



**PROTESIS TOTAL PARA PACIENTE GERIATRICO DIABETICO CON
REBORDE ALVEOLAR ATROFICO Y FRENILLO HIPOTROFICO**

Autores:

Crosby Leon

Luzmila Ramones

Urb. Yuma II, Calle N 3. Municipio San Diego.

Teléfono:(0241) 8714240(master) – Fax: (0241)871239



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



**PROTESIS TOTAL PARA PACIENTE GERIATRICO DIABETICO CON
REBORDE ALVEOLAR ATROFICO Y FRENILLO HIPOTROFICO**

Trabajo de Grado para optar al título de
ODONTOLOGO

Autor(a): Crosby Leon

Autor(a): Luzmila Ramones

Tutor(a): Martin Correa

San Diego, noviembre 2023



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



CONSTANCIA DE ACEPTACION DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Proyecto de Trabajo de Grado, elaborado por el(a), los ciudadano(a) **CROSBY LEON, LUZMILA RAMONES**, titular de la cedula de identidad N° V-29.639.644, V-30.222.638, para optar al grado académico de **PREGRADO EN ODONTOLOGIA**, cuyo título es: **“PROTESIS TOTAL PARA PACIENTES GERIATRICOS DIABETICOS CON REBORDE ALVEOLAR ATROFICO Y FRENILLO HIPOTROFICO**, adscrito a la línea de investigación: **CASO CLINICO**, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad Jose Antonio Páez.

En San Diego, a los 26 días de noviembre del mes de noviembre del año dos mil veintitrés


OD. Martín Correa
PROSTODONCISTA
CI: V-6.138.509
(Firma autógrafa del tutor) CV: 12957 - M.P.P.S: 12708

MARTIN CORREA

C.I V-6.138.509



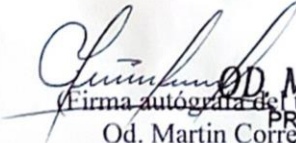
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA



**CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA
DEL TRABAJO DE GRADO**

Quien suscribe, Martin Correa, portador de la cédula de identidad N° 6.138.509 , en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por los ciudadanos Leon Crosby y Ramones Luzmila, titulares de la C.I. 29.639.644 y 30.222.638 respectivamente, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es **“PROTESIS TOTAL PARA PACIENTE GERIATRICO DIABETICO CON REBORDE ALVEOLAR ATROFICO Y FRENILLO HIPOTROFICO”**, 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 30 días del mes de abril del año dos mil veinticuatro.


(Firma autógrafa del tutor)
Od. Martín Correa
PROTODONCISTA
C.I.: 6.138.509 C.I.: V-6.138.509
COV. 12957 - M.P.P.S: 12708



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
 UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE 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 **“PROTESIS TOTAL PARA PACIENTE GERIATRICO DIABETICO CON REBORDE ALVEOLAR ATROFICO Y FRENILLO HIPOTROFICO”**, realizado por los ciudadanos **CROSBY LEON** y **LUZMILA RAMONES**, titulares de la cédula de identidad **V-29.639.644** y **V- 30.222.638**, respectivamente. Cursantes de la carrera **ODONTOLOGÍA**, hace constar que después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su **aprobación**.

En San Diego, a los cuatro días del mes de abril del año dos mil veinticuatro

Jurado
 Nombre: Leonard Bestamante
 C.I.: V.B. 063.369



Jurado
 Nombre: Loreana Albornoz
 C.I.: 22.225.717

Tutor Académico
 Nombre: Martin correa
 C.I.: 6.138.509

AGRADECIMIENTOS

- Primeramente, a Dios por guiarnos y nunca abandonarnos a lo largo de nuestro camino, por darnos la fortaleza, valentía y sabiduría para poder enfrentar todos los desafíos presentados a lo largo de la vida.
- A nuestros padres, abuelos y familiares que ya no están en nuestro plano terrenal por inculcarnos buenos principios, brindarnos todo ese apoyo, amor y confianza cuando más de una vez se pensó en tirar la toalla.
- A nuestros amigos y futuros colegas por su ayuda y apoyo en mucho de los procesos que dieron lugar en este camino.
- A nuestro profesor y tutor Martín Correa por la buena disposición a todo momento, por brindarnos los conocimientos y consejos necesarios para la realización de este caso.
- A nuestra colega y Técnico Dental Ana Centeno por la buena disposición y colaboración durante este camino.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios, que inspiró nuestro espíritu para la realización de este Trabajo de Grado.

A nuestros padres León C, Acosta A, Ramones A y Sanchez Y, quienes nos dieron vida, educación, apoyo y consejos.

A León G, Acosta J, Sanchez R y Ramones L que nos observan desde el cielo.

A nuestros amigos Pérez D, Garrido A, Martínez J, Rodríguez J, Nuñez H, Gutiérrez Y, Pineda J, Duran L, Hernández J, que sin su ayuda nunca se hubiera podido hacer esta tesis.

A nuestros compañeros de estudio y futuros colegas que recorrieron el mismo camino que nosotros.

Desde lo más profundo de nuestro ser se lo agradecemos a todas aquellas personas que fueron parte de este largo camino.

INDICE GENERAL

	CONTENIDO	pp.
	RESUMEN INFORMATIVO	Viii
	INTRODUCCION	1
	CAPITULO	
I	EL PROBLEMA	
	1.1 Planteamiento del Problema.....	3
	1.1.2 Formulación de Problema.....	8
	1.2 Objetivos de la Investigación.....	8
	1.2.1 Objetivo General.....	8
	1.2.2 Objetivos Específicos.....	8
	1.3 Justificación.....	9
II	MARCO TEÓRICO	
	2.1 Antecedentes.....	10
	2.2 Bases Teóricas.....	13
	2.3 Bases Legales.....	16
	2.4 Definición de Términos.....	17
	2.5 Cuadro de Operacionalización de Variables.....	19
III	MARCO METODOLÓGICO	
	3.1 Tipo de Investigación	20
	3.2 Diseño de la Investigación	20
IV	PRESENTACIÓN DEL CASO	
	4.1 Anamnesis	23
	4.2 Diagnóstico intraoral	23
	4.3 Diagnóstico Funcional	24
	4.4 Diagnostico Facial	25
	4.5 Toma de impresión anatómica y confección de cubetas individuales.....	25
	4.6 Recorte Muscular y toma de impresión funcional.....	26
	4.7 Placa base y rodetes.....	27
	4.8 Prueba de enfilado.....	27
	4.9 Glaseado e instalación.....	28
	4.10 Primer y Segundo Control.....	29
	4.11 Discusión del Caso.....	29

V	CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	
	5.1 Conclusiones.....	31
	5.2 Recomendaciones.....	31
REFERENCIAS.....		33



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

PROTESIS TOTAL PARA PACIENTES GERIATRICOS DIABETICOS CON REBORDE ALVEOLAR ATROFICO Y FRENILLO HIPOTROFICO

Autor(a): Crosby Leon

Autor (a): Luzmila Ramones

Tutor(a): Martin Correa

RESUMEN INFORMATIVO

Introducción: La salud bucal no está separada de la salud general, pero mantener una salud oral en pacientes geriátricos es un reto complicado y sobre todo diferente. Algunos pacientes geriátricos presentan ciertas limitaciones físicas, mentales y sistémicas que complican el mantener y devolver la función oral de estos pacientes. **Objetivo:** Describir el abordaje protodontico del paciente geriátrico con reborde alveolar atrófico y frenillo hipotrófico **Metodología:** La investigación se trata de un reporte de caso clínico donde los investigadores no solo observarán, participará y describirá el abordaje del caso, apoyada en la línea de investigación Odontología Clínica y Correctiva, el diseño de la investigación es cuasiexperimental debido que la investigación será dada por el manejo de un solo paciente. **Resultados:** Durante los controles realizados no hubo lesión aparente de los tejidos blandos sino satisfacción por parte del paciente con su prótesis. **Conclusión:** La rehabilitación protodontica del paciente geriátrico diabético con reborde alveolar atrófico y frenillo hipotrófico es posible y puede mejorar la calidad de vida del paciente.

Descriptor: Prótesis, Geriátrico, Diabetes, Reborde Alveolar, Atrófico, Frenillo, Hipotrófico.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de grado, se desarrolla en el área de la odontología clínica y correctiva, exponiendo la necesidad del abordaje detallado en el área clínica, incluso desde el nivel de pregrado, específicamente en el ámbito de la prostodoncia, particularmente a raíz de que los métodos convencionales y tradicionales mediante los cuales se elabora una prótesis total no suelen ser completamente satisfactorios para aquellos pacientes de la tercera edad, específicamente aquellos pacientes que presentan diabetes, reborde alveolar atrófico y frenillo hipotrófico. Cabe destacar que los pacientes al presentar estas características poco frecuentes, los métodos convencionales suelen manejar como plan de tratamiento un abordaje quirúrgico, lo cual resulta ser traumático y estresante. Ahora bien, el objetivo general de este reporte de caso es describir el abordaje prostodóntico del paciente geriátrico diabético con reborde alveolar atrófico y frenillo hipotrófico, en colaboración con la técnico Ana Centeno y el profesor Martin Correa para el diagnóstico, diseño e instalación de la prótesis total, para ello la secuencia de los objetivos específicos nos permitirán diagnosticar al paciente para un tratamiento ajustado a su condición tomando en cuenta trabajos anteriormente realizados, aplicar el tratamiento ajustado a las condiciones del paciente geriátrico diabético con reborde alveolar atrófico y frenillo hipotrófico y evaluar a través de controles el estado de la prótesis total y la evolución del paciente.

El desarrollo de la presente permitirá contextualizar a la comunidad estudiantil de que no siempre lo convencional y tradicional suele ser el mejor plan de tratamiento debido que

cada paciente presenta características únicas las cuales tiene que ser abordadas de manera exclusiva, valorando sus condiciones y necesidades.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 - Planteamiento del problema

La diabetes es una enfermedad sistémica metabólica crónica que afecta la salud general de pacientes. También puede afectar la cavidad oral, lo que conduce a la pérdida de dientes, aumenta el riesgo de enfermedad periodontal, o exacerbar los procesos de infección en tejidos blandos y duros. Se ha notificado que la enfermedad aumenta la susceptibilidad del individuo a infecciones bacterianas, restando la respuesta inmunitaria del paciente. La diabetes debe ser diagnosticada y controlada de forma oportuna por el médico. Los valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c) que son mayores que 200 mg/dL en los últimos 3 meses se considera que el tratamiento protésico con implantes dentales puede ser riesgoso en pacientes edéntulos de la edad avanzada (1).

Debido a esto es de vital importancia considerar que el paciente geriátrico a medida que transcurre el tiempo ira envejeciendo presentando diversas modificaciones tanto a nivel estomatognático, como órganos y sistemas del cuerpo. Es por esto que el manejo odontológico del paciente geriátrico requiere de unas consideraciones especiales; por lo tanto, si a esta condición se le suma algún tipo de discapacidad, esas necesidades demandan mayor comprensión y esfuerzo por parte del personal tratante (2).

Entonces, los odontólogos enfrentan el reto de promover una buena salud bucal y una mejor calidad de vida de las personas a medida que envejecen, garantizar en este grupo de personas

las mejores condiciones bucales que proporcionen bienestar físico, incluyendo buenos hábitos alimenticios; así como el bienestar social y emocional que le permitan a la persona mayor relacionarse consigo mismo y con otras personas; comprender la interrelación de la salud oral y la salud general por la estrecha relación de la salud oral con condiciones sistémicas como lo demuestra la creciente literatura científica relacionada (3).

Por otra parte, el alto costo del tratamiento, las dificultades en el uso y acceso a los servicios de salud, la falta de apoyo social y otros factores pueden mantener el edentulismo, siendo común entre las personas mayores, tiene una fuerte relación con el efecto crónico y acumulativo de las enfermedades dentales como la experiencia de caries y enfermedad periodontal, además de otros factores relacionados con cuestiones de acceso y uso de la atención médica, La Organización Mundial de la Salud (OMS) tenía como objetivo para el año 2000 que al menos el 50% de las personas entre 65 y 74 años presentaran dientes en boca, una cuantitativa considerada como la definición de dentición funcional. Sin embargo, 24 años después, la población sigue desdentada y sufre los impactos negativos de la pérdida total de los órganos dentarios. Identificada en la vejez, la pérdida total de los órganos dentarios resultó obtener una mayor demanda de servicios de salud, incluida la necesidad de prótesis dentales para reemplazar los órganos dentarios perdidos. La rehabilitación protésica sería una opción viable para reducir los daños causados por la falta de dientes en la masticación, la digestión, el habla y la estética, además de factores psicológicos y sociales, como la calidad de vida y la percepción de salud. En las últimas décadas el reemplazar una pieza dentaria que

se ha perdido o que no está presente, por múltiples causas, ha sido una de las mayores innovaciones y desafíos en la rehabilitación protésica odontológica (4).

Sin embargo, una dentadura postiza está diseñada para mejorar la calidad de vida del paciente, devolviendo la función masticatoria y estética facial. Las dentaduras removibles totales y su elaboración dependerán de la brecha edéntula que se pretende rehabilitar. Este tipo de prótesis son más comunes en los pacientes, ya que son recomendadas porque son económicamente accesibles, facilitan la higiene y reportan bajos problemas biomecánicos relacionados a su retención y soporte. El edentulismo total repercute de forma negativa en la salud general del paciente. Se ha reportado que la ausencia dental altera la calidad de la alimentación porque dificulta la masticación conllevando a padecer problemas gastrointestinales, además se perciben cambios en la mucosa oral, hay reducción de tejido óseo alveolar, dificultad al hablar, distorsiona la morfología oclusal y psicología del paciente. Tales alteraciones, en la mayoría de casos, conducen a que el paciente se limite a formar parte de su entorno social, lo que incrementa el estrés e impacto negativo en su calidad de vida (5).

Del mismo modo, el edentulismo ocasiona muchas veces la reabsorción del hueso alveolar, que continua con una remodelación y finalmente termina en crestas edéntulas atrofiadas, definiéndose como un proceso de reducción de hueso que se va a presentar en la mayoría de los pacientes edentulos al grado sufrir pérdida ósea después de la extracción, varía entre cada

individuo, se presenta en el tratamiento de la extracción 14 días después, dando por resultado la pérdida de más del 20 % de la cortical vestibular dentro de las primeras 12 semanas. En la primera fase del proceso de cicatrización, se da primero la remodelación de las paredes vestíbulo-lingual. Se ha demostrado que la pared ósea vestibular está compuesta a menudo únicamente de “bondle bone”, lo que resulta en una mayor reabsorción post-extracción. Encontrándose una reducción del ancho vestíbulo-lingual de un 50 % aproximadamente después de 12 meses dejando el reborde alveolar atrófico que generara existencia de grandes cargas oclusales aumentando considerablemente el índice de fracasos (6,7).

Seguidamente, La reabsorción del proceso alveolar en los pacientes edéntulos puede dejar el frenillo labial tan cerca de la cresta alveolar que interfiera con la estabilidad de la prótesis. Así mismo puede darse la lesión del frenillo por decúbito. Cuando se coloca una prótesis dental en adultos mayores hay que tener en consideración muchos aspectos pensando en el futuro bienestar del paciente, la presencia del frenillo labial hipotrófico puede causar alteraciones y hasta dolor porque resultara fastidioso colocarse la prótesis pues no va a adaptarse totalmente en la mucosa vestibular (8).

Al mismo tiempo, la intervención del paciente geriátrico diabético para una cirugía bucal de implantes, frenectomía y el aumento quirúrgico del reborde alveolar, son procedimientos la cual los odontólogos en la actualidad están acostumbrados y capacitados a realizar, pero es

de resaltar los signos de hiperglicemia, hipoglicemia y estrés que puede resultar traumático pudiendo presentar alteraciones en todas las fases de cicatrización y lenta remodelación debido que la mayoría de estos pacientes no son controlados sistémicamente debido a la edad avanzada en la que se encuentran. También pueden afectar directamente los sistemas cardiovascular y nervioso originando complicaciones agudas como cetoacidosis diabética, síndrome hiperosmolar no cetónico o complicaciones crónicas como microangiopatías, macroangiopatías y complicaciones a nivel gastrointestinal, genitourinario, dermatológico e inmunológico (9).

Referente al tratamiento prostodóntico del paciente geriátrico diabético, se debe realizar el diseño más sencillo y preciso que permita una rehabilitación funcional y estética sin olvidar el confort e insistiendo en la necesidad de llevar a cabo revisiones frecuentes y un mantenimiento exhaustivo por parte del paciente, sin comprometerse a tratamientos quirúrgicos y traumáticos, por lo que es importante conocer de la historia y exploración clínica para poder adoptar las precauciones oportunas lo cual se presentará una modificación convencional preservando el poco remanente de mucosa y evitando el tratamiento quirúrgico (10).

1.1.2 - Formulación del problema

Con base en lo anteriormente planteado el presente proyecto pretende a través del abordaje de un caso clínico en un paciente geriátrico con diabetes, reborde alveolar atrófico y frenillo

hipotrófico se presenta la siguiente interrogante: ¿Cómo se adaptará la prótesis total en este tipo de paciente omitiendo el tratamiento quirúrgico?

1.2 - Objetivos de la Investigación

1.2.1 - Objetivo General

Describir el abordaje prostodontico del paciente geriátrico diabético con reborde alveolar atrófico y frenillo hipotrófico.

1.2.2 - Objetivos Específicos

- Diagnosticar al paciente para un tratamiento ajustado a su condición tomando en cuenta trabajos anteriormente realizados.

- Aplicar el tratamiento ajustado a las condiciones del paciente geriátrico diabético con reborde alveolar atrófico y frenillo hipotrófico.

- Evaluar a través de controles el estado de la prótesis total y la evolución del paciente.

1.3 - Justificación de la Investigación

El odontólogo debe ser capaz de percibir el sentir del adulto mayor con relación a la influencia que tiene su estado dental con su vida diaria, indagando si afecta o no en su calidad

de vida. Estos pacientes requieren una atención profesional competente y empática, aun cuando el proceso sea difícil o lleve tiempo, pues el estado de ánimo influye ampliamente en el interés que pueda prestarle a un tratamiento protésico. Las causas por las que pueden surgir desaciertos e insatisfacción en estos tratamientos son complejas y variadas, desde la falta de comunicación entre paciente-odontólogo hasta la realización total del tratamiento por el técnico dental. El éxito de la prótesis total depende particularmente del grado de estabilidad de la base, resultado de una buena retención gracias al volumen óseo remanente que se mantenga protésicamente aprovechable sin llegar a una intervención quirúrgica siempre y cuando fomentemos la educación a los pacientes portadores de prótesis, sobre el cuidado e higiene de las mismas, para mejorar la calidad de la salud oral y general en estos pacientes. Este trabajo pretende contribuir información a los estudiantes de la carrera profesional de odontología y plantear medidas que ayuden a mejorar la atención de salud oral en pacientes geriátricos de acuerdo a las necesidades protésicas y a las expectativas que tenga cada paciente.

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

2.1- Antecedentes

A continuación, se describen los antecedentes que conforman la presente investigación, los cuales son organizados por orden cronológico.

Peña y cols. (2018) publicaron una investigación titulada: “Dentaduras gravitacionales inferiores: una alternativa en rebordes atróficos”, cuyo objetivo fue comparar la estabilidad, y desempeño masticatorio, del paciente con reborde atrófico mandibular de prótesis convencional (PC) contra prótesis gravitacional (PG). Como materiales y métodos, le realizaron a 6 pacientes una PC y una PG. Fueron usadas en periodos iguales, y por separado. Los resultados arrojaron que la prueba clínica de estabilidad resultó con diferencia significativa ($p = 0.046$) a favor de la PG, indicando el menor movimiento mayor facilidad en el habla y la reducción del alimento. En conclusión, los resultados indican que las PG son más estables y pueden ser buena alternativa de tratamiento para pacientes con limitaciones económicas o no candidatos a cirugía (11).

Jiménez y cols. (2021) publicaron una investigación titulada: “Impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos mayores” Realizaron un estudio descriptivo en el que evaluaron el impacto de la rehabilitación bucal en adultos mayores, con los pacientes ($n=100$) que acudieron a la consulta. Por esta razón se aplicó el

cuestionario Perfil de Impacto de Salud Oral, con variables de edad, sexo y el motivo principal de consulta. En los ancianos rehabilitados con prótesis totales, 88 pacientes clasificaron como "no impacto", lo cual significó que la rehabilitación protésica tuvo una influencia positiva en la calidad de vida percibida. Para concluir, 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 (12).

Castro (2021) publicó una investigación titulada: “Influencia de los factores sistémicos en el uso de prótesis totales” cuyo objetivo estuvo basado en analizar la influencia de los factores sistémicos en el uso de prótesis totales. Para esto, realizó una revisión de fuentes secundarias, con el fin de identificar cómo influyen las enfermedades sistémicas en el uso de prótesis totales. Los resultados arrojaron como respuesta que las enfermedades sistémicas llegan a afectar los tejidos bucales, aumentando la sensibilidad de otras enfermedades o suelen interferir con la curación. Por conclusión las enfermedades sistémicas que están relacionadas con el uso de las prótesis dentales totales son el cáncer, diabetes, hipertensión, Alzheimer, Parkinson, accidente vascular cerebral, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (13).

Ramírez y cols. (2022) publicaron una investigación titulada “Afecciones bucales y factores de riesgo en adultos mayores portadores de prótesis dental” El objetivo que tuvieron fue establecer el comportamiento de las afecciones bucales y factores de riesgo presentes en adultos mayores portadores de prótesis dental. Realizaron un estudio descriptivo con

pacientes de 60 años o más (M=250). Las lesiones más frecuentes fueron estomatitis subprótesis (40,4 %) y úlcera traumática (22,9 %) en portadores de prótesis totales. El hábito de fumar, y la higiene bucal deficiente, incidieron en la ocurrencia de estas afecciones. En conclusión, las afecciones bucales consecuentes al uso de prótesis dental y los factores de riesgo presentes en el adulto mayor, se asociaron con deficientes estilos de vida como la inadecuada higiene bucal, y la ausencia de medidas preventivas (14).

Garcia y col. (2022) publicaron una investigación titulada “El paciente adulto mayor: una revisión narrativa con visión médico-odontológica” Realizaron una investigación de fuentes secundarias, con el objetivo de obtener una narrativa relacionando las enfermedades sistémicas y la salud bucodental en adultos mayores. Demostrando que los cambios fisiológicos por envejecimiento afectan al ser humano en todos sus sistemas, lo cual repercute en su estilo de vida, consiguiendo vulnerabilidad. Para evitar las afecciones de trastornos bucales debe siempre evaluarse la condición oral del paciente, engranada a su condición sistémica. La elaboración correcta de una historia clínica detallada, permite al clínico saber la situación actual del paciente, y los medicamentos recetados previamente, los cuales pudiesen influir en el aparato bucal de manera negativa ante el plan de tratamiento (15).

Los antecedentes previamente descritos respaldan la presente investigación debido a su similitud como alternativa de diagnóstico y plan de tratamiento protésico para pacientes diabéticos geriátricos edéntulos. Las investigaciones proporcionan eficaces métodos y

resultados en cuanto a la mejora potencial de calidad de vida cotidiana en cada paciente, devolviendo su autoestima, seguridad, función masticatoria y estética, ajustados a su necesidades sistémicas, bucales y económicas.

2.2- Bases teóricas

La diabetes mellitus es un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debida a un defecto en la secreción de la insulina, a un defecto en la acción de la misma, o a ambas. Además de la hiperglucemia, coexisten alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas. La hiperglucemia sostenida en el tiempo se asocia con daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos, sin contar los múltiples problemas a los que se enfrentan diariamente estos pacientes, como tal sería la dificultad de cicatrización, dificultando su calidad de vida (16).

Por consiguiente, la diabetes mellitus es una enfermedad crónica, considerada un problema de salud pública, Venezuela no escapa a esta situación en la que cada año aumenta el número de personas afectadas. Dada la magnitud de la población en riesgo de padecer la enfermedad es necesario que los especialistas encargados de atender el área de salud cuenten con herramientas sencillas y actualizadas que les permitan el abordaje, la evaluación y el tratamiento simplificado del paciente diabético, con el propósito de abordar correctamente su afección y proporcionar una mejor calidad de vida (17).

El odontólogo debe ser capaz de percibir el sentir del adulto mayor con relación a la influencia que tiene su estado dental con su vida diaria, indagando si afecta o no en su calidad de vida. Estos pacientes requieren una atención profesional competente y empática, aun cuando el proceso sea difícil o lleve tiempo, pues el estado de ánimo influye ampliamente en el interés que pueda prestarle a un tratamiento protésico. Las causas por las que pueden surgir desaciertos e insatisfacción en estos tratamientos son complejas y variadas, desde la falta de comunicación entre paciente-odontólogo hasta la realización total del tratamiento por el técnico dental. El éxito de la prótesis total depende particularmente del grado de estabilidad de la base, resultado de una buena retención gracias al volumen óseo remanente que se mantenga, y que sea protésicamente aprovechable (18).

Para la elaboración del plan de tratamiento protésico, un examen clínico y radiográfico minucioso es fundamental para identificar problemas específicos en los elementos de soporte, así como la integridad pulpar y periodontal. Es de fundamental importancia la presentación de todas las opciones de tratamiento al paciente y a su cuidador, con sus ventajas, desventajas, costos, tiempo de tratamiento y número de sesiones necesarias. Por ejemplo, la prótesis parcial removible aún es la prótesis de elección para pacientes parcialmente dentados en la tercera edad. Sus ventajas incluyen facilidad de higienización por el paciente y cuidador; rapidez de confección, por el menor número de sesiones clínicas en relación a los demás tratamientos protésicos; indicada para espacios protésicos amplios y de extremo libre; costo inferior a las demás modalidades y planes de tratamientos (19).

Por consiguiente, las prótesis totales son uno de los tipos de prótesis dentales removibles que buscan reemplazar todos los dientes perdidos, así como tejidos óseos y blandos del maxilar y la mandíbula. Estas prótesis totales están indicadas en caso de que un paciente haya perdido todos sus dientes en uno o ambos maxilares, pueden ser prótesis fija o removible. Las prótesis totales mucosoportadas son aquellas cuyos tejidos de soporte son el reborde alveolar remanente y la encía, prótesis la cual realizada dentro de los criterios de confección puede ser un tratamiento seguro y bien indicado. Por tanto, se indica la impresión dinámica del soporte secundario, para mejorar la adaptación y retención; cambio gradual de la dimensión, para que el paciente se adapte a los cambios advenidos en el nuevo tratamiento de forma lenta y progresiva (20).

Por último, tenemos las prótesis sobre implantes, llamadas prótesis implantosoportadas, es decir, se sujetan en implantes dentales, por lo que el paciente debe someterse previamente a una operación quirúrgica. Pueden ser fijas o removibles, entre sus ventajas tenemos que reestablecen con mayor capacidad la función masticatoria, estética y fonética, aumentan la estabilidad de rehabilitación y poseer una gran longevidad de tratamiento. Entretanto, los pacientes que reciben esta modalidad de tratamiento, necesitan de cierta cantidad de hueso suficiente, estado de salud general sin alteraciones limitadoras y estado psicológico aceptable. La edad no sería un factor limitante, su instalación debe ser decidida caso a caso, verificando si el paciente tiene vigor físico, destreza manual (para la higiene bucal) y estado de salud favorable para la realización de la cirugía (21).

2.3- Bases legales

Artículo 1º: Respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, Se debe preservar y fomentar a la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo. El artículo 1 del código de deontología odontológica de Venezuela proporciona validez a la presente investigación, debido al innovador plan de tratamiento protésico, el cual va a proporcionar un mejor desarrollo bienestar social y económico a la comunidad edéntula geriátrica

Artículo 4º: El Profesional de la Odontología debe atender por igual a todos sus pacientes, independientemente de su nacionalidad, raza, posición social o económica, creencias religiosas o ideas políticas. El artículo 4 del código de deontología odontológica de Venezuela proporciona validez a la presente investigación, debido a que el mismo exige una atención generalizada a todo paciente, independientemente de su posición económica, proporcionando alternativas de tratamiento ajustadas a su salud bucal y condición económica

Artículo 17º: El Profesional de la Odontología debe prestar suma atención a la elaboración del diagnóstico, recurriendo a los procedimientos científicos a su alcance y debe asimismo procurar por todos los medios que sus indicaciones terapéuticas se cumplan. El artículo 17 del código de deontología odontológica de Venezuela proporciona validez a la presente

investigación, ya que exige la elaboración de un diagnóstico actualizado e individualizado, según las necesidades y capacidades de cada paciente.

2.4- Definición de Términos

Prótesis: Dispositivo de aplicación externa que se usa para reemplazar total o parcialmente una parte de un miembro ausente o deficiente.

Prótesis dental: Consiste en un aparato fabricado a medida de la boca del paciente que sustituye una o varias piezas dentales perdidas.

Higiene: Conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que ejercen efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo.

Higiene dental: Conjunto de normas y prácticas que permitirán prevenir enfermedades en las encías y evitará en gran medida la susceptibilidad a la caries dental. Pero una higiene dental se debe realizar de la forma y con las herramientas adecuadas. Además, se deberá dedicar el debido tiempo para que sea efectiva.

Reborde alveolar: Es la parte del maxilar donde radica la raíz de la pieza dental.

Atrofia: Es el desgaste total o parcial de una parte del cuerpo. En términos biológicos consiste en un tipo de articulación con poco movimiento sin importar el tamaño de la célula y del órgano del que forma parte, debido a la pérdida de masa celular.

Frenillo bucal: Bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o mixto, recubiertas de una membrana mucosa ubicada en la línea media y de origen congénito.

Diabetes: La diabetes es una enfermedad crónica que se produce cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el cuerpo no puede utilizar de forma eficaz la insulina que produce.

Paciente geriátrico: Sujeto de edad avanzada con pluripatología y polifarmacia y que además presente cierto grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria

2.5 Tabla de Operacionalización de Variables.

Objetivo de la investigación	Describir el abordaje prostodontico del paciente geriátrico diabético con reborde alveolar atrófico y frenillo hipotrófico.			
VARIABLES	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES/ CRITERIOS	
Prótesis	Una prótesis dental es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía y funcionalidad de una o varias piezas dentarias	-Prótesis total mucosoportada -Prótesis total implantosoportada	-Diagnóstico clínico	
Paciente sistémico comprometido geriátrico	Individuo de avanzada edad con enfermedades sistémicas que afectan su calidad de vida	-Geriátrico -Enfermedad sistémica -Hueso alveolar	-Edad -Tratamiento -Nivel óseo	

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo de investigación y nivel de profundidad de la investigación

La investigación realizada se basó en un caso clínico, empleando la línea de investigación Odontología clínica y correctiva, en el cual el investigador no solo observa, si no que interviene y espera una modificación o resultado (22). El tipo de investigación fue descriptivo, ya que tiene como objetivo describir características fundamentales del individuo, utilizando criterios sistemáticos que permiten establecer la estructura y funcionamiento (23).

3.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación empleada fue cuasiexperimental, longitudinal y cualitativo. El termino cuasiexperimental se refiere a esquemas de investigación no aleatorios. Dado la no aleatorización, no es posible establecer de forma exacta la equivalencia inicial de los grupos, como ocurre en los diseños experimentales. Por otro lado, es longitudinal, porque es un estudio que recaba datos en diferentes puntos de tiempo asociado con la evolución del paciente, como también es cualitativo por la recogida de datos provenientes de observaciones directas que hace el investigador sobre el sujeto de estudio (24). En base a esto el procedimiento realizado consistió en:

3.2.1 Descripción y diagnosis del paciente:

En primera instancia el paciente acepto participar voluntariamente, firmando el consentimiento informado como constancia. Se uso como técnicas e instrumentos de recolección de datos la historia clínica, anamnesis, examen intraoral evaluando las condiciones de mucosa, reborde alveolar remanente, frenillos bucales, radiografías, modelos de estudio, fotos extraorales, fotos intraorales, diseño de prótesis anterior del paciente los cuales fueron de aporte para describir las características clínicas odontológicas. El paciente cumplió con las características previamente establecidas, siendo este un paciente geriátrico, diabético, no controlado, con prótesis antigua requiriendo recambio.

3.2.2 Procedimiento de realización de prótesis

Al obtener un diagnóstico desfavorable debido al reborde alveolar atrófico y frenillo hipotrófico, se procedió a la toma de impresión inicial para la confección de cubetas individuales, posterior a esto, se realizó el recorte muscular y la toma de impresión funcional con mercaptano. Una vez obtenido el modelo de trabajo se envió al técnico encargado de confeccionar la prótesis con las indicaciones de modificar el flanco vestibular en zona anterior, con el objetivo de tener resultados “no impacto”. (12)

3.2.3 Evolución del paciente

Ya realizado el tratamiento de la implementación de una prótesis total con modificación del flanco vestibular en zona anterior, se evaluó los resultados mediante dos controles protésicos,

con el fin de examinar los tejidos blandos y duros del paciente, y consultarle su conformidad con la nueva prótesis adaptada.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN DEL CASO

4.1 Anamnesis

Paciente femenina de 74 años de edad, acude a consulta odontológica por voluntad propia, que refiere como motivo de consulta “cambiar mi vieja prótesis por una nueva” en condición de salud optima, sin patología o alguna sintomatología presente, sin embargo, en la anamnesis refirió.

- Paciente presenta Diabetes Mellitus

- Antecedentes Hereditarios de hipertensión y Diabetes Mellitus

4.2 Diagnostico Intraoral

Paciente acude, edéntula totalmente, con prótesis antigua en mal estado, con un uso de aproximadamente 15 años presentando lo siguiente.

- Estomatitis Subprotésica

- Remanente alveolar superior suficiente

- Remanente alveolar inferior atrófico

- Frenillo labial y vestibular superior presente

- Frenillo labial y vestibular inferior hipotróficos

- Lengua cuyo tamaño y movilidad son normales
- Mucosa yugal anterior y posterior en buen estado, sin lesión aparente



Fig. 1 Fotografías Intraorales. A, Remanente alveolar superior y frenillos. B Remanente alveolar inferior atrófico y frenillo labial hipotrófico.

4.3 Diagnostico Funcional

La paciente fue evaluada a través de la indicación de que realice movimientos de apertura y cierre bucal, lateralidad, deglución de saliva.

- Paciente presenta deglución normal.
- Paciente presenta chasquidos articulares al momento de la apertura.
- Sin dolor al momento de realizar los movimientos de apertura, cierre y lateralidad.

4.4 Diagnóstico Facial

Paciente caucásica cuya forma de cara es normal, asimétrica quien presenta un cierre labial adecuado y su mentón se encuentra normal, asimismo la tonicidad labial es normotónica y un perfil lateral recto.



Fig. 2 Fotos extraorales de ingreso. A, neutral de frente. B perfil derecho.

4.5 Toma de impresión anatómica y confección de cubetas individuales

Terminado los diagnósticos presentes, se procedió a realizar la toma de impresión con alginato siliconado utilizando cubetas metálicas talla M los rebordes alveolares superiores e inferiores, para luego realizar el vaciado de la impresión con yeso tipo IV, una vez con el

modelo de la impresión anatómica se llevó al técnico dental para la confección de las cubetas individuales para la toma de la impresión funcional.

4.6 Recorte muscular y toma de impresión funcional

Con las cubetas individuales ya confeccionadas, se realizó con modelina previamente calentada con un mechero el recorte muscular sobre la cubeta individual, probando cuidadosamente que no le incomodara al paciente. Con el recorte muscular ya completo se tomó la impresión funcional con mercaptano de los rebordes alveolares superiores e inferiores. Ya tomada la impresión se procedió a realizar el vaciado de la impresión funcional con yeso tipo IV y posteriormente se llevó al técnico dental para la confección de la placa base y los rodetes de mordida.

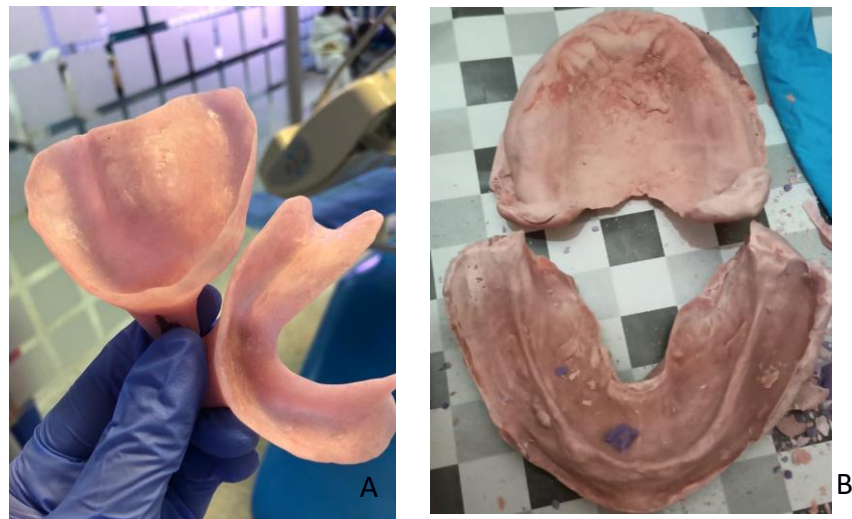


Fig. 3 Impresión Funcional. A. Cubetas individuales confeccionadas. B Vaciado de la impresión funciona

4.7 Placa base y rodetes

Con la placa base confeccionada, se probó las relaciones intermaxilares con los rodetes de mordida, se redujo los rodetes hasta tener una altura anterior de 20mm y una posterior de 8 mm en el rodete superior, con un ángulo anterior de 70°, en cuanto al rodete inferior se redujo hasta tener una altura anterior de 18mm y en posterior ligeramente por debajo de la placa base, con la platina de fox se concluyó en orientar el plano protésico. Posterior a eso se hizo la toma de color con una guía coral optando por el color 66 y fue llevado al técnico para su enfilado.

4.8 Prueba de enfilado

Una vez que el técnico dental culminó el enfilado, se realizó la prueba del mismo, donde se verificó la estética, recuperación de las proporciones anatómicas del tercio inferior de la cara con respecto a los dos tercios superiores, en el plano frontal y sagital. La fonética, debe existir una buena relación incisiva y labial para conseguir los sonidos de las letras “S, V, F”. Y por último la oclusión, donde se comprobó oclusión céntrica y el paciente demostró conformidad.

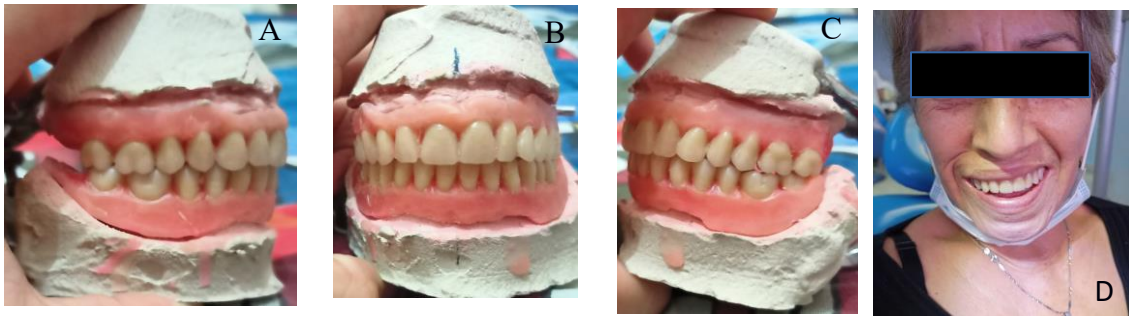


Fig. 4 Enfilado. A, Enfilado lado derecho. B Enfilado de frente. C Enfilado lado izquierdo. D Prueba de enfilado en boca.

4.9 Glaseado e instalación

Para culminar, con el glaseado terminado por el técnico, se realizó la instalación de la prótesis total, comprobando la total satisfacción por parte del paciente, y se le indicó que regrese en 7 días para su primer control



Fig. 5 Glaseado e instalación final de la prótesis

4.10 Primer control y segundo control

En los controles se verificaron el estado de los tejidos blandos del paciente y el estado de la prótesis total, como resultado se obtuvo una correcta adaptación, ya que el paciente refirió estar satisfecho con el uso de la prótesis durante esas semanas, y los tejidos blandos de la cavidad oral se encontraban sin lesiones aparentes.



Fig. 6 Paciente después de los dos controles

4.11 Discusión del caso

Basado en los estudios realizados la paciente fue diagnosticada con reborde alveolar atrófico y frenillo labial hipotrófico, en primera instancia, el plan de tratamiento fue realizar una cirugía para alargar el frenillo labial inferior, y conseguir una mayor retención de la prótesis total convencional. Se le planteó a la paciente este plan de tratamiento y estuvo en desacuerdo, ya que es una paciente diabética de la tercera edad, la cual expresó su dificultad para cicatrizar la herida. Una vez planteado este caso, se buscó una alternativa para no someter quirúrgicamente a la paciente, por lo cual, decidimos guiarnos de la prótesis total conocida popularmente como “Prótesis total tubular” o también conocida como “Prótesis total sin flanco vestibular”. Como anteriormente se menciona, este era el modelo de prótesis

que la paciente presentaba desde hace más de 15 años. Además, el reborde alveolar atrófico y el frenillo labial hipotrófico, no generaban ningún tipo de inconveniente, no se producía desalojo espontáneo, lesiones en los tejidos blandos o dolor en la ATM. Tomando esto como referencia, se confeccionó la “Prótesis tubular”, cabe destacar que este plan de tratamiento fue llevado a cabo para ajustarse a las necesidades de la paciente, ya que al ser diabética, como se mencionó, estos pacientes son bastante delicados a la hora de ser sometidos a cirugía, por su lenta y dolorosa cicatrización, además, al ser una paciente de edad avanzada, lo ideal es siempre buscar la satisfacción y conformidad de estos sin generar cuadros de estrés o someterlos a tratamientos largos y dolorosos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Se pudo concluir que:

- La rehabilitación prostodóntica del paciente geriátrico con reborde alveolar atrófico y frenillo hipotrófico es posible y se puede mejorar la calidad de vida del paciente.
- No fue necesario un abordaje quirúrgico debido a que nos ajustamos a las necesidades y condiciones del paciente respetando su integridad.
- Se emplearon los mismos métodos tradicionales para la confección de la prótesis total solo que se modificó el flanco vestibular de canino a canino guiándonos de su antigua prótesis.
- Durante los controles no hubo lesión aparente de los tejidos blandos y hubo satisfacción por parte del paciente.

5.2 Recomendaciones:

- Abordar cada caso de manera detallada ya que cada paciente es único.
- Ser sinceros y empáticos con cada paciente ya que no sabemos qué condiciones pueden presentar.

- Es importante hacerle saber al paciente qué cuidados e higiene debe tener con la cavidad bucal y con su prótesis.
- Realizar controles periódicos para evaluar las condiciones de tanto los tejidos blandos como de la prótesis.

REFERENCIAS

1. Velásquez R, Rehabilitación Completa de Paciente Geriátrico Diabético E Hipertenso: Caso Clínico. Avances En Odontoestomatología 2018;(38): 8–13.
2. Mejía Pérez P, Arbelaez D, Munera M, Una Mirada al Manejo Odontológico Del Paciente Geriátrico Con Demencia. CES Odontología 2017;(30): 1-17
3. Kenig Romerowsky M, Nuñez de Avila I, Flores Sosa B. Paciente Geriatrico en consulta odontologica En: Matinez Moreno M. (Ed. 2) Odontologia. Mex; 2012. P. 408-415
4. De Faria D, Edentulism, need for dentures, and self-perception of oral health among institutionalized older people. Sauden em debate 2023;(47): 1-23
5. Valenzuela M, Coronado C, Gonzalez A, Factores Asociados al Nivel de Conocimiento de La Población Sobre El Uso, Cuidado E Higiene En Pacientes Portadores de Prótesis Dentales Removibles. Avances En Odontoestomatología 2022;(38):137–142,
6. Guerrero Falcon B, Manejo de La Cresta Maxilar Atrófica Con La Técnica de Ridge Split. Odovto International Journal of Dental Sciences 2019;(21):1-14
7. Jiménez Machuca Y. Relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de los rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS. Pimentel. (Tesis Doctoral). Pimentel (Peru) Universidad Señor de Sipan; 2019

8. Winkler S. *Prostodoncia Total*. Filadelfia:Limusa;2004
9. Lévano Loayza S, Rodríguez Ramirez G, Abanto Silva L. Tratamientos prostodónticos en adultos mayores realizados en un centro dental especializado entre los años 2016 y 2018. *Rev Estomatol Herediana* 2020;(30):1-18
10. Ortega R, Danais A, Protocolo Quirúrgico Para El Manejo de Pacientes Diabéticos Sometidos a Procedimiento de Cirugía Bucal. *RECIMUNDO* 2023;(7):297–306
11. Peña C, *Dentaduras Gravitacionales Inferiores: Una Alternativa En Rebordes Atróficos*. *Rev Odontológica Mexicana* 2018;(22):69–76
12. Jiménez Q, *Impacto de La Rehabilitación Protésica En La Calidad de Vida Relacionada Con Salud Bucal En Adultos Mayores*. *MediSur*;2021(19):115–122
13. Lima C, Andrade C. *La Influencia de Factores Sistémicos En El Uso de Las Prótesis Totales*. *Rev Cubana de Estomatología* 2019;(46):1-10
14. Ramírez B., A, et al. “*Afecciones Bucales Y Factores de Riesgo En Adultos Mayores Portadores de Prótesis Dental*.” *Rev de Ciencias Médicas de Pinar Del Río* 2022;(26):1-21
15. García T, Del Carmen A, *El Paciente Adulto Mayor: Una Revisión Narrativa Con Visión Médico-Odontológica*. *Rev Odontologica de Los Andes* 2022;(17): 62-75

16. Hernández N, La Diabetes Mellitus: Un Reto Para La Salud Pública. Rev Finlay 2016;(6):1–2

HRojas E, Molina R, Rodriguez C, Definición, Clasificación Y Diagnóstico de La Diabetes Mellitus. Revi Venez de Endocrinología Y Metabolismo 2012;(10): 7–12
17. Navarro Nápoles J, Rodriguez Carbonel T, Corona Carpio M, Mantenimiento, Manejo Y Cuidado de Las Prótesis Dentales En Pacientes Atendidos En Una Consulta de Estomatología General Integra.” MEDISAN 2016;(20):2217–2223
18. Sánchez Y, Eloy A, La Prótesis Parcial Removible En La Practica Odontológica de Caracas, Venezuela. Acta Odontológica Venezolana 1999;(37):123–135
19. Balarezo R, Tipos de Prótesis Sobre Implantes En Pacientes Edéntulos Planificados En La Clínica Dental Docente de La Universidad Peruana Cayetano Heredia. Rev Estomatológica Herediana 2019 (29):267–276
20. Ramos Lorenzo M, Hernandez Miranda L, Castellanos Curbelo A, Cuidado Y Conservación de Prótesis Acrílicas En Pacientes Geriátricos de La Clínica Estomatológica Puentes Grandes. Rev Eugenio Espejo 2019;(13):53–61
21. UPEL. Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales. Caracas: FEDEUPEL. 2008

22. Alban GPG, Arguello AEV, Molina NEC. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). RECIMUNDO. 2020 Jul 16;4(3):163–73.
23. Maria L. planificación de proyectos: tipos y diseño de la investigación. RECIMUNDO 2013