



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**REHABILITACIÓN ORAL EN PACIENTE CON
OBESIDAD. REPORTE DE CASO CLÍNICO**

**PRESENTADO POR
MARÍA ALEJANDRA MONTEZA SAAVEDRA**

**ASESOR
DR. ESP. HEBER ISAC ARBILDO VEGA**

**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 ORAL EN PACIENTE CON OBESIDAD.
REPORTE DE CASO CLÍNICO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL DE:
CIRUJANA DENTISTA**

**PRESENTADO POR:
BACH: MARÍA ALEJANDRA MONTEZA SAAVEDRA**

**ASESOR:
DR. ESP. HEBER ISAC ARBILDO VEGA**

CHICLAYO – PERÚ

2024

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN/ABSTRACT

I. INTRODUCCIÓN	1
II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	2
2.1 Anamnesis	2
2.1.1 Motivo de consulta	2
2.1.2 Enfermedad actual	2
2.1.3 Historia pasada	2
2.2 Examen clínico	3
2.3 Exámenes auxiliares	4
2.4 Diagnóstico	5
2.5 Plan de tratamiento	7
2.6 Evolución del tratamiento y alta	7
III. CONCLUSIONES	9
IV. FUENTES DE INFORMACIÓN	10
ANEXOS	13

RESUMEN

Introducción:

La obesidad es uno de los problemas de salud pública más desatendidos que afecta tanto a los países desarrollados como en desarrollo. La obesidad de clase 3, considerada clínicamente la más grave, presenta importantes implicancias tanto para la salud de los pacientes como para la prestación de servicios en el ámbito odontológico, lo cual requiere de un enfoque especializado en los servicios dentales.

Descripción del caso clínico:

Mujer de 39 años acudió a consulta por dolor dental. El examen clínico reveló la presencia de periodontitis, caries dental y edentulismo parcial. El tratamiento incluyó tratamiento periodontal, restauraciones con resina y la instalación de una prótesis parcial removible. Uno de los principales desafíos encontrados para establecer el diagnóstico fue la condición sistémica de la paciente, específicamente su obesidad grado 2, que influyó en la salud periodontal y limitó ciertos procedimientos. Además, los factores económicos y culturales influyeron, ya que la paciente mostró dificultades para acceder a una dieta saludable y refería un estilo de vida sedentario, una dieta rica en azúcares y alimentos procesados.

Conclusiones:

Se aplicó la implementación de una prótesis parcial removible permitió restaurar la funcionalidad masticatoria y la estética del paciente, mejorando su calidad de vida. Se identificaron como la apertura bucal y el aumento del riesgo debido a su condición sistémica y periodontal., lo que requirió una planificación cuidadosa y seguimiento. Asimismo, la necesidad de estudios futuros sobre protocolos odontológicos adaptados y el impacto del apoyo multidisciplinario y la educación nutricional en estos pacientes.

Palabras clave: Obesidad, periodontitis, rehabilitación bucal, dentadura parcial, caries dentales.

ABSTRACT

Introduction:

Obesity is one of the most neglected public health problems affecting both developed and developing countries. Class 3 obesity, considered clinically the most serious, has important implications for both patient health and the provision of dental services, which requires a specialized approach to dental services.

Clinical case description:

A 39-year-old woman came to the clinic for dental pain. Clinical examination revealed the presence of periodontitis, dental caries, and partial edentulism. Treatment included periodontal treatment, resin restorations, and the installation of a removable partial prosthesis. One of the main challenges encountered in establishing the diagnosis was the patient's systemic condition, specifically her grade 2 obesity, which influenced periodontal health and limited certain procedures. In addition, economic and cultural factors played a role, as the patient showed difficulties in accessing a healthy diet and reported a sedentary lifestyle, a diet rich in sugars and processed foods.

Conclusions:

The implementation of a removable partial prosthesis allowed to restore the masticatory functionality and aesthetics of the patient, improving his quality of life. They were identified as the mouth opening and the increased risk due to his systemic and periodontal condition, which required careful planning and follow-up. Likewise, the need for future studies on adapted dental protocols and the impact of multidisciplinary support and nutritional education in these patients.

Keywords: Obesity, periodontitis, oral rehabilitation, partial prosthesis, dental caries.

MARÍA ALEJANDRA MONTEZA SAAVEDRA

REHABILITACIÓN ORAL EN PACIENTE CON OBESIDAD. REPORTE DE CASO CLÍNICO

- Trabajos de Suficiencia Profesional
- My Files
- Universidad de San Martín de Porres

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29427:410493611

Fecha de entrega

29 nov 2024, 11:04 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

29 nov 2024, 1:45 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

TS. MONTEZA SAAVEDRA MARÍA ALEJANDRA.pdf

Tamaño de archivo

1.8 MB

37 Páginas

4,421 Palabras

24,690 Caracteres

6% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 4% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 5% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Firma: HEBER ISAC ARBILDO VEGA

CÓDIGO ORCID: 0000-0003-3689-7502

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

I. INTRODUCCIÓN

La obesidad, definida como un índice de masa corporal (IMC) superior a 30 kg/m², se caracteriza por una acumulación excesiva de grasa corporal que incrementa considerablemente los riesgos para la salud ¹. En la era moderna, el problema de salud comunitaria más desafiante es el creciente número de personas con sobrepeso y obesidad, que ha alcanzado niveles críticos en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), casi 2.5 mil millones de personas mayores de 18 años padecían sobrepeso u obesidad en 2014, lo que representa un tercio de la población mundial ^{2,3}.

La obesidad no solo impacta la salud general, sino que también presenta desafíos específicos en el campo de la rehabilitación oral ⁴. Los pacientes con obesidad a menudo enfrentan complicaciones adicionales en los tratamientos odontológicos-como mayor prevalencia de enfermedades periodontales, riesgo de infecciones, dificultades en la cicatrización y respuesta alterada a tratamientos convencionales ^{5,6}. Estas complicaciones sistémicas y locales obligan a los odontólogos adaptar sus enfoques terapéuticos para asegurar el éxito del tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes con obesidad ^{7,8}.

En el contexto odontológico, el manejo de pacientes con obesidad requiere un enfoque integral que considere tanto los aspectos clínicos relacionados con la salud bucal como las implicaciones sistémicas que la obesidad puede tener sobre el tratamiento odontológico. Las dificultades en la cicatrización de heridas en pacientes con obesidad se han asociado con un aumento de la inflamación crónica, lo que puede influir negativamente en la efectividad de los procedimientos odontológicos, como la colocación de implantes dentales o la cirugía periodontal. Además, el riesgo de infecciones postoperatorias es mayor en estos pacientes debido a su sistema inmunológico comprometido y la presencia de comorbilidades como la diabetes ⁸.

El IMC es una herramienta antropométrica ampliamente utilizada para evaluar el estado nutricional y clasificar a las personas en categorías de sobrepeso y obesidad ⁹. A pesar de que algunos pacientes pueden tener una predisposición

genética a desarrollar obesidad, los cambios en el entorno, como la disponibilidad de alimentos ricos en calorías y la reducción de la actividad física, han contribuido al aumento de la prevalencia de esta condición en todo el mundo. En este contexto, los profesionales de la salud dental deben estar preparados para adaptar sus tratamientos y estrategias de prevención que pueden abordar las necesidades específicas de los pacientes con obesidad. Considerar el uso de materiales de rehabilitación más adecuados, que ofrezcan una mayor durabilidad y resistencia, dada la posible reducción en la calidad de los tejidos orales en pacientes obesos^{10,11}.

Lo resaltante de este caso clínico fue la implementación de un tratamiento personalizado con un enfoque periodontal para tratar en un inicio las afecciones de los tejidos de soporte dental, así como el uso de imágenes radiográficas para un diagnóstico preciso y una planificación adecuada del tratamiento. Además, se utilizaron materiales de rehabilitación que se ajustaron a las limitaciones físicas y los riesgos asociados a la obesidad del paciente, garantizando así un resultado exitoso en la restauración de la función y estética oral. Este enfoque no solo resuelve un problema clínico, sino que también aporta información valiosa a la comunidad científica sobre cómo mejorar la planificación y ejecución de tratamientos odontológicos en pacientes con una condición específica.

La planificación del tratamiento para la rehabilitación oral en un paciente con obesidad debe tener un enfoque multidisciplinario. Es fundamental realizar interconsultas con el área de medicina para abordar los aspectos sistémicos del paciente, así como involucrar al equipo de periodoncia para asegurar una adecuada higiene oral diaria. Además, se recomienda la restauración con resina en las áreas afectadas, la elaboración de una prótesis parcial removible y la realización de controles protésicos cada tres meses para evaluar y ajustar el tratamiento según sea necesario^{2,6}.

En términos de prevención, es esencial que los odontólogos jueguen un papel activo en la educación de sus pacientes sobre la relación entre la obesidad y la salud bucal. La promoción de hábitos de vida saludables, como una dieta equilibrada y el ejercicio regular, pueden ayudar a prevenir tanto la obesidad como las complicaciones orales asociadas. La intervención temprana en la vida de los

pacientes, particularmente en la adolescencia que es donde suelen desarrollar los hábitos alimenticios, es crucial para reducir los riesgos de obesidad y sus consecuencias sobre la salud oral.

La contribución de este informe radica en su capacidad para ofrecer un enfoque multidisciplinario en el tratamiento odontológico de pacientes con obesidad, subrayando la importancia de una planificación adaptada que pueda reducir complicaciones y mejorar los resultados a largo plazo. En este sentido, el manejo de la obesidad en el ámbito odontológico no solo implica una correcta intervención clínica, sino también la educación y concienciación de los pacientes sobre los efectos que su condición tiene sobre su salud bucal, brindándoles herramientas para mejorar su calidad de vida de manera integral.

II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1 Anamnesis

La paciente era una mujer de 39 años, residente en la ciudad de Chiclayo, Perú. Está casada, profesora la religión católica y se dedica a las labores del hogar.

2.1.1 Motivo de consulta

La paciente refería "dientes picados y dolor relacionado con esta condición".

2.1.2 Enfermedad actual

La paciente presentaba molestias en los dientes, sangrado al momento de realizar el cepillado dental, y dificultad para consumir alimentos debido a la pérdida de varias piezas dentales. Estos síntomas habían aumentado en los últimos 3 meses, generando un impacto en su calidad de vida diaria, especialmente en su alimentación. La paciente tuvo varios procedimientos odontológicos, incluida la exodoncia de dientes afectados.

Manifestaciones clínicas bucales:

- Sangrado durante el cepillado.
- Molestia en piezas dentales.
- Dificultad para consumir alimentos.

- Ausencia de piezas dentales (por exodoncias previas).

2.1.3 Historia pasada

En cuanto a los antecedentes personales de la paciente, se destaca la presencia de obesidad, condición que puede tener implicaciones significativas en el manejo clínico. No obstante, la paciente no reporta alergias a medicamentos ni el uso de fármacos de manera habitual, lo que facilita la planificación de su tratamiento. Dentro de los antecedentes familiares, la paciente menciona un historial de cáncer dentro de su familia, aunque no especifica el tipo ni el miembro afectado. Los antecedentes familiares de cáncer pueden tener una implicancia indirecta en la evaluación del paciente, ya que estudios previos han sugerido que ciertas condiciones sistémicas pueden influir en la salud bucal y aumentar el riesgo de complicaciones periodontales ⁸.

Respecto a los hábitos, la paciente refiere un consumo habitual de café, no menciona consumo de alcohol ni tabaco.

En cuanto a los tratamientos odontológicos previos, la paciente ha sido sometida a varias exodoncias, sin complicaciones reportadas. No se menciona la realización de otros procedimientos odontológicos.

2.2 Examen clínico

2.2.1 Signos vitales

Se registraron los siguientes signos vitales: la paciente presenta una presión arterial de 90/70 mmHg, una frecuencia cardiaca de 75 latidos por minuto, una frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, y una temperatura corporal de 36,3°C. Estos parámetros se encuentran dentro de los rangos fisiológicos normales, indicando un estado hemodinámico estable en el momento de la evaluación.

2.2.2 Estado general

En la evaluación del estado general de la paciente, se observó un estado ectoscópico descrito como apariencia Aspecto buen estado general (ABEG), aparente mal estado nutricional (AMEN), y aparente buen estado de hidratación

(ABEH), lo que indica un regular estado general. La paciente se encuentra lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona (LOTEP). En cuanto a las mediciones antropométricas, su peso es de 96 kg y su talla de 1.59 m, lo que arroja un índice de masa corporal (IMC) de 38, clasificándola dentro del rango de obesidad. Esta condición debe considerarse al planificar su manejo odontológico, dado que la obesidad puede estar asociada con un mayor riesgo de complicaciones sistémicas y periodontales.

2.2.3 Examen estomatológico

En el presente caso clínico se llevó a cabo una evaluación exhaustiva del sistema estomatognático, donde se destacaron dos hallazgos de relevancia clínica: cianosis en la lengua y presencia de inflamación gingival moderada. La cianosis lingual sugiere un posible compromiso vascular o sistémico, lo que podría estar relacionado con una disminución de la oxigenación tisular ¹¹. Este hallazgo merece una evaluación más profunda para descartar condiciones sistémicas subyacentes. Por otro lado, la gingivitis, caracterizada por encías de consistencia blanda y sangrado al sondaje señala un proceso inflamatorio crónico, probablemente asociado por acumulación de placa bacteriana por una mala higiene oral.

El resto de los componentes del sistema estomatognático, como la articulación temporomandibular (ATM), la mucosa oral, el paladar, la orofaringe, las glándulas salivales no presentaron alteraciones. Estos hallazgos brindan un marco favorable para el manejo de las patologías identificadas, priorizando el tratamiento periodontal y la investigación adicional de la cianosis lingual.

2.2.4 Odontograma Inicial

En el examen clínico realizado al paciente, se observó la ausencia de las piezas dentales 26, 35, 36, 45 y 46. Se identificaron lesiones cariosas en la superficie oclusal de las piezas, 14, 15, 16, 17, 24, 25, 27, 28, 34, 37, 38, 47, 48 y en la superficie palatina de las piezas 22 y 23. Desgastes iniciales en las piezas 12, 11, 21, 22, 33, 32, 31, 41, 42 y 43, la pieza 43 adicionalmente presentaba giroversión y la pieza 18 era un remanente radicular (Anexo2).

2.3 Exámenes auxiliares

2.3.1 Informe Radiográfico

Se solicitó una radiografía panorámica para obtener una visión global de la cavidad oral del paciente. En la imagen radiográfica, se observó mineralización parcial de los procesos estiloideos, así como neumatización alveolar del seno maxilar izquierdo y opacificación de los senos maxilares, lo que sugiere posibles procesos inflamatorios o infecciosos. Finalmente, se constató la ausencia de las piezas 26, 35, 36, 38, 45 y 46.

2.3.2 Análisis de modelos de estudio

Los modelos de estudio fueron analizados y montados, mediante registros intermaxilares, en un articulador semiajustable (ASA).

El arco superior presentaba una forma ovalada, congruente con una disposición dental generalmente armónica. En contraste, el arco inferior, con una conformación triangular, que podría influir en la distribución de las fuerzas oclusales, afectando la estabilidad masticatoria. No se obtuvo registro de la relación molar, limitando una valoración integral de la oclusión posterior, aunque se evidenció una relación canina de Clase III.

En cuanto a los parámetros verticales, el paciente muestra un overjet y overbite de 0 mm, indicativo de una mordida bis a bis anterior, situación que, de no ser tratada, podría generar desarmonías funcionales. Adicionalmente, se observó una curva de Spee invertida, lo cual podría estar relacionado con un patrón de desgaste o alteración en la trayectoria funcional masticatoria.

El análisis transversal reveló una desviación de la línea media inferior de 2 mm hacia la izquierda, junto con una mordida borde a borde bilateral y una mordida cruzada unilateral izquierda en las piezas 22 y 32, cuya etiología parece ser dentoalveolar. Esta alteración asimétrica se acompaña de una asimetría transversal en el arco superior, lo que altera la armonía oclusal global del paciente.

Finalmente, el análisis cuantitativo reporta una discrepancia negativa posterior, que sugiere una insuficiencia de espacio en la región posterior, afectando la alineación dentaria.

2.4 Diagnóstico

Durante el estudio de este caso clínico, se emplearon diversos métodos diagnósticos, incluyendo la anamnesis detallada, el examen clínico exhaustivo y se realizaron interconsultas con las especialidades de periodoncia, radiología y rehabilitación oral para obtener una visión integral de las patologías presentes. Se realizó la interpretación de exámenes auxiliares como radiografía panorámica y el análisis de los modelos montados articulado en ASA.

Uno de los principales desafíos encontrados para establecer el diagnóstico fue la condición sistémica de la paciente, específicamente su obesidad grado 2, que influyó en la salud periodontal y limitó ciertos procedimientos. Además, los factores económicos y culturales influyeron, ya que la paciente mostró dificultades para acceder a una dieta saludable y refería un estilo de vida sedentario, una dieta rica en azúcares y alimentos procesados.

En un primer momento se obtuvo un diagnóstico presuntivo y posterior a la evaluación de los exámenes auxiliares se logró dar el diagnóstico definitivo.

2.4.1 Diagnóstico Presuntivo

Edéntulo parcial bimaxilar, caries dental y enfermedad periodontal.

2.4.2 Diagnóstico Definitivo

Pérdida de dientes debido a accidente, extracción o enfermedad periodontal (K081)

Malposición dentaria (K073)

Caries limitada al esmalte (K020)

Caries de la dentina (K021)

Periodontitis crónica (K053)

La caries dental afectó tanto a esmalte como a dentina de las piezas dentales involucradas. Respecto a enfermedad periodontal que presentaba el paciente se nombró según la última clasificación vigente de las enfermedades periodontales y periimplantarias.¹² La periodontitis que presentaba el paciente fue de estadio II, una periodontitis moderada generalizada, grado B, haciendo referencia a la pérdida del nivel de inserción clínica de 4mm, pérdida ósea radiográfica igual a 1, profundidad al sondaje de 5mm y pérdida ósea horizontal en más del 30% de los dientes. Grandes depósitos de biofilm en paciente no fumadora ².

Edentulismo parcial bimaxilar, según la clasificación de Kennedy, el maxilar superior presentaba Clase III y el inferior presentaba Clase III, modificación 1. Asociado a la pérdida de dientes debido a infecciones dentales por caries dental y enfermedades periodontales.

2.5 Plan de tratamiento

- Fase sistémica, se sugirió una interconsulta con medicina – cardiología.
- Fase inicial, motivación al paciente a practicar una buena higiene oral diaria. Instrucción de cepillado y uso de hilo dental.
- Fase correctiva, restauraciones con resina compuesta y prótesis parcial removible de cromo-cobalto.
- Fase mantenimiento, controles protésicos periódicos cada tres meses.

2.6 Evolución del tratamiento y alta

En la primera fase correspondiente al área de Periodoncia, se priorizó el control y estabilización de la enfermedad periodontal. El diagnóstico radiográfico fue esencial para evaluar la extensión de la periodontitis, detectar áreas específicas de afectación ósea que no eran visibles clínicamente y planificar adecuadamente los procedimientos. Paralelamente, se trabajó intensamente en la educación del paciente sobre su salud oral, la importancia de la higiene y los cuidados para mantener los resultados del tratamiento periodontal. Por la cual se centró en enseñar la técnica de cepillado de Bass modificada y un cepillado tres veces al día, por mínimo 2 minutos después de cada comida, así como el uso de seda dental. Se prescribió un colutorio de clorhexidina al 0,12% dos veces al día durante 15 días

y finalmente se realizó destartraje, raspado y alisado radicular, seguido de un pulido y profilaxis dental para eliminar el cálculo y mejorar la salud periodontal.

Durante la planificación rehabilitadora, primero se comenzó por las restauraciones de resina en las piezas dentales 14, 15, 16, 17, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 34, 37, 38, 47 y 48. Luego para reponer las piezas dentales ausentes en el maxilar inferior, se optó por una prótesis parcial removible (PPR) de cromo-cobalto.

El proceso para la confección de la PPR, inició con la selección y adaptación de cubetas de stock, seguidas de la impresión con alginato, vaciado y zocalado de los modelos de estudio. Posteriormente, se llevó a cabo el registro intermaxilar, el montaje de los modelos de estudio en un articulador semi-ajustable (ASA) y el encerado diagnóstico.

Se realizó el paralelizado del modelo de estudio y el diseño preliminar de la prótesis. Seguidamente, se confeccionó la cubeta individual con acrílico y se procedió a la preparación biostática de los dientes pilares. Se tomó la impresión definitiva con silicona de condensación de consistencia mediana, seguida del vaciado y zocalado del modelo de trabajo con yeso tipo IV. Se envió a laboratorio para iniciar la confección de la PPR.

Después de unos días, se probó la estructura metálica de la PPR en el paciente y se verificó que los apoyos y retenedores no interfieran en la oclusión. Teniendo la estructura metálica totalmente adaptada, se procedió a la confección de los rodetes y a la toma del registro intermaxilar para montarlo en el ASA y se envió a laboratorio para el enfilado.

Finalmente, se completó el acrilizado y pulido de la prótesis, que fue instalada en el paciente y se realizó el ajuste oclusal. La prótesis parcial removible se adaptó satisfactoriamente, brindando al paciente una restauración funcional y estética, con adecuada distribución de las fuerzas masticatorias y un equilibrio oclusal adecuado.

Una vez instalada la prótesis parcial removible, se realizaron dos controles protésicos para verificar el ajuste y la comodidad en el paciente. Incluyeron la

evaluación de posibles puntos de presión, la verificación del equilibrio oclusal, y el ajuste de la prótesis. Cualquier desajuste se corrigió para prevenir el desarrollo de lesiones en los tejidos blandos.

III. CONCLUSIONES

1. Este caso clínico destaca la importancia de un enfoque personalizado y multidisciplinario en la rehabilitación oral, que considere la condición sistémica de los pacientes, como la obesidad, en la planificación de tratamientos odontológicos.
2. La obesidad aumentó el riesgo de complicaciones sistémicas y periodontales, lo que requirió una planificación cuidadosa y un seguimiento exhaustivo.
3. Aporta evidencia que la intervención personalizada en las técnicas odontológicas, pueden mejorar los resultados en pacientes con limitaciones físicas y sistémicas. El uso de técnicas adaptadas, como la modificación de la dosis anestésica y el ajuste de las cubetas para la toma de impresiones, fue clave para garantizar el éxito del tratamiento.
4. La rehabilitación con prótesis parcial removible permitió restaurar la función masticatoria y la estética del paciente, mejorando su calidad de vida.
5. Dentro de los desafíos que se tuvo que afrontar durante el tratamiento, fue la limitación en la apertura bucal del paciente, lo que dificultaba algunos procedimientos. Otra limitación fue que no era fácil para el paciente adherirse a un régimen de salud oral estricto debido a factores económicos y culturales.
6. Finalmente, este caso sugiere la necesidad de futuras investigaciones que evalúen la efectividad de diferentes protocolos odontológicos adaptados para pacientes con obesidad, especialmente en cuanto al manejo radiológico, periodontal y la rehabilitación protésica. También se abre la posibilidad de explorar cómo la educación nutricional y el apoyo multidisciplinario pueden mejorar los resultados a largo plazo en estos pacientes.

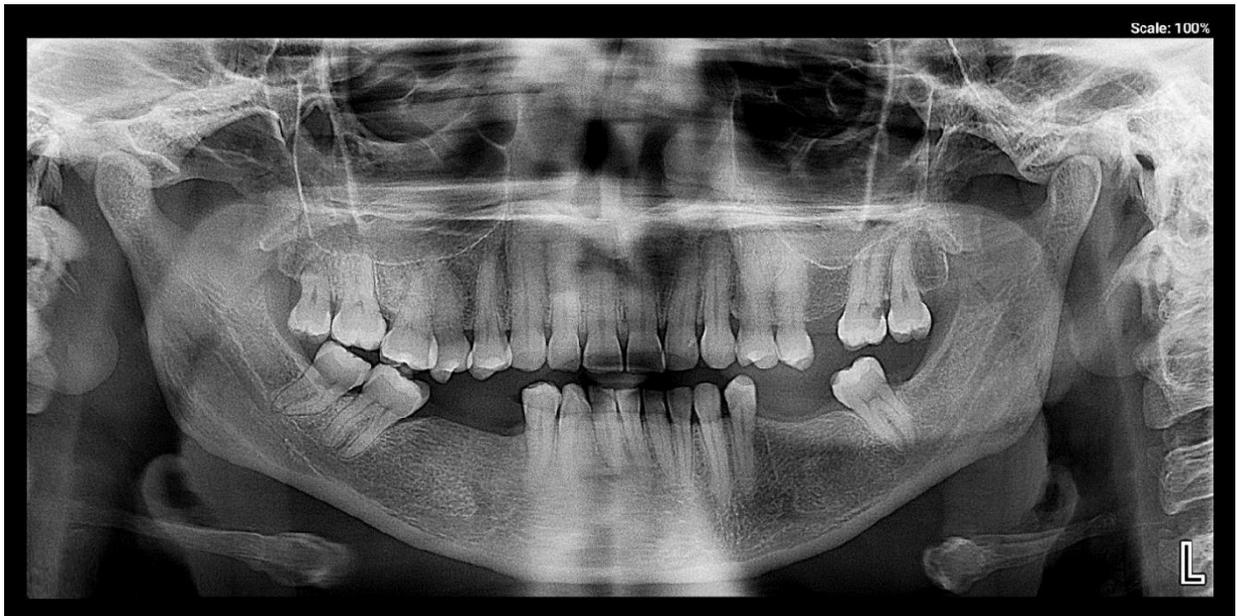
IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Maxwell CV, Shirley R, O'Higgins AC, Rosser ML, O'Brien P, Hod M, et al. Management of obesity across women's life course: FIGO Best Practice Advice. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2023;160(S1):35–49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.14549>
2. Issrani R, Reddy J, Bader AK, Albalawi RFH, Alserhani EDM, Alruwaili DSR, et al. Exploring an association between body mass index and oral health—A scoping review. *Diagnostics (Basel)* [Internet]. 2023;13(5):902. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/diagnostics13050902>
3. Lee M-R. Relationship between diet quality and periodontal disease in south Korean adults aged ≥ 40 years. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023;20(6):5039. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20065039>
4. Zhao P, Xu A, Leung WK. Obesity, bone loss, and periodontitis: The interlink. *Biomolecules* [Internet]. 2022;12(7):865. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/biom12070865>
5. Castro MCZ, Santos CM dos, Lucas RE, de Felício CM, Dantas RO. Oral motor function in obesity. *J Oral Rehabil* [Internet]. 2022;49(5):529–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/joor.13313>
6. Malik Z, Sohn W, Williams K. Class 3 obesity and oral health in adults: A scoping review of the challenges for oral healthcare services. *J Clin Med* [Internet]. 2024;13(13):3856. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm13133856>
7. Alresayes S, Al Deeb M, Mokeem SA, Al-Hamoudi N, Ahmad P, Al-Aali KA, et al. Influence of body fat in patients with dental implant rehabilitation treated with adjunctive photodynamic therapy. *Photodiagnosis Photodyn Ther*

- [Internet]. 2020;31(101831):101831. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pdpdt.2020.101831>
8. Porcelli IC de S, Corsi NM, Fracasso M de LC, Pascotto RC, Cardelli AAM, Poli-Frederico RC, et al. Oral health promotion in patients with morbid obesity after gastroplasty: A randomized clinical trial. *Arq Bras Cir Dig* [Internet]. 2019;32(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-672020190001e1437>
 9. Kouidrat Y, Louhou R, Mondot C, Daami I, Amad A, Diouf M. Quality of life in patients with obesity: The role of multidisciplinary rehabilitation medicine. *Obesities* [Internet]. 2024;4(2):160–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/obesities4020015>
 10. Khemiss M, Ben Messaoud NS, Hadidane M, Ben Khelifa M, Ben Saad H. The relationship between obesity and oral-health status in North African adults: A comparative study. *Int J Dent Hyg* [Internet]. 2024;22(1):167–76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/idh.12767>
 11. Ferreira RC, Kawachi I, Souza JGS, Campos FL, Chalub LLLFH, Antunes JLF. Is reduced dentition with and without dental prosthesis associated with oral health-related quality of life? A cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2019;17(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-019-1149-2>
 12. Cárdenas-Valenzuela Paola, Guzmán-Gastelum Dalia Abril, Valera-González Eligio, Cuevas-González Juan Carlos, Zambrano-Galván Graciela, García-Calderón Alma Graciela. Principales Criterios de Diagnóstico de la Nueva Clasificación de Enfermedades y Condiciones Periodontales. *Int. J. Odontostomat.* [Internet]. 2021 Mar [citado 2024 Nov 04]; 15(1): 175-180. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2021000100175&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2021000100175>.

13. Machtei EE, Mallapragada S, Alpar B. The effect of systemic metronidazole and amoxicillin on the outcome of regenerative treatment in aggressive periodontitis: a randomized, controlled, double-blind study. *J Periodontol.* 2019;90(1):68-75. doi: <https://doi.org/10.1002/JPER.18-0157>

Anexo 3: Radiografía panorámica



Anexo 4: Informes de radiográfico.



- Paciente: [REDACTED]
- DNI: [REDACTED]
- Edad: 39 años
- Sexo: Femenino
- Doctor: Dra. Alejandra Monteza
- Fecha de adquisición: 02/02/2023
- Fecha de informe: 03/02/2023

INFORME RADIOLÓGICO

A la evaluación de la radiografía panorámica, se observa:

1. Mineralización parcial de los procesos estiloideos.
2. Neumatización alveolar de seno maxilar izquierdo.
3. Opacificación de senos maxilares.
4. Pieza 17: caries oclusal.
5. Pieza 16: material radiopaco oclusal.
6. Pieza 26, 38, 36, 35, 45, 46: ausente.
7. Pieza 27: caries distal.
8. Pieza 43: giroversada.

Dr. Jacinto María Moraga Becerra
Esp. Radiología Oral y Maxilofacial
DCEP 10404 838 2146

Calle Manuel María Izaga #730 - Chiclayo
074 - 600 117
950 715 667
ClarityCentroImagenologico
ClarityCentroImagenologicoMaxilofacial
centroimagenologicoclarity@gmail.com

Horarios de Atención:
Lunes - Sábado: 08:30 am - 8:30 pm



Anexo 5: Fotos del caso clínico.



Figura 1: Fotos de extraorales del perfil facial de lado derecho



Figura 2: Foto de intraoral arcada superior



Figura 3: Foto de intraoral arcada inferior



Figura 4: Fotos de intraorales frontal, lado derecho e izquierdo



Figura 5: Análisis de modelos de estudio de frente



Figura 6: Análisis de modelos de estudio lado derecha



Figura 7: Análisis de modelos de estudio lado izquierdo



Figura 8: Encerado diagnóstico.



Figura 9: Diseño protésico correspondiente a una prótesis removible inferior, según la clasificación de Kennedy clase III modificación 1



Figura 10: Elaboración de Cubeta Individual



Figura 11: Impresión Definitiva



Figura 12: Modelo final



Figura 13: Base Metálica de la Prótesis Parcial Removible Inferior



Figura 14: Enfilado de dientes sobre modelos articulados en ASA.

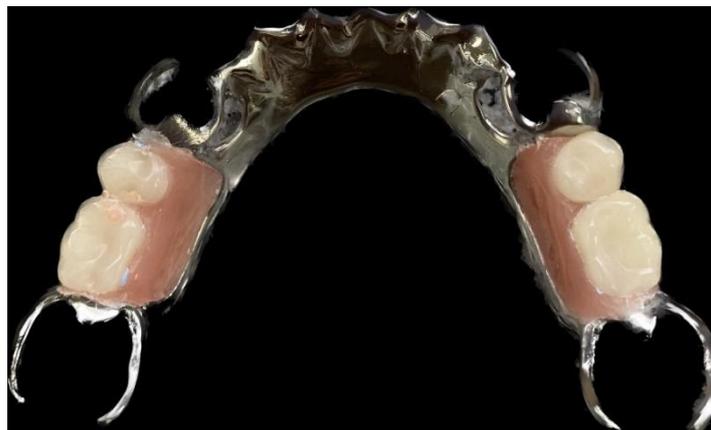


Figura 15: Acrilizado y pulido de la Prótesis Parcial Removible



Figura 16: Ajuste Oclusal.



Figura 17: Alta Odontológica.