



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**REHABILITACIÓN PROTÉSICA DEL PACIENTES PERIODONTALMENTE
COMPROMETIDOS**

Autores:
Br. María Verónica Bohórquez

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394(0241) 8712394



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



**REHABILITACIÓN PROTÉSICA DEL PACIENTES PERIODONTALMENTE
COMPROMETIDOS**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
ODONTÓLOGO

Autores:

Br. María Verónica Bohórquez
C.I: V-26.767.512

Tutor: Od. Martín Correa

San Diego, septiembre 2022



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



CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Trabajo de Grado, elaborado por la ciudadana **María Verónica Bohórquez**, titular de la cédula de identidad N° **V-26.767.512**, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es **REHABILITACIÓN PROTÉSICA DEL PACIENTES PERIODONTALMENTE COMPROMETIDOS**, adscrito a la línea de investigación: **Odontología Clínica y Correctiva**, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto y 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 José Antonio Páez.
En San Diego, a los 21 días del mes de julio del año dos mil veintidós.

Od. Martín Correa
CI V-6.138.509



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



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

Quien suscribe **Martín Correa**, portador de la cédula de identidad N° **V-6.138.509**, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por la ciudadana **María Verónica Bohórquez**, portadora de la cédula de identidad N° **V-26.767.512**, titulado **REHABILITACIÓN PROTÉSICA DEL PACIENTES PERIODONTALMENTE COMPROMETIDOS**, 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 27 días del mes de septiembre del año dos mil veintidós.

Od. Martín Correa
C.I: V-6.138.509




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

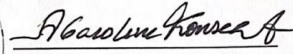


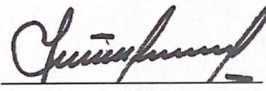
ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado **“REHABILITACIÓN PROTÉSICA DEL PACIENTES PERIODONTALMENTE COMPROMETIDOS”**, realizado por la ciudadana María Verónica Bohórquez, titular de la cédula de identidad V-26.767.512. Cursantes de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.


 Jurado
 Nombre: Leonard Bustamante
 C.I.: 13.663.369




 Jurado
 Nombre: Alivi Caroline Kousert
 C.I.: 7.223.995


 Tutor Académico:
 Nombre: MARTIN CORREA
 C.I.: 6.138.509

Fecha 13/10/22.

Fecha 13-10-2022

RECONOCIMIENTO

En la mayoría de estos momentos las palabras se me hacen cortas para agradecer a mis padres y familia por el apoyo que me dieron a lo largo de este camino que con lágrimas en los ojos y felicidad plena por haberlo logrado digo que llego a su fin, sabiendo que la mayoría de las cosas que vivimos a lo largo de nuestra vida son ciclos estoy feliz de poder cerrar con éxito uno más que comenzó siendo un sueño y que parecía un camino muy largo y bastante difícil de lograr dándole pie a esta montaña rusa de emociones que siento quiero agradecer a mis padres y hermana por cada esfuerzo que hicieron para poder alcanzar mi más grande anhelo, les agradezco por siempre estar para mí, por cada palabra de aliento, por siempre creer en mi hasta cuando yo dudaba en poder lograrlo, gracias por siempre guiarme, gracias por siempre darme ejemplo de superación, gracias por siempre fomentar en mi los valores más lindos porque gracias a ustedes es lo que soy hoy en día, gracias porque sin ustedes no lo hubiese podido lograr, estaré eternamente agradecida.

También quiero agradecer a mi casa de estudio y a mis profesores por darme todos los conocimientos necesarios para ayudarme a crecer como profesional, pero además de eso como persona, ya que siempre un buen consejo de su parte nunca estuvo de más.

Agradezco a cada persona que hizo parte de este camino, a los amigos que se convirtieron familia y siempre estuvieron para mí y por ultimo a esta ciudad que me dio tanto por aprender, me puso restos en los que me sentía una hormiga al lado de un elefante, pero agradecida al mismo tiempo porque gracias a ello soy un poco más grande. Eternamente agradecida con cada uno, cierro este ciclo y sé que estoy lista para muchos más.

María Verónica Bohórquez

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO		pp.
Resumen Informativo		xiii
Informative Summary.....		xiv
Introducción.....		1
Capítulo		
I	El Problema.....	3
	1.1. Planteamiento del Problema.....	3
	1.2. Formulación del Problema.....	6
	1.3. Objetivos.....	6
	1.4. Justificación.....	7
	1.5. Alcance y limitaciones.....	8
II	Marco Teórico.....	9
	2.1. Antecedentes.....	9
	2.2. Bases Teóricas.....	11
	2.3. Bases Legales.....	21
	2.4. Definición de Términos.....	21
III	Marco Metodológico.....	23
IV	Resultados.....	26
V	Conclusiones y Recomendaciones.....	24
	5.1. Conclusiones.....	32
	5.2. Recomendaciones.....	33
Referencias.....		34
Anexo		38

LSTA DE CUADROS

CONTENIDO

CUADROS	pp.
1. Enfermedades periodontales más frecuente.....	27



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



**REHABILITACIÓN PROTÉSICA DEL PACIENTES PERIODONTALMENTE
COMPROMETIDOS**

Autora: Br. María Verónica Bohórquez

Línea de investigación: Odontología Clínica y Correctiva

Tutor: Od. Martín Correa

Fecha: septiembre, 2022

RESUMEN INFORMATIVO

La presente investigación tuvo el objetivo analizar las opciones protésicas en pacientes con compromiso periodontal a través de una revisión bibliográfica. La metodología se basó en un enfoque cualitativo con un diseño de investigación de revisiones críticas del estado del conocimiento, de tipología documental. La población estuvo representada por 435 artículos obtenidos de una búsqueda electrónica que se realizó por medio del buscador Google Académico, donde fueron consultadas diferentes bases de datos para la cual se emplearon palabras claves en idioma español e inglés combinadas entre sí. De tal forma que para obtener la muestra se aplicaron criterios de elegibilidad, obteniendo la cantidad de 20 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión para su evaluación. Información que fue recolectada a través de la observación tras aplicar el instrumento de ficha bibliográfica donde fueron clasificadas y ordenada la información extraída de los artículos seleccionados. De acuerdo al análisis de la información, se empleó el análisis de contenido. Resulto entre las oprimes protésicos en pacientes con compromiso dental se obtuvo la prótesis parcial removible flexible, prótesis fija maxilar, prótesis fija dentosoportada, prótesis híbrida y prótesis inmediatas.

Descriptores: rehabilitación protésica, periodonto comprometido, periodontitis, gingivitis.



BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
SCHOOL OF DENTISTRY



FREQUENT ACCIDENTS DURING THE DUCTING SYSTEM LOCATION PHASE IN ENDODONTIC TREATMENT

Author: Br. María Verónica Bohórquez

Research line: Clinical and Corrective Dentistry

Tutor: Od. Martín Correa

Date: september, 2022

INFORMATIVE SUMMARY

The objective of this research was to analyze the prosthetic options in patients with periodontal involvement through a bibliographic review. The methodology was based on a qualitative approach with a research design of critical reviews of the state of knowledge, of documentary typology. The population was represented by 435 articles obtained from an electronic search that was carried out through the Google Scholar search engine, where different databases were consulted for which keywords in Spanish and English were used combined with each other. In such a way that to obtain the sample, eligibility criteria were applied, obtaining the number of 20 articles that met the inclusion criteria for evaluation. Information that was collected through observation after applying the bibliographic record instrument where the information extracted from the selected articles was classified and ordered. According to the analysis of the information, content analysis was used. Among the prosthetic oppresses in patients with dental compromise, the flexible removable partial prosthesis, maxillary fixed prosthesis, tooth-supported fixed prosthesis, hybrid prosthesis and immediate prosthesis were obtained.

Descriptors: prosthetic rehabilitation, compromised periodontium, periodontitis, gingivitis.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se conoce que la enfermedad periodontal posee determinados factores de riesgo que van a modular la susceptibilidad del hospedador a padecer dicha enfermedad, estos han sido clasificados en locales y sistémicos. Los signos y síntomas que se deben de considerar en toda evaluación de los pacientes en riesgo serian: presencia de placa, sangrado al sondaje, profundidad de la bolsa periodontal, recesión gingival, nivel de inserción clínica.

La evolución en la odontología y los cambios en las técnicas protésicas y materiales han hecho que los pacientes demanden más en términos de estética, función y comodidad. Existe una gran demanda de problemas dentofaciales que necesitan de la interacción de distintas disciplinas odontológicas pretendiendo un ideal preventivo, funcional y estético con un elevado método de organización y comunicación, lo que tiene como objetivo común la rehabilitación protésica. Por tal motivo, la presente investigación tiene el propósito de analizar las opciones protésicas en pacientes con compromiso periodontal a través de una revisión bibliográfica de los últimos avances científicos. De manera que la investigación se encuentra estructurada de la siguiente manera:

Capítulo I, el problema, expresa la problemática planteada, los objetivos, justificación, alcance y limitaciones de la investigación.

Capítulo II, comprende el marco teórico, antecedentes de investigación, las bases teóricas y legales y los términos básicos.

Capítulo III, se presenta el marco metodológico de la investigación documental, el nivel, tipo y diseño de investigación, población y muestras, técnicas e instrumentos de recolección y análisis de información.

Capítulo IV, se presenta los resultados obtenidos de la recolección de datos para dar respuesta a los objetivos establecidos.

Capítulo V, por último, las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La caries y las enfermedades periodontales son las patologías de mayor prevalencia en la cavidad oral. En la actualidad, es bien conocida la etiología bacteriana de la enfermedad periodontal (EP); además, existen factores del huésped, locales y sistémicos, que modifican su respuesta. La detección y el tratamiento precoz de la EP son importantes, debido a que ésta es una de las primeras causas de pérdida dental en pacientes de edad media y avanzada. Cuando se involucra a los pacientes con EP en un plan de tratamiento integral, se pretende, en primera instancia, controlar la enfermedad. Sin embargo, superado este objetivo, se espera y se requiere el reemplazo protésico de los dientes perdidos, así como la rehabilitación de los remanentes en la mayoría de los casos. Considerando que la elección de los dientes pilares para una restauración protésica depende de la capacidad biológica del periodonto sano reducido de soportar a largo plazo la restauración, numerosas investigaciones se han diseñado para establecer los criterios determinantes en tal selección (1,2).

Los resultados muestran que la principal limitación para el éxito de las restauraciones en pacientes con pocos pilares y una cantidad reducida de soporte periodontal se relaciona con los factores biofísicos y técnicos y con el mantenimiento de la salud de los tejidos periodontales, más que con la cantidad de soporte periodontal. Ahora bien, cuando se reflexiona acerca de la enfermedad periodontal y su papel en el deterioro

dental, se pone de realce dos situaciones altamente demandantes: la primera de ellas es que al final de la terapia periodontal activa, posiblemente solo algunos dientes podrán ser conservados, y la segunda, es que estos dientes remanentes, a menudo, presentan disminución del aparato de inserción y signos de movilidad. En la primera situación, se destaca la demanda de rehabilitación protésica en los dientes perdidos, pero la segunda situación, condiciona la decisión del clínico en la determinación de pilares protésicos adecuados para la rehabilitación (3,4).

La rehabilitación protésica es una parte importante del tratamiento integral de los pacientes con enfermedad periodontal avanzada. Estudios señalan que la salud periodontal puede mantenerse en pacientes comprometidos con un programa de higiene oral controlado, sin importar el diseño protésico efectuado en un paciente dado ². Sin embargo, el uso de dientes con pequeñas cantidades de soporte periodontal como pilares para prótesis fija es controversial y contradice algunos parámetros extensamente acuñados en la literatura (4).

Por consiguiente, el estado de salud periodontal del paciente a la hora de realizar un tratamiento protésico es de suma importancia debido a que este va a ser un factor que va a influir directamente en el tratamiento y que puede llegar a determinar el éxito o fracaso de este. Es importante que al momento de realizar la rehabilitación protésica el paciente se encuentre en un estado de salud periodontal óptimo puesto que la rehabilitación protésica debe insertarse de manera correcta para mantener la salud periodontal, además de preservar el espacio biológico para de esta manera proteger el medio interno del ligamento periodontal (5). Aunque el principal factor etiológico de

la enfermedad periodontal es la placa bacteriana, existen múltiples factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de esta que pueden ir desde factores de comportamiento del paciente como el tabaquismo, factores sistémicos o enfermedades tales como la hipertensión o la diabetes mellitus. El no tomar en cuenta estos factores junto con la salud periodontal puede ser un factor determinante en el fracaso de una rehabilitación protésica. Asimismo, la EP cursa con destrucción de los tejidos de soporte, dejando secuelas estéticas y funcionales. La rehabilitación protésica de estos pacientes supone, en la mayoría de los casos, un reto para el clínico. Las demandas actuales de los pacientes van más allá de los requerimientos funcionales; la estética suele ser el motivo de consulta más frecuente (6).

Entonces una evaluación especial a la salud periodontal en personas adultas será parte importante del éxito o fracaso de los tratamientos que se consideren en la planificación a realizar, ya que el estado periodontal de los adultos es susceptible a desarrollar o estar cursando alguna patología periodontal, dado que los estudios concluyen que la mayor prevalencia de patologías periodontales es en pacientes adultos. Resultando en problemas estéticos gingivales y funcionales, rezagos de la enfermedad periodontal como piezas ausentes, diastemas, triángulos oscuros, pérdida de estructura dental por desgaste, Abrasión o traumatismo, proinclinación de los dientes anteriores maxilares, rotación, sobreexposición, migración, entre otros (6,7).

Por tal motivo la presente investigación tuvo el propósito de analizar las opciones protésicas en pacientes con compromiso periodontal a través de una revisión bibliográfica de los últimos avances científicos; dado a que, existe una alta incidencia

de enfermedades gingivales y periodontales en la actualidad y además, es necesario contar con los conocimientos periodontales y rehabilitadores adecuados para desarrollar tratamientos rehabilitadores con una larga durabilidad preservando tanto las piezas dentarias y los tejidos periodontales que le rodean, y la necesidad de desarrollar tratamientos interdisciplinarios tomando en cuenta aspectos no solo restauradores sino también periodontales.

1.2 Formulación del problema

Tomando en consideración el planteamiento anterior, para indagar sobre la problemática planteada a través de una revisión bibliográfica, surge la siguiente interrogante: ¿cuáles son las opciones protésicas actuales para pacientes con compromiso periodontal?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Analizar las opciones protésicas en pacientes con compromiso periodontal a través de una revisión bibliográfica.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las enfermedades periodontales más frecuente en pacientes candidatos a tratamientos protésicos.
- Definir el tratamiento periodontal para pacientes periodontalmente comprometidos con opciones de tratamiento protésica.
- Determinar las opciones de tratamiento protésica actuales empleadas en pacientes periodontalmente comprometidos según estudios.

1.4 Justificación

La enfermedad periodontal ha sido considerada en la última década, como un problema de salud pública a nivel mundial, de la cual los sistemas de salud deben hacerse cargo; esto lleva a reconocer que existe un problema en donde la solución no se deriva de acciones individuales, sino que requiere de una intervención social en todo su conjunto. La predisposición a la enfermedad periodontal es causada principalmente por el pobre control de placa bacteriana, por lo que es necesario, antes de iniciar un tratamiento rehabilitador realizar un control y seguimiento de la enfermedad.

De esta manera, la presente investigación tuvo un aporte teórico respecto a las opciones de tratamientos protésicos en pacientes periodontalmente comprometidos. Además, el edentulismo está directamente relacionado con importantes alteraciones anatómicas, funcionales y psicológicas de los pacientes. La falta de estabilidad y de retención de las prótesis convencionales, asociada a la capacidad reducida de masticación puede reducir la calidad de vida de los pacientes. Desde el punto de vista técnico, en Venezuela, dada la severa contracción económica en la cual se atraviesa, existen muy

pocos programas de salud bucodental; lo que ha incrementado exponencialmente los problemas periodontales de un importante sector de la población adulta, por lo que hace pertinente el desarrollar proyectos de salud bucodental dirigidos especialmente a ellos, teniendo en cuenta que los tratamientos odontológicos son de alto costo, haciéndose imprescindible el poder ofrecerle al paciente la opción más viable para lograr la total rehabilitación oral. A nivel metodológico, el aporte del presente estudio servirá como soporte investigativo a investigaciones futuras relacionadas al tema abordado; de igual forma tendrá un aporte documental a la Carrera de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

1.5 Alcance y limitaciones

La presente investigación tuvo el objeto de analizar las opciones protésicas en pacientes con compromiso periodontal a través de una revisión bibliográfica de los últimos avances científicos publicados desde el 2018 hasta la actualidad. Además, el estudio estuvo dentro de la línea de investigación de Odontología Clínica y Correctiva perteneciente a la escuela de Odontología de la UJAP, dentro del período del lectivo 2022-2CR.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Chica en el año 2021, realizó un estudio titulado “Importancia del tratamiento periodontal en pacientes rehabilitados protésicamente y su mantenimiento”. Tuvo el objetivo de describir la importancia del tratamiento periodontal en la rehabilitación protésica. El diseño de esta investigación estuvo basado en una revisión de la literatura, de tipo inductivo y deductivo, cualitativa, documental y exploratoria. De acuerdo con los resultados planteó que una correcta higiene oral tiene un papel fundamental en la prevención de enfermedades gingivales y periodontales en piezas restauradas, junto con un correcto sellado gingival y una adecuada elaboración del diseño de las restauraciones. Además, indicó que la base de un adecuado tratamiento restaurador es realizarlo sobre un periodonto sano, es por esto por lo que se torna de suma importancia la evaluación y diagnóstico previa al tratamiento de los tejidos periodontales, ya que los aspectos periodontales van a influir de manera directa en los resultados estéticos y funcionales del tratamiento rehabilitador (8).

Así mismo, concluyó que al diseñar el plan de tratamiento protésico es importante tomar en consideración aspectos del diseño de la prótesis, los materiales a usar y de los dientes pilares para preservar la salud de los tejidos periodontales y lograr una restauración duradera. Los autores Abduo & Lyons concluyeron que sin una correcta relación interdisciplinaria entre la periodoncia y la rehabilitación oral los resultados

estéticos, funcionales y la salud periodontal se pueden ver comprometidas. Los resultados establecieron que es necesario llevar a cabo visitas periódicas al odontólogo para mantener la salud periodontal y la armonía entre el tratamiento periodontal y protésico (8).

En el año 2020 Gonzales, Kobayashi y Quintana, realizaron una investigación titulada “Rehabilitación oral compleja en un paciente comprometido periodontalmente. Reporte de caso clínico y seguimiento por 6 años”. Señaló que la rehabilitación oral de pacientes comprometidos periodontalmente plantea un desafío clínico ya que conlleva muchos pasos sensibles y sobre todo el compromiso del paciente para cumplir un plan de mantenimiento adecuado. Por lo tanto, para alcanzar los resultados esperados fue necesario e imprescindible un tratamiento multidisciplinario que involucre especialidades que trabajen bajo un plan de tratamiento coordinado. Obtuvo como resultado que con la introducción de los implantes dentales proporcionó beneficios llevando a mejorar la calidad de vida del paciente, así como su grado de satisfacción. Concluye que estudio el caso clínico de un paciente periodontalmente comprometido, su tratamiento y seguimiento por seis años hasta alcanzar el éxito del mismo con una rehabilitación implanto soportada tipo prótesis híbrida en el maxilar superior y coronas cementadas sobre implantes en el maxilar inferior siguiendo un protocolo que brinda predictibilidad y una alta satisfacción del paciente (9).

Rosas, Palomino y Guerrero en el año 2019, realizaron un estudio al cual titularon “Rehabilitación oral de paciente comprometido sistémicamente mediante prótesis fija maxilar y prótesis híbrida mandibular. Reporte de caso”, tuvo como objetivo presentar

el manejo y rehabilitación de un paciente de edad avanzada que presentaba condiciones sistémicas desfavorables. El presente estudio mostró el caso de un paciente de sexo masculino de 80 años de edad que acudió a consulta por disconformidad estética y funcional, con diagnóstico de diabetes, enfermedad periodontal y antecedentes de radioterapia por carcinoma de próstata. El paciente presentaba prótesis fija maxilar en mal estado y un reborde mandibular en forma de filo de cuchillo con delgado ancho buco-lingual. Le realizó la eliminación de bolsas periodontales, alargamiento de corona clínica y rehabilitación con prótesis fija metal cerámica en la arcada superior, mientras que en la arcada inferior procedió con la colocación de implantes con superficie activada y rehabilitación mediante una prótesis híbrida sobre estructura de titanio (10).

A su vez Carril en el 2019, realizó una investigación titulada “Tratamiento ortodóntico en pacientes periodontalmente comprometidos”, tuvo como objetivo evaluar los conocimientos necesarios que el ortodoncista debe conocer para tratamiento en pacientes comprometidos periodontalmente, la relación interdisciplinaria de la periodoncia y ortodoncia, y el conocimiento de la biomecánica ortodóntica empleada en estos pacientes. Obtuvo que un periodonto sano puede adaptarse a las fuerzas traumáticas manteniendo un cierto grado de movilidad dentaria y ensanchamiento del espacio del ligamento. Cuando existe una enfermedad periodontal, como la periodontitis, el periodonto no consigue adaptarse a las fuerzas traumáticas, por lo que la movilidad y el ensanchamiento del espacio del ligamento progresan indefinidamente. La cooperación del dentista general, el periodoncista y el ortodoncista ofrece grandes posibilidades para el tratamiento de problemas combinados de ortodoncia-periodontal.

Indudablemente, la aplicación de medidas de higiene oral es difícil durante el tratamiento de ortodoncia. El tratamiento de ortodoncia puede ampliar las posibilidades de la terapia periodontal en ciertos pacientes, contribuyendo a un mejor control de la microbiota, reduciendo las fuerzas potencialmente peligrosas aplicadas a los dientes y finalmente mejorando el pronóstico general (11).

Fue necesario el conocimiento de los campos de periodoncia y ortodoncia, junto con una estrecha cooperación entre los médicos, amplían el espectro de las opciones de tratamiento disponibles en muchas circunstancias. El conocimiento de nuevas técnicas y la actualización en cuanto al estudio del diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, así como el estudio multidisciplinario hizo conseguir en periodoncia resultados clínicos satisfactorios. Concluye que cuando existe un diagnóstico integral se puede combinar diversos planes de tratamiento para lograr un mayor éxito en el tratamiento del caso; es allí donde se logra combinar diferentes biomecánicas para optimizar el pronóstico de dientes periodontalmente comprometidos, luego de un tratamiento periodontal previo establecido (11).

Cruz y col, en el año 2019, realizaron un estudio al cual titularon “Pacientes afectados de gingivitis crónica portadores de prótesis dental”, tuvo el objetivo de caracterizar el comportamiento clínico epidemiológico de la gingivitis crónica y factores de riesgo asociados en los pacientes portadores de prótesis dental. Realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en pacientes del Policlínico “Hermanos Cruz”, entre 2015 y 2018. Constataron el predominio de pacientes del sexo femenino (63,2%), y del grupo etáreo 25-34 años (27,9%). Predominó la gingivitis crónica edematosa (51,5%),

siendo el sexo femenino el más afectado (68,7%). La mala higiene bucal predominó en el sexo femenino (75,8%). Se encontró relación entre el sexo y la higiene bucal ($p=0,03$). Se encontró que el 100 % de los pacientes afectados presentó placa dentobacteriana. Concluyeron que identificaron el comportamiento epidemiológico de la gingivitis crónica, precisándose los factores de riesgo responsables del desarrollo de dicha patología, sobre los cuales se debe trabajar con vistas al control y correcto manejo de esta afección (12).

2.2 Bases teóricas

Periodonto

Considerado el aparato de soporte de los dientes, está formado por un conjunto de estructuras, las cuales forman parte del sistema estomatognático y son estas estructuras las que se verán afectadas cuando el paciente sufre de enfermedad periodontal. El periodonto de protección y el periodonto de inserción forman el periodonto. El periodonto de protección está constituido por la encía, la cual se divide en: marginal, adherida e interdental o papilar. El periodonto de inserción está formado por: cemento, ligamento periodontal y el hueso que rodea el alvéolo. La principal función del periodonto es adherir el diente al tejido óseo y preservar su integridad en la cavidad bucal. El periodonto, conocido también como “aparato de inserción” o “tejidos de sostén de los dientes” forma un complejo biológico - funcional, la cual a medida pasan los años, pueden generar ciertos cambios y además está predispuesta a modificaciones

relacionados con alteraciones de función y del medioambiente bucal (13).

Enfermedad periodontal

Se describen con cambios infecciosos e inflamatorios de los tejidos que se encuentran alrededor de los dientes: hueso alveolar, ligamento periodontal y encía. Específicamente se clasifican en gingivitis y periodontitis. Ambas se diferencian, de tal manera que la gingivitis desencadena infección e inflamación que afectan sólo a la encía, de tal forma que no existe pérdida de tejido de soporte o hueso, lo que no sucede con la periodontitis, donde si existe destrucción del hueso alveolar. La gingivitis es la que se desarrolla antes de la periodontitis, si bien no todos los casos de gingivitis provienen de una periodontitis, ya que la predisposición genética debe estar presente (14).

La periodontitis constituye la principal causa de pérdida de dientes en adultos (en los niños la causa principal es la caries). La pérdida de dientes tiene graves consecuencias: complicaciones al masticar y al hablar, movilidad de los dientes adyacentes, afectación de la mordida, problemas estéticos (sobre todo si la pérdida es de incisivos), incluso puede cambiar la expresión facial si hay mucha pérdida de hueso. A largo plazo un deterioro en la calidad de vida (15).

Clasificación de la enfermedad periodontal

La primera clasificación se dio en 1999 por la Academia Estadounidense de Periodoncia (American Academy of Periodontology, AAP) donde organizó el

“International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions”, publicando la clasificación que actualmente es utilizada para las enfermedades periodontales. En el 2017 La AAP y la Federación Europea de Periodoncia (European Federation of Periodontology, EFP) organizaron el “World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions, donde a partir del 2018 entra en vigencia una nueva clasificación. Según la clasificación del 99, las enfermedades periodontales se clasifica en ocho grupos (16):

- Enfermedades gingivales,
- Periodontitis crónica y periodontitis agresiva,
- Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas,
- Enfermedades periodontales necrosantes,
- Absceso del periodonto,
- Periodontitis asociada a lesiones endodónticas,
- Condiciones y deformidades adquiridas o del desarrollo.

En la clasificación de 2017, se estableció una actual forma de clasificación de la periodontitis justificándose en estadios, y en el riesgo del progreso de la enfermedad. Los cambios que se dieron con respecto a la clasificación de 1999 estaban relacionados a la inflamación gingival inducida por placa bacteriana (16).

Gingivitis

Clínicamente se observa un enrojecimiento, edema y sangrado de la encía. El proceso inflamatorio reside en la proporción de tejido blando del periodonto y es un proceso reversible. La barrera gingival representa un entorno único que constituye el único

escudo interno del cuerpo contra las bacterias en la biopelícula dental. Las moléculas liberadas de la biopelícula se activan y activan la respuesta inflamatoria que incluye vasodilatación con la posterior migración de neutrófilos, monocitos / macrófagos y linfocitos (17).

Periodontitis

Se determina como una inflamación de los tejidos gingivales que se establece por perder inserción periodontal, como consecuencia que el ligamento periodontal ha destruido y perdido hueso alveolar. Se caracterizan algunos signos y síntomas como: edema, eritema, bolsas mayores a 6mm de profundidad, en estados de destrucción avanzada, sangrado, supuración, pérdida clínica de inserción y de hueso e incluso movilidad dental. En la nueva clasificación se establecieron tres formas diferentes de periodontitis, basándose en su fisiopatología (16,17):

- Periodontitis necrosante.
- Periodontitis como manifestación directa de enfermedades sistémicas.
- Periodontitis, que debe ser caracterizada adicionalmente aplicando un abordaje de clasificación mediante estadios y grados. En el estadio se describe la gravedad de la enfermedad al inicio y la severidad pronosticada del manejo de la enfermedad, también adicionalmente se identifican la extensión y distribución de la enfermedad en la boca. El grado refleja el riesgo y la velocidad de progresión, las posibilidades de resultar en un mal tratamiento y el impacto que se pueda dar sobre la salud general. La ausencia de sangrado al sondeo es indicador de salud gingival. Pacientes que tienen periodontitis

y son tratados con éxito tienen una alta probabilidad de reincidir en la periodontitis, de tal forma no podemos asegurar que el paciente está curado de la periodontitis, lo ideal sería decir que la enfermedad periodontal se encuentra controlada y para su mantenimiento es necesario realizar controles continuos (16,17).

Paciente periodontalmente comprometidos

Los problemas periodontales contribuyen al desarrollo de la maloclusión en un número considerable de pacientes adultos con ortodoncia. El riesgo de las retracciones gingivales, la pérdida de inserción y la profundidad del sondaje > a 4mm aumenta con la edad. Para tratar pacientes periodontalmente comprometidos, la colaboración de ellos, al tratamiento, es importante. Tomar decisiones como que piezas dentarias deben ser retiradas, tiene que realizarse de manera planificada y estratégica, teniendo en cuenta que se debe considerar de mantener o aumentar el reborde alveolar, pues muchos de estos pacientes, los tratamientos de ortodoncia y periodoncia no bastan; teniendo la probabilidad que se tenga que realizar un tratamiento integral y se tenga que realizar una rehabilitación dental completa, pueda que sea con implantes dentales o de manera convencional. Si se controla los factores locales y sistémicos, podremos tratar con éxito la enfermedad periodontal. Este control resulta cuando se realiza el sondeo respectivo, observando un sangrado ausente o mínimo, de esta forma se verá las mejoras en la profundidad de la sonda periodontal y los niveles de inserción, y a nivel clínico la destrucción progresiva del hueso habrá cesado (17,18).

También se debe evaluar si existen inflamaciones pues deberían ser nulas o ser

mínimas, el control de factores modificadores es importante tenerlos en cuenta también, como la reducción del consumo diario de cigarrillos, el control de las enfermedades como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, hiperlipidemia y artritis reumatoide, entre otras. Para que un paciente pueda ser tratado de manera integral debe tener una disminución significativa de la inflamación, y una estabilización de la progresión de la enfermedad, disminuyendo los factores predisponentes y controlando cualquier factor modificador, como ya mencionamos, tratarlos de manera ortodóntica ayudará que exista una prevalencia más baja de la periodontitis en los pacientes con problemas periodontales (18).

Prótesis dental

La 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. Estas ofrecen una solución muy cómoda y efectiva para millones de pacientes anualmente en todo el mundo. Pero cada persona, por sus características físicas y fisiológicas, requiere de una solución específica y personalizada (19):

- Prótesis parcialmente removibles: Como su propio nombre indica, son tratamientos restauradores que se diseñan y fabrican para que el paciente pueda colocársela y quitársela cuando lo necesite, facilitando su higiene. Son unas prótesis que van fuertemente ancladas sobre una barra o botón, pero que el paciente puede

quitárselas por sí mismo, por eso se consideran removibles. La palabra parcial hace referencia a que son estructuras que no abarcan toda la extensión de la boca: solamente las zonas con ausencia dental (19,20).

- **Prótesis completamente removibles:** Son unas prótesis ampliamente usadas entre los ancianos que han perdido todos los dientes. Son prótesis que sí abarcan toda la extensión de la boca. Se hicieron muy populares gracias a la alta compatibilidad que presentan y la ausencia de contraindicaciones. Pueden ser de plástico y nylon. Sin importar el material de fabricación, este tipo de prótesis usan el principio de la ventosa para sostenerse en la boca. A diferencia de las parcialmente removibles, la fijación no siempre es total. Por lo tanto, siempre que sea posible y exista algún punto de apoyo (quede algún diente en la boca del paciente), se optará por las prótesis parcialmente removibles.

- **Prótesis fijas sobre dientes:** También conocidas como puente dental fijo. Como el mismo nombre indica, no son removibles. Son un tipo de prótesis que se apoya sobre los dientes sanos que el paciente aún conserva. Normalmente sustituyen a dientes adyacentes perdidos. Ofrecen una gran resistencia y durabilidad, y mantienen un buen aspecto con el paso del tiempo. También son mucho más fáciles de limpiar que las prótesis dentales removibles. Sin embargo, resulta un tratamiento más invasivo que las demás técnicas de restauración dental, ya que hay que tallar dientes sanos. Por otro lado, al ser una técnica más económica que la implantología, se convierte en una buena alternativa para personas con presupuestos más ajustados.

- **Prótesis fijas sobre implantes:** Se trata de las prótesis dentales de arcada completa

que van cementadas o atornilladas sobre seis u ocho implantes osteointegrados (integrados en el hueso de la mandíbula). Son prótesis que van fijadas a la boca del paciente, por lo que, a diferencia de otras prótesis, éstas no se pueden quitar. Estas prótesis son 100% personalizadas y suelen estar confeccionadas de metal-cerámica, un material muy similar a la porcelana. Las coronas se fabrican con zirconio, un material casi tan duro como el diamante, que presenta una mayor resistencia al desgaste y un aspecto mucho más natural. Por todas estas razones se están convirtiendo en las prótesis más populares.

- Prótesis removibles mucoimplantosoportada: Este tipo de prótesis funciona como combinación de varios métodos ya citados, a los que además le añaden la sujeción a varios implantes. Se aplica en casos en los que no sea posible rehabilitar toda la boca con implantes porque el paciente no cuenta con la cantidad de hueso necesaria. La técnica pasa por colocar dos o más implantes en la mandíbula inferior o cuatro, en la superior. La prótesis se fija sobre estos implantes, dando libertad al paciente de ponérsela y quitársela según lo desee. La ventaja principal es que, al ir colocada sobre estos implantes, la prótesis queda bien sujeta y no se mueve (19,20).

2.3 Bases legales

La presente investigación se rigió por el artículo 2 de la Ley del Ejercicio de la Odontología, en el cual se expresa el ejercicio de la odontología, la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos

propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta ley (21).

De igual forma, entre las bases legales se encuentra la Ley de Derecho de Autor, figurando en su artículo 1, sobre las disposiciones de esta ley protegen los derechos de los autores sobre todas las obras del ingenio de carácter creador, ya sean de índole literaria, científica o artística, cualquiera sea su género, forma de expresión, mérito o destino. Los derechos reconocidos en esta Ley son independientes de la propiedad del objeto material en el cual esté incorporada la obra y no están sometidos al cumplimiento de ninguna formalidad (22).

2.4 Definición de términos

Biotipo periodontal: se refiere de manera cualitativa a los tejidos duros y blandos que van a rodear al diente, se basa en estudiar y determinar el grosor de la encía en relación con la cortical ósea.

Encía: Parte de la mucosa oral que recubre la apófisis alveolar y delinea la parte cervical de los dientes.

Espacio biológico: es la unidad funcional que se forma entre el diente y la encía. Está formado por el surco gingival, tejido conectivo y epitelio de unión.

Hueso alveolar: es la porción del maxilar y la mandíbula que forma y sostiene a los alvéolos dentarios, el cual consiste en una cortical externa, un centro esponjoso y hueso pegado al alvéolo.

Ligamento periodontal: es un tejido conectivo blando que se encuentra entre el

cemento y el hueso, cubriendo la raíz del diente en su totalidad. Su rango de grosor varía entre 0.15-0.38mm, encontrándose la parte más delgada en el tercio medio de la raíz.

Movilidad dental: al no encontrarse en contacto directo con el hueso, las piezas dentarias van a tener un grado mínimo de movilidad causado por la presencia del ligamento periodontal, a este grado mínimo de movilidad se le conoce como movilidad fisiológica.

Profundidad de sondaje: es el espacio que se forma alrededor del diente, entre este y la encía también llamada “surco” o “bolsa periodontal” en sitios donde se ha perdido el tejido de soporte del diente.

Sangrado al sondaje: el sangrado al sondaje ha sido uno de los parámetros clínicos más debatidos ya que es considerado un predictor de la enfermedad periodontal.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Naturaleza de la investigación

La presente investigación tiene el objeto de analizar las opciones protésicas en pacientes con compromiso periodontal a través de una revisión bibliográfica, por tal motivo presento un enfoque cualitativo, según Hernández, Fernández y Baptista, el enfoque cualitativo utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación (23).

3.2 Diseño y tipo de investigación

De acuerdo al diseño la investigación se enmarco en revisiones críticas del estado del conocimiento, es definida como la integración, organización y evaluación de la información teórica sobre un problema existente, focalizando en la investigación actual las posibles vías para su solución (23).

De manera que el tipo de investigación fue documental, la definen como un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, críticas e interpretación de datos secundarios, es decir los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas (24).

3.3 Población y muestra

La población según Arias, es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio (24). En la investigación la población estuvo representada por 435 artículos obtenidos de una búsqueda electrónica que se realizó por medio del buscador Google Académico, donde fueron consultadas las bases de datos de pubmed, scielo y dialnet. Para tal búsqueda fueron empleadas palabras claves en idioma español e inglés combinadas entre sí, siendo estas: “enfermedades periodontales” “tratamientos protésicos”, “edentulismo”, “periodontitis”, “gingivitis”, “*periodontal diseases*” “*prosthetic treatments*”, “*edentulousness*”. Respecto a la muestra, la define como un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible (24). Para la muestra se aplicaron los siguientes criterios de elegibilidad:

- Criterios de inclusión: fueron incluidos aquellos documentos, investigaciones y artículos publicados entre el año 2018 y 2022, relacionados al tema de estudio, de fuentes documentales provenientes de repositorios institucionales de investigaciones nacionales e internacionales. y revistas indexadas en idioma español e inglés.
- Criterios de exclusión: fueron excluidos aquellos documentos que se encontraron incompletos, bloqueados y duplicados. Además de aquellos que fueron publicados antes del año 2018.

De esta manera, se obtuvo la cantidad de 20 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión para su evaluación.

3.4 Técnica e Instrumentos de obtención de la información

Seguidamente, se empleó la técnica observación para la recolección de la información, por lo que se llevó a cabo como instrumento la ficha bibliográfica donde fueron clasificadas y ordenada la información extraída de los artículos seleccionados, este instrumento permitió clasificar y/o asociar a los mismos a cada uno de sus objetivos específicos a lograr (23). De acuerdo al análisis de la información, se empleó el análisis de contenido.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Análisis y presentación de resultados

En el presente capítulo se presenta el análisis de los resultados obtenidos de la recolección de información para analizar las opciones protésicas en pacientes con compromiso periodontal a través de una revisión bibliográfica de los últimos avances científicos. De manera que para la investigación resulto:

Enfermedades periodontales más frecuentes en pacientes candidatos a tratamientos protésicos

Se identificaron las enfermedades periodontales más frecuentes en pacientes candidatos a tratamientos protésicos a través de las revisiones bibliográficas se obtuvo que la periodontitis y gingivitis fueron las más frecuentes estos últimos 5 años, sin embargo, la gingivitis predominó en los estudios, tal como se muestra en el cuadro 1. Asimismo, señalaron que la prevalencia de enfermedades periodontales se presenta los pacientes adultos mayores y con ello a la necesidad de proporcionar a estos pacientes un tratamiento periodontal adecuado. La microflora patógena presente en la película biológica y la placa da lugar a gingivitis y periodontitis. El sistema inmunitario puede sufrir alteraciones propias de la edad que a su vez pueden influir en la predisposición a padecer enfermedades periodontales (12, 25-29).

De los estudios se obtuvo que las gingivitis inducidas experimentalmente en sujetos voluntarios de edad avanzada provocaron reacciones inflamatorias más intensas y una mayor acumulación de placa. Sin embargo, el pronóstico del tratamiento periodontal en los pacientes mayores es más favorable, dado que en este colectivo de pacientes la enfermedad suele tener una progresión más lenta. Los estudios clínicos realizados han mostrado que con citas de revisión periódicas y una buena higiene bucal los resultados del tratamiento se mantienen estables también a largo plazo. En el paciente adulto mayor, el riesgo de reinfección se debe principalmente al abandono de los hábitos de higiene bucal (12,25).

Por su parte Vera en su estudio encontró mayor incidencia de periodontitis en los hombres y en las mujeres gingivitis, señalando que existe una estrecha relación entre el estado de salud de los tejidos periodontales y aditamentos protésicos. Por lo que se debe tener en consideración los aspectos biológicos periodontales antes de colocar una prótesis, empezando con un buen diagnóstico, instrucción de la higiene (bucal y de sus prótesis) y el control de los pacientes hasta la finalización del plan de tratamiento (28).

Rehabilitación protésica del paciente periodontalmente comprometido

Seguidamente se definió el tratamiento periodontal para pacientes periodontalmente comprometidos con opciones de tratamiento protésica según los artículos científicos se presenta la profilaxis, detartraje, raspado y alisado radicular. Siendo el plan de tratamiento en varias fases; la primera donde se aborda el componente periodontal. Luego, se lleva a cabo la fase quirúrgica, todos los pasos contribuyeron a la restitución

de la estética y la función en la cavidad bucal de la paciente, además el tratamiento debe ser protocolizado e individualizado en cada paciente (6, 30-35).

Por su parte, Rodríguez, Chauca y Vallejo, mencionan en su estudio el uso de antibióticos, dado a que obtuvieron resultados favorables a los 15 días de haberse aplicado el antibiótico en la superficie gingival, obteniendo una cicatrización rápida y así lograr satisfacer las expectativas del paciente con una técnica mínimamente invasiva, logrando evidenciar que el uso de este antibiótico es efectivo para la eliminación de bolsas periodontales cuando es acompañado de una buena terapia de raspado y alisado radicular, por lo que a la tetraciclina se la declara segura para ser aplicada en una enfermedad periodontal (31).

Para García y Morales, la primera fase consta en el mantenimiento de la salud de los tejidos periodontales, que representan vital importancia al momento de establecer una longevidad clínica de los futuros tratamientos rehabilitadores, la realización de tratamientos periodontales primarios como el detartraje, profilaxis dental y la adecuada higiene oral, ayudarán a restablecer la salud periodontal del paciente, este paso es fundamental al momento de preparar la boca para la segunda fase que es considerada como quirúrgica, esta consta de la eliminación de focos infecciosos que son el tratado de bolsas periodontales profundas mediante un raspado y alisado radicular e irrigación local con tetraciclina, además, de la realización extracciones múltiples de las piezas dentarias que han sido afectadas con lesiones periodontales severas, finalizando con la correspondiente reposición de los tejidos mediante suturas continuas y su medicación postoperatoria (34). De esta manera, tanto la gingivitis como la periodontitis son

enfermedades de origen multifactorial que necesitan un correcto diagnóstico; y para llegar a este se necesitan distintas pruebas y exámenes complementarios como por ejemplo calcular la profundidad de sondaje, la pérdida de inserción, la movilidad dental, sangrado, inflamación y parámetros radiográficos como la reabsorción ósea. La periodontitis crónica se inicia como gingivitis por lo general y en edades tempranas. A pesar de esto la pérdida de inserción y la reabsorción ósea empieza a darse años después, aunque esto varía en cada paciente. Los principales signos y síntomas son el sangrado y la movilidad que pueden avanzar hasta convertirse en hipertrofia gingival, movilidad dental y posteriormente pérdida dental (35-37).

Por consiguiente, como tratamiento para la periodontitis se pueden utilizar diferentes técnicas mecánicas como el correcto cepillado dental, raspados y alisados radiculares; todo esto se realiza concomitantemente con el uso de enjuagues bucales de aceites esenciales o clorhexidina. Es imprescindible saber que las terapias de mantenimiento son de vital importancia para la preservación de los dientes y mantención de la salud periodontal (36,37).

Determinar las opciones de tratamiento protésica actuales empleadas en pacientes periodontalmente comprometidos según estudios

De la revisión bibliográfica se determinaron que entre las opciones de tratamiento protésica actuales empleadas en pacientes periodontalmente comprometidos se obtuvo prótesis parcial removible flexible, prótesis fija maxilar, prótesis fija dentosoportada, prótesis híbrida y prótesis inmediatas (6,9, 10). Gonzales, Kobayashi y Quintana en su

estudio de un caso clínico de un paciente periodontalmente comprometido, realizaron su tratamiento y seguimiento por seis años hasta alcanzar el éxito del mismo con una rehabilitación implanto soportada tipo prótesis híbrida en el maxilar superior y coronas cementadas sobre implantes en el maxilar inferior siguiendo un protocolo que les brindo predictibilidad y una alta satisfacción del paciente (9).

Asimismo, las prótesis fijas implantosoportadas son una opción terapéutica aceptable y predecible para la rehabilitación de los pacientes que han perdido sus dientes como consecuencia de una enfermedad periodontal. Esta observación parece ser válida tanto en pacientes edéntulos como parcialmente dentados. En los pacientes edéntulos, la literatura apoya la colocación inmediata y la carga inmediata en el maxilar inferior utilizando la estabilización de arcada cruzada de los implantes y una prótesis fija de ajuste pasivo sobre múltiples implantes con estabilización primaria verificable durante su colocación (36).

Entre las opciones se encuentra la prótesis inmediata, según un estudio evidencian que la colocación inmediata de los implantes en zonas de extracción reciente se considera un procedimiento predecible y aceptable. La destrucción periodontal avanzada suele estar asociada con la extracción dentaria. La rehabilitación oral para estas extracciones puede incluir una reconstrucción implantosoportada. Los implantes de carga inmediata suponen una alternativa terapéutica para pacientes con compromiso periodontal que podría significar una mejor oportunidad para satisfacer las necesidades de los pacientes (37).

Según estudios mantener la estabilidad del tejido gingival al momento de hacer

restauraciones con prótesis fijas, dependerá del tratamiento adecuado para cada paciente y las técnicas que utilice el odontólogo para que la restauración sea un éxito o un fracaso. La salud del tejido periodontal depende únicamente de una restauración diseñada correctamente. Se ha evidenciado que las restauraciones fijas producen cambios en los tejidos periodontales muchas veces con características patológicas, durante todos los procedimientos que se llevan a cabo para su realización. La enfermedad periodontal aparece como una reacción patológica del tejido periodontal provocando inflamación y sangramiento (39,40).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Finalmente, la presente investigación analizó las opciones protésicas en pacientes con compromiso periodontal a través de una revisión bibliográfica de los últimos avances científicos resultando entre las opciones disponibles prótesis removibles, la parcial removible, si los dientes están periodontales el soporte debe ser mucoso (porque estos dientes tienen ya un soporte comprometido). Se prefieren retenedores forjados porque son menos fuertes que los colados y así hace menos fuerzas de tracción y se preserva mejor el soporte (no tienen topes oclusales). Tendrán un mayor número de planos guía, conectores amplios y rígidos, y es muy importante que haya una correcta oclusión y distribución de las cargas, porque ya de por sí son dientes periodontales, por lo que queremos repartir las fuerzas para que todos sufran impactos parecidos (examen). La sobredentaduras, se prefiere anclaje de barra porque están ferulizados los pilares, están unidos, y si tienen los pilares un poco de movilidad siempre es mejor que estén unidos de cara a la tracción de la prótesis. Hay que estabilizar los restos radiculares. Importante tener una estabilidad lateral de la prótesis (esto también lo da la barra). Y las prótesis mixtas, permite usarla en clases I y II de Kennedy, se usa cuando la movilidad de los dientes sea ligera y similar, si unimos un diente fijo a uno móvil se acaba moviendo el fijo, por lo que para poder unir los soportes tiene que haber una movilidad similar. Se suele ferulizar el grupo anterior para conseguir mayor estabilización. Lleva barra

microfresada estabilizadora. Para que se distribuyan todas las cargas. Como ventaja: la estética (examen).

.La enfermedad periodontal y la pérdida de inserción son las principales causas de pérdida de dientes y de esta forma se ven cambios y alteraciones en la función y estética. Desde el punto de vista periodontal, antes del tratamiento protésico, es importante establecer una condición de salud de los tejidos periodontales y asegurarse de que los pacientes reciben instrucción detallada de los procedimientos de higiene oral, de manera que la acumulación de placa alrededor de los pilares y de los componentes de la dentadura parcial sea mantenido al mínimo. Todos los pacientes necesitan instrucción para la higiene bucal y muchos también necesitaran tratamiento periodontal básico; a veces se necesitan tratamientos más complejos.

Asimismo, la terapia periodontal previo al tratamiento protésico debe satisfacer la eliminación de todos los factores etiológicos que contribuyen a la enfermedad periodontal; eliminación o reducción de todos los sacos periodontales con el restablecimiento de surcos gingivales libres de inflamación; crear una arquitectura ósea y gingival fisiológica, siempre que sea posible; establecer relaciones oclusales funcionales y desarrollar un programa de control de placa individualizado y un programa definitivo para el mantenimiento. De tal forma que, si el paciente presenta un periodonto saludable, o si las alteraciones periodontales han sido exitosamente tratadas y se ha establecido un pronóstico favorable, el diseño de la prótesis debe ser realizado de manera tal que no se altere éste estado de salud.

Es así como para conseguir una encía sana y adherida, se debe controlar el sangrado (la gingivitis) porque la ausencia de sangre permite mejor visualización del tallado, mejora las impresiones, control del ajuste, cementado y estética. Para recuperar la encía se debe realizar un tratamiento periodontal, un tratamiento conservador, instrucciones de higiene, provisionales adecuados (con márgenes correctos, a la altura adecuada y pulidos, para que no generen retracción gingival), ya luego se realiza la exodoncia cuando el soporte del diente esté muy reducido, sea de un tercio o menos, cuando tenga una movilidad grado III, cuando haya malposiciones, implantaciones, fracturas radiculares y por último, en caso de dientes muy destruidos (cuando limpiemos la caries y todo el proceso patológico del diente y veamos que el piso firme, duro, sano nos queda muy infraóseo y no está indicado el alargamiento coronario).

Se realiza la hemisección y separación en molares mandibulares con furca afectada. Hay que combinarlo con amputación radicular. Se debe esperar a la cicatrización alveolar para comenzar con la prótesis. Estará indicada la cirugía periodontal para el tratamiento de bolsas, furcas, resección de tejido fibroso, fines estéticos (hacer gingivectomía y nivelar los límites gingivales) y alargamientos coronarios.

5.2 Recomendaciones

- De esta manera la presente investigación recomienda la Universidad José Antonio Páez, tomar en consideración el presente estudio como antecedentes a futuras investigaciones relacionadas al tema.
- A los estudiantes de la carrera de Odontología, se le recomienda ampliar el

estudio y seguir indagando sobre las opciones protésicas en pacientes con compromiso periodontal.

- Además deben fomentar la buena higiene oral en los pacientes para un mejor estado de salud y evitar enfermedades periodontales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez A, Llerena M, Peña M. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Dominio de la Ciencia [Internet]. 2017 [citado 2022 Mayo 10]; 3(1):99-108. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5802912>
2. Santana K, Rodríguez A, Silva M, Núñez L, García I. Características de la enfermedad periodontal en la población atendida en consulta externa de la Clínica Estomatológica "Camilo Torres Restrepo". MEDISAN [Internet]. 2014 [citado 2022 Mayo 10]; 18(7): 915- 22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700005&lng=es.
3. Alvarado A, Ramírez S, Nieto A, García R. Alargamiento de corona estético previo a rehabilitación protésica. Informe de caso. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2018 [citado 2022 Mayo 10]; 11(3): 170-172. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072018000300170>.
4. Abduo J, Lyons K. Interdisciplinary interface between fixed prosthodontics and periodontics. Periodontology 2000. 2017: 74(1), 40–62.
5. Mendoza S, Ríos E, Treviño A, Olivares S. Rehabilitación protésica multidisciplinaria: Reporte de un caso clínico. Rev. Odont. Mex [Internet]. 2012 [citado 2022 Mayo 10]; 16(2): 112-122. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2012000200007&lng=es.
6. García J. Rehabilitación oral integral en paciente edéntula parcial con gingivitis inducida por biofilm. Ecuador: Universidad San Gregorio de Portoviejo; 2020. Disponible en: <http://repositorio.sangregorio.edu.ec/handle/123456789/2111>
7. Rodríguez Aguila E, Mena Cardoso A, Cabrera Llano S. Salud bucal en el adulto mayor. AMC [Internet]. 2016 [citado 2022 Mayo 10]; 10(4):1-4. Disponible en: www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/767/1010
8. Chica E. Importancia del tratamiento periodontal en pacientes rehabilitados protésicamente y su mantenimiento. [Trabajo de grado]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2021. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/51726>
9. Gonzales J, Kobayashi A, Quintana M. Rehabilitación oral compleja en un paciente comprometido periodontalmente. Reporte de caso clínico y seguimiento por 6 años.

Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2020 [citado 2022 Mayo 10]; 30(2): 113-119. Doi: <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v30i2.3763>.

10. Rosas J, Palomino J, Guerrero M. Rehabilitación oral de paciente comprometido sistémicamente mediante prótesis fija maxilar y prótesis híbrida mandibular. Reporte de caso. ODOUS Científica. 2019. 20(1): 8-13.

11. Carril V. Tratamiento ortodóntico en pacientes periodontalmente comprometidos. Perú: Universidad Inca Garcilaso De La Vega; 2019.

12. Cruz S, Márquez L, Perdomo A, et al. Pacientes afectados de gingivitis crónica portadores de prótesis dental. Universidad Médica Pinareña. 2019;15(1):84-91.

13. Ercoli C, Caton J. Dental prostheses and tooth-related factors. J. of Periodon. [Internet]. 2018 [citado 2022 Mayo 10]; 89(1): S223-S236. <https://doi.org/10.1002/JPER.16-0569>

14. Gordillo G, Mendoza E. Prevalencia de Caries Dental y Enfermedad Periodontal en Pacientes atendidos en el DIF Municipal de Tuxtla Gutiérrez, en periodo de febrero 2015 –Febrero 2016. México: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas; 2017.

15. Quichua L. Asociación entre los factores de riesgo y lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis dental total. [Trabajo de grado]. Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Facultad de Estomatología; 2017.

16. Herrera D, Figuero E, Shapira, Jin L, Sanz M. La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias. 2018.

17. Vélez M, Armijos F, Astudillo P, Cevallos W. Protocolo clínico y tratamiento a paciente con periodontitis. Dominio de las Ciencias. 2017; 3(3): 967-989.

18. Páez Y, Tamayo B, Batista A, García Y, Guerrero I. Factores de riesgo de periodontopatías en pacientes adultos. CCM [Internet]. 2015 [citado 2022 Mayo 10]; 19(2): 269-281. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?s_cript=sci_arttext&pid=S1560-43812015000200009&lng=es

19. Páez M. Rehabilitación integral de paciente con afectación periodontal, comprometido sistémicamente. Ecuador: Universidad Internacional del Ecuador; 2015.

20. Almeida H, De Santana E, Dos Santos N, De Moraes P, De Araújo Y, de Martinez G M. Clinical aspects in the treatment planning for rehabilitation with overdenture and protocol-type prosthesis. RGO. 2015; 63(3): 271- 276.

21. Ley del Ejercicio de Odontología 1970. Pub. Gaceta Oficial N° 29.288. Caracas, Venezuela (1970).
22. Ley Sobre El Derecho De Autor. Gaceta Oficial, N° 4.638 (Extraordinario), caracas 01 de octubre de 1993.
23. Hernández S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 5ª Edición. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores; 2015.
24. Arias F. El proyecto de investigación. 6ta edición. Caracas: Episteme; 2012.
25. Patiño B, Romero R, Conto F, Pincay J. Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes que usen prótesis dentales parciales. *Recimundo*, 2018; 2(2), 356-367. Doi: [https://doi.org/10.26820/recimundo/2.\(2\).2018.356-367](https://doi.org/10.26820/recimundo/2.(2).2018.356-367)
26. Romero D, Yurley T, Meza T, Medina C, Prada L. Percepción actual de enfermedad periodontal en pacientes con prótesis fija rehabilitados en clínica odontológica de la universidad Santo Tomás 2013-2017. [Trabajo de grado]. Bucaramanga: Universidad Santo Tomás; 2020. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/30846>
27. Mera K. Estado de salud periodontal en pacientes geriátricos, portadores de prótesis parciales removibles. [Trabajo de grado]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2020. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48517>
28. Vera K. Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis. [Trabajo de grado]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2020. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48350>
29. Pinto M, Rincón A, Dávila I, Rueda D. Prevalencia de enfermedad periodontal en historias clínicas de pacientes con tratamientos de prótesis parcial fija atendidos en la clínica integral del adulto IV desde febrero de 2013 a diciembre 2017. [Trabajo de grado]. Bucaramanga: Universidad Santo Tomás; 2020. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11634/20041>
30. Romera A. Tratamiento multidisciplinar de pacientes periodontales: a propósito de dos casos. [Trabajo de grado]. España: Universidad de Zaragoza; 2022. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/76814/files/TAZ-TFG-2018-3034.pdf?version=1>
31. Rodríguez B, Chauca L, Vallejo D. Eficacia de la Tetraciclina como coadyuvante en la terapia de raspado y alisado radicular en paciente con Periodontitis crónica. Reporte de caso. *EOUG* [Internet]. 26 de mayo de 2021 [citado 27 de septiembre de 2022];3(2):36-40. Disponible en: <https://www.revistas.ug.edu.ec/index.php/eoug/article/view/294>

32. Valdes H, Loor D. Rehabilitación oral integral de un paciente con periodontitis crónica, con pérdidas de piezas dentarias en el sector anterior y posterior, periodo Marzo 2018- Agosto 2018. [Trabajo de grado]. Ecuador: Repositorio Institucional de la Universidad San Gregorio de Portoviejo; 2018. Disponible en: <http://repositorio.sangregorio.edu.ec/handle/123456789/875>
33. Mosquera M. Tratamiento de bolsas periodontales con raspado y alisado radicular campo abierto. [Trabajo de grado]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2019. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44164>
34. García J, Morales C. Rehabilitación oral integral en un paciente con periodontitis crónica generalizada que presenta gran afectación en piezas dentales anteros inferiores durante el periodo septiembre 2017- febrero 2018. [Trabajo de grado]. Ecuador: Repositorio Institucional de la Universidad San Gregorio de Portoviejo; 2018. Disponible en: <http://repositorio.sangregorio.edu.ec/handle/123456789/464>
35. Barrientos T. Raspado y alisado en el tratamiento para gingivitis localizadas y bolsas periodontales: reporte de caso clínico. Perú: Universidad Peruana Los Andes; 2022. Disponible en: <http://informatica.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/4312>
36. Hernández C. Rehabilitación protésica del paciente adulto parcialmente edéntulo. [Trabajo de grado]. España: Universidad de Zaragoza; 2018. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/290002965.pdf>.
37. Badillo B, Morales G, Magaña Q, Flores J, Escutia G, Figueroa M. Manejo interdisciplinario para una óptima rehabilitación oral. Rev ADM. 2021;78(2):106-114. doi:10.35366/99287.
38. Narváez C. Enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis parcial removible. [Trabajo de grado]. Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2021. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/11247> .
39. Arteaga D. Estabilidad del tejido gingival al restaurar dientes con prótesis fija. [Trabajo de grado]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2021. Disponible en: <http://201.159.223.180/handle/3317/16097>.
40. Peña J. Estado de salud periodontal en piezas con prótesis fija en pacientes atendidos en centro de practica pre-clínica y clínica de estomatología de la Universidad Señor de Sipán. [Trabajo de grado]. Perú: Universidad Señor de Sipán; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/7707>.

ANEXOS

ANEXO A
INTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANEXO A.
FICHA BIBLIOGRÁFICA

Analizar las opciones protésicas en pacientes con compromiso periodontal a través de una revisión bibliográfica.

Artículos	Relación	Muestra/método	Resultados	Conclusiones
<p>12. Cruz S, Márquez L, Perdomo A, et al. "Pacientes afectos de gingivitis crónica portadores de prótesis dental". Rev. UMP. 2019;15(1):84-91.</p> <p>https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86395</p>	<p>Enfermedades periodontales:</p> <p>gingivitis crónica</p>	<p>180 pacientes portadores de prótesis</p>	<p>Constató predominio de pacientes del sexo femenino, y del grupo etáreo 25-34 años. Predominó la gingivitis crónica, siendo el sexo femenino el más afectado. La mala higiene bucal predominó en el sexo femenino. Encontró relación entre el sexo y la higiene bucal. El 100 % de los pacientes afectados presentó placa dentobacteriana.</p>	<p>Identificó el comportamiento epidemiológico de la gingivitis crónica, precisándose los factores de riesgo responsables del desarrollo de dicha patología, sobre los cuales se debe trabajar con vistas al control y correcto manejo de esta afección.</p>
<p>25. Patiño B, Romero R, Conto F, Pincay J. "Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes que usen prótesis dentales parciales". RECIMUNDO, 2018; 2(2), 356-367.</p> <p>https://doi.org/10.26820/recimundo/2.(2).2018.356-367</p>	<p>Enfermedades periodontales:</p> <p>gingivitis</p>	<p>80 pacientes con prótesis parcial removible</p>	<p>Del total de la muestra de estudio 50 pacientes presentaron enfermedad periodontal, 20 pacientes pertenecían al grupo etareo de 30 a 40 años de edad y 15 pacientes pertenecían al grupo etareo de 41 a 70 años.</p>	<p>Concluyen que el género masculino es el más propenso a sufrir enfermedad periodontal y las edades donde más se presenta es ente los 41 a 70 años por lo tanto es donde se debe tener mayor precaución.</p>
<p>26. Romero D, Yurley T, Meza T, Medina C, Prada L. "Percepción actual de enfermedad periodontal en pacientes con prótesis fija rehabilitados en clínica odontológica de la universidad Santo Tomás 2013-2017". Repositorio institucional</p>	<p>Enfermedades periodontales:</p> <p>periodontitis gingivitis</p>	<p>144 personas</p>	<p>Se evidencia una diferencia estadísticamente significativa en los factores: no recuerda haber recibido controles 38%; presenta diagnóstico de diabetes 16%. Un 57,7% de la población evaluada no asistió a controles después la colocación de</p>	<p>El 26,2 % de los evaluados se perciben con enfermedad periodontal y se evidencia una relación entre la asistencia a controles y el diagnóstico diabetes. Las personas con enfermedad</p>

<p>Universidad Santo Tomás. Bucaramanga; 2020. https://repository.usta.edu.co/handle/11634/30846</p>			<p>la prótesis, señalando 1% haber recibió instrucciones para realizar limpieza de su prótesis. El 95% presenta la prótesis realizada en la clínica odontológica recibiendo instrucciones de higiene, destacando el uso de cepillo y seda.</p>	<p>periodontal rehabilitadas con prótesis fija necesitan de mayor control e instrucciones de limpieza, especialmente en pacientes con diabetes.</p>
<p>27. Mera K. “Estado de salud periodontal en pacientes geriátricos, portadores de prótesis parciales removibles”. Repositorio institucional Universidad de Guayaquil. Ecuador; 2020. http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48517</p>	<p>Enfermedades periodontales: gingivitis</p>	<p>40 pacientes geriátricos</p>	<p>El estado de salud periodontal de pacientes geriátricos portadores de prótesis parcial removible se ve afectado por falta de control de la salud gingival y mantenimiento de la P.P.R.</p>	<p>La prevalencia de la enfermedad periodontal y los factores de riesgo asociados además del el inadecuado uso de la PPR.</p>
<p>28. Vera K. “Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis”. Repositorio institucional Universidad de Guayaquil. Ecuador; 2020. http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48350</p>	<p>Enfermedades periodontales: periodontitis gingivitis</p>	<p>72 pacientes</p>	<p>Encontró mayor incidencia de periodontitis en los hombres y en las mujeres gingivitis.</p>	<p>Existe una estrecha relación entre el estado de salud de los tejidos periodontales y aditamentos protésicos. Se debe tener en consideración los aspectos biológicos periodontales antes de colocar una prótesis, empezando con un buen diagnóstico, instrucción de la higiene (bucal y de sus prótesis) y el control de los pacientes hasta la finalización del plan de tratamiento.</p>
<p>29. Pinto M, Rincón A, Dávila I, Rueda D. “Prevalencia de</p>	<p>Enfermedades periodontales: periodontitis</p>	<p>61 historias clínicas revisadas</p>	<p>La mayor prevalencia de enfermedad periodontal en dientes pilares</p>	<p>Se muestra que la prevalencia de gingivitis asociada a</p>

<p>enfermedad periodontal en historias clínicas de pacientes con tratamientos de prótesis parcial fija atendidos en la clínica integral del adulto IV desde febrero de 2013 a diciembre 2017". Repositorio institucional Universidad Santo Tomás. Bucaramanga; 2020.</p> <p>http://hdl.handle.net/11634/20041</p>			<p>rehabilitados con prótesis parcial fija y corona unitaria y en relación a la ausencia de enfermedad 24,2% en diente pilar, corresponde un 27,5% a gingivitis asociada a placa bacteriana, 18,5 % en un periodonto disminuido y 13,5% a deformidad mucogingival tipo recesión. También se observó que 16,2 % de los dientes presentaron bolsas periodontales, correspondiendo un 9 %, 4,6 % y 2,6% a la periodontitis crónica moderada con nivel de inserción de 3.4 mm, periodontitis crónica severa con nivel de inserción mayor de 5 mm y periodontitis crónica leve con nivel de inserción de 1-2 mm respectivamente</p>	<p>placa bacteriana en un periodonto disminuido fue alta dependiendo en gran cantidad respecto a la edad, ya que se observó que la mayoría los participantes que presentaban gingivitis asociada a placa bacteriana en un periodonto disminuido a nivel localizado eran mayores de 45 años de edad y quienes presentaban gingivitis asociada a placa bacteriana en un periodonto disminuido a nivel generalizado eran mayores de 45 años de edad, porque se plantea que la pérdida de inserción y hueso alveolar se relaciona con la edad</p>
<p>6. García J. "Rehabilitación oral integral en paciente edéntula parcial con gingivitis inducida por biofilm". repositorio institucional Universidad San Gregorio de Portoviejo. Ecuador; 2020.</p> <p>http://repositorio.sangregorio.edu.ec/handle/123456789/2111</p>	<p>Tratamiento periodontal: Profilaxis y detartraje</p>	<p>1 caso clínico</p>	<p>El plan de tratamiento consistió en varias fases, siendo la primera la que abordó el componente periodontal. Luego, se llevó a cabo la fase quirúrgica. A continuación, hubo una fase rehabilitadora que abarcó el componente de endodoncia y operatoria dental. Y, por último, en la fase protésica se colocó una corona de metal cerámica en la pieza 14, además, se elaboró una prótesis parcial removible flexible en la arcada superior y una prótesis parcial removible de acrílico en</p>	<p>La primera fase del tratamiento consistió en aspectos preventivos en su componente periodontal, en ella se realizó profilaxis y detartraje. Luego, se llevó a cabo la fase quirúrgica en la que se realizó la extracción de las piezas dentarias cumpliendo con todos los protocolos que implican el preoperatorio, la fase operatoria y el postoperatorio. Se cuidó que la cicatrización fuera favorable y que el</p>

			la arcada inferior.	reborde. Todos los pasos contribuyeron a la restitución de la estética y la función en la cavidad bucal de la paciente.
<p>30. Romera A. “Tratamiento multidisciplinar de pacientes periodontales: a propósito de dos casos”. España: Universidad de Zaragoza; 2022.</p> <p>https://zaguan.unizar.es/record/76814/files/TAZ-TFG-2018-3034.pdf?version=1</p>	<p>Tratamiento periodontal: Raspado y alisado radicular</p>	<p>2 pacientes 70 y 74 años</p>	<p>La enfermedad periodontal tiene una alta prevalencia en la población y es la causa más frecuente de pérdida dental en el adulto, teniendo repercusiones en la calidad de vida. La etiología es multifactorial y la gingivitis será siempre una condición precursora, constituyendo la manera de detectarla precozmente. Está influenciada por multitud de factores de riesgo, de entre los cuales el tabaco es el más destacado y también guarda relación con otras enfermedades como la diabetes.</p>	<p>El tratamiento debe ser protocolizado e individualizado en cada paciente y existen innovaciones en este campo como el uso del láser o la introducción de las células madre. La terapia periodontal suele tener una duración larga, pero el odontólogo no debería de realizar el tratamiento protésico hasta que la enfermedad no estuviera controlada.</p>
<p>31. Rodríguez B, Chauca L, Vallejo D. “Eficacia de la Tetraciclina como coadyuvante en la terapia de raspado y alisado radicular en paciente con Periodontitis crónica. Reporte de caso”. EOUG. 2021;3(2):36-40.</p> <p>https://www.revistas.u.edu.ec/index.php/eoug/article/view/294</p>	<p>Tratamiento periodontal: Tetraciclina como coadyuvante en la terapia de raspado y alisado radicular</p>	<p>1 caso clínico</p>	<p>Se obtuvo resultados favorables a los 15 días de haberse aplicado el antibiótico en la superficie gingival, obteniendo una cicatrización rápida y así se logró satisfacer las expectativas del paciente con una técnica mínimamente invasiva, con resultados positivos y comprobando la eficacia de este antibiótico.</p>	<p>A pesar de que existieron ciertas limitaciones de estudios recientes, se logró evidenciar que el uso de este antibiótico es efectivo para la eliminación de bolsas periodontales cuando es acompañado de una buena terapia de raspado y alisado radicular, por lo que a la tetraciclina se la declara segura para ser aplicada en una enfermedad periodontal.</p>

<p>32. Valdes H, Loor D. "Rehabilitación oral integral de un paciente con periodontitis crónica, con pérdidas de piezas dentarias en el sector anterior y posterior, periodo Marzo 2018- Agosto 2018". Repositorio Institucional de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Ecuador; 2018.</p> <p>http://repositorio.sangregorio.edu.ec/handle/123456789/875</p>	<p>Tratamiento periodontal:</p> <p>Detartraje, raspado y alisado radicular</p>	<p>1 caso clínico</p>	<p>realizó un examen periodontal, reflejando un nivel elevado de placa bacteriana, cálculo supra y sub gingival, y bolsas periodontales, siendo estos signos de una Periodontitis Crónica, se procedió a eliminar el cálculo mediante detartraje, raspado y alisado radicular, para luego proceder al cepillado y fluorización, exodoncias indicadas por gran parte de pérdida coronaria y caries extensa en las piezas N° 22 y 26, tratamientos endodónticos en la pieza dentaria n°13, la cual fue un retratamiento, y la pieza dental N° 14 por patología pulpar irreversible con su respectiva restauración, corona metal- cerámica de la pieza n°13; y por último se colocaron prótesis removibles, en la arcada Inferior de cromo cobalto y una prótesis de acrílico en la arcada superior.</p>	<p>Lograron cumplir con los objetivos planteados en base a la rehabilitación oral integral del paciente logrando así mejorar su función estética de masticación y deglución, creando una mejor actitud del paciente.</p>
<p>33. Mosquera M. "Tratamiento de bolsas periodontales con raspado y alisado radicular campo abierto". Universidad de Guayaquil. Ecuador; 2019. Disponible en: http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44164</p>	<p>Tratamiento periodontal:</p> <p>Raspado y alisado radicular</p>		<p>Mientras es un hecho que en ocasiones las fases no quirúrgicas del tratamiento periodontal detienen la progresión de la periodontitis, también es cierto que existe a veces persistencia de inflamación y bolsas profundas. Es cuando el tratamiento quirúrgico debe ser considerado una fase adicional. La cirugía periodontal consiste en sus propios</p>	<p>Esto es posible por mejorar el acceso a la zona de la superficie radicular involucrada y a través de corregir los defectos morfológicos y anatómicos de la periodontitis. Por lo tanto, el tratamiento no quirúrgico es el arma terapéutica para bolsas periodontales relacionadas con</p>

			propósitos, y son crear acceso para un adecuado raspado y alisado de la superficie radicular en función de limpiarlas quirúrgicamente y establecer una morfología óseo gingival que permita un eficiente control de factores infecciosos auto ejecutados por el paciente.	placa y/o calculo sub y supra gingival, sangrado al sondaje y autocontrol de placa deficiente, mientras la cirugía periodontal lo es en el tratamiento de bolsas residuales o infecciones persistentes.
34. García J, Morales C. "Rehabilitación oral integral en un paciente con periodontitis crónica generalizada que presenta gran afectación en piezas dentales anteroinferiores durante el periodo septiembre 2017- febrero 2018". Repositorio Institucional de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Ecuador; 2018. http://repositorio.sangregorio.edu.ec/handle/123456789/464	Tratamiento periodontal: Detartraje, profilaxis dental raspado y alisado radicular e irrigación local con tetraciclina	1 caso clínico	La primera fase consta en el mantenimiento de la salud de los tejidos periodontales, que representan vital importancia al momento de establecer una longevidad clínica de los futuros tratamientos rehabilitadores, la realización de tratamientos periodontales primarios como el detartraje, profilaxis dental y la adecuada higiene oral, ayudarán a restablecer la salud periodontal del paciente, este paso es fundamental al momento de preparar la boca para la segunda fase que es considerada como quirúrgica, esta consta de la eliminación de focos infecciosos que son el tratado de bolsas periodontales profundas mediante un raspado y alisado radicular e irrigación local con tetraciclina, además, de la realización extracciones múltiples de las piezas dentarias que han sido afectadas con lesiones periodontales severas,	La última y más extensa fase fue la rehabilitadora debido a sus múltiples procedimientos, en las piezas dentarias anterosuperiores que habían sufrido lesiones de abfracción y atrición, se le realizaron los tratamientos de conductos, cementación de postes de fibra de vidrio y coronas estéticas de disilicato de litio, siguiendo con la preparación los dientes remanentes para la posterior adaptación de las prótesis removibles de acrílico en el maxilar superior y cromo cobalto en el inferior. Al finalizar todos los procedimientos de las respectivas fases se pudo restablecer al paciente la salud, función y estética de su sistema estomatognático.

			finalizando con la correspondiente reposición de los tejidos mediante suturas continuas y su medicación postoperatoria.	
35. Barrientos T. "Raspado y alisado en el tratamiento para gingivitis localizadas y bolsas periodontales: reporte de caso clínico". Repositorio institucional Universidad Peruana Los Andes. Perú; 2022. http://informatica.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/4312	Tratamiento periodontal: raspado y alisado radicular	1 caso clínico	Presencia de la enfermedad gingival de forma leve. La higiene bucal deficiente constituye un factor de riesgo predominante en las unidades de análisis afectando a mayor cantidad a las personas de ambos sexos. La gingivitis es una enfermedad que afecta al tejido que rodea al diente pero que si no se trata a tiempo puede conllevar a la periodontitis.	Esta patología es una enfermedad con diversos estadios desde leve a crónico conllevando unos diversos signos y síntomas en el paciente iniciándose con la gingivitis en diversas edades hasta llegar a la periodontitis que este está asociado a la pérdida del tejido óseo padeciendo más los adultos. Este problema es multifactorial, agresiva ya que a causa del desconocimiento en los pacientes y la falta de higiene oral adecuada conlleva al acumulo de placa bacteriana y daño en la salud periodontal.
6. García J. "Rehabilitación oral integral en paciente edéntula parcial con gingivitis inducida por biofilm". repositorio institucional Universidad San Gregorio de Portoviejo. Ecuador; 2020. http://repositorio.sangregorio.edu.ec/handle/123456789/2111	Tratamiento protésico actuales: Prótesis parcial removible flexible	1 caso	El plan de tratamiento consistió en varias fases, siendo la primera la que abordó el componente periodontal. Luego, se llevó a cabo la fase quirúrgica. A continuación, hubo una fase rehabilitadora que abarcó el componente de endodoncia y operatoria dental. Y, por último, en la fase protésica se colocó una corona de metal cerámica en la pieza 14, además, se elaboró una	Todos los pasos contribuyeron a la restitución de la estética y la función en la cavidad bucal de la paciente.

			prótesis parcial removible flexible en la arcada superior y una prótesis parcial removible de acrílico en la arcada inferior.	
9. Gonzales J, Kobayashi A, Quintana M. "Rehabilitación oral compleja en un paciente comprometido periodontalmente. Reporte de caso clínico y seguimiento por 6 años". Rev. Estomatol. Herediana. 2020; 30(2): 113-119. http://dx.doi.org/10.20453/reh.v30i2.3763 .	Tratamiento protésica actuales: Rehabilitación implanto soportada tipo prótesis híbrida	1 caso	Caso clínico de un paciente periodontalmente comprometido, su tratamiento y seguimiento por seis años hasta alcanzar el éxito del mismo con una rehabilitación implanto soportada tipo prótesis híbrida en el maxilar superior y coronas cementadas sobre implantes en el maxilar inferior siguiendo un protocolo que nos brinda predictibilidad y una alta satisfacción del paciente.	Con la introducción de los implantes dentales se ha proporcionado beneficios a los pacientes llevando a mejorar la calidad de vida del paciente así como su grado de satisfacción.
10. Rosas J, Palomino J, Guerrero M. "Rehabilitación oral de paciente comprometido sistémicamente mediante prótesis fija maxilar y prótesis híbrida mandibular. Reporte de caso". ODOUS Científica. 2019. 20(1): 8-13.	Tratamiento protésica actuales: prótesis fija maxilar y prótesis híbrida mandibular	1 caso clínico	El paciente presentaba prótesis fija maxilar en mal estado y un reborde mandibular en forma de filo de cuchillo con delgado ancho buco-lingual. Se le realizó la eliminación de bolsas periodontales, alargamiento de corona clínica y rehabilitación con prótesis fija metal cerámica en la arcada superior, mientras que en la arcada inferior se procedió con la colocación de implantes con superficie activada y rehabilitación mediante una prótesis híbrida sobre estructura de titanio.	El éxito de la rehabilitación sobre implantes en pacientes con transtornos metabólicos es posible cuando están controlados. Así mismo, los pacientes con tratamientos de radiación pueden ser rehabilitados con implantes dentales y mejorar su confort y eficacia masticatoria.
36. Hernández C. "Rehabilitación protésica del paciente adulto parcialmente"	Prótesis fija dentosoportada	2 casos clínicos	En el examen clínico periodontal se observó que las profundidades de sondaje estándar	el plan de tratamiento consistió en el control de la placa bacteriana.

<p>edéntulo”. Repositorio institucional Universidad de Zaragoza. España; 2018.</p> <p>https://core.ac.uk/download/pdf/290002965.pdf.</p>			<p>del margen fisiológico. De acuerdo a los datos obtenidos en el periodontogramay en el índice de placa de O’Leary (22%), se considera que la paciente tiene una higieneoral aceptable. La presencia de placa se da principalmente a nivel de los incisivosinferiores. El índice de sangrado de Lindhe (12%) indica una leve inflamación gingival.Enfermedad periodontal crónica leve generalizada. Periodontitis crónica generalizadadebido a que afecta a más del 30% de los sitios; leve, debido a que hay bolsas de 3-4mm y pérdida de nivel de inserción clínico de 2mm como máximo</p>	<p>Eliminación de la placa y el cálculo mediante tartrectomía supragingival. Motivación e instrucción en técnicas de higiene oral tal como la técnica de Bass. Informar de otros utensilios y métodos de higiene como la seda dental o la importancia del cepillado lingual</p>
<p>37. Badillo B, Morales G, Magaña Q, Flores J, Escutia G, Figueroa M. Manejo interdisciplinario para una óptima rehabilitación oral. Rev ADM. 2021;78(2):106-114. doi:10.35366/99287.</p>	<p>Tratamiento protésica actuales: prótesis inmediatas</p>	<p>1 caso clínico</p>	<p>El diagnóstico periodontal dado para la paciente fue periodontitis crónica severa generalizada y de periodontitis estadio 4 grado A dentro de la nueva clasificación para las enfermedades periodontales de 2018. Se ferulizaron los dientes superiores con arco de acero 16 × 24 y resina fluida para tomar la impresión y realizar los modelos de estudio, en los cuales se elaborará la placa base con rodillos para establecer la dimensión vertical que ayudará a la elaboración de las prótesis inmediatas.</p>	<p>La valoración, diagnóstico y planificación del caso clínico debe ser realizada por un equipo interdisciplinario con el fin de lograr un resultado integral favorable. Al aplicar los conocimientos científicos, teóricos y prácticos se consiguen tratamientos con mayor éxito, devolviendo la funcionalidad masticatoria, fonética y estética.</p>

<p>39. Arteaga D. "Estabilidad del tejido gingival al restaurar dientes con prótesis fija". Repositorio institucional Universidad de Guayaquil. Ecuador; 2021. http://201.159.223.180/handle/3317/16097.</p>	<p>Tratamiento protésica actuales: prótesis fija</p>		<p>Para evaluar estos datos se consideró los límites para no violar el ancho biológico, la discrepancia marginal entre las técnicas y diferentes materiales para la fabricación de provisionales, los factores predisponentes para recesiones gingivales, preparaciones tolerables periodontalmente, y las técnicas de desplazamiento gingival favorables para el periodonto.</p>	<p>Mantener la estabilidad del tejido gingival al momento de hacer restauraciones con prótesis fijas, dependerá del tratamiento adecuado para cada paciente y las técnicas que utilice el odontólogo para que la restauración sea un éxito o un fracaso. La salud del tejido periodontal depende únicamente de una restauración diseñada correctamente</p>
<p>40. Peña J. "Estado de salud periodontal en piezas con prótesis fija en pacientes atendidos en centro de practica pre-clínica y clínica de estomatología de la Universidad Señor de Sipán". Repositorio institucional Universidad Señor de Sipán. Perú; 2020. https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/7707.</p>	<p>Tratamiento protésica actuales: prótesis fija</p>	<p>112 pacientes</p>	<p>Los resultados muestran que el 77,7% de los pacientes tratados en la clínica de la USS de Practica Pre-Clínica y Clínica, su estado de salud periodontal en piezas con prótesis fija es óptima, por otro lado, el 22.3% de los pacientes, su estado periodontal en piezas con prótesis fija es deficiente</p>	<p>La recesión gingival en piezas con prótesis fija en pacientes tratados en el Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad Señor de Sipán es óptima. Es el sangrado al sondaje en piezas con prótesis fija, en pacientes tratados en el centro de prácticas pre clínica y clínica de estomatología de la universidad señor de sipán, es óptimo</p>