



**CAMBIOS FACIALES QUE SE OBSERVAN
EN PACIENTES EDÉNTULOS ANTES Y
DESPUÉS DE LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA**

Autores:
Castro C., Angélica M.
C.I.: 26.896.094
Duque Q., Lizannel de los A.
C.I.: 28.433.692

Urb. Yuma, calle N° 3. Municipio San Diego

Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIA EN LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**CAMBIOS FACIALES QUE SE OBSERVAN
EN PACIENTES EDÉNTULOS ANTES Y
DESPUÉS DE LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA**
Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Odontólogo

Autores:

Br. Castro C., Angélica María

C.I.: 26.896.094

Br. Duque Q., Lizannel de los A.

C.I.: 28.433.692

Tutor (a):

OD. Leonard Bustamante

San Diego, enero 2023



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIA EN LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, **Odontólogo Leonard Bustamante** portador(a) de la cédula de identidad N° V-:12473636 acepto ser el tutor académico del trabajo realizado por los ciudadanos **Castro Cabeza Angélica María y Duque Quijada Lizannel de los Ángeles**, portador(es) de la cédula de identidad N° V-26.896.094 y V-28.433.692, Titulado: “**DETERMINAR LOS CAMBIOS FACIALES QUE SE OBSERVAN EN PACIENTES EDÉNTULOS ANTES Y DESPUÉS DE LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA**”. Adscrito a la línea de investigación: **ODONTOLOGÍA CORRECTIVA**. Y declaro que acepto la tutoría del mencionado proyecto y trabajo de grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que designe; según las condiciones del Reglamento de estudio de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a **los Veintiún** días del mes de **Enero** del año dos mil veinte tres.

OD. LEONARD BUSTAMANTE

C.I.: V- 12473636



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIA EN LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLÓGIA



CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA DEL TRABAJO DE GRADO

Quien suscribe, **Odontólogo Leonard Bustamante**, portador(a) de la cédula de Identidad N°V-12473636, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por las ciudadanas: **Castro Cabeza Angélica María y Duque Quijada Lizannel de los Ángeles**, portador(es) de la cédula de identidad N° V-26.896.094 y V-28.433.692, titulado: **“DETERMINAR LOS CAMBIOS FACIALES QUE SE OBSERVAN EN PACIENTES EDÉNTULOS ANTES Y DESPUÉS DE LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA”**, presentado como **requisito parcial para optar al título de ODONTÓLOGO**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los **Veintiún** días del mes de **Enero** del año dos mil veinte Tres.

OD. LEONARD BUSTAMANTE

C.I.: V-12473636



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIA EN LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del Trabajo de Grado Titulado: **“DETERMINAR LOS CAMBIOS FACIALES QUE SE OBSERVAN EN PACIENTES EDÉNTULOS ANTES Y DESPUÉS DE LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA”**, realizado por las ciudadanas: **Castro Cabeza Angélica María y Duque Quijada Lizannel de los Ángeles**, portadoras de la cedula de Identidad N° V-26.896.094 y V-28.433.692, cursante de la carrera de Odontología, hace constar después de analizar su contenido y oída su exposición oral, considera que el trabajo de grado reúne los méritos suficientes para su aprobación.

Tutor Académico
(Coordinador)

Nombre: *Leonard Butanone*
C.I. 13.663.369



Jurado: *Elizabeth Ullasana*
Nombre: *Elizabeth Ullasana*
C.I.: 24.300.679

Jurado:
Nombre: *MARTIN CORREA*
C.I.: 6.138509

DEDICATORIA

A Dios, primeramente por guiar mis pasos, ayudándome a siempre tener presente mis ideales y creer en mí para lograr esta meta.

A Nuestros Padres, por su apoyo incondicional durante toda la carrera. A ese esfuerzo realizado para hoy encontrarme aquí. Son nuestro ejemplo de superación, Gracias!

A nuestros Hermanos, por su apoyo incondicional en todo este proceso y siempre estar presente.

A Mi Familia por haberme brindado en todo momento palabras de aliento y solidaridad.

**Atte.: Castro Cabeza Angélica María y
Duque Quijada Lizannel de los Ángeles,**

AGRADECIMIENTO

A Dios, por habernos permitido alcanzar nuestras metas y lograr este sueño.

A Nuestros Profesores de la Universidad quienes nos brindaron sus conocimientos y sabiduría y nos han formado como excelentes profesionales de esta maravillosa carrera.

A Nuestros Compañeros de la Universidad que a lo largo de todos estos años nos hemos convertido en una familia, compartiendo momentos especiales que nos hicieron crecer como persona y profesionalmente.

A la Universidad JOSE ANTONIO PAEZ, sus profesores, y todos los que la integran por ser la casa de estudio que permitió culminar esta meta.

A todas aquellas personas, que de cierta forma nos ayudaron a alcanzar nuestro sueño.

“Gracias a Todos”

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO		pp.
	RESUMEN INFORMATIVO	vii
	INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO		13
I	EL PROBLEMA	13
	1.1 Planteamiento del Problema	17
	1.2 Objetivos de la Investigación	17
	1.2.1 Objetivo General	17
	1.2.2 Objetivos Específicos	19
	1.3 Justificación	
	1.4 Alcance y Limitaciones	21
II	MARCO TEÓRICO	21
	2.1 Antecedentes	24
	2.2 Bases Teóricas	57
	2.3 Bases Legales	59
	2.4 Definición de Términos	
III	MARCO METODOLÓGICO	62
	3.1 Tipo de Investigación	62
	3.2 Diseño de la Investigación	62
	3.3 Nivel de Profundidad	63
	3.4 Método de Búsqueda de Información	67
IV	ANÁLISIS CRÍTICO	72
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	76

Referencias Bibliográficas

LISTA DE CUADROS O TABLAS

CONTENIDO

Cuadro

Tablas		pp.
1	Operacionalización de Variables.....	66
2	Referencias bibliográficas del Objetivo N°01	94
3	Referencias bibliográficas del Objetivo N°02	97
4	Referencias bibliográficas del Objetivo N°03	100

LISTA DE IMÀGENES

CONTENIDO

FIGURAS	pp.
1 Consecuencias anatómicas por la ausencia de dientes.....	34
2 Clase I de Kennedy.....	35
3 Clase II de Kennedy.....	35
4 Clase III de Kennedy.....	36
5 Clase IV de Kennedy.....	36
6 Proporciones Faciales antes de la Rehabilitación Protésica.....	38
7 Dimensión Vertical Oclusal antes y después de Rehabilitación Protésica	40
8 Proporciones Áuricas para análisis facial (Frontal Vertical-Transversal De Ricketts.....	49
9 Características Según el Biotipo Facial.....	53
10 Sonrisa Espontanea.....	55
11 Paciente antes y después de la Rehabilitación Protésica.....	56



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIA EN LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLÓGIA



**DETERMINAR LOS CAMBIOS FACIALES
QUE SE OBSERVAN EN PACIENTES EDÉNTULOS
ANTES Y DESPUÉS DE LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA**

Autores:
Br. Castro Angélica
Br. Duque Lizannel
Tutor:
OD. Leonard Bustamante
Fecha: Enero, 2023

RESUMEN INFORMATIVO

La presente investigación tuvo como propósito hacer un estudio sobre: Los Cambios Faciales Antes y Después de la Rehabilitación Protésica en pacientes edéntulos parcial o total. Este estudio está enmarcado en una investigación de tipo documental de revisión crítica y bibliográfica de donde se obtuvo la información necesaria sobre el tema. Esta investigación permitió que las autoras recolectaran el material, lo seleccionaran, analizaran y presentaran resultados coherentes. Se utilizó la ficha bibliográfica como instrumento de recolección de datos. La indagación demuestra la importancia de la odontología protésica, ya que cuando se va a realizar la misma en un paciente edentulo el odontólogo debe hacer un análisis, un diagnóstico bucal completo, y un criterio de selección para que el paciente pueda recibir el tratamiento según su caso, siempre atendiendo las exigencias y necesidades estéticas del paciente lo que permitirá transformar la sonrisa en algo bello y agradable.

Palabras Claves: Edentulo, faciales, rehabilitación protésica, estética, sonrisa.



**BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
JOSÉ ANTONIO PÁEZ UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCE
SCHOOL OF DENTISTRY**



**DETERMINE THE FACIAL CHANGES
OBSERVED IN EDENTULOUS PATIENTS
BEFORE AND AFTER PROSTHETIC REHABILITATION**

Authors:

Castro Angélica

Lizannel Duque

Tutor:

OD. Leonard Bustamante

Date: Enero, 2023

INFORMATIVE SUMMARY

The present investigation had as purpose to make a study on: Facial Changes Before and After Prosthetic Rehabilitation in partially or totally edentulous patients. This study is framed in a documentary type of research of critical and bibliographic review where the necessary information on the subject was obtained. This research allowed the authors to collect the material, select it, analyze it and present coherent results. The bibliographic record was used as a data collection instrument. The investigation demonstrates the importance of prosthetic dentistry, since when it is going to be performed in an edentulous patient, the dentist should make an analysis, a complete oral diagnosis, and a selection criterion so that the patient can receive the treatment according to his case, always attending to the demands and aesthetic needs of the patient, which will allow transforming the smile into something beautiful and pleasant.

Key words: Edentulous, facial, rehabilitation, prosthetic, esthetic, smile.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, se ha evidenciado un avance sustancial en el conocimiento de la salud oral y su promoción. Se considera la boca como un espejo de la salud o enfermedad, un modelo accesible de estudio para otros órganos y tejidos, constituyéndose así en una fuente potencial de patologías que afectan a otros sistemas y órganos; es decir, que la salud oral está relacionada con el bienestar general del paciente (1).

Montenegro y Laguna expresan (2014) expresan que durante la vejez los cambios en la estructura de los tejidos que conforman el aparato estomatognático junto al deficiente cuidado de la salud bucal durante el transcurso de la vida, hacen que aumente la probabilidad de llegar a la tercera edad con una significativa pérdida de piezas dentarias. Donde su rehabilitación oral incluye, a su gran mayoría la confección de prótesis removibles o fijas ya sean parciales o totales para reemplazar un tratamiento previo en las malas condiciones o para simplemente sustituir las piezas perdidas. Lo cual es de gran importancia, debido a que el tratamiento rehabilitador incluirá una mejora en la comunicación verbal, emocional y en la estética de la persona, y de este modo recuperar el bienestar social y emocional que se encuentra disminuido debido al deterioro de la salud bucal (2)

Esta investigación pretende contribuir con el estudio, de las alteraciones óseas, musculares faciales y estética que presentan los pacientes edentulo, antes y después

de la rehabilitación protésica, ya que las pérdidas dentarias de una o varias unidades, pueden influir de forma negativa a nivel del autoestima, porque no solo afecta la apariencia física del individuo, sino que puede comprometer la funcionalidad integral del aparato estomatognático, como puede verse afectada su capacidad masticatoria lo que incide negativamente en su alimentación y expone su desempeño social Ortiz (2014) (3).

Es necesario mencionar que el trabajo del odontólogo es de gran importancia, ya que él no solo debe ir a la búsqueda del equilibrio del sistema estomatognático y los rasgos faciales de cada paciente, pues los dientes no solo realizan la función masticatoria, sino también tienen una función estética.

En este estudio, se utilizan métodos bibliográficos, descriptivos y retrospectivos, contando con todos los recursos necesarios, como textos, artículos de revistas e investigaciones científicas actualizadas.

Esta investigación está estructurada de la siguiente manera:

Capítulo I: Aborda el planteamiento del problema, se señalan los objetivos tanto general como los objetivos específicos, se presenta la justificación y las líneas de investigación de la UJAP.

Capítulo II: Marco teórico, donde se indican los antecedentes de la investigación, se desarrolla las bases teórica, las bases legales y un glosario de términos.

Capítulo III: Representado por el marco metodológico en el cual se identifica el tipo, nivel y diseño de la investigación, cuadro de variable.

Capítulo IV: Se señalan las Conclusiones y recomendaciones obtenidas del trabajo de Investigación.

CAPÍTULO I

Planteamiento del Problema

1.1 El Problema

La pérdida dentaria puede producirse por diversas razones: la caries y la enfermedad periodontal no son las únicas causas de la ausencia dentaria. Se ha encontrado a la vez que factores como conducta, actitud y niveles ocupacionales, funcionamiento del sistema de atención sanitaria y dental son variables importantes que influyen en la prevalencia de pacientes parcial o totalmente eduntulos, por lo que existe la necesidad de rehabilitación protésica en estas personas (4).

Cuando nos referimos a la rehabilitación protésica el odontólogo no solo va a realizar procedimientos restaurativos como: reemplazo de los dientes perdidos mediante prótesis fijas, la inclinación y emigración de los dientes remanentes hacia el espacio edentulo, la extrusión de dientes antagonistas al espacio, relaciones dentarias y presencia de diastemas, sino que también para lograr resultados óptimos debe de tomar en cuenta y darle una gran importancia a la odontología estética (5).

La odontología estética es la especialidad de la odontología dirigida a solucionar problemas relacionados con los aspectos de la boca, cuyo objetivo es mantener la belleza natural de los dientes y conseguir una expresión o una sonrisa más bonita, armónica mediante tratamientos sencillos que hace la estética dental.

La estética dental es una especialidad dedicada no solo a mejorar los dientes y encías mediante la rehabilitación protésica sino, que busca que los cambios faciales se integren con el resto de los rasgos faciales del paciente.

Es necesario señalar que existen diversos materiales con los cuales el odontólogo realiza las restauraciones, entre ellas metal, porcelana, las cuales son las bases del modelo actual de prótesis fija, estos dan un aspecto de dientes naturales, pero es necesario una buena elección para lograr resultados con alta estética lo cual va orientada a la percepción de lo bello, en general y del arte en particular.

Cabe destacar que desde la antigüedad el hombre realizaba tratamientos dentales, con motivo casi totalmente estético; se perforaban los dientes para la colocación de piedras preciosas, algunos se limaban las piezas dentarias para buscar la similitud con los dientes de animales o para atraer el sexo opuesto e incluso se extraían piezas dentales en función de las costumbre de un grupo cultural determinado.

La atención y la enseñanza de la odontología han cambiado notablemente de forma gradual. Desde hace muchos años los dentistas trabajaban haciendo reparaciones, extracciones, limpieza bucal y colocando prótesis para sustituir las piezas perdidas,

sin embargo la sociedad actualmente le ha dado un valor a los dientes como parte primordial de la masticación, sin dejar de lado la importancia que representan estos a través de la rehabilitación protésica como parte de una solución estética para el adulto edentulo (2).

Cuando se procede a la rehabilitación parcial o total de los arcos dentarios, con una prótesis fija, se deberá atender siempre, tanto las exigencias estéticas como las exigencias funcionales. Las primeras, comprenden tanto la forma como el color, mientras que las segundas comprenden: la fonética y la oclusión (4)

La odontología estética requiere de la atención y tratamiento de los problemas y deseos individuales del paciente; es el arte de la odontología en su forma más pura. Su intención no es sacrificar la función sino usarla como fundamento de la estética. La falta de conocimientos estéticos trae como consecuencias praxis clínicas que se hacen notorias, como son insatisfacción del paciente por lo evidente de la prótesis, frustración, incapacidad para comunicarse cómodamente, entre otras, lo que imposibilita el éxito de la rehabilitación protésica (5).

Los efectos psicológicos positivos de mejorar la imagen misma y aumentar la autoestima, hacen particularmente gratificante la odontología estética.

El objetivo de este trabajo especial de grado es Determinar los Cambios Faciales que se producen en los Pacientes Eduntulos antes y después de la Rehabilitación Protésica. En él se destacara la importancia que representa para el edentulo los

procedimientos clínicos restauradores, con las técnicas modernas más utilizadas en la odontología restauradora y estética para la restauración parcial o total del paciente.

Hay que enfatizar cuales son los deseos y necesidades del paciente para diseñar la prótesis de tal forma que cumpla con los objetivos y requerimientos planteados que permitan un tratamiento sencillo, duradero, rentable y de resultados más predecibles que satisfaga las necesidades y los deseos del paciente.

En este mismo orden de ideas, Matos (2007) opina que la rehabilitación fija en pacientes eduntulos debe hacerse en base de un análisis, tomando en cuenta el tipo de paciente, además se debe realizar un diagnóstico completo acerca de la situación bucal del mismo, para poder llegar a un criterio de selección (5).

En este diagnóstico se tomara en cuenta la edad, aspecto psicológico, factores de tipo extrínseco, como hábitos de fumar, hábitos de higiene para funcionales, factores ocupacionales y la disposición al tratamiento. Finalmente se debe realizar un examen bucal exhaustivo, para determinar las condiciones anatómicas, periodontales, óseas, mucosas, protésicas y funcionales del paciente.

Aschheim (2002) expresa que una de las principales razones que lleva a los pacientes a realizarse un tratamiento de Rehabilitación Protésica es la estética, pues el ser humano considera que la belleza es un término que está asociado con la armonía y la hermosura (6).

La finalidad de esta investigación es brindar las bases del conocimiento para la apreciación de la belleza en rehabilitación oral, tomando en cuenta los factores que inciden en los tratamientos protésicos, de igual manera se mencionaran las características faciales que presentan los pacientes eduntulos antes y después de la rehabilitación protésica, para demostrar así la relación existente entre la estética facial y la restauración oro facial.

Para estudiar el problema planteado se realizará de la siguiente manera: una revisión bibliográfica de textos, tesis, revistas y consultas digitales de los últimos cinco años de investigación sobre el tópico que se trata.

De esta manera se formula la siguiente pregunta:

¿La rehabilitación protésica oral otorga belleza y armonía facial al paciente?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1Objetivo General:

Determinar los cambios faciales que se observan en pacientes eduntulos antes y después de la rehabilitación protésica.

1.2.2Objetivos Específicos:

1.- Mencionar los factores que inciden en los tratamientos protésicos dentales.

2.- Describir los cambios faciales que se observan en los pacientes antes de la rehabilitación protésica.

3.- Especificar los cambios faciales que se exhiben después de realizada la rehabilitación protésica.

1.3Justificación:

La rehabilitación oral de pacientes eduntulos con Prótesis Parcial Removible (PPR) o Prótesis Total (PT), es uno de los tratamientos odontológicos más solicitados por los adultos, sobre todos adultos mayores. El reemplazo de dientes ausentes permite a los pacientes restablecer su función masticatoria, mejorar la estética y la fonética; todas ellas, funciones importantes, para el desenvolvimiento de la persona en su rutina diaria (7).

Por lo tanto, el odontólogo encargado de la elección, planificación, elaboración e instalación de este tipo de tratamiento en el paciente, tiene la obligación de brindarle al mismo, un producto final que le asegure cumplir todas las funciones indicadas a corto y largo plazo.

Es importante este estudio porque permitirá conocer los factores que inciden en los tratamientos protésicos y el conocer los rasgos faciales del paciente antes y después de la Rehabilitación oral.

Esta investigación tiene su justificación teórica, en el hecho de que ella contribuirá en la profundización del conocimiento en los estudiantes de odontología, ya que los datos que aquí se expresan los beneficiaran, en un corto plazo, así como también a la facultad de odontología de esta universidad, ya que en sus bibliotecas reposaran estos saberes, o recursos teóricos para que sean utilizados por las nuevas generaciones en la búsqueda de información sobre este tema.

Este trabajo tiene importancia por el valor de estudio que representa para los profesionales de la odontología ya que les dará a conocer que el paciente edentulo constituye una entidad clínica, que acuden a la consulta odontológica por motivos estéticos en busca de alguna solución protésica para reemplazar las piezas dentarias perdidas.

De la misma manera esta investigación ayudaría a las autoridades de la Universidad José Antonio Páez, en la toma de decisiones para ofrecer, cursos talleres, foros, conversatorios, sobre estos temas tan interesantes y necesarios de la especialidad de odontología, ya que a veces el estudiante llega al final de la carrera desconociendo tan importante tema.

Por otra parte, en función de que esta investigación es netamente de carácter científica y se encuentra presentada como un requisito parcial para la obtención del título de odontólogo en la Universidad José Antonio Páez, se considera que sus conclusiones pueden ser un valioso aporte teórico y científico actualizado para todos

aquellos estudiantes de odontología o gremio odontológico en general que se interese en consultar la presente investigación, concentrándose ahí el alcance de este estudio.

Respecto a las líneas de investigación se contempla dentro de la: Odontología Básica, Odontología Clínica y Correctiva.

3.4 Alcance y Limitaciones

Alcance: Este trabajo de investigación se desarrolla bajo un enfoque documental, según el Manual para la Elaboración y presentación de los Anteproyectos, Proyectos de grados de Grado de la UJAP (2020), lo define como: el estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente, en trabajos previo, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos. La originalidad del estudio se reflejará en el enfoque, criterios, conceptualizaciones, reflexiones, conclusiones, recomendaciones y, en general, en el pensamiento del estudiante, incluye documentos escritos y de otra naturaleza como son: memorias, libros, anuarios, cartografías, biografías, archivos oficiales y/o privados, misivas, e- mail, prensa escrita y/o electrónica, datos estadísticos o numéricos, videos, películas, grabaciones de audio y/o imagen, entre otros (8).

Desde el punto de vista espacial, el estudio se llevará a efecto en la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, ubicada en San Diego, estado Carabobo, por lo cual sus resultados se corresponden de manera particular a ella,

aunque las bases metodológicas y planteamientos pudieran ser utilizados para estudios similares de otros centros educativos universitarios.

La relevancia de esta investigación se da en el hecho de que los resultados obtenidos en la misma, permitirán demostrar la incidencia de la motivación académica en la actitud hacia el estudio que se imparte en la cátedra de la Odontología Protésica.

Este proyecto constituye un aporte sustancial para el estudiante de la carrera de Odontología por cuanto se les presenta información sobre los factores que intervienen en la Rehabilitación Protésica, al mismo tiempo se expresaran las características faciales de los pacientes antes y después de restitución dentaria.

El nivel de profundidad que tiene la investigación, es de carácter descriptivo.

Limitaciones:

No se pueden señalar limitaciones como tal, ya que las investigadoras encontraron una variedad de teorías, recursos bibliográficos, fuentes de consulta electrónicas, tesis, documentos escritos, revistas, es decir, consultas necesarias para la obtención de la información requerida.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El marco teórico llamado también, marco referencial, contempla todos aquellos conocimientos que existen acerca del problema que se plantea de una manera clara y precisa, los cuales se dirigen a la búsqueda de información necesaria para la investigación o estudio que se realiza.

Tamayo y Tamayo, expresan que el marco teórico nos amplía la descripción del problema, integra la teoría con la investigación y sus relaciones mutuas, este autor lo define como un conjunto de proposiciones lógicamente articuladas que tiene como fin la explicación y predicción de las conductas en un área determinada de fenómenos (9); se puede deducir que el marco teórico, es el marco de referencia del problema.

2.1 Antecedentes de la Investigación

Los antecedentes de la investigación constituyen un aspecto fundamental en una investigación: Sabino (2008) los define como: Los estudios previos relacionados con

el problema planteado, es decir, investigaciones realizadas anteriormente y que puedan tener alguna vinculación con el presente estudio (10).

Jiménez et al. (2021). Publicaron en Revista Medisur, un estudio titulado: Impacto de la Rehabilitación Protésica en la calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos mayores. Aplicaron un cuestionario a cien (100) pacientes que acudieron a la consulta de prótesis, de la Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez de Plaza, ubicada en La Habana - Cuba, Perfil de Impacto de Salud Oral, donde exploraron variables como la edad, el sexo y el motivo principal de consulta. Se aplicaron pruebas de significación estadística al comparar y correlacionar las variables del estudio, llegaron a la siguiente conclusión: En la mayoría de los casos, la rehabilitación protésica tuvo un impacto positivo sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal. En ningún caso se refirió minusvalía (11).

Granda y Ruiz (2021), Presentan trabajo de investigación publicado en la Revista Universidad y Sociedad, de la Universidad Regional Autónoma de Los Andes-Ecuador. Dicho artículo trata sobre el análisis de un estudio de caso clínico cuya necesidad era la rehabilitación protésica con un enfoque integral y multidisciplinario de una paciente con un cuadro de múltiples patologías de la cavidad oral. La paciente presentaba una maloclusión clase III esquelética, con severa astricción dental, enfermedad periodontal, entofac parcial, pérdida de la dimensión vertical, por lo que el principal objetivo fue devolver la mecánica, funcionalidad y estética de su cavidad bucal. El plan de tratamiento fue de extracciones de restos radiculares, tratamiento de

la enfermedad periodontal, restauraciones dentales. En una primera fase rehabilitadora donde se desprogramó la ATM mediante una prótesis removible deacrílico provisional elaborada con ayuda de Jig de Lucia para corregir la maloclusión y una segunda etapa rehabilitadora en la que se realizó coronas de porcelana pura en dientes anteriores cuyo tallado tuvo como finalidad descruzar la mordida anterior y la elaboración de una prótesis parcial removible cromo-cobalto superior para devolver toda la funcionalidad y estética. Los resultados de este tratamiento fueron agradables y aceptados por parte de la paciente ya que se logró devolver un adecuado esquema oclusal (12).

López, et al. (2020) publicaron en Revista Villa Clara – Medicentro Electrónica un artículo titulado: Caracterización de Resultados Bioestéticos de la Rehabilitación Protésica con el uso de la Guía de Evaluación. El objetivo de esta investigación fue determinar y caracterizar los resultados biostéticos a pacientes rehabilitados en el Departamento de Prótesis de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, llegaron a la conclusión de que en más de la mitad de los pacientes se alcanzaron resultados bioestéticos notables en las rehabilitaciones realizadas; fueron pocos los casos en los que no se encontró relevancia estética apreciable. Se lograron rehabilitaciones donde el borde incisal de los dientes superiores seguía el contorno del borde libre del labio inferior, la altura facial guardaba proporcionalidad con el resto de los tercios de la cara. Estas cuestiones le imprimieron armonía al rostro. También se logró que las convexidades cervicales del

margen gingival de los dientes artificiales resultaran paralelas a la línea de los labios, lo cual le confirió validez al arco incisal, la dimensión vertical y la línea gingival, para situarse entre los nuevos parámetros evaluativos de influencia, a los que se sumaron una sonrisa amplia, agradable, y la simetría facial (13).

Tischler (2018), presentó un estudio retrospectivo, publicado en la Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, titulado: Tratamiento Ortognatico del paciente edentulo. Cuyo objetivo fue tratar de probar la eficacia de las estructuras de zirconio, al momento de rehabilitar con implantes a un paciente edentulo. La muestra se estudió en un lapso de 4 años, analizando 288 implantes colocados y 49 prótesis. Con una tasa de supervivencia de los implantes del 97,6%, y basándose en los fracasos, el autor concluyó que la eficacia de la estructura de zirconio va más allá del 99.4%(13). Diferente a lo propuesto por Chee, Tishler propone un medio terapéutico más viable, estético y duradero (14).

Como podemos observar, todos los antecedentes antes señalados están relacionados con cambios faciales que se observan en los pacientes edentulos antes y después de la rehabilitación protésica.

2.2 Bases Teóricas

Prostodoncia

La prostodoncia es un término odontológico que hace referencia a la aplicación de prótesis en zonas de ausencia de piezas dentarias, cuyo objetivo es devolver la

funcionalidad y la estética, así como ofrecer confort al paciente. Las prótesis aplicadas en odontología pueden ser fijas, apoyadas en dientes naturales o ayudadas de implantes osteointegrados; o pueden ser removibles, cuando haya un número importante de piezas dentales ausentes (15).

Las prótesis removibles pueden ser parciales, aplicadas en caso que el paciente sea edentulo parcial y presente piezas que sirvan de apoyo para el dispositivo elaborado; y totales en caso que el paciente presente ausencia de todas las piezas dentales (edentulismo total).

Edentulismo Parcial o Total

El edentulismo parcial es el estado de salud bucal que se caracteriza por la pérdida de dos o más piezas dentales, su origen es múltiple y afecta frecuentemente a la población de edad avanzada. La pérdida dental trae como consecuencia la alteración de los principales aspectos funcionales del sistema estomatognático, como son la fonación, formación del bolo alimenticio y estética (16).

Por tanto, se vuelve un reto para los profesionales odontólogos planificar de manera óptima la asistencia sanitaria oral, y trabajar en el interés y aceptación del tratamiento de estos pacientes (17).

Se denomina edentulismo parcial a la ausencia de 1 hasta 15 dientes en un maxilar. El tratamiento de este estado patológico es realizado por odontólogos protesistas (o especialistas en rehabilitación oral), generalmente a través de soluciones tradicionales

(construcciones protésicas fijas o removibles), y en algunos casos mediante implantes dentales (18).

La elección del tratamiento a seguir en el paciente será tomada por el especialista, el cuál evaluará la condición de todo el sistema oral: tamaño de la brecha edéntula, estado de los dientes remanentes, situación de los tejidos de soporte, etc. Además, tomará en cuenta otros factores, tales como: capacidad económica del paciente, estética, nivel de higiene, entre otros (17).

Pérdida dental y la edad

La pérdida dental no debe ser considerado como un proceso normal de la vejez, al contrario, nuestras piezas dentales están destinadas a durar toda la vida, sin embargo, existen factores que predisponen esta patología a través de erróneos de hábitos de alimentación y una higiene oral deficiente, adoptada desde la niñez, adolescencia y adultez que trae como consecuencia en la edad avanzada, la pérdida prematura de las piezas dentales (18).

Por otra parte, el descuido de la salud bucal, crea un medio de fácil ingreso para las patologías bucales como caries, periodontitis, que son factores principales que aceleran la pérdida dental en los pacientes, sin importar la edad que presenten (19).

Causas frecuentes de la pérdida dental

Existen diversas causas y factores que provocan la pérdida dental, se relacionan principalmente con una mala higiene dental que desencadena la presencia de caries y enfermedad periodontal, se consideran como las principales enfermedades que causan la pérdida dental. Además, existen otras afecciones que producen esta condición, tales como traumatismo, tratamientos inconclusos, desgaste y fracturas dentales (20).

- **Caries dental:** Es una enfermedad infecciosa multifactorial que ocasiona la pérdida progresiva de la estructura dental, afectando esmalte, dentina y por último la pulpa dental que es la parte sensitiva del diente, causando infección en el periodonto. Cuando la destrucción del diente es severa, la única opción de tratamiento es la extracción dental (19)
- **Enfermedad periodontal:** Es un conjunto de enfermedades infecciosas e inflamatorias de origen bacteriano derivado del biofilm o placa bacteriana, localizadas en las encías y estructuras de soporte del diente (ligamento y hueso alveolar).

La presencia de bacterias tiene un importante papel en el inicio y posterior desarrollo de la enfermedad periodontal, causando la inflamación, enrojecimiento y sangrado gingival (gingivitis). Sin embargo, si no se trata esta afección, puede evolucionar a periodontitis que es la pérdida del tejido conectivo y del hueso alveolar alrededor de la raíz del diente, lo que conduce a la exfoliación eventual del diente (20).

- **Traumatismos dentales:** Son lesiones causadas por accidentes, caídas o golpes que involucran la cavidad bucal, afectando las piezas dentales y tejidos de soporte. Causando fracturas coronario y/o raíz, movilidad dental, lesiones de hueso y la avulsión de uno o más dientes (21).
- **Piezas dentales con tratamientos odontológicos inconclusos:** Son piezas dentales previamente tratadas, que no presentan signos ni molestias aparentes durante un largo período, provocando la aparición de nuevas infecciones que terminan en la destrucción total de la pieza dental (21).

Consecuencias del Edentulismo Parcial o Total

La estética, la reabsorción del hueso alveolar, la extrusión dental por pérdida del antagonista y el desplazamiento de los dientes vecinos hacia el nuevo espacio creado por la pérdida dental, son las consecuencias principales del edentulismo parcial que desencadena un desequilibrio funcional en la oclusión de la cavidad bucal (22)

Efectos de la pérdida dental

Ortiz y Moreno (2019), opinan que uno de los principales problemas de la pérdida dental está relacionado con la estética, es común que las personas con esta condición tengan la sensación de fealdad y falta de aceptación, adoptando actitudes de aislamiento en actividades cotidianas y sociales. Los problemas estéticos guardan una estrecha relación con las alteraciones psicológicas de la persona, que afectan

principalmente a su autoestima y aumenta cuando el edentulismo se produce en los dientes anteriores (23).

La pérdida dental aparte de generar problemas estéticos, conlleva consecuencias funcionales, como es la alteración de la pronunciación, que causa dificultad en vocalizar con naturalidad algunas consonantes, como son la “v” o la “z”.⁸ Otra consecuencia funcional del edentulismo es la alteración de la oclusión y el sistema masticatorio. La pérdida de la función masticatoria genera problemas al sistema digestivo, al momento del proceso de deglución de alimentos, los mismos que no pueden ser digeridos normalmente por su tamaño, dando lugar a atragantamientos y alteraciones digestivas (24).

La reabsorción del hueso alveolar es otra consecuencia principal del edentulismo, el hueso alveolar es el encargado de brindar soporte a las piezas dentales, al momento de la pérdida dental la encía modifica su tamaño, amoldándose a la nueva situación y afectando a los tejidos blandos, provocando un desequilibrio en la cavidad bucodental (25).

La prótesis dental en todas sus variedades, viene a ser la alternativa de elección para lograr reemplazar las funciones que antes cumplían los dientes perdidos. Además, está comprobado que su uso mejora la autopercepción de la salud bucal de los pacientes; lo cual a su vez, afecta la calidad de vida de los mismos (23)

Alteraciones faciales por falta de dientes

Las múltiples pérdidas dentales modifican la función del hueso, esto produce un cambio específico en las estructuras intraorales y en la configuración externa del rostro. Provocando la pérdida del contorno labial, envejecimiento facial prematuro, expresión de boca ancha, disminución de la altura facial originada de un colapso de la dimensión vertical, pérdida del ángulo labiomentoniano y expresión de tristeza cuando los labios se encuentran en reposo (26).

En cuanto a la modificación ósea el mentón rota hacia delante y causa una apariencia cóncava del perfil de la cara. La posición retraída del labio está relacionada con la disminución anterior del reborde superior y la pérdida del tono muscular principalmente de los músculos involucrados en la expresión facial (27).



Figura 1. Consecuencias anatómicas de la ausencia de dientes. (Belaunde et al 2012)

Alteraciones intraorales por la pérdida de dientes

Las alteraciones causadas por la pérdida dental, producen una disminución de la mucosa adherida, generalmente es más intensa en la mandíbula que en el maxilar superior (19). Cuando esta reabsorción es muy marcada provoca la aparición de superficies irregulares como la apófisis geni o exóstosis, que dificulta el asentamiento de prótesis dental removible.

Existe la pérdida de propioceptores del ligamento periodontal que es el encargado de controlar la intensidad de las fuerzas masticatorias y la disminución de sensibilidad. (28).

Según Cargua (2016) existe otra de las alteraciones intraorales, es la macroglosia que se denomina como un trastorno en el que la lengua tiene un tamaño más grande que el normal, causada por la colocación constante en los espacios de las piezas ausentes (29)

Defectos del Reborde Alveolar en la Región Edéntula

Villafuerte expresa que cuando existe la pérdida dental, se inicia un proceso de reabsorción ósea, donde el reborde alveolar presenta un aspecto aplanado o cóncavo, con una reducción marcada de la altura y ancho del reborde alveolar que se encuentra en una posición más lingual o palatina, presente con mayor frecuencia en el maxilar superior que en la mandíbula. Los cambios de la morfología del hueso alveolar no siguen un patrón constante (30).

Seibert. J. (1983), clasifica los defectos del reborde alveolar en 3 clases relacionado al componente horizontal y vertical del defecto:

♣ Clase I: Pérdida de la dimensión vestibulolingual, conservando una altura normal de la cresta (30).

♣ Clase II: Pérdida de la dimensión apicocoronaria, conservando una anchura normal de la cresta (30)

♣ Clase III: Pérdida tanto de la dimensión vestibulolingual como apicocoronaria. Pérdida de la altura y anchura normal de la cresta (30).

Por su parte, Gaizan. A. (1985), introduce el concepto de severidad, considerando el defecto:

♣ Leve: Menor a 3mm.4

♣ Moderado: De 3 a 6mm4

♣ Severo: Mayor de 6mm.4

Deficiencia de la masticación por pérdida dentaria

Los problemas de la masticación afectan principalmente a la dieta nutricional de la persona, provocando restricciones dietéticas, como remplazar alimentos sólidos por el consumo de alimentos blandos que afectan principalmente al estado nutricional de la individuo (30).

Entre las principales alteraciones de la alimentación por la disminución de la ingesta de frutas, verduras y fibra, son el aumento del colesterol y grasas saturadas que predisponen la obesidad y el aumento de las tasas de cambios cardiovasculares (30).

Cambios en la cavidad oral

Con el pasar de los años los tejidos, órganos y sistemas van cambiando acorde al proceso de envejecimiento normal de los seres vivos. Los tejidos pertenecientes a la cavidad oral no escapan de ese proceso ya que ahí se pueden observar diferentes cambios: los propios del tejido oral (primarios), los que se producen por el deterioro sistémico (secundarios), además de los producidos por los medicamentos o elementos terapéuticos, ya que es muy frecuente encontrar en los adultos enfermedades agudas, crónicas o terminales (sobre todo en adultos mayores) (31).

- **Cambios en tejidos de revestimiento:** los cambios se producen tanto en el epitelio como en el tejido conectivo. Se produce una disminución de grosor epitelial, deshidratación de las mucosas, alteración en la producción de colágeno y disminución de la vascularidad y de la cantidad de tejido adiposo. Todos estos cambios producen pérdida de resistencia y elasticidad, además de una mucosa de fácil laceración y alta sensibilidad. También se observan fibrosis y atrofia de acinos glandulares de glándulas salivales menores y mayores.

- **Cambios en el tejido óseo:** El proceso de remodelación ósea normal se ve alterado a medida que pasan los años, ya que por causas celulares y/o hormonales, se da un

predominio de la resorción ósea sobre la aposición. Este proceso se ve más pronunciado en las mujeres post menopáusicas y en hombres mayores de 70 años. En la post menopausia se da por una disminución en los niveles de estrógeno y alteraciones en los mecanismos de absorción y metabolismo del calcio; lo que genera mayor producción de hormona paratiroidea, responsable de aumento en la resorción ósea. El cuadro clínico producido es la osteoporosis, y se caracteriza por pérdida de la densidad ósea (especialmente hueso esponjoso), dolores óseos y pérdida de altura de la persona por cambios vertebrales.

- **Cambios en la función salival:** Se presentan distintos grados de disfunción salival, los cuáles se traducen en cambios en la cantidad y la calidad de la misma. Los cambios producidos pueden deberse a atrofia de acinos glandulares como un evento normal del proceso de envejecimiento, por acción de medicamentos o por radiación en la zona cefálica o cervical.

- **Cambios en el tejido dentario:** Con el tiempo, a pesar de que exista una oclusión adecuada y presencia de todos los dientes, el uso de los dientes a través de los años genera un desgaste natural llamado “atrición”; al cuál se le agregan patologías como caries dental, lesiones abfractivas, enfermedad periodontal , bruxismo, entre otros.

Esmalte: con el pasar de los años el esmalte dental pierde agua, por lo que se vuelve más frágil y menos permeable debido al aumento de concentración de sales de calcio

y flúor. También presenta un incremento de cantidad de nitrógeno, el cual está relacionado con el oscurecimiento del esmalte de dientes en los adultos.

- **Cemento:** no detiene su formación con el paso de los años, el crecimiento es en forma anillada y concéntrica alrededor de la raíz, sobre todo en la zona apical, lo que permitirá la erupción dental compensatoria necesaria, ante el desgaste dental natural.

- **Complejo pulpodentinario:** afectación de la irrigación e inervación por aposición de dentina secundaria y cemento a nivel del foramen apical, la cuál es la única entrada de vasos sanguíneos, linfáticos y elementos nerviosos; disminución del aporte nutricional de los vasos sanguíneos por cambios escleróticos producidos por calcificación de la capa adventicia. Mineralización de fibras nerviosas y disminución de número de axones; deposición de gotas de grasa en odontoblastos, células pulpares y los capilares; vacuolización de odontoblastos; fibrosis pulpar por aparente aumento de fibras colágenas; y finalmente degeneración hialina. El desgaste natural de los dientes (atrición) genera la aposición de dentina secundaria, la cual ocasionará la reducción del tamaño de la cámara pulpar, además del oscurecimiento y pérdida de translucidez de los dientes. Existen otros factores que producen aposición de nueva dentina como: caries dental, toxinas derivadas de la enfermedad periodontal, procedimientos odontológicos y restauradores. Estos procesos generan dentina reparativa, la cual tiene un patrón histológico distinto.

- **Cambios en el tejido periodontal:** la gingival también presentará adelgazamiento y pérdida de queratina con el pasar de los años. A nivel de ligamento periodontal, también habrá una disminución de grosor, además de menor cantidad de células y fibras.

- **Cambios sensoriales:** sobre todo en el adulto mayor habrá deterioro de la capacidad visual, pérdida de la audición, anosmia, alteraciones del gusto, el cuál puede influir en la pérdida de apetito. Esta reducción de la capacidad de sus sentidos limita al adulto mayor en la relación con su entorno, contribuyendo con su aislamiento (31).

Clasificación de arcadas parcialmente edéntulas según la clasificación de Kennedy de 1925.

Este autor realiza la clasificación fundamentado en una vista universal, funcional, mecánica y topográfica de los maxilares, donde se observa la relación que existe entre los espacios edéntulos con los dientes remanentes. Debemos considerar entonces, cuatro clases de Kennedy descritas mediante letras romanas (I, II, III, IV) y sus respectivas modificaciones con algoritmos arábigos como 1, 2, 3, 4 (31).

Clase I: Edentulo Posterior Bilateral.

Se refiere a la presencia de ambas zonas posteriores edéntulas, con remanente dental en el sector anterior ya sea en maxilar superior o inferior (31).

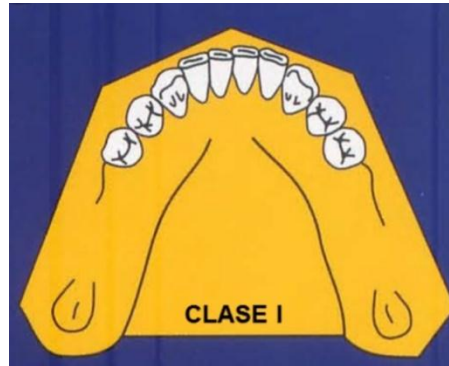


Figura 2. CLASE I de Kennedy (San Martín et al 2002)

Clase II: Edéntulo Posterior Unilateral

Presenta la zona posterior de un solo lado, edéntula. Esta clase admite modificaciones según el número espacios desdentados existentes en maxilar superior o inferior (31).

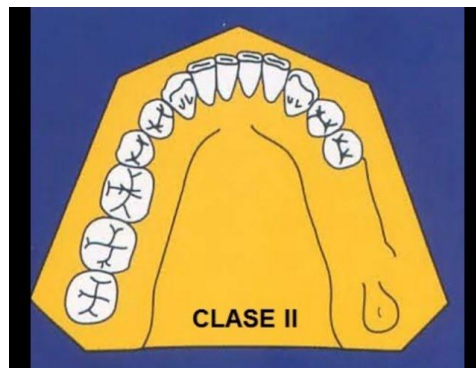


Figura 3. CLASE II de Kennedy (San Martín et al 2002)

Clase III: Edéntulo posterior unilateral con pilar posterior

Presenta espacio edentulo posterior unilateral con pilares anteriores y posteriores. Si admite modificaciones (31).



Figura 4. Clase III de Kennedy (San Martín et al 2002)

Clase IV: Edentulo anterior bilateral

Presenta espacio edentulo anterior bilateral que sobrepasa la línea media. Esta clase no admite modificaciones, porque si presentara más de una brecha desdentada estaría incluida dentro de las clases I, II, III (31).

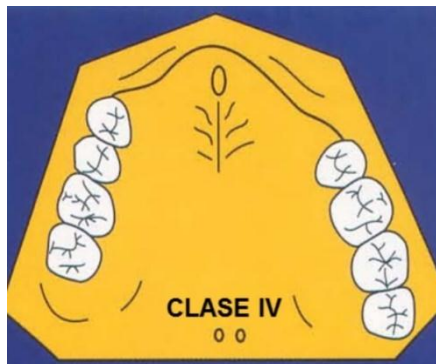


Figura 5. Clase IV de Kennedy. (San Martín et al 2002)

La Salud Bucal y su Importancia

Según la OMS la salud se define como “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. La salud oral forma parte de la salud sistémica y su estado patológico se ve reflejado en el estado de salud general (19).

La cavidad bucal puede revelar la salud o enfermedad de los individuos, así como ciertas patologías sistémicas que manifiestan inicialmente sus síntomas en la cavidad bucal. Fisiológicamente, la boca es una cavidad séptica donde están presentes millones de bacterias. Entre ellas existen bacterias relacionadas con caries y enfermedad periodontal, provocando una puerta de entrada de microorganismos patógenos hacia el sistema circulatorio y, a través de éste, dar lugar a diferentes problemas, alguno de ellos tan graves como valvulopatías cardíacas (19).

Si en la cavidad bucal no se digieren correctamente los alimentos por falta de piezas dentales o porque existe una maloclusión que dificulta esta función, los alimentos no serán triturados adecuadamente y llegarán al estómago e intestino en malas condiciones, dando lugar a problemas gástricos (19).

Es preciso concientizar a la población de mantener un protocolo de higiene oral que incluye el correcto cepillado y visitas periódicas al odontólogo, puesto que esto contribuye de manera positiva a la salud general y la calidad de vida (19).

Higiene Bucal en Edentulo Parcial o Total

Materiales utilizados

La higiene oral en personas con edentulismo parcial debe ser constante, se recomienda cepillarse 3 veces al día con el correcto uso del cepillo dental para la remoción de la placa en las caras vestibular, palatina, mesial y principalmente en la cara distal de los últimos dientes, empleo de la seda dental, enjuagues orales con flúor para evitar la aparición de caries radiculares o el uso complementario de cepillos interproximales con pastas y colutorios específicos para su edad, revisiones cada 6 meses y limpieza dental (detartraje) una vez al año para mantener sanas sus encías. Finbarr et Al. (2003) (33).

Necesidad de Tratamiento de Prótesis Parcial o Total removible en Paciente Edentulo.

La rehabilitación oral con prótesis parciales o total removibles juega un papel importante en el restablecimiento de la función, estética y la armonía del sistema

estomatognático. El tratamiento protésico debe cumplir con varios objetivos como retención, soporte, estabilidad, fijación y estética, para poder soportar las fuerzas oclusales, con el fin de evitar daños mecánicos en la cavidad bucal. Sin embargo, al comparar la prótesis parcial fija con la prótesis parcial removible las ventajas de esta, incluyen un menor costo y una forma fácil de higiene oral. A partir de este hecho se considera como prioridad el poder mejorar y/o mantener la salud bucal de los pacientes y de esta forma mejorar su calidad de vida a través de la rehabilitación odontológica (33).

Perfil facial de una mujer desdentada.



Figura 6. Proporciones faciales antes de la Rehabilitación Protésica.
(Vanegas E. et al 2016)

Nótese la aproximación de la nariz y el mentón y la pérdida del soporte labial. Varias son las funciones de los dientes, pero una de las principales es mejorar la apariencia facial (20). Muchos pacientes, principalmente del género femenino o que mantienen un nivel de relaciones laborales y sociales de mayor exigencia en cuanto a la presentación personal, recurren a su odontólogo por motivos estéticos en busca de alguna solución protésica para remplazar sus dientes perdidos (34).

Las prótesis dentales son sustitutos artificiales que han sido creados para remplazar dientes y tejido adyacente perdidos (35). El porcentaje de personas que usa prótesis dentales aumenta progresivamente con la edad y después de los 65 años la mayoría de las personas usan prótesis dentales en uno o ambos maxilares (34). Por este gran número de pacientes se hace necesaria la confección de prótesis dentales que cumplan con los requisitos estéticos y funcionales adecuados para los pacientes desdentados

Condición del Paciente para una Rehabilitación Protésica

Para entender la rehabilitación del paciente desdentado es necesario comprender algunos conceptos: (34)

Relaciones Craneomandibulares

Las relaciones craneomandibulares (RCM) es un concepto fisiológico que define el mayor o menor grado de aproximación de la mandíbula con el macizo cráneo facial en los tres sentidos del espacio: sagital, horizontal y vertical.

Dimensión vertical

La dimensión vertical (DV) es un término que comúnmente ha sido definido como aquella medición de la altura facial anterior determinada entre dos puntos arbitrariamente seleccionados y convencionalmente localizados, uno en el maxilar superior y el otro en el maxilar inferior, coincidentes con la línea media.

En los pacientes que usan prótesis totales y han perdido DV se ha demostrado que es necesario devolverla para luego rehabilitar (18). Esta dimensión es variable según la posición que pueda adoptar el maxilar inferior en el plano vertical. Sin embargo, son dos las dimensiones verticales que es importante considerar: la dimensión vertical oclusal y la dimensión vertical postural.

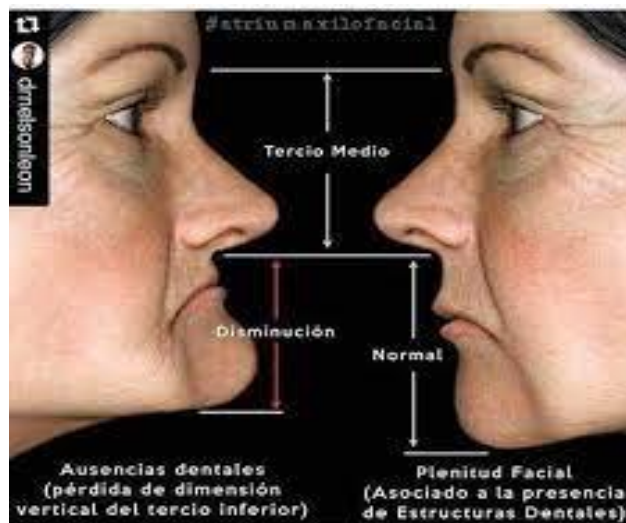


Figura 7. Dimensión vertical oclusal (DVO) antes y después de la Rehabilitación Protésica. (DVP). (Vanegas E. et al 2016)

La dimensión vertical oclusal (DVO) es la altura del segmento inferior de la cara cuando la mandíbula está en su posición intercuspal; en cambio dimensión vertical postural (DVP) es la altura facial con la mandíbula en su posición postural habitual (18).

Relación céntrica

La oclusión posee dos determinantes: el fisiológico representado por la neuromusculatura, y los anatómicos que están representados por ambas articulaciones temporomandibulares y por la oclusión dentaria. Las articulaciones temporomandibulares, son estructuralmente de carácter menos variable y modificable durante el transcurso de la vida de un sujeto. En cambio, la oclusión dentaria experimenta más variaciones y modificaciones como resultado de la pérdida de piezas dentarias o uso de prótesis, por citar algunas causas. Ésta es la razón principal, por la cual al analizar instrumentalmente la oclusión dentaria mediante un articulador, el punto de partida debe ser una relación anatómica fija y estable de ambas articulaciones temporomandibulares en relación céntrica (18).

Manns, ha descrito varias posiciones musculares y articulares que pueden ser utilizadas para establecer una posición mandibular que sea funcional, destacando las siguientes (18) :

Relación céntrica fisiológica (RCF): corresponde a aquella posición posterior o retruída no forzada de la mandíbula, en la cual ambos cóndilos están localizados en su

posición fisiológicamente más superior, anterior y media dentro de sus cavidades articulares, enfrentando la vertiente anterior condilar a la vertiente posterior de la eminencia articular e interponiéndose entre ambas superficies articulares funcionales la porción media, más delgada y avascular del disco articular.

Posición postural mandibular (PPM): es aquella relación en que se encuentra la mandíbula con respecto al maxilar superior, cuando el sujeto está sentado confortablemente en una posición ortostática, con sus labios contactando levemente y las piezas dentarias superiores e inferiores en inoclusión, separadas por un espacio de 1 a 3 mm; el espacio libre interoclusal o espacio de inoclusión fisiológica.

Posición muscular de contacto (PMC): es aquella posición que alcanza la mandíbula cuando se eleva por una contracción isotónica de los músculos elevadores mandibulares a lo largo de su trayectoria habitual de cierre hasta encontrar el primer contacto dentario. Determinación de las relaciones craneomandibulares.

En los pacientes desdentados totales es aún más importante establecer bien la relación craneomandibular ya que el paciente no posee referencias oclusales naturales y se han perdido muchos receptores que inician impulsos para ubicar el maxilar inferior.

Por lo tanto este tipo de paciente no puede controlar los movimientos mandibulares o evitar contactos prematuros en relación céntrica como lo hace el dentado, produciéndose el desplazamiento de las bases protésicas y del tejido de soporte o

desviando la mandíbula de la relación céntrica. Por lo que es necesaria que la relación céntrica pueda ser establecida en armonía con la oclusión céntrica.

Este no es un proceso exacto y los profesionales llegan a ella a través de variadas formas, Baker (36) sugiere que es producto de investigaciones basadas en la evidencia limitadas y gran número de volúmenes con información adicional disponible. Para obtener la dimensión vertical existen varios métodos. Podemos mencionar algunos de ellos como registros previos a la extracción, medición de prótesis en uso, paralelismo de rebordes, determinación vertical mediante la presión máxima, posición fisiológica de reposo, fonética y estética como guía, umbral de deglución y sensación táctil, entre varias otras que se encuentran en la literatura. (37-40).

Sin embargo, la determinación de la dimensión vertical sigue siendo un procedimiento para el cual se emplean diversos criterios derivados de la evaluación clínica. La ausencia de un patrón de referencia que permita determinar en estudios comparativos qué método consigue la dimensión vertical exacta hace que no se pueda recomendar una técnica sobre otra. Por esto se describen los objetivos y las condiciones precisas para la determinación de una dimensión vertical “correcta” (41). Para determinar la relación intermaxilar vertical se deberá medir la distancia intermaxilar con la cual se cumplan las siguientes condiciones en las futuras prótesis: (41)

- Que exista una distancia interoclusal con la mandíbula en posición postural.
- El tercio inferior de la cara tenga un aspecto armónico al cerrar la mandíbula.
- Los rodetes de altura no contacten durante la articulación del lenguaje. Para obtener esta relación serán necesarios dispositivos ad-hoc llamados placas de relación o rodetes de altura.

Estos rodetes se colocan en boca y se le pide al paciente que los haga contactar suavemente. Este contacto debe ser simétrico, simultáneo y estable.

Una vez logrado esto, se unen ambos rodetes y se obtiene así la relación buscada. Siguiendo el procedimiento se articulan los modelos para luego continuar con el proceso de generación de las prótesis

Prótesis parcial removible

Es una rama de la rehabilitación oral cuya función es reemplazar los dientes ausentes en la cavidad oral y los tejidos adyacentes, por medio de un aparato que se puede remover e insertar a voluntad. El diseño de esta prótesis tiene como objetivo satisfacer las necesidades estéticas y funcionales del paciente, así como proteger la integridad de los dientes remanentes y sus estructuras de soporte (35). Las funciones que debe restablecer la prótesis parcial removible son las siguientes: – Masticación – Estética – Fonética – Prevención de inclinación, migración o extrusión de dientes

remanentes – Estabilización de dientes debilitados – Balance muscular y articular del complejo oro-facial

Eficacia Masticatoria con Prótesis Removible:

La eficacia masticatoria se determina por la habilidad de reducir los alimentos en partículas pequeñas en un tiempo dado. El área de contacto oclusal está muy relacionada a ella, por lo que la pérdida de molares supone una disminución significativa en la eficacia masticatoria, ya que los molares tienen un área de contacto oclusal grande, requiriendo mayor cantidad de golpes masticatorios en el caso que no se encuentren. Se considera que la funcionalidad masticatoria se acerca más al estado natural cuando se reemplazan dientes ausentes con prótesis fijas soportadas en dientes naturales o en implantes osteointegrados; una funcionalidad intermedia cuando se utilizan prótesis parciales removibles dentosoportadas; una funcionalidad baja cuando se usan prótesis parciales removibles dentomucosoportadas y una funcionalidad muy baja cuando se realizan prótesis totales en pacientes edéntulos (35).

Esto último queda demostrado en el estudio de Velástegui (40), quien encontró mayor rendimiento masticatorio en pacientes portadores de PPR que en portadores de prótesis total. Con respecto a la prótesis parcial removible, estudios indican que el rendimiento masticatorio mejora de manera significativa cuando los pacientes usan su prótesis parcial removible, en comparación a cuando no la usan (41,42).

Efecto de la prótesis sobre los tejidos

Janaina et al (8) realizó un estudio prospectivo en el que se evaluó a 53 pacientes luego de 5 años de la instalación de su prótesis removible inferior. Se evaluaron: movilidad dental, prevalencia de caries, pérdida de dientes pilares, fractura de dientes pilares, fractura o deformación de la PPR, estabilidad de la PPR. Los resultados mostraron que la prótesis parcial removible no se asociaba significativamente a ninguno de los factores evaluados. Por otro lado, Juárez y Palacios (30) encontraron que en pacientes con 3 años de uso de PPR, sólo el 18.2% presentaban pilares dentales en buen estado.

Con respecto a los rebordes alveolares edéntulos que se someten a cargas funcionales, como sucede con el uso de aparatología protésica removible, se genera una reabsorción biológica en mayor o menor grado dependiendo del tipo y la distribución de cargas oclusales; además de otros factores que pueden contribuir con la exacerbación de éste cuadro como: condiciones sistémicas, condiciones nutricionales, edad, sexo, uso continuo de la prótesis, entre otros (43)

Efectos de la Rehabilitación Protésica

Según Gunnar (1998), los pacientes usuarios de prótesis removibles pueden presentar efectos adversos en la salud de los tejidos de soporte. Estos efectos pueden ser divididos en secuelas directas e indirectas (44).

Secuelas Directas: En usuarios de dentaduras totales en comparación con sujetos dentados las secuelas directas están relacionadas con los cambios en la función masticatoria, y con los trastornos fonéticos (45).

1.- Reabsorción del reborde residual:

La reabsorción de reborde residual alveolar es un proceso de pérdida ósea que se presenta en todos los pacientes edentulos, con una considerable variación interindividual en el grado de pérdida de hueso post extracción dentaria y el uso de prótesis completas siendo cuatro veces mayor en la mandíbula que en el maxilar (45).

Las consecuencias de la reabsorción del reborde alveolar residual son un problema tanto para el paciente como para el rehabilitador.

2) Reacciones de la mucosa:

- **Estomatitis sub-protésica:** Muchos portadores de prótesis removible desarrollan una reacción inflamatoria en la mucosa oral, la cual se denomina estomatitis subprotésica que, según Newton puede ser graduada en tres tipos:

Tipo I: presenta inflamación localizada o punteado hiperémico

Tipo II: presenta un eritema más difuso

Tipo III: Se presenta como una hiperplasia papilar no neoplásica con variados grados de inflamación (46).

Factores traumáticos como mecánicos, químicos y reacciones alérgicas asociadas a los componentes de la prótesis, principalmente se relacionan con la estomatitis protésica tipo I (47,48).

- **Hiperplasias irritativas:**

Como respuesta de las mucosas ante la irritación crónica de una sobre extensión y/o mal ajuste de la prótesis, puede ser una hiperplasia tisular fibrosa, presentando una ocurrencia mayor en el maxilar, sin embargo estas lesiones curan comúnmente sin problemas después de eliminar el área injuriante de la prótesis (47).

- **Ulceras traumáticas:**

Se producen frecuentemente los primeros días después de la instalación de las nuevas prótesis, y son causadas, generalmente, por alteraciones oclusales, sobre extensión de flancos y sobre compresiones. Luego de realizar las modificaciones de la prótesis sanan rápidamente (48).

- **Condiciones relacionadas con el uso de las prótesis totales:** Síndrome de la boca urente y alteraciones en la percepción de sabores. El síndrome de boca urente es una condición caracterizada por ardor y sensación dolorosa en la boca con mucosa normal y no está limitada al uso de prótesis. El mejorar las deficiencias de las prótesis es el primer paso en el manejo del síndrome de la boca ardiente, sin embargo si no hay

deficiencias claras de los aparatos, el rehabilitador debería solicitar una evaluación psicológica buscando causas de origen psicogénico (49).

- **Reacciones Alérgica a los Materiales Dentales:**

La sensación de ardor se adjudica generalmente a una reacción alérgica de los tejidos de soporte al metacrilato de metilo. El monómero libre en bases de dentaduras curadas en forma incompleta o rebases con resinas de autopolimerización también son las causantes de estas molestias. Las verdaderas alergias al acrílico son raras (49).

Secuelas Indirectas en Paciente con Rehabilitación Protésica.

1.-Función Masticatoria y Fuerza de corte: Al realizar las mediciones de la función masticatoria, tal como la fuerza del corte y la habilidad de moler los alimentos, se muestran sustancialmente reducidas en los usuarios de prótesis totales en comparación con personas con dentición natural.

Es necesario resaltar que considerando el estado de los aparatos protésicos, se puede observar que la presencia de dientes naturales y prótesis removibles bien ajustadas se asocia a una mejor calidad de la dieta (42).

2) Los trastornos fonéticos:

En el desdentado son muy marcados en el primer período, posteriormente suele compensarse modificando los puntos fonoarticulatorios. Las prótesis removibles, muy especialmente la prótesis inmediata, reducen en forma notable estos trastornos (47).

Líneas de Proporción y Simetría Facial.

Se han propuesto una variedad de líneas horizontales y verticales que pueden ser trazadas en la cara para determinar ciertas estructuras anatómicas. “Estas líneas proporcionan una base importante para la evaluación de la estética facial” (50).

Las líneas ayudarán a observar las proporciones y la simetría facial. Robert Ricketts, conocido Ortodoncista, “estudió las proporciones áureas de la cara en diferentes segmentos, así como su asociación con la dentición, aplicando las series numéricas de Fibonacci y diseño una compás con tres segmentos, que al abrirse y cerrarse, mantiene siempre la proporción áurea de 1: 0.618” (Ortiz & Molina, 2005).

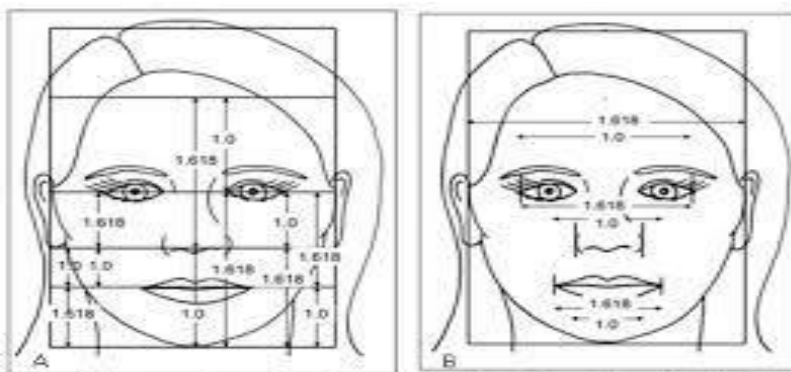


Imagen : Proporciones áureas para análisis frontal vertical y frontal transversal, según Ricketts. (Ortiz & Molina, 2005)

Algunas de las líneas más importantes son la línea media (vertical), la cual separa la cara en dos mitades; la línea bipupilar (horizontal), la cual atraviesa las pupilas; y la línea intercomisural (horizontal), la cual va de ángulo a ángulo de la boca. (Fischer, 1999) “Estas líneas imaginarias normalmente descansan de forma paralela una sobre otra, sugiriendo una armonía facial al observador” (50).

“En la región facial, como regla, la boca es la estructura más dominante y dinámica” (Fischer, 1999); y gracias al establecimiento de ciertos trazos o medidas, se ha podido determinar ciertos factores que influyen en la estética de la sonrisa; entre estos están el arco de sonrisa, los corredores bucales, la simetría facial, los dientes incisivos entre otros (52).

En la actualidad no podemos obviar la preocupación de las personas por tener unos dientes bien alineados, adecuadamente contorneados y blancos. Es por esto que muchas de los pacientes edentulos acuden a las consultas odontológicas en búsqueda de la sustitución de los dientes ausentes en su cavidad bucal.

La ortodoncia y la estética tienen una gran relación, la primera se encarga de alinear los dientes, corregir la oclusión y dejar una función masticadora optima, la segunda, la estética, se encarga de buscar, lograr una sonrisa agradable acompañado de un equilibrio facial.

Es aquí, la importancia de la aptitud del odontólogo decidir que tratamiento va a efectuar en su paciente, ya que debe tomar en cuenta los intereses y deseos del mismo y, que característica corregir para resaltar su belleza y al mismo tiempo lograr una buena funcionabilidad de la cavidad oral (52).

Análisis Facial

La cara se puede dividir verticalmente en dos mitades, la anchura de la cara corresponde a cinco veces el ancho de un ojo; horizontalmente, es posible dividirla en tercios de igual proporción, y con el tercio inferior subdividido también en tercios, donde el primero toca los bordes incisales de los incisivos superiores y el segundo es delimitado por una línea que pasa por el borde bermejo del labio inferior. (50)

El análisis facial es el método clínico utilizado por muchos profesionales de la salud con el fin de evaluar los rasgos del paciente para definir proporciones, volumen, apariencia, simetría y deformidades visibles. Se basa en el examen directo.

El proceso de diagnóstico inicia con el examen facial, ya que reúne la evaluación de esqueleto y tejidos blandos, en una vista lateral y frontal, respetando las pautas éticas, científicas y étnicas de la sociedad, el cual es fundamental para la orientación de un plan de tratamiento adecuado que se dirija no solo hacia una mejoría en el aspecto del rostro sino a un desarrollo funcional adecuado.

Se debe analizar detenidamente la cara del paciente, forma y proporciones con el fin de caracterizarla y valorando cómo afectan cualitativa y cuantitativamente al equilibrio facial. Aquellas personas que poseen una estética facial dentro de los parámetros considerados como normales tienen una mayor autoestima.

El término biotipo facial es utilizado en odontología para clasificar individuos en grupos según ciertas variaciones en la proporción esquelética de la cara en el sentido vertical y transversal. (51).

Para determinar el tipo facial de los pacientes se determina la distancia vertical entre el punto Ofrion (intersección del plano medio sagital y el plano tangente al borde superior de las cejas) al mentoniano (punto más inferior del contorno del mentón) dividido por la anchura bicigomática multiplicada por 100. Cuando el valor obtenido es inferior a 97 el sujeto es euriprosopo (braquifacial), con valores entre 97 y 104 es mesoprosopo (mesofacial) y si son superiores a 104 resulta leptoprosopo (dolicofacial),

Braquifacial

Dirección de crecimiento horizontal, individuos que presentan una cara corta, ancha, con un perfil cóncavo y una mandíbula cuadrada con tendencia a crecer hacia adelante. El tercio inferior del rostro se encuentra disminuido, y la altura facial anterior se encuentra disminuida en relación a la altura facial posterior. Sus planos maxilar, mandibular y craneal son paralelos o convergentes.

Presentan una mayor fuerza masticatoria debido a una mayor magnitud en el brazo de palanca. (Ventaja mecánica). Las arcadas dentarias son amplias en comparación con las de los otros biotipos. El ángulo de la mandíbula es agudo labios competentes tienen musculatura muy poderosa o fuerte generalmente presentan perfiles armónicos. Este patrón es característico de las anomalías de: Clase II división 2 con sobremordida vertical profunda en el sector anterior (51).

Dolicofacial

Dirección de crecimiento vertical, Los sujetos presentan cara alargada estrecha, con un crecimiento rotacional posterior de la mandíbula. Su musculatura es débil. Suelen presentar maloclusiones Clase II división 1 con arcadas dentarias estrechas y apiñamiento dentario. Altura facial anterior mayor que la posterior y tendencia a la mordida abierta (51).

Mesofacial:

Biotipos Faciales Mesofacial (crecimiento en equilibrio) Presentan un patrón esquelético de Clase I. La cara suele tener proporcionados sus diámetros vertical y transversal, con una relación máxilo-mandibular normal es decir facial mesocefálico se caracteriza por la igualdad de tercios faciales verticales La musculatura presenta una tonicidad media y un perfil blando armónico (51).



Imagen 9: Características según el Biotipo Facial. (Gul, 2008)

3) La Estética:

Los avances en el campo de la estética han logrado dar naturalidad en cuanto al color, forma y posición de las piezas dentarias artificiales, pero siempre durante el tratamiento protésico se debe tener en cuenta, la opinión y aceptación del paciente, considerando que la percepción de lo estético es diferente en cada individuo. Es importante establecer una comunicación estrecha entre paciente y profesional, ya que existen consideraciones subjetivas, que pueden ser determinantes en el éxito final del tratamiento (52).

La Estética en la Sociedad

La belleza es un término que está asociado con la armonía y la hermosura. Mucha gente asocia la belleza con el arte, debido a que las dos son formas de expresarse y en su mayoría buscan ser agradables para los ojos de los seres humanos (53), “Fueron los filósofos griegos los que introdujeron el término estética y se aplicaron al estudio de las razones por las que el objeto o la persona resultaba bella o agradable a la vista” (54)

Hoy en día, ya se ha aceptado que la belleza tiene una percepción relativa; es decir ninguna persona tiene el mismo gusto u opinión que otra (55).

Al parecer Einstein, fue el primero en plantear este concepto, gracias a su “Teoría de la Relatividad”, en la cual acepta que “los objetos, la materia y el tiempo dependen de quien los observa, y desde que situación los observa” (56). Sin embargo, “Se conoce como canon de belleza a ciertas características que la sociedad en general considera

como atractivas, deseables y bonitas” (55). En algunos campos como el baile, la pintura, la actuación, la cirugía estética y en este caso la odontología, se ha llegado a acuerdos estéticos, imponiendo ciertos parámetros.

Estética Dental

“La odontología estética es una especialidad de la odontología que soluciona problemas relacionados con la salud bucal y la armonía estética de la boca en su totalidad” (Odontología/cosmética-dental, 2012). Como ya se ha podido observar una de las características más importantes para determinar el atractivo, es la sonrisa; alcanzando en la investigación de Goldstein el 31% de aceptación, en ser el factor más importante en la estética facial (57).

La Sonrisa

Los poetas y escritores han escrito a cerca de la sonrisa, artistas y escultores la han captado en pinturas y obras, y publicistas han usado sonrisas para vender sus productos”. Una sonrisa puede reflejar múltiples emociones, como felicidad, alegría, placer, aceptación entre otras; la sonrisa representa un factor importante en la sociedad y por algunas razones psicológicas causa un efecto de bienestar en la persona que la da o la recibe (58).



Figura 10. Sonrisa espontanea. (Garcia J. 2013).

El valor de una sonrisa atractiva es innegable, es un aspecto considerado alrededor del mundo por todas las culturas como un signo de amistad. Influye en la vida personal y profesional de todas las personas (59).

Se han estudiado tres tipos de influencia que podría tener la apariencia entofacial; **el primero** fueron los apodos y las burlas, sostuvieron que no se debe subestimar el tratamiento ortodóncico cuando existe alguna anomalía que provoca burla en el paciente, **el segundo** fue la apariencia dental y el atractivo social y determinaron que si afectan a ciertas condiciones sociales como amistad, popularidad e inteligencia; **la tercera** fue la autoestima y la popularidad donde encontraron que si hay relación entre la belleza y estos factores (60).

Mediante un estudio se pudo comprobar que la Rehabilitación Protésica aminora la discriminación social, se concluyó que por lo menos en la auto-percepción tiene un impacto significativo y que los pacientes rehabilitados tienen una percepción de sí mismos más positiva que las personas que no han recibido tratamiento (61).



Figura 11. Paciente mostrando antes y después de la Rehabilitación protésica. (Kerns 1997)

2.3 Bases Legales.

El propósito de la presentación de bases legales es sustentar de manera precisa aquellas leyes, códigos y artículos de tipo legal que avalan y amparan la realización de este estudio. Para ello, se cita a:

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) (1999)

Artículo 83.

Este artículo expresa que la salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantizará como parte de derecho a la vida. El Estado promoverá políticas orientadas a elevarla calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los

servicios. Todas las personas tienen derechos a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República (63).

De acuerdo con lo anterior, en la constitución de Venezuela se establece la salud como un derecho primordial a la población, garantizando el derecho a la vida y los organismos competentes deben brindar asistencia a la salud tanto Pública como privada, estas están en la obligación de promover, cumplir y defender este derecho.

De igual manera, dentro de CRBV se encuentra el artículo 110, que señala:

El Estado reconocerá el interés público de la ciencia, la tecnología, el conocimiento, la innovación y sus aplicaciones y los servicios de información. Necesarios por ser instrumentos fundamentales para el desarrollo económico, social y político del país, así como para la seguridad y soberanía nacional. El sector privado deberá aportar recursos para los mismos, también garantizará el cumplimiento de los principios éticos y legales que deben regir las actividades de investigación científica, humanística y tecnológica (63).

De esta forma, se entiende que la presente investigación es netamente de carácter científico ya que se presenta como un trabajo de grado como requisito parcial para la obtención del título de odontólogo dentro de la República de Venezuela, de este

modo se considera respaldada y apoyada por el Estado en caso de necesitar verificación legal.

Ley Orgánica de Salud (1998)

Artículo 28 que dice:

Que la atención integral de la salud de personas, familias y comunidades, comprende actividades de prevención, promoción, reinstitución y rehabilitación que serán prestadas en establecimientos que cuenten con los servicios de atención correspondiente. Esto guarda relación con las funciones del ejercicio de la odontología, los cuales están destinados a prevenir y tratar las enfermedades que aquejen las estructuras del aparato estomatognático (64).

3.4 Definición de Términos (65)

Proporción áurea: lo sugiere hacia 1911 para determinar la altura del plano de oclusión usando como referencia la distancia real entre la punta de la nariz al mentón, el plano oclusal debe cortar dicho segmento de forma tal que el segmento mayor (mandibular) sea 1,618 con respecto al menor (maxilar).

Belleza: Cualidad de una persona, animal o cosa capaz de provocar en quien los contempla o los escucha un placer sensorial, intelectual o espiritual.

Diente: son cada una de las estructuras duras y de color blanco que se encuentran dentro de la cavidad oral, ancladas a los huesos maxilares. Sirven para masticar, cortar y triturar los alimentos antes de ser ingeridos jugando además un papel importante en el habla y la fonación.

Edentulismo: es una condición que cursa con la ausencia de una o varias piezas dentales.

Estética: Disciplina filosófica que estudia las condiciones de lo bello en el arte y en la naturaleza.

Odontología Estética: es una especialidad que soluciona problemas relacionados con la salud bucal y la armonía estética de la boca en su totalidad.

Prótesis: es un **sustituto artificial de una parte del cuerpo faltante**

Prótesis dental: Es una estructura metálica con varios dientes artificiales que se ancla a los dientes y sirve para reponer las piezas ausentes o estructuras óseas que se han reabsorbido a lo largo del tiempo con la pérdida de los dientes naturales. Mediante estos dispositivos protésicos, se restablece la masticación, la deglución, el habla y la estética de los pacientes.

Prótesis Parcial: Las prótesis **parciales** o los puentes removibles se usan cuando existen uno o más dientes naturales remanentes en la mandíbula superior o en la inferior. Las prótesis **parciales** son sustituciones de alguna pieza dental diseñadas

para encajar entre los dientes naturales remanentes, como si fueran piezas de un puzle.

Rehabilitación: Un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno.

Rehabilitación Total: también llamada Reconstrucción total de boca, es un tratamiento dental intensivo y cosmético que se realiza en una persona que tiene sus dientes en muy mal estado o ha perdido alguna o todas sus piezas dentales.

Sonrisa: es una forma de expresar facialmente un sentimiento de satisfacción.

Tejidos Blandos: Son los que conectan, sostienen y rodean los órganos y otras partes del cuerpo. Los tejidos blandos del cuerpo son los siguientes: Mezcla de hueso y cartílago. Tejido fibroso.

Tejidos Óseos: Tejido que da fuerza y estructura a los huesos.

CAPITULO III

Marco Metodológico

3.1 Tipo y Diseño de la Investigación

3.1.1 Tipo Documental:

Este trabajo de investigación se desarrolló bajo un enfoque documental, según el Manual para la Elaboración y presentación de los Anteproyectos, Proyectos de grados

de Grado de la UJAP (2020), lo define como: el estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente, en trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos. (66).

3.2 Nivel de Profundidad:

El estudio realizado en esta investigación demuestra un nivel de profundidad Descriptiva, pues busca especificar las propiedades importantes y relevantes del objeto en estudio. Permite caracterizar situaciones, o cualquier fenómeno según sus propiedades y atributos.

3.3. Diseño de la Investigación:

Para esta investigación se tomó un diseño bibliográfico el cual se fundamenta en la revisión sistemática, rigurosa y profunda del material documental de cualquier clase. Se procuró el análisis de los fenómenos o el establecimiento de la relación entre dos o más variables, Cuando se opta por este tipo de estudio, el investigador utiliza documentos, los recolecta, selecciona, analiza y presenta resultados coherentes.

3.4. Método de Búsqueda de Información y/o Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

3.4.1. Método de Búsqueda de Información:

Se realizó la búsqueda siguiendo el método para rastreo, localización y por consiguiente búsqueda de artículos originales publicado, que han sido descargados de revistas periódicas especializados sobre el tema a tratar. Las palabras claves

empleadas para la búsqueda fueron: Rehabilitación Protésica, belleza, edentulos, estética, tejidos óseos, tejidos blandos, entre otros.

Bases de datos: Dossier Odontología legal y forense, Revista odontológica Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, TEG de Universidades nacionales e internacionales, [www. bdigital.ula.ve.](http://www.bdigital.ula.ve), Revista Medisur, Revista Universidad y Sociedad, de la Universidad Regional Autónoma de Los Andes- Ecuador., entre otros.

3.4.2. Criterios de inclusión:

- Se utilizaron Investigaciones que estudian y están relacionadas con los cambios faciales antes y después de la rehabilitación protésica en pacientes edentulos.
- Trabajos en inglés y español.
- Trabajos de Grado y publicaciones de Revistas Médicas sobre el tema en estudio que presenten un resumen completo: Objetivos, metodología, resultados y conclusiones.
- Trabajos publicados entre 2016 y 2022.
- Obtenidos en portales virtuales de carácter científico.

3.4.3. Instrumentos de recolección de datos o información.

La información extraída de los artículos se vaciara en fichas bibliográficas-digitales. Estos artículos científicos fueron seleccionados de acuerdo a los objetivos específicos establecidos en el Capítulo I, a la metodología, población y muestra utilizadas en cada

artículo, considerando la línea cronológica de publicación de los mismos. (2016 al 2022). Estas fichas contienen: nombre de los autores, año de publicación, título del trabajo, tipo de metodología, número de la muestra, resultados y conclusiones.

3.4.4. Cuadro de Operacionalización de Variables

Fuente: Castro y Duque. (2022)

CAPÍTULO IV

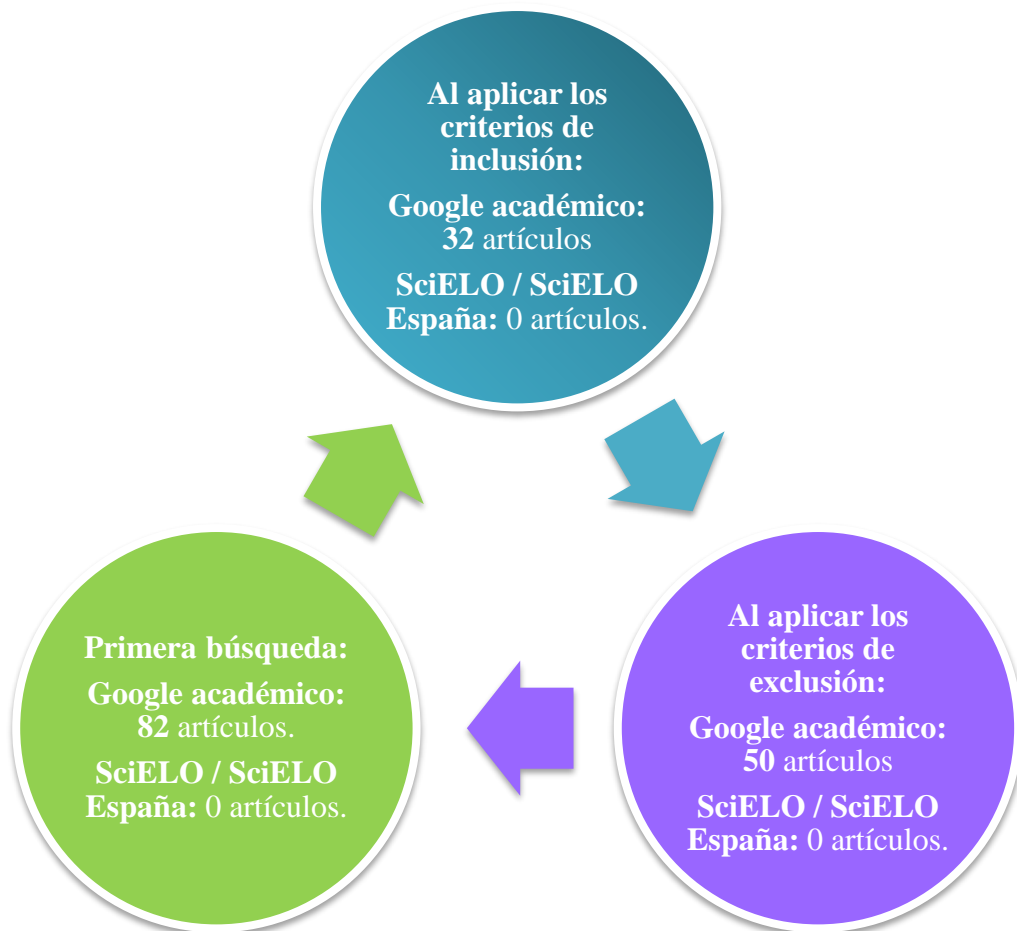
OBJETIVO GENERAL		DETERMINAR LOS CAMBIOS FACIALES QUE SE OBSERVAN EN PACIENTES EDÉNTULOS ANTES Y DESPUÉS DE LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA		
Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Rehabilitación oral	Consiste en recuperar la apariencia de su boca, después de la pérdida o daños en los dientes, causados por las enfermedades bucales o accidentes	Estética Fonética Masticación Biomecánica	Tratar estructuras faciales y detalles anatómicos y morfológicos para el proceso de rehabilitación oral	Textos de consulta, bibliografía electrónica.
Tipos faciales en pacientes edéntulos totales	La biotipología estudia las formas faciales y es utilizado para clasificar a los individuos según sus variaciones de la proporción esqueléticas de la cara	Los diferentes tipos faciales	*Dolicocéfalo *Mesocéfalo *Braquicéfalo	Textos de consulta, bibliografía electrónica.
Edentulismo Parcial o total	Es el número de piezas ausentes en el maxilar superior e inferior.	Tipos de edentulismo	*Edentulismo Parcial *Edentulismo Total *Dentado	Textos de consulta, bibliografía electrónica.

ANÁLISIS CRÍTICO

Este trabajo estuvo enmarcado en una investigación de tipo documental el cual nos ofreció una gran riqueza informativa acerca del tema tratado; pues nosotras las autoras del mismo, creemos que es necesario dar a conocer la importancia que representa para las nuevas generaciones de graduando, o estudiosos de la odontología, el poseer conocimientos actualizados sobre los cambios faciales que se observan en pacientes edentulos antes y después de la rehabilitación protésica y cómo esta influye en la belleza estética de los mismos.

A continuación se mencionaran los descriptores usados en el presente trabajo de investigación: Edentulo, faciales, rehabilitación protésica, estética, sonrisa y en ingles Edentulous, facial, rehabilitation, prosthetic, esthetic, smile. En la primera indagación realizada en los sitios de búsqueda antes mencionados y aplicando los criterios de inclusión se obtuvieron un total de 82 documentos, los cuales se analizaron y se les aplicó los criterios de exclusión en donde se descartaron algunos de ellos (32 escritos), quedando un total de 50 documentos.

4.1 Flujograma



4.2 Discusión de los resultados

Tenemos que destacar que desde tiempos remotos, el hombre se ha manifestado en realizarse tratamientos dentales con motivos casi totalmente estéticos; se

perforaban los dientes, se colocaban piedras preciosas, algunos se limaban con fuerza las piezas dentarias, con el fin de sentirse más atractivos y así causar admiración al sexo contrario, cabe destacar que lo señalado anteriormente lo asevero Lotouche al mencionar que el hombre se ha preocupado siempre por establecer parámetros de estética para hacer una mejor presentación de su rostro considerando el arreglo de sus piezas dentarias y así, lograr una sonrisa agradable (1).

Hoy en día, como en los tiempos pasados, la sociedad le ha dado una gran importancia a los dientes como parte primordial del ejercicio de la masticación; pero el centro de atención de muchos adultos ha dado un giro importante hacia las soluciones estéticas del rostro, buscando una belleza en su dentadura, sustituyendo las piezas perdidas por nuevas, utilizando para esto nuevos materiales como la cerámica o porcelana, el composite, el circonio y el titanio, que conduzcan a la mejora y restablecimiento de su salud bucal y sobre todo darle belleza al rostro.

Es por esto la necesidad de que las nuevas generaciones de la carrera de odontología reconozcan la importancia que representa para el paciente en este siglo, el factor estético, ya que una sonrisa agradable es una aceptación social y permite en forma más placentera las relaciones interpersonales, es por esta razón que muchos pacientes llegan a las instituciones o consultorios odontológicos buscando tratamientos, motivados por la estética bucal así lo manifiesta Maulik y

Nanda, estos autores señalan que el valor de una sonrisa atractiva es innegable y, esta influye en la vida personal y profesional de todas las personas (59).

En este orden de ideas, es necesario señalar estas recomendaciones a los odontólogos:

- Desde el punto de vista físico social el profesional de odontología debe estar comprometido con los postulados de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual manifiesta sobre la estética la siguiente definición: “Es la especialidad odontológica dirigida a solucionar problemas relacionados con el aspecto de la boca; el objetivo es mantener una sonrisa natural, más bonita y armónica mediante tratamientos sencillos, indoloro y de corta duración, la cual debe considerarse junto con la función masticatoria, de gran importancia.
- De igual manera, es necesario mencionar que el profesional de la carrera odontológica, al realizar una rehabilitación protésica parcial o total deberá siempre atender todas las exigencias tanto estéticas, como las funcionales en el paciente, se pueden nombrar dos grupos; el primero se refiere a la forma y el color y la segunda comprende la fonética y la oclusión para así, por último, realizar la valoración.

Es significativo señalar el aporte de Loutoche al expresar que la falta de conocimiento en la estética por el profesional de la salud bucal, muchas veces trae como consecuencia malas praxis clínica, las cuales se hacen notorias por la insatisfacción del paciente, creando en él frustración e incapacidad para

comunicarse cómodamente y de realizar bien el ejercicio de la masticación, lo que imposibilita el éxito de la Rehabilitación Protésica, no obstante para llevar a cabo este tratamiento principalmente hay que establecer las necesidades y deseos del paciente (1).

- Cuando el paciente es evaluado para la colocación de una prótesis oral no deben faltar los siguientes instrumentos como lo son: la fotografía, radiografías y modelos de estudio, ya que estos aportan información significativa sobre la estética de la cavidad bucal. Estos instrumentales ayudan en el diagnóstico y en la consecución del tratamiento.
- Otro punto importante en la valoración de una rehabilitación protésica es **la Simetría Facial**, la cual se debe realizar tomando en cuenta la proporción entre los tercios faciales a través de líneas de referencias perpendiculares al plano medio sagital, que son tangentes a estructuras visibles: la raíz del cabello, las crestas superficiales, la línea subnasal y una última en el borde inferior del mentón; dividiendo así al rostro en tres tercios: superior, medio e inferior. El paralelismo o divergencia de estos planos sirve para valorar la simetría y localizar el defecto. En esas dimensiones se deben conocer los diferentes biotipos faciales: braquifacial, dolifacial y meso facial.

En este sentido hay que destacar la opinión de Vélez donde expresa que gracias al establecimiento de estos trazos o medidas se ha podido determinar ciertos factores

que influyen en la estética de la sonrisa, entre estos el arco de sonrisa, la simetría facial, los corredores bucales, entre otros (52).

- En el mismo orden de ideas se estudiaron los factores que se deben de tomar en cuenta en la estética de prótesis totales, entre estos tenemos: la proporción dental, el color, el tamaño, posición de la sonrisa, la línea labial y su relación con la visibilidad, la caracterización de la estética gingival, simetría de la posición de los dientes, línea media dental, línea media de cara y labios (52).
- Es necesario resaltar, además de todo lo dicho anteriormente que la selección de dientes depende de la dimensión vertical y de la relación céntrica, así como también, el odontólogo debe de tomar en cuenta el punto de referencia lo cual es la posición de expresión facial agradable cuando el edentulo o paciente junta los labios con los rodetes de prueba; a la vez el borde del rodete queda en la oclusión a 2mm, 1mm por debajo del labio superior en reposo, de esta manera se debe destacar, que al pedir el doctor al paciente que sonría este deja al descubierto parte del rodete, o toda la altura del rodete más el plato base que representa la encía.
- ¿Cuándo se da de Alta al Paciente con Restauración Protésica?

Cuando este se haya restaurado y se encuentre en capacidad o en condiciones de realizar la función oclusal adecuadamente con la prótesis, además de no ofrecer sintomatología dolorosa, inestabilidad o molestia de la prótesis. Es importante

señalar que el tratamiento fue un éxito, cuando el paciente mantiene la misma (prótesis) durante un lapso de 5 años sin molestia.

El aspecto facial juega un papel importante en el desarrollo de las personas, por lo que son muy vulnerables a las críticas del entorno cuando poseen características distintas a las conocidas como la armónica y la simetría.

Las personas que poseen una estética facial dentro de los parámetros considerados normales tienen una mayor autoestima logrando un aspecto facial determinado, una apariencia natural y autentica, es decir, una armonía facial, y así lo afirma Nanda cuando expresa que la Rehabilitación Protésica aminora la discriminación social, y que la misma tiene un impacto significativo, en los pacientes rehabilitados pues, estos tienen una percepción de sí mismo más positiva que las personas que no han recibido tratamiento (61).

El análisis realizado nos demuestra la importancia de este trabajo al proporcionar un aporte tanto académico como profesional a los egresados de esta noble casa de estudios, ya que el odontólogo hará hincapié como experto del área bucal, en un correcto diagnóstico y posterior tratamiento a los pacientes edentulos necesitados de una prótesis dental; es por eso la emergencia de actualizar los conocimientos ajustados a la necesidad individual, la condición socio cultural y económico de los mismos.

Este profesional debe estar atento que no solo se realiza una rehabilitación protésica para devolver la función masticatoria sino también la estética o belleza del rostro, de esta manera Gul enuncia que el proceso del diagnóstico se inicia con el análisis facial, evaluando el esqueleto y tejidos blandos en una vista lateral y frontal, el cual es fundamental para la orientación de un plan de tratamiento adecuado que se dirija no solo hacia una mejoría en el aspecto del rostro sino también al desarrollo funcional adecuado de la cavidad oral (51).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- La odontología es una especialidad médica que durante muchos años se ha visto relacionada exclusivamente con el tratamiento del dolor y la restauración de dientes para una buena función. Hoy en día este concepto ha dado un giro completo, ya que la sonrisa se ha convertido en un parámetro importante de evaluación del aspecto físico del ser humano.
- Aun cuando la sociedad le da gran importancia a los dientes como parte primordial en el ejercicio de la masticación, es bueno resaltar el valor que representan estos en la actualidad para el adulto en las soluciones estéticas de su rostro.
- Hoy en día, la estética comprende no solo la belleza y la armonía sino también lo natural.
- Los objetivos primordiales de la odontología estética son: crear dientes de proporciones placenteras en relación con los otros dientes y, crear arreglos dentarios en armonía con la encía, labios y la fisionomía del paciente.
- El odontólogo cuando realiza una rehabilitación parcial de los dientes interiores con una prótesis fija o removible, deberá atender siempre tanto, las

exigencias estéticas como las exigencias personales: entre estas el color, forma, fonética, oclusión.

- La odontología estética requiere de la atención y tratamiento de los problemas y deseos individuales del paciente.
- Actualmente, el odontólogo goza de los avances tecnológicos y nueva gama de materiales para la mejora y el restablecimiento de la salud bucal, en donde las restauraciones estéticas en cerámica o porcelana, el composite, el circonio y el titanio, permiten tener la misma resistencia y durabilidad, incrementado la belleza, la estética y la función de los dientes.
- Las prótesis dentales son sustitutos artificiales que han sido creados para remplazar dientes y tejido adyacente perdidos.
- El porcentaje de personas que usa prótesis dentales aumenta progresivamente con la edad y después de los 65 años la mayoría de las personas usan prótesis dentales en uno o ambos maxilares.
- Por este gran número de pacientes se hace necesaria la confección de prótesis dentales que cumplan con los requisitos estéticos y funcionales adecuados para los pacientes desdentados.
- Cada región facial presenta características diferentes como es la proporción simétrica que, le dan la categoría de belleza estética. No obstante es importante evaluar globalmente el perfil de cada paciente de acuerdo a su biotipo facial.

- Como profesionales de la rehabilitación de la cavidad bucal, debemos tener conocimiento de diferentes biotipos faciales para así crear una disposición proporcionada en relación a los distintos elementos estéticos con los principios conocidos. Tomando siempre en cuenta que el atractivo deriva del sentido general del paralelismo y de la simetría, los rasgos faciales estructurales.
- Todo lo manifestado aporta conocimientos al profesional y es el que interpretara estos conceptos y los aplicara en su quehacer diario en la fase clínica de la confección de la prótesis ideal.

Recomendaciones

- Para obtener resultados tanto en estética como en funcionalidad se deben de considerar factores relacionados entre sí como la forma de la cara, el sexo, la edad, el color de la piel, los rebordes, el espacio interproximales, la dimensión vertical y el tamaño de los dientes en la sociedad.
- En la población existen diferentes formas de rostros como la triangular, ovoide y cuadrada. El tamaño de los dientes deben ser proporcional a la cara, en pacientes mujeres se escogen de menor tamaño. La medida se puede determinar mediante los registros estéticos del rodete o sea, línea media, línea de sonrisa y línea de los caninos, por eso es importante o necesario que el odontólogo los marque al considerar la dimensión vertical.

- Se debe tomar en cuenta la selección del color de los dientes para lograr una sonrisa ideal y confortable en el paciente: al obtener la línea media de los rodetes esta debe coincidir con la línea media facial, la línea de la sonrisa representa la altura de los incisivos centrales, la línea de los caninos determina la amplitud de los seis dientes anteriores.
- El profesional de la odontología no debe retrasar por mucho tiempo el reemplazo de los dientes perdidos ya que trae por consecuencias: inclinación, migración de los dientes remanentes hacia el espacio edentulo y presencia de diastemas.
- Se ha podido establecer que las bases racionales en el tratamiento protésico pueden ser clasificadas en tres categorías: Factores biológicos, Factores estéticos, Factores mecánicos. Los factores biológicos y estéticos contribuyen al éxito de las restauraciones. Los factores mecánicos son los responsables de preservar la integridad y durabilidad de las restauraciones.

Referencias Bibliográficas

- (1).- Latouche, M. **“Protocolo para la Planificación Estética de Prótesis fija Antero – superior”**. Universidad Central de Venezuela. Caracas. (2009).
- (2).- Montenegro, A; Laguna Pérez, A. **"Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida"**.2014 Departamento de Enfermería Universidad de Alicante. Apdo 99/E-03080 Alicante.
- (3).- Ortiz C, Moreno A. **Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años**. Derecho habiente del IMSS. Av Odontostomatol [Internet]. 2014 Ago [citado 2019 Ene 24]; 30(4): 195-203.
- (4).- Zarb G, Bolender C, Hickey J et al. **Prostodoncia total de Boucher**. 10ª ed. México: Editorial Interamericana; (1994).
- (5).- Matos D. **Manual de Prótesis Sobre Implantes Pasos Clínicos y Laboratoriales**. Brasil: Editorial Artes Médicas Latinoamericana; (2007).
- (6).- Aschheim, & Dale. **Odontología estética**. Madrid: Elsevier. (2002).
- (7).- Gutiérrez V, León R, Castillo E. **Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal**. Rev Estomatol Herediana. [Internet]. 2015; 25(3):179-86.
- (8).- **Manual para la Elaboración y presentación de los Anteproyectos, Proyectos de grados de Grado de la UJAP (2020)**.

- (9).-Tamayo y Tamayo. **El proceso de la investigación científica**. 4ta.ed.- México: Limusa. (2004).
- (10).- Sabino, Carlos. **El Proceso de Investigación**. Ed. Panamericano. Bogotá. (2008).
- (11).- Jiménez-Quintana Z, Grau-León I, Maresma-Frómata R, Justo-Díaz M, Terry-Pérez E. **Impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos mayores**. Medisur [revista en Internet]. 2021 [citado 2022 Nov 6]; 19(1): [aprox. 7 p.].
- (12).- Granda Macías, L. A., & Ruiz López, P. A. **Rehabilitación oral en una paciente con maloclusión esquelética clase III tratada en la UAO–Uniandes**. Revista Universidad y Sociedad, 13(S3), 2021.18-22.
- (14).- Tischler M, Patch C, Bidra AS. **Rehabilitation of edentulous jaws with zirconia complete-arch fixed implant-supported prostheses: An up to 4-year retrospective clinical study**. J Prosthet Dent. 2018; 120(2):204-9.
- (15).- Mallat E, Keogh T. **Prótesis parcial removible: clínica y de laboratorio** [Internet]. España: Elsevier España; 1996 [citado el 8 de oct. de 2016]. (3, 346-349).
- (16).- Fernández B, Medina E, et al. **Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos**. Publicado por Elsevier España. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. [Internet]. 2016; 9(1):59-65. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0718539116000057/1-s2.0-S0718539116000057-main.pdf?_tid=4c4228c3-1ee3-43d9-bba8-4a229d83c4ef&acdnat=1543699036_c954a78e1a694e8b7c5b9ae3da175b78

(17).- Matute X, Pacheco M. **Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos de la unidad académica de salud y bienestar – UCACUE**, Revista OACTIVA UC Cuenca. [Internet]. 2016. Artículo Original. 2 (1): 21-26.

(18).- Bratu E, Bratu D, Antonie S. **Classification systems for partial edentulism**. OHDMBSC [Internet]. 2007 Dic [citado el 8 de oct. de 2016]; 6(4): 50-5.

(19).- Vanegas E, Villavicencio E, Alvarado O, et al. **Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016**. Rev. Estomatol. Herediana 2016; 26 (4): 215-221. (20). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000400003&lng=es

(20). - Seibert J. **Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part I. Technique and wound healing**. Compend Contin Educ Dent 1983; 4(5):437-53.

(21).- Allen E, Gainza C, Farthing G, Newbold A. **Improved technique for localized ridge augmentation**. A report of 21 cases. J Periodontol 1985; 56(4):195-9.

(22).- Gutiérrez V, León R, Castillo E. **Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal**. Rev Estomatol Herediana. [Internet]. 2015; 25(3):179-86.

(23).- Ortiz C, Moreno A. **Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años** derechohabientes del IMSS. Av Odontoestomatol [Internet]. 2014 Ago [citado 2019 Ene 24]; 30(4): 195-203. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000400003&lng=es.

(24).- Benson J. **Odontología Bioestética**. Missouri: OBI Foundation for Bioesthetic Dentistry; 2014.

(25).- Ortiz Núñez JA. **Rehabilitación de un paciente desdentado total como alternativa para mejorar su calidad de vida** [internet]. Quito: Universidad Internacional del Ecuador (UIDE); 2014 [citado 21 feb. 2018].

(26). Cortez, V, Carrasco F. **Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas butachauoues y Tac, Quemi..** Rev Chil Salud Pública. [Internet]. 2014; 18 (3): 257-262.

(27)-. Belaunde M, Salazar F, Castillo D. **Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo**. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2012; 22(2):77-81. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539370002>

(28).- Fernández M, Medina C, Márquez M. Vera S. **Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos**. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2016; 9(1): 59-65.

(29).- Cargua J. **Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación Kennedy en la ciudad de Quito**. (Tesis no publicada). Universidad de las

Américas, Quito. 2016. Disponible en:
<http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/6005>

(30).- Villafuerte R, et al. **Análisis de la prevalencia de la clasificación de Kenedy en pacientes parcialmente edéntulos.** Rev. Cient. Univ. Odontol. Dominic. [Internet]. 2016. 3 (2): 19-27. Disponible en:
<https://revistacientificauod.files.wordpress.com/2017/01/analisis-de-la-prevalencia-de-laclasificacion-de-kennedy-en-pacientes-parcialmente-edentulos.pdf>

(31).- San Martín C, Villanueva J, Labraña G. **“Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor”. Parte II.** Revista Dental de Chile. 93 (3): 2002. 23-26. 40

(32).- Esquivel R, Jimenez J. **Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal.** Rev ADM [Internet]. 2012 [citado el 14 de oct. de 2016]; 69(2): 69-75.

(33).- Finbarr P, Sinclair A. **A Review of the Functional and Psychosocial Outcomes of Edentulousness Treated with Complete Replacement Dentures.** J Can Dent Assoc 69 (10):2003. 662.

(34).- Araneda J, Rochefort C, Matas J, Jiménez L. **“Prioridad para el adulto mayor que utiliza prótesis removible ¿estética o función? Estudio realizado en pacientes adultos mayores que concurren a la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.** Revista dental de Chile. 100 (2). 2009.14-22.

- (35).- Loza FD, Valverde MH. **Diseño de Prótesis Parcial Removible**. 1ª Edición. Madrid, España. Editorial Médica Ripano. 2006. (101, 102).
- (36). - Baker P. **Maxillomandibular relationship philosophies for prosthodontic treatment: A survey of dental educators**. J Prosthet Dent 93:2005.Pp- 86-90.
- (37). - Bravo G, Bustamante J, Cabrera. **Métodos de registro de Dimensión Vertical en desdentados totales**. Facultad de Odontología, Universidad Mayor. 2011
- (38).- Boucher C. **Prosthodontic treatment for edentulous patients**. Ed. Saint Louis: Mosby. 1975. Pp: 268-269.
- (39). - Kawabe S. **Dentaduras totales**. Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica C.A. Caracas, pp: 55-63. (1992).
- (40).- Velástegui CA. **Rendimiento masticatorio y Nivel de satisfacción en pacientes rehabilitados con prótesis parcial y total removible en la Clínica de Posgrado de Rehabilitación Oral de la FO – UCE** en el período 2016 -2017 [Tesis de titulación en Internet]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2017 [citado el 8 de oct. de 2016]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10365>
- (41).- Luengo D, Moyano G. **Estudio comparativo del rendimiento masticatorio en pacientes desdentados parciales con y sin Prótesis Parcial Removible**. Rev. Dent. Chil. [Internet]. 2012 [citado el 6 de oct. de 2016]; 103(3): 5-11 Disponible en:

<http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20noviembre%202012/masticatoria.htm>

(42).- Terrones ED. **Comparación del rendimiento masticatorio pre y post rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán – Chiclayo – Perú, 2016. 73.** [Tesis de titulación en Internet]. Perú: Universidad Señor de Sipán; 2017 [citado el 8 de oct. de 2016]. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/xmlui/handle/uss/2563>

(43) Tallgren, A. (**"The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete denture wearers: A mixed longitudinal study covering 25 years"**). J. Prosthet. Dent.

(44). - Gunnar, C. **"Clinical Morbidity and sequelae of treatment with complete dentures"**. J Prosthet Dent. 79(1): 1998. 17-23.

(45) Garret, N. "et al". **"Effects of improvements of poorly fitting dentures and new dentures on masseter activity during chewing"**. J. Prosthet Dent. 76(4): 1996. 394-402.

(46).- Gutiérrez M, Sánchez Y, Castillo Y. **Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis.** Correo Científico Médico [Internet]. 2013 Dic [citado el 14 de oct. de 2016]; 17(4): 452-60.

(47).- Saizar, P. **"Prostodoncia total"**. Segunda edición Buenos Aires Argentina 1972 494p. p. 111-125 Cáp. 6.

- (48).- Holm-Pedersen, P. Loe, H. **“Text Book of geriatric Dentistry”.** **Prosthetic considerations in geriatric dentistry**, 2nd edition. . Munksgaard, copenhagen, 1996. 584 p. 446-66. Cap. 26.
- (49). - Bergdahl J, Anneroth G, Perris H. **“Personality characteristics of patients with resistant burning mouth syndrome”** *Acta Odontol Scand.* 1995; 53: 7-11.
- (50).-Fischer, J. **Esthetics and Prosthetics.** Alemania: Quintessence.1999.
- (51). - Gul, E. E., & Mubassar, F. **Changes in Smile Parameters as Perceived by Orthodontists, Dentists, Artists and Laypeople.** *World Journal of Orthodontics.* 2008.
- (52). - Velez, C. et al”. **“Tratamiento estético integral del sector anterior de la boca”** Magazine internacional collage of Dentisis section four, Vol. 10 N°1, 2002. Pp. 108,
- (53).- Coachman, C. (3 de septiembre de 2013). Digital Smile Design.
- (54).- Canut, J. A. **Ortodoncia Clínica.** Barcelona: at.1988
- (55).- Definición.de. *Belleza.* <http://definicion.de/belleza/>.2012
- (56).- Gershenson, C. **Mi Estética.** UNAM. 2000
- (57).- Kerns, L., Silveira, A., Kerns, D., & Regennitter, F. **Esthetic Preference of the Frontal and Profile Views of the same Smile.** *Journal of Esthetic Dentistry.* 1997
- (58). - Terry, D. A., & Pirtle, P. L. Learning to smile: **The neuroanatomic basis for smile training.** *Journal of Esthetic and restorative dentistry.* 2001

(59). - Maulik, C. & Nanda, R. **Dynamic Smil Analysis in Young Adults.** *American Journal of Orthodontics and Dentofacia Orthopedics.* 2007.

(60). - Sarver, D. M. **The Importance of Incisor Positioning in the Esthetic Smile: The Smile Arc.** *American Journal od Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.* 2001

(61).-Nanda, R. **Biomecánicas y Estética.** Colombia: Amolca. 2007

(62).-Rutzen, S. R. **The Social Importance of Orthodontic Rehabilitation.** *Journal of Health and Social Behavior.* 1973.

(63)- **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.** 1999

(64)- **Ley Orgánica de Salud.** Venezuela. 1998

(65)- Diccionario Odontológico. **Definiciones y Términos basados en Odontología.** Brasil. 2018

(66)- Páez H., Figueredo O., González Yole., Martínez E., Moreno J., Jiménez E., et al. **Manual para la elaboración y Presentación de los Anteproyectos, Proyectos de Trabajos de Grado, Trabajos de Grado, Tesis Doctorales e informe de pasantía y extramuros de la Universidad José Antonio Páez.** Carabobo. 2020

ANEXOS

Tabla N° 2: Referencias bibliográficas del Objetivo N°01: Mencionar los factores que inciden en los tratamientos protésicos dentales.

TITULO	AUTOR	FECHA	OBJETIVO GENERAL	CONCLUSIONES
--------	-------	-------	------------------	--------------

<p>Frecuencia del Edentulismo Parcial y Total en adultos y su relación con factores asociados.</p>	<p>Venegas E., Villavicencio E. Alvarado O., et al.</p>	<p>2016</p>	<p>Conocer la frecuencia y relación de los tipos de Edentulismo con el estado nutricional, calidad de vida, género y edad de los pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.</p>	<p>El Edentulismo es un factor de riesgo para una menor calidad de vida. Mas sin embargo no existe correlación entre el Edentulismo parcial o total y el estado nutricional de los pacientes.</p>
<p>Reconstrucción de crestas deformadas y parcialmente edéntulos, utilizando injertos onlay de espesor completo. Parte II. Interrelación protésica/periodontales.</p>	<p>Seibert J.</p>	<p>1983</p>	<p>Los defectos de la cresta alveolar se observan comúnmente en pacientes parcialmente dentados y ponen en peligro el habla, la apariencia y el mantenimiento de la higiene oral.</p>	<p>Esta investigación se centró en los diferentes tipos de defectos que puede presentar la cresta en los pacientes edéntulos y, sus opciones de tratamiento.</p>
<p>Caracterización de resultados bioestéticos de la rehabilitación protésica con el uso de guía de evaluación</p>	<p>López de Castro Alonso A, Expósito Milián V.</p>	<p>2019</p>	<p>Propuesta del uso de una guía de evaluación estética para la rehabilitación protésica, incorporando aspectos que se consideran necesarios para</p>	<p>El uso de la guía contribuyó a lograr resultados bioestéticos positivos en los pacientes rehabilitados</p>

			integrar la rehabilitación al complejo buco facial, en aras de lograr armonía en el rostro.	
Análisis de la prevalencia de la clasificación de Kennedy en pacientes parcialmente edéntulos.	Villafuerte R., Ortiz E.	2016	El autor estudio el Edentulismo parcial y la prevalencia de la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica de postgrado de rehabilitación oral, entre uni y bimaxilares.	Villafuerte concluyo que existe una mayor incidencia de pacientes Clase I en mujeres y Clase IV en hombres dando un valor de 15 mujeres Clase I y 8 hombres Clase IV
Prevalencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removibles totales y parciales que fueron atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en el periodo 2012- 2016	San Martin C., Villanueva J., Labraña.	2002	Determinar la prevalencia y el tipo de estomatitis subprotésica, en pacientes portadores de prótesis totales y parciales que fueron atendidos en la clínica de prostodoncia de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, durante el	El autor de este estudio concluyo que la estomatitis subprotésica se mostró mayor en pacientes del sexo femenino, y en adultos jóvenes, los mismos que habían cambiado su aparato protésico hace menos de 5 años.

			periodo 2012 - 2016.	
--	--	--	-------------------------	--

Tabla N° 3: Referencias bibliográficas del Objetivo N°02: Describir los cambios faciales que se observan en los pacientes antes de la Rehabilitación Protésica.

Título	Autor	Año	Objetivo General	Conclusiones
---------------	--------------	------------	-------------------------	---------------------

<p>Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS</p>	<p>Ortiz B., y Moreno A.</p>	<p>2014</p>	<p>Identificar la relación que hay entre la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO) en pacientes con pérdida dental y uso de prótesis removible</p>	<p>Las autoras llegaron a la siguiente conclusión: que las prótesis removibles, aunque no sean la mejor elección en algunos casos, sigue siendo una opción viable que mejora el impacto en la Calidad de vida por sus características de ser más económico que otras opciones, estéticamente aceptables y fáciles de limpiar. En pacientes con menos de 20 dientes se les recomienda el uso de las prótesis removibles, así no sean de optima calidad.</p>
<p>Protocolo para la a planificación estética de prótesis fija antero-superior.</p>	<p>Latouche M.,</p>	<p>2009</p>	<p>Planificar diferentes alternativas de tratamiento para la realización de prótesis fija antero-superior que sean estéticas y funcionales, las cuales puedan ser</p>	<p>Menciona que a través del diagnóstico adecuado se puede lograr obtener alternativas de tratamientos que sean funcionales, biocompatibles, estéticos y se comporten, en lo</p>

Titulo	Autor	Año	Objetivo General	Conclusiones
			puestas en práctica por el Odontólogo actual.	posible, como dientes naturales, para evitar futuros fracasos en la prótesis fija antero-superior.
Determinación de la Dimensión Vertical Oclusal en desdentados totales: comparación de métodos convencionales con el craneómetro de Knebelman	Bravo G., Bustamante J. y Cabrera	2011	propósito fue comparar la DVO determinada mediante métodos convencionales y la determinada por el craneómetro de Knebelman en el mismo paciente	Para los autores el El Craneómetro de Knebelman podría constituir un valioso instrumento que permitiría establecer una DVO inicial o de base, a partir de la cuál se podría establecer la DVO definitiva, complementándolo con los procedimientos convencionales de registro.

Tabla N° 4: Referencias bibliográficas del Objetivo N°03: Describir los cambios faciales que se observan en los pacientes después de la Rehabilitación Protésica.

TABLA	AUTOR	AÑO	OBJETIVO GENERAL	CONCLUSIONES
Comparación del rendimiento masticatorio pre y post rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes de la clínica estomatológica de la universidad señor de sipán – chiclayo – Perú, 2016	Terrones E.	2016	Comparar el rendimiento masticatorio de pre y post rehabilitación con prótesis parcial removible en pacientes de la clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante el año 2016.	<p>El Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy que más predomina en la investigación realizada es la clase III con el 46.7%, seguido de la clase II con el 30% y por último se encuentra la clase I con el 23.3%.</p> <p>El rendimiento masticatorio de pacientes 30 días después de ser rehabilitados con prótesis parcial removible en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante el año 2016, según la clase de Kennedy se encuentra que la clase I tiene un 40, 81%, la clase II 48,98%, y la clase III 51,52% de rendimiento masticatorio</p>
Análisis de la percepción estética de la sonrisa	Palma C.,	2010	Determinar la percepción estética de la	Existen diferencias en relación a la percepción de la

			<p>sonrisa, que poseen individuos jóvenes y adultos legos, tanto como expresión facial como elementos constituyentes de una sonrisa bella</p>	<p>estética de la sonrisa, en los individuos jóvenes y adultos, en donde en los jóvenes prima más la alineación de piezas mientras que en los adultos el color de las piezas es más importante. Sin embargo, ambos grupos concuerdan en la importancia de tener la totalidad de piezas dentarias, siendo más valorado en la población adulta.</p>
--	--	--	---	---