

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**REHABILITACIÓN ORAL MULTIDISCIPLINARIA EN
PACIENTE CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS.
REPORTE DE CASO CLÍNICO**

**PRESENTADO POR
MIRELLA ANTUANED HUAMAN BOBADILLA**

**ASESORA
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 ORAL MULTIDISCIPLINARIA EN PACIENTE
CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS. REPORTE DE CASO
CLÍNICO**

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

**PRESENTADO POR:
BACH: MIRELLA ANTUANED HUAMAN BOBADILLA**

**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	5
2.4 Diagnóstico	6
2.5 Plan de tratamiento	7
2.6 Evolución del tratamiento y alta	8
III. CONCLUSIÓN (aporte clínico)	11
IV. FUENTES DE INFORMACIÓN	12
ANEXOS	14

RESUMEN

- **Introducción:** El deterioro de la función masticatoria producto de la pérdida de piezas dentales posteriores, afecta la masticación, por lo que la rehabilitación tiene como objetivo recuperar esta función logrando con ello mejorar la calidad de vida y a largo plazo el estado nutricional de la paciente.
- **Descripción del caso clínico:** Paciente de 56 años portador de prótesis parcial removible inferior en buen estado, con buen estado de higiene bucal con lesiones cariosas en piezas 1,8, 34, 35 y 45, facetas de desgaste en piezas 13, 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 41, 42, 43 y 44 y ausencia de piezas 18, 16, 15, 14, 24, 25, 26, 27, 28, 38, 37, 36, 46, 47, 48, edéntulo parcial superior con clasificación de Kennedy Clase II modificación I. A nivel periodontal se realiza la higiene bucal, se realizan las restauraciones con resina compuesta de las piezas con caries, y se reconstruyen las piezas con facetas de desgaste con resina compuesta siguiendo el patrón confeccionado con el encerado de diagnóstico, la falta de piezas dentarias se rehabilita con una prótesis parcial removible con base metálica.
- **Conclusiones:** La rehabilitación con prótesis parcial removible devolvió de forma satisfactoria la función masticatoria y calidad de vida de la paciente

Palabras clave: Calidad de vida, pérdida de dientes, rehabilitación bucal

ABSTRACT

Introduction: The deterioration of masticatory function due to the loss of posterior teeth affects mastication, so rehabilitation aims to recover this function, thereby improving the quality of life and, in the long term, the nutritional status of the patient.

Clinical case description: 56-year-old patient with a removable lower partial prosthesis in good condition, with good oral hygiene with carious lesions in teeth 1, 8, 34, 35 and 45, wear facets on teeth 13, 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 41, 42, 43 and 44 and absence of teeth 18, 16, 15, 14, 24, 25, 26, 27, 28, 38, 37, 36, 46, 47, 48, upper partial edentulous with Kennedy Class II modification I classification. At the periodontal level, oral hygiene is strengthened, restorations are made with composite resin on the teeth with caries, and the teeth with wear facets are reconstructed with composite resin following the pattern made with the diagnostic wax-up, the missing teeth are rehabilitated with a removable partial prosthesis with a metal base.

Conclusions: Rehabilitation with a removable partial prosthesis satisfactorily restored the patient's masticatory function

Keywords: mouth rehabilitation, quality of life, tooth loss

REPORTE DE TURNITIN

MIRELLA ANTUANED HUAMAN BOBADILLA

REHABILITACIÓN ORAL MULTIDISCIPLINARIA EN PACIENTE CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS. REPORTE DE CASO CLÍN

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

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:old::29427:408222238

Fecha de entrega

22 nov 2024, 12:15 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

22 nov 2024, 12:20 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

TS. APROBADO. HUAMAN BOBADILLA MIRELLA ANTUANED.pdf

Tamaño de archivo

4.8 MB

39 Páginas

4,019 Palabras

21,087 Caracteres



Página 2 of 43 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trrcoid::29427:408222238

7% 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

Firma: KATHERINE SERQUEN OLANO

CODIGO ORCID: 0000-0002-4542-6270

Acta de aprobación del Comité de Ética: N°019-2024-CEI-FO-USMP

I. INTRODUCCIÓN

La pérdida de piezas dentarias es un rasgo común en pacientes de mayor edad, producto de enfermedades bucales prevenibles, según la OMS las enfermedades bucodentales más frecuentes son la caries dental y la periodontitis grave, generando así la pérdida de piezas dentales por una etiología de microorganismos o fuerzas que se dan en la vida cotidiana, se observa también como prevalencia el cáncer bucal; siendo dentro de todas estas la más prevalente de las enfermedades las lesiones cariosas, afectando alrededor de 2500 millones de personas, juntamente con la periodontitis grave, ambas son causantes principales de la pérdida de dientes, afectando a mil millones de personas en todo el mundo¹ generando lo que llamamos el edentulismo parcial o total en boca.

Se sabe que la diabetes y la hipertensión arterial están estrechamente relacionados con las enfermedades periodontales, ambas generan complicaciones a nivel sistémico. Si no hay un buen control a nivel periodontal, el paciente con diabetes será propenso a generar niveles altos de azúcar en la sangre¹² y con la hipertensión aumentar la presión arterial y afectar a nivel vascular. Por lo tanto, aquellos pacientes deberán ser evaluados esporádicamente.

El hecho de haber perdido todos los dientes naturales, es un problema de salud pública mundial, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, debido a su alta prevalencia y discapacidad asociada².

Tanto el edentulismo parcial como el total son considerados entre las diez principales causas de años perdidos por discapacidad en países de ingresos altos³. Es una condición irreversible y actualmente se considera una medida epidemiológica de salud bucal, monitoreada en muchos países y grupos de edad.⁴

En China la prevalencia general del edentulismo fue del 33,4%, Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), una de cada seis personas de 65 años o más en los EE. UU. son edéntulas⁷, en Brasil fue del 38% en adultos mayores⁸, en el Salvador, el edentulismo parcial en el maxilar superior se presentó en 68,24% de las personas, el edentulismo parcial en el maxilar inferior se presentó en 72,42% de las personas y el edentulismo completo se

observó en 2,02% de las personas⁴. En términos generales en Latinoamérica la prevalencia de edentulismo parcial es del 28,3% y el edentulismo total es del 66,8%, observándose que hay un aumento significativo de piezas dentarias faltantes a mayor edad^{9,10}.

A mayor pérdida de dientes naturales, en particular, mayor causa discapacidades en grados proporcionales a otras enfermedades crónicas relevantes,¹¹ incluso la pérdida de piezas dentarias producto de periodontitis está relacionada a enfermedades crónicas^{6,12}.

El edentulismo requiere una rehabilitación compleja debido a la presencia de disfunción masticatoria, reconociéndose como una de las principales causas del deterioro funcional de las funciones orales. El desequilibrio que surge tras la extracción dentaria está relacionado con las modificaciones anatómicas de los tejidos duros y blandos tras la pérdida dentaria y la consiguiente dificultad en la función masticatoria.¹³

Entre las consecuencias relacionadas con la pérdida de dientes, las restricciones dietéticas, las dificultades con el habla, la pérdida de soporte para la musculatura facial y una reducción en la altura facial vertical representan algunas de las condiciones que comprometen la fisiología oral normal. Además, el edentulismo, ya sea parcial o total, parece estar asociado con resultados estéticos y psicológicos desfavorables en los pacientes, disminuyendo significativamente la calidad de vida.^{4,13}

La sustitución de algunos dientes faltantes mediante puentes retenidos con resina y la aceptación de un arco dental más corto en los casos apropiados proporciona una buena solución, pero esto no siempre es posible.

La sustitución de las piezas faltantes puede ser solucionado con diversos tratamientos que van desde los implantes dentales pasando por la prótesis fija y la prótesis parcial removible¹⁴ cada uno de ellos con ciertas particularidades y dependiendo del tipo de edentulismo y la brecha perdida de cada paciente. Por lo general, la percepción de las prótesis dentales suele ser negativa, incluso las prótesis dentales bien hechas pueden generar insatisfacción en algunos

pacientes, a pesar de esto, se ha demostrado que las prótesis dentales pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes¹⁴

El objetivo del presente reporte es evidenciar el tratamiento multidisciplinario, donde la función masticatoria es lo que el paciente requiere, debido a que impacta en su calidad de vida, por la dificultad que tiene en la ingesta de alimentos resolverlo mejorara la calidad de vida de forma rápida y en corto plazo.^{15,16}

II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1 Anamnesis

Paciente femenina de 56 años de religión católica, de estado civil soltera, natural de Perú de procedencia Lambayeque, con secundaria completa y de ocupación ama de casa.

2.1.1 Motivo de consulta

La paciente refiere como motivo de consulta: “necesito dientes en la parte de atrás porque no mastico bien mis alimentos y mis dientes de delante se están desgastando”.

Siendo los principales síntomas: desgaste de borde incisal anterior y dificultad para la masticación.

2.1.2 Enfermedad actual

Paciente refiere que debido a la falta de piezas dentarias en el sector posterior desde hace aproximadamente 5 años su capacidad masticatoria ha disminuido, lo que le impide alimentarse de manera correcta, esto ha traído como consecuencia que los dientes anteroinferiores hayan sufrido un desgaste marcado.

2.1.3 Historia pasada

La paciente refiere como antecedentes fisiológicos haber tenido un nacimiento de parto normal a término, refiere como antecedentes patológicos, hipertensión arterial y diabetes tipos II, ambos controlados, no presenta signos de discapacidad alguna, indica que ha sido hospitalizada por histerectomía de útero debido a miomas, por prolapso, además indica que esta medicada con Losartán de 50 miligramos una tableta diaria (hipertensión arterial) y Metformina de 500 mg una tableta diaria en las noches después de comidas para evitar o reducir efectos secundarios gastrointestinales (diabetes), no refiere alergias, ni hábitos nocivos. Como antecedentes familiares indica que el padre sufrió de cáncer de estómago, duodeno y páncreas.

Como antecedentes odontológicos refiere tratamiento de extracciones y de rehabilitación con prótesis removible hace 5 años, hábitos de cepillado 2 veces al día.

2.2 Examen clínico

En el examen clínico, entre los signos vitales la PA: 120/80, FC 62 latidos /min, FR 24 respiraciones/min, temperatura 36°, la paciente se encuentra LOTEPE, ABEG, ABEN y ABEH.

En el examen extraoral, la piel de la cara presenta pigmentaciones, es normocéfalo, con fascies no característica, con simetría facial, perfil convexo, cuello simétrico,

En la evaluación de la articulación temporomandibular, la apertura bucal es de 43mm, sin dolor a la palpación, ni ruidos, ni chasquidos, con trayectoria de apertura y cierre normal. Los labios competentes, delgados e hidratados.

En examen intraoral, la mucosa bucal es rosa pálida, sin alteraciones, la lengua se presenta móvil, el piso de boca y las glándulas salivales sin alteraciones y con los conductos permeables, la encía se observa rosa coral, firme, de contorno irregular, refiere no tener hábitos nocivos a nivel bucal, a nivel dentario presenta caries en pieza 1,8, 34, 35 y 45, facetas de desgaste en piezas 13, 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 41, 42, 43 y 44 y ausencia de piezas 17, 16, 15, 14, 24, 25, 26, 27, 28, 38, 37, 36, 46, 47, 48. Portador de prótesis inferior en buen estado.

A nivel oclusal, se observa la línea media conservada, no registra relación molar izquierda ni derecha, relación canina clase I bilateral, mordida profunda, overjet de 4mm y overbite de 80%, espacio interoclusal de 4mm. Clasificación de Kennedy: Superior Clase II modificación I e Inferior Clase I.

Odontograma inicial en anexos N°3

2.3 Exámenes auxiliares

Para el diagnóstico definitivo se indicó análisis de fotografías, de radiografías, y modelos de estudio, así como encerado de diagnóstico.

En el análisis radiográfico se observa:

- senos maxilares de contornos normales, rebordes alveolares conservados, Ausencia de piezas 17, 16, 15, 14, 24 a 28, 38 a 36, 46 a 48.
- Pieza 18, mesioinclinada, lesión cariosa coronaria – oclusal.
- Pieza 21, lesión cariosa coronaria – distal.
- Pieza 22, lesión cariosa coronaria – distal, probable lesión cariosa coronaria – mesial.
- Pieza 35, material opaco coronario, dilaceración radicular en tercio medio y apical.
- Pieza 44, giroversada, lesión cariosa coronaria – oclusal.
- Pieza 45, lesión cariosa coronaria – mesial.
- Reabsorción ósea alveolar de rebordes edéntulos con contornos óseos de bordes regulares.

El análisis de modelos consistió en una evaluación intra e interarcada, realizándose el montaje en RC con placa base rodetes, teniendo en cuenta que la posición habitual del paciente no era estable por la ausencia de piezas como: 14, 15, 16, 17, 24, 25, 26, 27, 28, 38 y 48.

En el análisis interarcada se evaluó el nivel, inclinación y la alineación de la posición de las piezas dentarias; en la cual se encontró las piezas 44,45,34,35 y 33 ligeramente giroversadas y todo el sector anteroinferior ligeramente lingualizado. La curva de Spee se encontró alterada, así como la curva de Wilson al analizar el sector postero inferior.

Al análisis interarcada se identificó en la posición de máxima intercuspidad (habitual del paciente) una pérdida del soporte posterior por la ausencia de las piezas mencionadas lo cual puede comprometer otros componentes por la mala distribución de fuerzas y estabilidad oclusal. Por otro lado, en las posiciones excéntricas se encontró guía anterior y mucha desoclusión al ser una paciente

clase II mordida profunda. El tener este tipo de esquema oclusal es bueno porque te brinda desoclusión; sin embargo, tanta desoclusión como la que presenta el paciente puede traer problemas a nivel articulares y musculares. Finalmente, se encuentra una oclusión habitual al analizar la posición de céntrica del paciente; la cual no es relevante por presentar un deslizamiento u acomodo menor a 1mm.

2.4 Diagnóstico (CIE- 10)

Para el diagnóstico definitivo se solicitó, fotografías intraorales y extraorales, así como radiografía panorámica y modelos de estudio, los que fueron montados en articulador semiajustable para luego realizar el encerado de diagnóstico, del análisis de todos ellos junto con el examen clínico se llegó al siguiente diagnóstico:

Paciente mujer de 56 años, portador de prótesis removible inferior (D5214) en buen estado, presenta conservada salud periodontal, caries de dentina (K021) en piezas 18, 34, 35 y 45, facetas de desgaste por atrición (K030) en piezas 13, 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 41, 42, 43 y 44 y ausencia de piezas por extracción (K081) 17, 16, 15, 14, 24, 25, 26, 27, 28, 38, 37, 36, 46, 47, 48, además un over bite del 80% correspondiente a mordida profunda y edentulismo parcial clase II Modificación I de Kennedy.

2.5 Plan de tratamiento

Fases del plan de tratamiento: CIE 10

Fase I. Preventiva

El objetivo de esta fase es concientizar a la paciente la importancia de ser atendido y guiado para llevar un control por personal especializado en el área de la salud bucal.

- Orientación nutricional sobre dieta criogénica (D1310)
- Concientización sobre visitas odontológicas periódicas (D0120)
- Instrucción sobre higiene oral (IHO) (D1330)

Fase II: Inicial o higiénica

El objetivo es eliminar la placa bacteriana que hay sobre la superficie dental para conseguir la recuperación y Preservar los tejidos periodontales

- Fisioterapia y Profilaxis (D1110)
- Destartraje dental (D4355)

Fase III: Correctiva

El objetivo es Restaurar la función masticatoria, de deglución y estética.

- Restauraciones con resina en piezas las 18, 34, 35 y 45 (D2391)
- Reconstrucción con resina de alta carga en bordes incisales de las piezas 13, 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 41, 42, 43 y 44 (D2330)
- Prótesis parcial removible superior de cromo cobalto acrílico treplex (D5214)

Fase IV: Mantenimiento

El objetivo es lograr el control de la placa bacteriana y que la paciente mantenga una correcta higiene bucal

- Controles periódicos mínimo una vez al año. (D0120)

2.6 Evolución del tratamiento y alta

La paciente acude a la clínica odontológica de la Universidad de San Martín de Porres Filial Norte, un catorce de febrero del dos mil veintitrés, siendo instruida y guiada con los protocolos que establece la universidad y clínica de la misma, para luego dar su conformidad en los consentimientos informados, después de haber realizado la historia clínica, un veinte de febrero del dos mil veintitrés, se registra la boca del paciente mediante fotografías intra y extraorales, así como la toma de la radiografía panorámica y modelos de estudio.

Se realiza el análisis radiográfico y el montaje de modelos de estudio, así como el encerado de diagnóstico. Todo esto se llevó a cabo en una semana y media.

Como primera fase del tratamiento se le indica al paciente instrucción de técnica de cepillado para el control de placa bacteriana junto al destartraje y la profilaxis inicial, para continuar con las restauraciones con resina compuesta de las piezas 18, 34, 35 y 45.

Debido al desgaste presentado en las piezas 13, 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 41, 42, 43 y 44 se realiza la reconstrucción de bordes incisales y cúspides según lo planificado con resinas de alta carga, teniendo ya hecho las guías que se realizó en el encerado de diagnóstico para realizar el levantamiento de mordida, y se indica a la paciente la alimentación con dieta blanda hasta culminar el tratamiento para evitar el deterioro de las restauraciones realizadas. Se trabajo un veintidós y veintiséis de marzo del dos mil veintitrés, esto se llevó a cabo en 2 sesiones de cuatro horas cada uno, para posteriormente hacer el pulido de resinas y control de oclusión un veintiuno de agosto.

Seguidamente se lleva a cabo las impresiones definitivas utilizando una cubeta individual en el maxilar usando como material de impresión silicona fluida y pesada, se realiza la prueba de la base metálica y se toma la impresión del registro de mordida con rodetes sobre la base, para ser luego llevado al articulador. Con ello se enfilan los dientes, se hace la prueba de oclusión teniendo en cuenta los puntos de contacto y la comodidad oclusal de la paciente, con su visto bueno se procede al acrilizado. Todo esto se realizó en un mes con días hábiles, entre el veintiocho de marzo hasta el ocho de abril del dos mil veintitrés.

Se instala la prótesis parcial removible un diez de abril del dos mil veintitres, haciendo los ajustes de la oclusión hasta conseguir el confort inicial del paciente, se realizan los controles para el ajuste respectivo a los 3, 7 y 10 días posteriores.

La paciente en el segundo control indica que ya no ha tenido ninguna molestia, se le realizó el segundo control de higiene y profilaxis dental.

En el tercer y último control indico no tener ninguna molestia, se le realizó control de higiene y profilaxis dental, a su vez, su registro de odontograma de salida dando un índice favorable para posteriormente darle su alta odontológica.

Odontograma de salida en el anexo N°7

III. CONCLUSIONES

La pérdida de las piezas dentarias trae como consecuencia con el tiempo el deterioro de la función masticatoria. La rehabilitación oral, aplicando múltiples disciplinas pueden devolver la eficiencia de la función y mejorar la calidad de vida del individuo.⁹ La rehabilitación oral de pacientes edéntulos con el uso de prótesis convencionales ayuda a devolver la función; colocando piezas dentarias para realizar una correcta fragmentación de alimentos y formar un bolo alimenticio que permita una deglución.^{4,5}

Un trabajo de rehabilitación oral en paciente edéntulo por varios años es todo un reto para el odontólogo; más aún cuando el paciente ha perdido varias piezas dentarias y con ello el soporte posterior, dimensión vertical, altura de los rebordes a consecuencia de la reabsorción del hueso y la adaptación de la prótesis depende todos estos factores.¹¹

En este caso, el paciente ya era portador de prótesis lo cual ayudará y facilitará a la adaptación de la nueva prótesis a colocar. Dentro de lo planificado, se realizó la prótesis superior por encontrarse en mal estado. Sin embargo, se observó que la prótesis inferior parcial removible con base metálica se encontraba en buen estado y no fue necesario cambiarla; por lo tanto, se respetó la dimensión vertical oclusal encontrada, el plano de la oclusión y con ello se acortó el tratamiento. Las piezas presentes en boca presentaban ciertos desgastes motivo por el cual se realizó restauraciones con resina recuperando la anatomía o estructura perdida, en un trabajo integral y multidisciplinario. Por otro lado, se realizó una terapia periodontal con controles, instrucción y concientización del paciente; lo cual disminuyó significativamente el índice de higiene ayudando a mejorar las condiciones a nivel bucal del paciente sistémico con HTA y Diabetes tipo II. Concluyendo, que la rehabilitación realizada mejorará la calidad de vida del paciente, en cuanto a su bienestar funcional, estético y psicosocial. Recuperando la función masticatoria se espera que el estado nutricional y digestión del paciente también mejore.⁹

IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. 2022 [Internet, citado 4 de septiembre de 2024]. Salud bucodental. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Zhang X, Chen S. Association of childhood socioeconomic status with edentulism among Chinese in mid-late adulthood. *BMC Oral Health*. 2019;19:292.
3. ESPRODEN. La salud bucal según La OMS [Internet]. Esproden. 2019 [citado 4 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.esproden.com/salud-bucodental-segun-la-oreganizacion-mundial-de-la-salud/>
4. 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.
5. Ruan Y, Guo YF, Yu M, Liu F, Zhu YL, Sun SY, et al. Association between edentulism and cognition among people aged 50 and over. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*. 2019;40(10):1234-9.
6. Zhang XM, Jiao J, Cao J, Wu X. The association between the number of teeth and frailty among older nursing home residents: a cross-sectional study of the CLHLS survey. *BMC Geriatr*. 2022;22:1007.
7. Mira R, Newton JT, Sabbah W. The Longitudinal Relationship between Edentulism and the Progress of Multimorbidity. *Nutrients*. 2024;16(14):2234.
8. Araujo CF, Schuch HS, Cademartori MG, Bielemann RM, Bertoldi AD, Tomasi E, et al. Functional dentition and edentulism associated with mortality: A cohort study of older adults in Southern Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2023;51(6):1209-15.
9. 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 Tecnol E Innov.* 2020;18(21):161-90.

10. 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.* 2014;1(1).
11. Fagundes MLB, Júnior OL do A, Hugo FN, Kassebaum NJ, Giordani JM do A. Distribution of Edentulism by the Macro Determinants of Health in 204 Countries and Territories: An Analysis of the Global Burden of Disease Study. *J Dent.* 2024;146:105008.
12. Parolini F, Biancalana E, Rossi C, Raggi F, Mengozzi A, Solini A. Clinical and epigenetic determinants of edentulism in type 2 diabetic subjects referring to a tertiary center. *J Diabetes Complications.* 2021;35(5):107910.
13. Gennai S, Izzetti R, Pioli MC, Music L, Graziani F. Impact of rehabilitation versus edentulism on systemic health and quality of life in patients affected by periodontitis: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2022;49(S24):328-58.
14. Friel T, Waia S. Removable partial dentures for older adults. *Prim Dent J.* 2020;9(3):34-9.
15. Avila-Ortiz G, Gubler M, Romero-Bustillos M, Nicholas CL, Zimmerman MB, Barwacz CA. Efficacy of Alveolar Ridge Preservation: A Randomized Controlled Trial. *J Dent Res.* abril de 2020;99(4):402-9.
16. Ali Z, Baker SR, ShahrbaF S, Martin N, Vettore MV. Oral health-related quality of life after prosthodontic treatment for patients with partial edentulism: A systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent.* 2019;121(1):59-68.e3.
17. Ali Z, Baker SR, ShahrbaF S, Martin N, Vettore MV. Oral health-related quality of life after prosthodontic treatment for patients with partial edentulism: A systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent.* 2019;121(1):59-68.e3.

ANEXOS

ANEXO N°1: EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL



ANEXO N°2: EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL







ANEXO N°4: ANÁLISIS RADIOGRÁFICO



Paciente: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Sexo: [REDACTED]

Alumna: Mirella Antuaned Huaman Bobadilla

INFORME RADIOLÓGICO.

1. Ausencia de piezas 17, 16, 15, 14, 24 a 28, 38 a 36, 46 a 48.
2. Pieza 18, mesioinclinada, lesión cariosa coronaria – oclusal.
3. Pieza 21, lesión cariosa coronaria – distal.
4. Pieza 22, lesión cariosa coronaria – distal, probable lesión cariosa coronaria – mesial.
5. Pieza 35, material opaco coronario, dilaceración radicular en tercio medio y apical.
6. Pieza 44, giroversada, lesión cariosa coronaria – oclusal.
7. Pieza 45, lesión cariosa coronaria – mesial.
8. Reabsorción ósea alveolar de rebordes edéntulos con contornos óseos de bordes regulares.


Dr. Julio Alcántara Salazar
CIRUJANO DENTISTA
C. O. P. 38066

ANEXO N°5: ANÁLISIS DE MODELOS

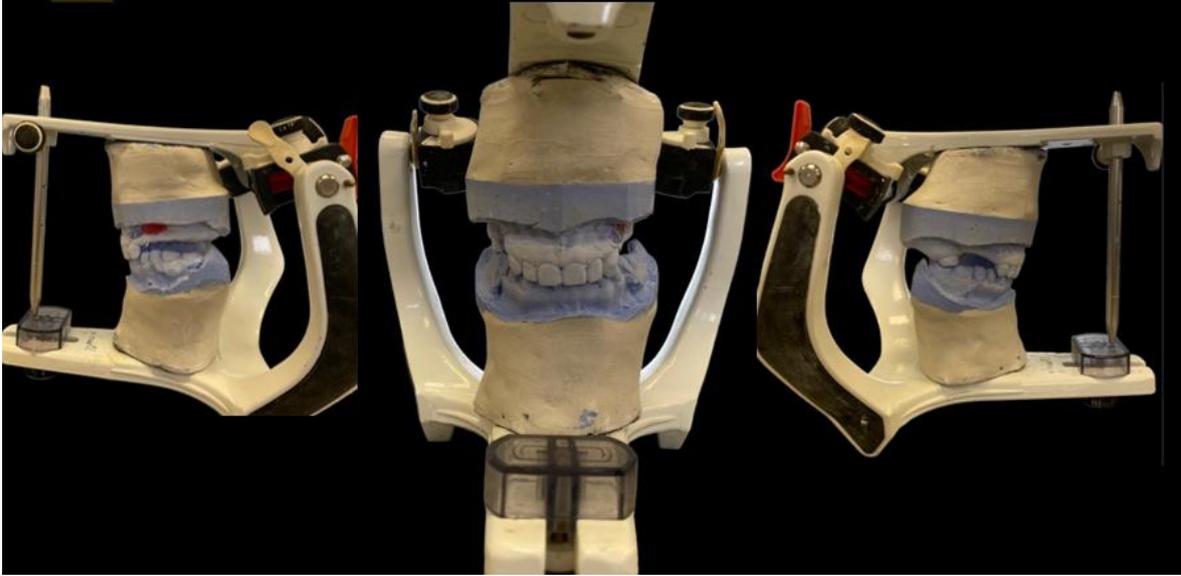
ARCADA SUPERIOR



TOMA DE REGISTRO DE MORDIDA CON PASTA ZIQUENOLICA Y ARCO FACIAL



ASA



ARTICULADOR EN BISAGRA



TRATANTE: Mirella Antonia Huamán Bobadilla Fecha de Examen: 10/08/22
 NOMBRE PACIENTE: [REDACTED]
 DIRECCIÓN: [REDACTED]

ESTADO DE TERAPIA Pre-Tratamiento Re-Evaluación Post-Tratamiento

CAL & BOP
PD & PI
CEJ - GM

ESCALA DE MOVILIDAD USADA

CEJ - GM
PD & PI
CAL & BOP

DERECHA 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 **IZQUIERDA**

CAL & BOP
PD & PI
CEJ - GM

GRADO DE FURCACIÓN
SISTEMA USADO

CEJ - GM
PD & PI
CAL & BOP

BUCCAL
PALATINO
BUCCAL
LINGUAL

INDICE DE O'LEARY

PACIENTE [REDACTED] 60,1% FECHA 10/08/22
 ALUMNO Mirella Huamán Bobadilla PROFESOR Dr. Hernán Viquez

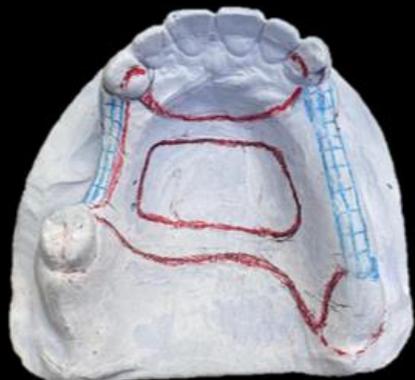
Control

PACIENTE [REDACTED] 20,5% FECHA 14/02/23
 ALUMNO Mirella Huamán Bobadilla PROFESOR Dr. Hernán Viquez

PACIENTE [REDACTED] 10,2% FECHA 10/04/23
 ALUMNO Mirella Huamán Bobadilla PROFESOR Dr. Hernán Viquez

DISEÑO DE PPR

DISEÑO DE PPR

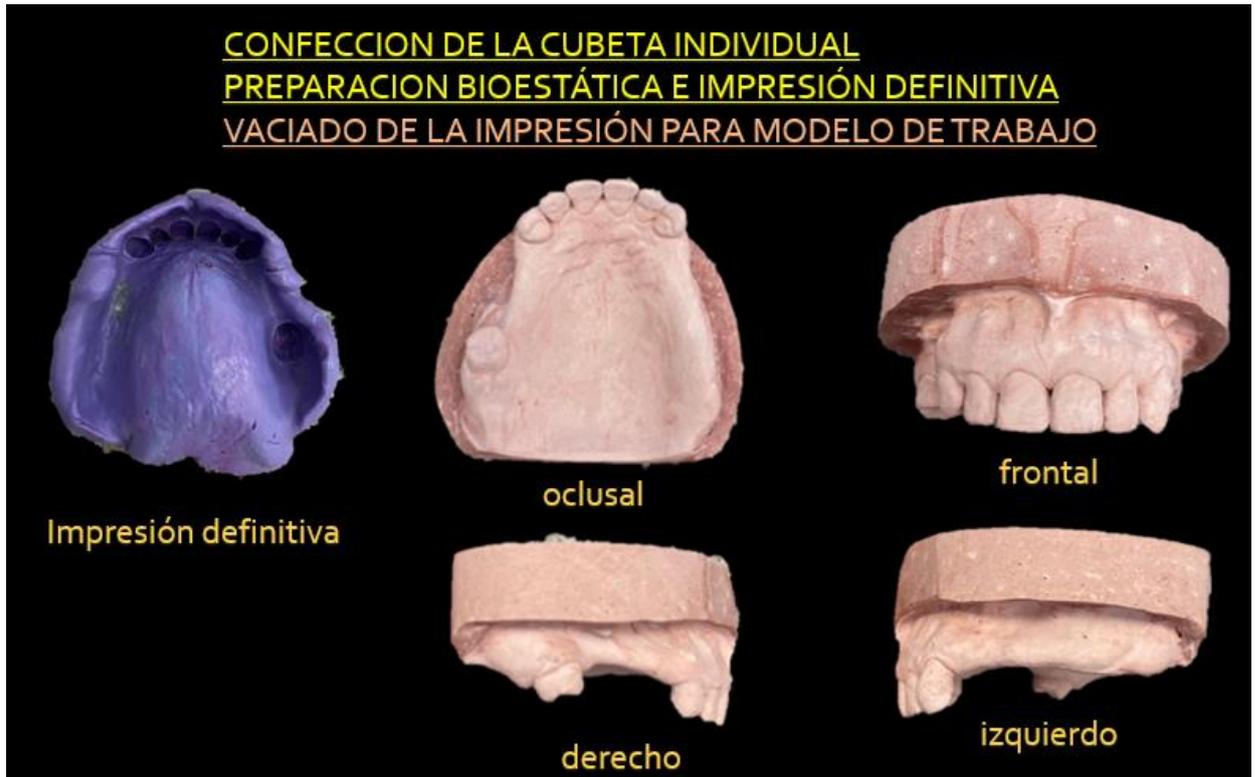


CLASE II, MODIFICACION 1

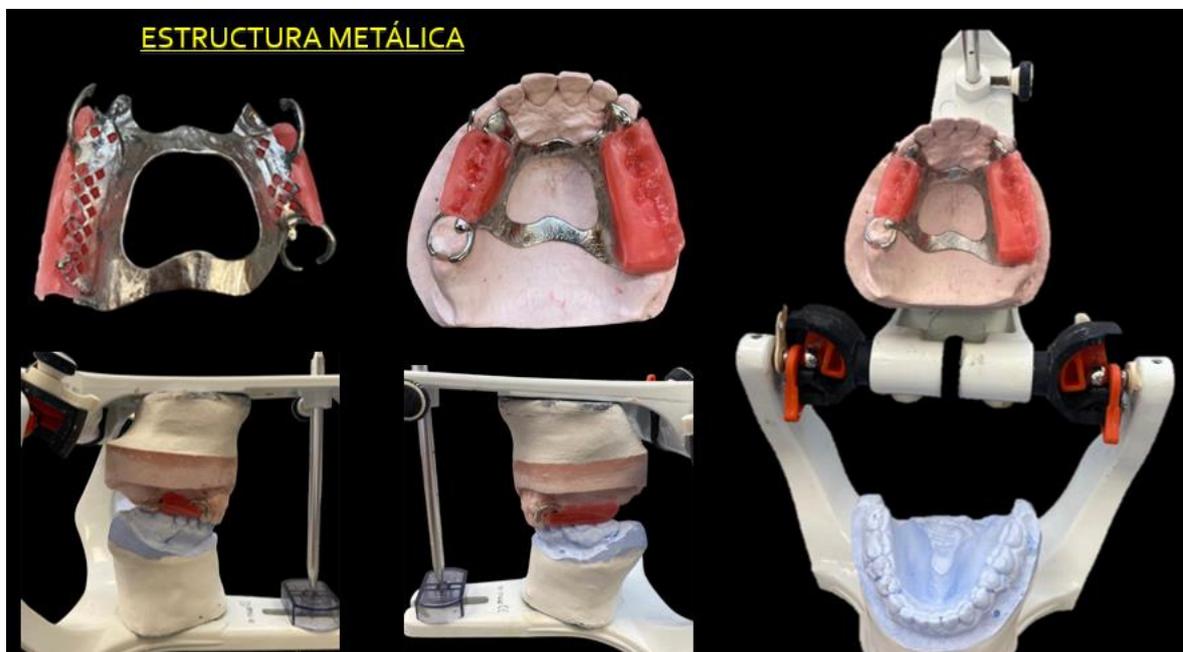
- Apoyo en el cingulo de la pieza 13, 23
- DPI en la pieza 13, 23
- Apoyo oclusal en distal I de la pieza 18
- Conector doble barra palatina (distribuye las fuerzas oclusales)

Conector mayor DOBLE BARRA PALATINA

CONFECCION DE CUBETA INDIVIDUAL



ESTRUCTURA METÁLICA



ENFILADO DE MODELO DEFINITIVO



ACRILIZADO E INSTALACION FINAL DE PPR SUPERIOR





