudio inferior



Figura 8. Vista frontal modelos de estudio



Figura 9. Vista lateral izquierda de modelos de estudio



Figura 10. Vista lateral derecha de modelos de estudio.

ANEXO 5. FOTOS DE PROCEDIMIENTO



Figura 11. Remanente radicular extraído asociado a pieza 17.



Figura 12. Prueba de estructura metálica con rodetes para PPR.

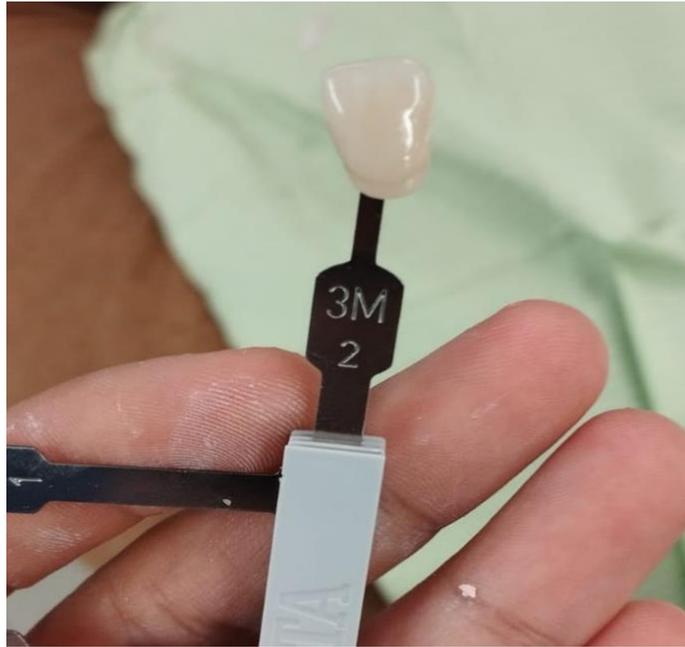


Figura 13. Toma de color referente para enfilado de PPR.



Figura 14. Prueba de enfilado de PPR



Figura 15. Instalación de prótesis removible



Figura 16. Toma de color para incrustación



Figura 17. Cementación de incrustación en pieza 37.



Figura 18. Fotografía frontal final.