

"UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERU"



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SAUD

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

TESIS

**PREVALENCIA DEL EDENTULISMO TOTAL, FORMA Y ALTURA DEL
REBORDE ÓSEO RESIDUAL EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DEL
CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE ESSALUD IQUITOS EN EL AÑO 2015**

Presentado por el Bachiller en Estomatología:

RAMIRO ALBINO DEL AGUILA VÁSQUEZ

Asesor:

C.D. RAFAEL FERNANDO SOLOGUREN ANCHANTE, Dr.

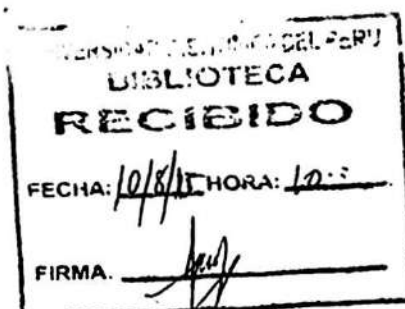
Para optar el título profesional de

CIRUJANO DENTISTA

SAN JUAN BAUTISTA

IQUITOS - PERÚ

2015



AGRADECIMIENTO

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy hoy en día; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre lo que incluye este proyecto. Me formaron durante toda mi vida y motivaron constantemente a alcanzar mis anhelos.

A mi maestro y asesor el Dr. Rafael Fernando Sologuren Anchante por sus conocimientos dados y adquiridos durante mi formación universitaria y por su tiempo brindado durante la realización del proyecto de tesis.

A todas aquellas personas que contribuyeron en la realización del presente estudio

DEDICATORIA

**A mis queridos padres Atilio y Ana María,
A mis hermanos Juan Carlos, Cecilia, Edgar
y a mi sobrina Valentina por el constante apoyo
y sacrificio hacia mi para poder culminar mis estudios.**

**A mi tía Zoila Rita del Aguila
por el apoyo incondicional que
me brindo y sigue brindando hoy en día.**

RESUMEN

El presente estudio como objetivo determinar la prevalencia del edentulismo total, la forma y altura del reborde óseo residual en pacientes de la tercera edad del Centro el Adulto Mayor de EsSalud Iquitos, 2015. Fue un estudio no experimental, descriptivo comparativo. La población estuvo conformada por todos los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor EsSalud, la muestra fue de 176 pacientes. El cual se les realizo exámenes dentales para diagnosticar su edentulismo sea parcial, total o dentado completo y se recolecto los datos en la ficha del adulto mayor edéntulo. Los datos fueron analizados con estadísticos descriptivos y de correlación de Spearman.

Se determinó que el 51.14% de pacientes fueron edéntulos totales, el 46.02% edéntulos parciales y el 2.84% dentados completos.

La forma del reborde óseo en el maxilar superior lado izquierdo fue 53.4% uniforme, 31.3% irregular y 15.3% no registro debido a que era dentado. En el sector anterior el 63.1% tiene reborde uniforme, el 16.5% irregular, el 20.5% no registra. En el lado derecho el 51.7% uniforme, 39.2% irregular y el 9.1% no registra. La forma del reborde óseo en el maxilar inferior lado izquierdo fue 51.7% uniforme, 39.2% irregular y el 9.1% no registra debido a que es dentado. En el sector anterior fue 30.7% uniforme, 23.9% irregular y el 45.5% no registra. En el lado derecho el 53.4% uniforme, 35.2% irregular y el 11.4% no registra.

El porcentaje más alto de la altura del reborde óseo según el grado de reabsorción en el maxilar superior fue 49.4% en el lado izquierdo, 48.9% en el lado derecho y en el sector anterior 20.5%. En el maxilar inferior fue el 44.9% en el lado izquierdo, 43.8% en el lado derecho y en el sector anterior con 20.5%.

Por ultimo demostrando que la mayoría de adultos mayores atendidos presentaron un alto porcentaje de maxilares reabsorbidos y de forma irregular.

Palabras clave: Reabsorción, edentulismo

ABSTRACT

This study aimed to determine the prevalence of total edentulism, shape and height of the residual bony ridge in elderly patients Older Adults Centre EsSalud Iquitos, 2015. It was a non-experimental, descriptive comparative study. The population consisted of all seniors attending the Adult Center May EsSalud, the sample was 176 patients. Which dental examinations were performed to diagnose your edentulous partial, full or complete tooth and data was collected on the tab of the elderly edentulous. Data were analyzed with descriptive statistics and Spearman correlation.

It was determined that 51.14% of patients were edentulous, partially edentulous the 46.02% and 2.84% jagged.

The shape of the bony ridge in the upper jaw left uniform was 53.4%, 31.3% and 15.3% irregular because no record was jagged. In the previous sector has uniform bead 63.1%, 16.5% irregular, 20.5% do not register. On the right side uniform 51.7%, 39.2% and 9.1% irregular not recorded. The shape of the bony ridge in the lower jaw left uniform was 51.7%, 39.2% and 9.1% irregular not recorded because it is jagged. In the previous sector was 30.7% uniform, 23.9% and 45.5% irregular not recorded. On the right side uniform 53.4%, 35.2% and 11.4% irregular not recorded.

The highest percentage of the height of the bony ridge according to the degree of resorption in the maxilla was 49.4% on the left side, 48.9% on the right and in the anterior 20.5%. In the lower jaw was 44.9% on the left side, 43.8% on the right and in the anterior region with 20.5%.

Finally showing that most older adults had attended a high percentage of resorbed maxillary and irregularly.

Keywords: resorption, edentulous.



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los 27 días del mes de agosto de 2015, siendo las 8:00 p.m., el Jurado de Tesis designado según Resolución Decanal N° 057- 2015 - FCS -UCP, de fecha 25 de febrero del 2015, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad integrado por los señores docentes que a continuación se indica:

CULTAD
CIENCIAS
LA SALUD

- Méd. Mgr. Jesús J. Magallanes Castilla Presidente
C.D. Alberto Vergara Anyarín Miembro
C.D. Rosario Bedón Ancani Miembro

Se constituyeron en las instalaciones de la Sala de Sesiones del Consejo Directivo de nuestra Universidad, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la Tesis Titulada: "PREVALENCIA DEL EDENTULISMO TOTAL, FORMA Y ALTURA DEL REBORDE ÓSEO RESIDUAL EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE ESSALUD- IQUITOS EN EL AÑO 2015" del Bachilleres en Estomatología: RAMIRO ALBINO DEL AGUILA VÁSQUEZ, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista que otorga la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto General de la UCP vigente.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma.....

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

Table with 5 columns: INDICADOR, EXAMINADOR 1, EXAMINADOR 2, EXAMINADOR 3, PROMEDIO. Rows include A) Aplicación de la teoría a casos reales, B) Investigación Bibliográfica, C) Competencia expositiva, D) Calidad de respuestas, E) Uso de terminología especializada, and CALIFICACIÓN FINAL.

RESULTADO:

APROBADO POR: UNA UNANIMIDAD

CALIFICACIÓN FINAL (EN LETRAS): BUENO

LEYENDA:

Legend table with 2 columns: INDICADOR, PUNTAJE. Rows include DESAPROBADO, APROBADO POR MAYORIA, APROBADO POR UNANIMIDAD, and APROBADO POR EXCELENCIA.

C.D. Alberto Vergara Anyarín Miembro

Méd. Mgr. Jesús J. Magallanes Castilla Presidente

C.D. Rosario Bedón Ancani Miembro

La Universidad vive en Ti

ÍNDICE

	Pág.
CAPITULO I	
Introducción	01
1.1 Antecedentes de Estudio	04
1.2 Problema de Investigación	09
1.2.1 Descripción del problema	09
1.2.2 Formulación del problema	09
1.3 Objetivo	09
1.3.1 Objetivo general	09
1.3.2 Objetivo específico	09
CAPITULO II	
2.1 Marco teórico	10
2.1.1 Rehabilitación oral total	10
2.1.1.1 Generalidades	10
2.1.1.2 Objetivos de la prótesis	10
a.a Función masticatoria	10
a.b Función estética	11
a.c Función fonética	11
a.d Comodidad	11
2.1.1.3 Propiedades de la prótesis	
b.a Retención	12
b.b Soporte	12
b.c Estabilidad	12
2.1.2 H.C. y diagnóstico para el Tx. del edéntulo total	13
2.1.2.1. H.C. del anciano	13
2.1.2.2 Diagnostico	13
2.1.2.3 Procesos de desdentación total	16
2.1.2.3.1 Edentulismo	16
2.1.2.3.2 Caries cervical	17

2.1.2.3.3 Hiposialia	17
2.1.2.3.4 Épulis fisuratum	18
2.1.2.3.5 Candidiasis bucal	18
2.1.2.3.6 Queilitis angular	19
2.1.2.3.7 Ulceras traumáticas	20
2.1.2.3.8 Cáncer bucal	21
2.1.3 Características estructurales de los tejidos de la cavidad bucal en edéntulos totales	22
2.1.3.1. Examen extraoral	23
A. Contorno perioral	23
B. Apertura bucal	24
C. Labios	25
2.1.3.2. Examen intraoral	25
A. Forma de arco	25
B. Simetría de arcos	26
C. Forma de reborde óseo alveolar	26
D. Altura de reborde (según el grado de reabsorción)	26
E. Clasificación según forma de reborde alveolar edéntulos	28
F. Pasos para la reabsorción de las eminencias alveolares	29
G. Forma de reborde al corte transversal	29
H. Mucosa sobre reborde	30
I. Tuberosidad	30
J. Surco hamular	31
K. Zona postdamming	31
L. Torus palatino	32
M. Torus mandibular	33
N. Papila retromolar	33
O. Fosa retromilohioidea	33
P. Inserciones musculares (frenillos)	34
Q. Lengua	35
R. Saliva	36
S. Lesiones en mucosa bucal	37

CAPITULO III	
3.1 Recursos utilizados	39
CAPITULO IV	
4.1 Hipótesis	40
4.2 Variables	40
4.3 Aspectos metodológicos	40
4.3.1 Tipo de investigación	40
4.3.2 Diseño de la investigación	40
4.3.3 Población y muestra	40
4.3.4 Técnica, instrumento y procedimiento de recolección de datos	41
4.3.5 Procesamiento de la información	41
CAPITULO V	
5.1 Prevalencia del edentulismo total en pacientes de la tercera edad	42
5.2 Forma del reborde óseo en toda su extensión	43
5.3 Altura del reborde óseo según el grado de reabsorción	49
5.4 Forma de reborde óseo alveolar al corte transversal	55
5.5 Frecuencia del tipo de prótesis usada por los pacientes	57
5.6 Edad promedio	59
5.7 CPOD	59
CAPITULO VI	
Discusión de resultados	60
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFIA	64
ANEXOS	67

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N°	Pág.
01. Prevalencia del edentulismo	43
02. Forma de reborde óseo superior izquierdo	44
03. Forma de reborde óseo superior anterior	45
04. Forma de reborde óseo superior derecho	46
05. Forma de reborde óseo inferior izquierdo	47
06. Forma de reborde óseo inferior anterior	48
07. Forma de reborde óseo inferior derecho	49
08. Altura del reborde según el grado de reabsorción superior izquierdo	50
09. Altura del reborde según el grado de reabsorción superior anterior	51
10. Altura del reborde según el grado de reabsorción superior derecho	52
11. Altura del reborde según el grado de reabsorción inferior izquierdo	53
12. Altura del reborde según el grado de reabsorción inferior izquierdo	54
13. Altura del reborde según el grado de reabsorción inferior izquierdo	55
14. Forma del reborde óseo alveolar al corte transversal del Maxilar Superior	56
15. Forma del reborde óseo alveolar al corte transversal del Maxilar Inferior	57
16. Frecuencia del tipo de prótesis usada por los pacientes Maxilar Superior	58
17. Frecuencia del tipo de prótesis usada por los pacientes Maxilar Inferior	59
18. Edad promedio	60
19. CPOD	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N°	Pág.
01. Prevalencia del edentulismo	43
02. Forma de reborde óseo superior izquierdo	44
03. Forma de reborde óseo superior anterior	45
04. Forma de reborde óseo superior derecho	46
05. Forma de reborde óseo inferior izquierdo	47
06. Forma de reborde óseo inferior anterior	48
07. Forma de reborde óseo inferior derecho	49
08. Altura del reborde según el grado de reabsorción superior izquierdo	50
09. Altura del reborde según el grado de reabsorción superior anterior	51
10. Altura del reborde según el grado de reabsorción superior derecho	52
11. Altura del reborde según el grado de reabsorción inferior izquierdo	53
12. Altura del reborde según el grado de reabsorción inferior izquierdo	54
13. Altura del reborde según el grado de reabsorción inferior izquierdo	55
14. Forma del reborde óseo alveolar al corte transversal del Maxilar Superior	56
15. Forma del reborde óseo alveolar al corte transversal del Maxilar Inferior	57
16. Frecuencia del tipo de prótesis usada por los pacientes Maxilar Superior	58
17. Frecuencia del tipo de prótesis usada por los pacientes Maxilar Inferior	59
18. Edad promedio	60
19. CPOD	58

CAPITULO I

INTRODUCCION

Según las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, publicadas hoy por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas están viviendo más años en todo el mundo. Si nos basamos en los promedios mundiales, la esperanza de vida de una niña nacida en 2012 es de alrededor de 73 años, mientras que la de un niño varón nacido el mismo año, es de 68 años. Estas cifras representan seis años más que el promedio mundial de esperanza de vida para un niño nacido en 1990.

El estudio económico y social mundial del 2007, la distribución de edades en el mundo está cambiando debido a que la esperanza de vida ha aumentado (En el 2005 la esperanza de vida era de 65 años y se espera que en el 2050 sea de 75 años).

El informe sobre las estadísticas anuales de la OMS indica que los países de bajos ingresos son los que han logrado mayores progresos, ya que en ellos la esperanza de vida ha aumentado 9 años en promedio entre 1990 y 2012. Los seis países donde más se incrementó la esperanza de vida son Liberia, con un aumento de 20 años (de 42 años en 1990 a 62 años en 2012), seguido de Etiopía (de 45 a 64 años), Maldivas (de 58 a 77 años), Camboya (de 54 a 72 años), Timor -Leste (de 50 a 66 años) y Rwanda (de 48 a 65 años).

“Una razón importante de la impresionante mejora registrada a nivel mundial en la esperanza de vida es que el número de niños que mueren antes de cumplir los cinco años ha disminuido”, dice la Dra. Margaret Chan, Directora General. “Sin embargo, sigue habiendo un considerable desfase entre ricos y pobres: las personas de los países de altos ingresos siguen teniendo muchas más probabilidades de vivir más años que las personas de países de bajos ingresos.

En el Perú el grupo poblacional de adultos mayores representan el 8.8% del total de la población nacional, según el último reporte INEI a Diciembre de 2011. Habiendo una diferencia positiva para la zona rural, donde la etapa de vida adulto mayor corresponde al 9% de la población rural total. En cifras globales nacionales, el 36% de hogares, tiene como residente habitual a uno o más adultos mayores, así mismo solo el 15.5% de hogares con adultos mayores son unipersonales. El 62.2% de adultos mayores, son jefes de hogar. El

63.4% de adultos mayores, están casados, el 24.3% viudos(as) y el 12.3% solteros, divorciados o separados.

Se calcula que los hogares donde hay por lo menos un adulto mayor y que presenta déficit calórico en el área rural son 30.5% y en el área urbana 24.7%. De los hogares donde existen adultos mayores, los beneficiarios del programa de alimentación de la zona rural son el 41.4% y el 15.7% pertenecen al área urbana.

Hay una cantidad importante de adultos mayores que son asistidos con alimentación, motivo por el cual, desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal, se identificó la necesidad de brindar a estas personas las mejores condiciones bucales, para que los beneficiarios puedan aprovechar los nutrientes mejorando su calidad de vida, autoestima y disminuyendo los días con discapacidad masticatoria.

El reporte técnico del INEI también muestra que el 77.5% de adultos mayores han reportado tener algún problema de salud. La encuesta nacional de hogares (ENAH) reporta que en zonas urbanas el 81.7% de las mujeres adultas mayores, padecen algún problema de salud crónico, mientras que los varones, alcanzan el 70.8%. En las zonas rurales estos porcentajes son diferentes, ya que se reporta que el 75.9% de mujeres adultas mayores, presentan problemas crónicos de salud, frente al 70.8% de varones; en ambos casos los porcentajes son altos.

El año 2007, se aprobó el Plan Nacional Concertado de Salud, que en el Capítulo II Situación de Salud, menciona que respecto a la morbilidad, en los establecimientos del Ministerio de Salud aparece como una de las principales causas las afecciones dentales, solo por debajo de las enfermedades de vías respiratorias, a diferencia de la morbilidad en pacientes de EsSalud que tiene como principales causas de morbilidad las enfermedades respiratorias, las dorsopatias, enfermedades de la piel entre otras.

El Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS), identifica los problemas sanitarios del Perú y las iniciativas políticas de concertación para dirigir los esfuerzos y recursos a fin de mitigar esos daños, entre ellos señala la "Alta Prevalencia de Enfermedades de la Cavidad Bucal" como uno de los 12 principales problemas sanitarios del Perú.

A nivel mundial, la mala salud oral entre las personas mayores ha sido particularmente evidente en los altos niveles de pérdida de dientes, la experiencia de caries dental, tasas de prevalencia de la enfermedad periodontal, xerostomía, las lesiones precancerosas orales y cáncer. Es así como en Botucatu en Brasil, la prevalencia de edentulismo fue 63,17%, en Hong Kong fue 12%, en el sur de China la prevalencia de edentulismo fue 4,4% de los ancianos que viven en el área, en Lituania fue 11%, en la India fue 15%, en Francia fue 16,3%, en Ontario (Canadá), fue 24,4%, en Suecia fue 31,5%, y en Adelaide (Australia), la prevalencia de edentulismo fue 47,7%. En São Paulo (Brasil) el 65% de las personas de edad avanzada fueron edéntulos.

1.1 Antecedentes de Estudio

ALVAREZ, Gloria 1992. Con esta investigación se buscó crear un método clínico por sondaje que permitiera evaluar la topografía del reborde alveolar edéntulo. Se han realizado numerosos estudios tratando de determinar el espesor del hueso con el fin de realizar una evaluación quirúrgica del reborde edéntulo candidato a implantes osteointegrados. Wilson 1989 y Burns y Col. 1988 utilizaron métodos clínicos por sondajes, Branemark y Col., 1985 sugirieron que el estudio radiográfico pre operativo debería incluir una radiografía cefálica latera, panorámica, tomografía y periapical paralela; Engelman y Col., 1988, propusieron la imagen de resonancia magnética como ayuda diagnóstica, y por otra parte Mailath y Col., 1991 propusieron la sonografía instantánea. ⁷

En este estudio se diseñó y fabricó el calibrador de rebordes con la colaboración de la Universidad EAFIT de Medellín. Se utilizaron modelos de yeso recubiertos con silicona en los cuales se evaluó su topografía en 3 puntos. Esta medición fue corroborada luego en un microscopio de alta resolución (1/100mm.) y se encontraron diferencias altamente significativas estadísticamente pero no significativas clínicamente. El calibrador de rebordes propuesto, es un método adecuado para realizar una valoración lo suficientemente precisa durante el estudio pre quirúrgico para la colocación de implantes osteointegrado. ⁷

ALFARO, Xiomara 2007. El envejecimiento es un proceso dinámico de modificaciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas que se inician en el momento del nacimiento y se desarrollan a lo largo de nuestras vidas. Envejecer no es lo mismo que enfermarse; en el camino hacia el envejecimiento se van produciendo cambios en los órganos y sistemas. En el envejecimiento aumenta el riesgo de adquirir enfermedades e incapacidades, y con ello, la necesidad de trazar metas para mejorar la salud del adulto mayor. Basándonos en esas inquietudes, nos proponemos describir los cambios bucales en los adultos mayores, así como determinar la relación entre sexo y alteraciones sistémicas con la aparición de cambios bucales en el adulto mayor. Se encontró un mayor porcentaje de cambios bucales en los adultos mayores desdentados totales. El reborde alveolar reabsorbido fue el cambio bucal más frecuente. En el sexo femenino se reportó el mayor número de

cambios bucales y se evidenció una relación directa entre las alteraciones sistémicas y los cambios bucales, dentro de los cuales el grupo de pacientes diabéticos fue el más afectado. ⁴

AWUAPARA, Nadia. 2010. El objetivo del presente estudio fue determinar la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta del Distrito de Celendín, Provincia de Celendín, Departamento de Cajamarca, 2010, teniendo como propósito evidenciar la calidad de vida en poblaciones rurales como Celendín, en las que hay alta prevalencia de edentulismo, lo que es un problema susceptible de prevención. Se evaluaron 249 personas mayores de 30 años residentes del Distrito de Celendín en 2010, de las cuales 138 eran mujeres y 111 hombres. El instrumento utilizado fue la encuesta SF-36, la cual determinó que el edentulismo parcial y total atacan por igual al componente físico, a diferencia del componente mental que se encuentra más afectado por el edentulismo total. Se observa una pendiente según grupos etarios, donde los individuos mayores de 60 años son los más afectados (37.32 puntos) y los de 31 a 40 años los menos afectados (40.41 puntos). ²⁹

VARELA, Gabriela 2010. El edentulismo es la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes, su causa puede ser congénita o adquirida, también el edentulismo total o parcial conlleva a importantes alteraciones estéticas. Pudiendo disminuir la autoestima, inducir alteraciones en la pronunciación de las palabras, en la función masticatoria y en la articulación temporomandibular. El presente estudio se realizó en una muestra de 60 personas mayores de 50 años que asistieron a la clínica de odontología del Hospital Escalante Pradilla en San Isidro de Pérez Zeledón, a los cuales se les aplicó una entrevista para conocer su estado dental, los resultados obtenidos fueron que existe un 95% de edentulismo ya sea parcial o total en la muestra entrevistada, además, el género que se vio más afectado es el femenino con un 68%, el 42% de los individuos no utilizan ningún tipo de prótesis, también se puede apreciar que las personas de esa zona prefieren la prótesis removible (con un 91%) más que la prótesis fija (con solo un 9% de los entrevistados que portaban prótesis). ²⁷

RONCAL, Iris. 2011. En el presente estudio se examinaron 101 individuos de la tercera edad en el Albergue Central "Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro", de la ciudad de Lima en el año 2010 con el fin de determinar la prevalencia de edentulismo total según el grado de reabsorción del reborde residual mediante examen clínico intraoral. Los resultados fueron los siguientes: a) La prevalencia edentulismo total fue 33,6%, b) El reborde medio (64,7%) fue el más encontrado en el maxilar superior y c) El reborde bajo (52,7%) fue el más encontrado en el maxilar inferior. ²

MP, Amarilla 2012. En las últimas décadas la proporción de la población geriátrica en el mundo ha ido en aumento, esto se traduce en un incremento de las necesidades odontológicas de este grupo poblacional. Con el objeto de determinar la condición bucal de la población geriátrica residente en los hogares Santo Domingo y Nuestra Señora de la Asunción, en el año 2012, se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 81 ancianos, de ambos géneros, que cumplieron con los criterios de inclusión. Para recolectar los datos se utilizaron fichas clínicas elaboradas para esta investigación, y su posterior almacenamiento y tabulación fueron efectuados en el programa Excel 2007. En la muestra predominó el género femenino, 46 mujeres (57%) sobre el masculino 35 hombres (43%); las edades más frecuentes fueron las de 80 años en adelante, representada por 37 personas equivalente al 46%. En el total de la muestra se detectó un 20 % de individuos con caries; cálculo en él 51%; rebordes alveolares reabsorbidos en el 85%; la localización de lesiones orales más frecuente fue la lengua, encontrada en el 27%. También fueron hallados un total de 2166 dientes perdidos (84%) y un total de 161 piezas dentarias con extracción indicada (43%). Un porcentaje elevado de los ancianos requiere tratamiento protésico rehabilitador (93%), con la siguiente distribución según tipo de prótesis: Total, 26 individuos (32%) y Parcial, 49 individuos (60%).⁶

BARRIOS, Jennifer 2013. El presente trabajo de investigación, ubicado en el área investigativa Odontología Clínica y Correctiva, tuvo como objetivo establecer las variaciones en la plenitud facial por pérdida de dimensión vertical en pacientes edéntulos totales que acudieron a la Clínica Integral V en el periodo septiembre-diciembre 2012. Con tal propósito, se efectuó un estudio descriptivo no experimental transeccional, teniendo como población 121 adultos mayores con edades

comprendidas entre 70 y 90 años que acudieron a la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, de la cual se extrajo una muestra probabilística aleatoria del 30% , para una muestra definitiva de 36 sujetos. Para la recolección de información, se empleó la técnica observación y como instrumento una guía de observación, cuyos resultados fueron plasmados en tablas y gráficos de frecuencia.³

Resultados: La mayoría de los pacientes presento dimensión vertical disminuida, con mayor incidencia en el sexo femenino así como rebordes alveolares en forma de cuchillo y altura baja, revelando de tal forma notable reabsorción ósea y, como efectos de la pérdida de dimensión vertical, general disminución del soporte labial, profundización de surcos nasogenianos e hipotonía muscular. ³

NELSON, Rayson 2014. La pérdida de dientes tiene un impacto en la salud general y es un factor de riesgo para la malnutrición. La capacidad masticatoria puede verse comprometida y limitar la gama de alimentos que los adultos desean ingerir, lo que resulta en una dieta de consumo relativamente pobre o inadecuado de nutrientes. Por lo que el presente estudio se realizó para evaluar el riesgo de malnutrición en pacientes mayores de 65 años que han perdido piezas dentales o que usan prótesis dental. Se realizó una revisión bibliográfica, además de una encuesta aplicada a 50 adultos mayores que atendieron a la Clínica de la Caja Costarricense del Seguro Social Marcial Rodríguez Conejo en Alajuela. ²⁸

En la encuesta se evaluaron temas como la falta de piezas dentales, uso de prótesis, aspectos sobre su alimentación y su condición tanto de salud general como nutricional. El estudio indica que existe una asociación entre la pérdida de dientes y riesgo de malnutrición. El 84% de la muestra presento problemas de masticación por su estado dental y el 86% de ellos cree que la falta de dientes afecta la dieta normal y tienen una menor entrada de nutrientes. Hay una necesidad para mejorar los programas de prevención dental para evitar la pérdida de dientes en los pacientes geriátricos. ²⁸

MORENO, Byron. 2014. El presente estudio tiene como objetivo confirmar la existencia de una relación entre las prótesis totales desadaptadas y las lesiones de los tejidos de soporte protésico en ancianos de hogar “Chimborazo” de la ciudad de Quito. Para ello se realizó una observación clínica de la cavidad bucal, fotografías, evaluación clínica de las prótesis, elaboración de una encuesta y toma de impresiones.⁹

Los resultados mostraron la existencia de relación entre las prótesis totales desadaptadas y las lesiones de los tejidos de soporte protésico siendo la más frecuente la úlcera traumática con un promedio de 66% de pacientes con esta lesión, dando como conclusión que ninguna prótesis cumplía con los parámetros necesarios para que funcione sin causar daño a los tejidos. La necesidad de un control constante de las prótesis y la rectificación de las mismas, así como el control clínico del estado de salud bucal de los pacientes se hacen necesarios.⁹

1.2 Problema de Investigación

1.2.1 Descripción del Problema

1.2.2 Formulación del Problema

- Problema General

¿Cuál es la prevalencia del edentulismo total, la forma y altura del reborde óseo residual en pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Iquitos en el año 2015?

- Problema Específico

¿Cuál es la prevalencia del edentulismo total en pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Iquitos en el año 2015?

¿Cuál es la forma del reborde óseo residual en pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Iquitos en el año 2015?

¿Cuál es la altura del reborde óseo residual en pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Iquitos en el año 2015?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

-Determinar la prevalencia del edentulismo total, la forma y altura del reborde óseo residual en pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Iquitos en el año 2015.

1.3.2 Objetivos Específicos

-Determinar la prevalencia del edentulismo total en pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Iquitos en el año 2015.

-Identificar la forma del reborde óseo residual en pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Iquitos en el año 2015.

-Determinar la altura del reborde óseo residual en pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Iquitos en el año 2015.

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1 Marco teórico

2.1.1 Rehabilitación oral total

2.1.1.1 Generalidades

El siguiente trabajo está enfocado a los pacientes desdentados totales, para poder afrontarlo frente al tratamiento que se le realizara, conocer previamente algunos conceptos que permitirán entender de una manera clara y precisa lo que se pretende explicar en el siguiente trabajo. Una prótesis más allá de sustituir las piezas perdidas en la cavidad oral tiene diferentes objetivos, principios y funciones, la cual permitirá cumplir bien su trabajo dentro de la salud bucal.

Los objetivos buscados en la rehabilitación del pacientes son las de dar una función masticatoria, estética, fonética. Objetivos que son de suma importancia para la salud bucal y general del paciente adulto mayor.

2.1.1.2. Objetivos de la prótesis

a.a. **Función Masticatoria.**- Este objetivo está relacionado casi directamente a las propiedades que posee una prótesis. Es decir a la retención, estabilidad y soporte. Todas las prótesis dentales tienen sus limitaciones y esto se puede comprobar en estudios que demostraron que la eficiencia de la función masticatoria de un puente es del 80%, de una prótesis parcial removible es de 50% y de una prótesis total es de 20%. ⁽¹⁰⁾

Otras bibliografías muestran la importancia de la eficacia masticatoria, demostrando que los dientes naturales en su totalidad dan una eficacia de 100%, las prótesis fijas de 32 piezas un 98%, una prótesis parcial removible de 68 – 78%, una prótesis parcial removible con extremo libre de 58 – 68%,

una prótesis total con dientes poliplanos de 38-48% y una prótesis total con dientes monoplanos de 28 – 38% de eficacia masticatoria. ⁽¹¹⁾

a.b. Función Estética.- La estética en el logro de una prótesis total, tiene por objetivo la fisionomía natural del paciente. Hablando de estética no existen lo correcto o lo incorrecto. La estética es un concepto muy maleable. Sin embargo, en términos generales y en relación con la prótesis dental, puede decirse que la estética es sinónimo de “fiel al modelo natural” o “idéntico al modelo natural”. Si hemos conseguido copiar de la naturaleza en la mayor medida posible una prótesis o una corona dental, éstas presentarán un aspecto estético. ⁽¹²⁾

a.c. Función Fonética.- La fonética es un factor de gran importancia para la buena aceptación de un aparato protésico, porque cualquier defecto en el diseño, puede dificultar la pronunciación del paciente. Aun cuando todo está correctamente ejecutado, la falta de familiaridad con la prótesis originará una torpeza generalizada al hablar, el paciente deberá ir superando poco a poco hasta lograr una pronunciación normal. ⁽¹⁰⁾

a.d. Comodidad.- La comodidad o confort de una prótesis total está dada por múltiples factores como la precisión del diseño del aparato, la calidad del producto terminado sobre todo por los criterios considerados durante los pasos de su confección. ⁽¹³⁾

Por esto en líneas generales el confort de un paciente depende de la delimitación tridimensional correcta y el área de extensión utilizada por la prótesis para proporcionar un máximo de retención, estabilidad y soporte, con un mínimo de traumatismo e incomodidad a los tejidos adyacentes (10)

2.1.1.3. Propiedades de la prótesis

b.a. Retención.- La retención es la capacidad de la prótesis para resistir las fuerzas desplazantes en sentido oclusal o si se quiere de extrusión, en otras palabras es la capacidad de conservar su lugar sobre el reborde alveolar que viene a ser, lo contrario del soporte o capacidad de resistir las fuerzas de instrucción. (10)

Esta propiedad provee al paciente un confort psicológico y biológico. (1)

b.b. Soporte.- Se entiende por soporte la capacidad de la prótesis para resistir las fuerzas de intrusión. Con excepción de las prótesis retenida mediante implantes quirúrgicos transmucosos. La prótesis de los desdentados son siempre mucosoportados, aunque en última instancia es el hueso de cada maxilar el que soporta las presiones. Esta expresión conduce fácilmente a un error de concepto cuando se cree que el hueso y la mucosa constituyen por si mismos el soporte. Mucosa y hueso constituyen el terreno de soporte pero el soporte es una propiedad de la prótesis en sus relaciones con aquellas. (13)

b.c. Estabilidad.- Existen diversas concepciones sobre lo que es estabilidad y muchas discrepancias entre los autores. Sin embargo nos referimos a l definición que dio Faber (1967) que tiene bastante aceptación. Es la propiedad de oposición a las fuerzas horizontales. (10)

Sin embargo otros autores definen a la estabilidad, como la resistencia de la prótesis al desplazamiento de fuerzas rotacionales y horizontales. Esta propiedad prevé el dislocamiento de las dentaduras en sentido antero-posterior o lateral. (14)

2.1.2 Historia clínica y diagnóstico para el tratamiento de edéntulos totales

2.1.2.1 Historia clínica del anciano

En el anciano se deben tener en cuenta una serie de factores que dificultan la relación médico – paciente; en primer término, el mayor o menor grado de deterioro de las funciones cerebrales superiores, sobre todo la memoria y la pérdida o disminución de las funciones sensoriales, audición, visión, gusto y olfato. Todas estas alteraciones condicionan el interrogatorio y el examen físico y constituyen además una limitación importante del cumplimiento de las medidas terapéuticas. ⁽¹⁷⁾

Por otro lado reviste vital importancia un diagnóstico correcto del contexto social en el que se desenvuelve el paciente. Se deben determinar las características de su núcleo habitacional, si vive solo o en familia, y en ese último caso, cuanto tiempo permanece solo en el día. Es muy importante tratar de determinar el ingreso económico del paciente y su cobertura médica y realizar un prolijo interrogatorio de sus hábitos de vida (alimentación, movilidad, sueño, automedicación), que pueden ser los responsables de su enfermedad actual o conspirar contra su recuperación.

En algunas situaciones, el paciente anciano esta al cuidado de algún vecino o amigo sin parentesco directo, aunque tenga familiares; se debe identificar estos casos y buscar un contacto eficiente con estas personas, porque de ello depende el cumplimiento y control de las conductas terapéuticas prescritas. ⁽¹⁷⁾

2.1.2.2 Diagnostico

El diagnóstico es la parte de la medicina que tiene por objeto distinguir una enfermedad de otra o la determinación de la naturaleza de un caso de enfermedad. En su concepción más simple, el diagnóstico es la interpretación y valoración de los síntomas, los cuales son distintos de una enfermedad a otra y frecuentemente de un caso a otro. El diagnóstico del desdentado parcial o total comprende dos fases: el diagnostico bucal o bucodental y el diagnostico protético

según Saizar. Diagnostico bucal o bucodental es la síntesis que se obtiene del examen clínico, radiográfico y modelos de estudio. Diagnostico protético, es la síntesis que se obtiene del estudio de las características del caso con ayuda de los mismos elementos que fortalecen el diagnostico bucal; pero considerados desde el punto de vista protético es decir de la conveniencia protética ⁽¹³⁾

Es importante no confundir ambos diagnósticos, porque el segundo esta inevitablemente supeditado al primero. El diagnostico bucal expresa simplemente el estado bucal, el diagnostico protético expresa las condiciones con respecto a determinada terapéutica. Un desdentado completo puede presentar un estado bucal sano y normal, abstracción hecha de su mutilación y ser al mismo tiempo un caso protéticamente difícil o imposible en razón en su forma de estado general o de su mentalidad. ⁽¹³⁾

Sin embargo pensamos que es importante referirnos a los elementos para el diagnóstico de los pacientes que serán tratados con una prótesis total. El primer elemento es la historia clínica, comprende los antecedentes hereditarios, familiares, sociales, ambientales y personales que se consideren de interés, datos que surjan del examen clínico, del análisis de laboratorio, radiográfico u otro examen auxiliar. ⁽¹³⁾

Toda historia clínica debe incluir una historia protética, que es el estudio de la prótesis que lleva el paciente y todo lo que se puede averiguar respecto a su experiencia previa, que es un factor que orienta en muchos casos el diagnostico o indicación de tratamiento. Desde este punto de vista los pacientes pueden pertenecer a tres grupos: Los que no tienen experiencia protética, los que tienen experiencia favorable y los de experiencia desfavorable. ⁽¹³⁾

Deben atenderse con particular cuidado los fracasos anteriores. Averiguar si se debió a fallas técnicas o de tolerancia. Los pacientes

que van por el tercero o más juegos de dentaduras, debido al fracaso de las anteriores, no es raro que sean intolerantes y a pesar de tener formas anatómicas favorables, difícilmente pueden ser provistos de prótesis que los satisfagan. La formación de la historia clínica tiene por objeto, no sólo descargar al médico o al odontólogo de la necesidad de memorizar la situación de cada paciente sino además la formación de un archivo para futuras referencias sobre el mismo paciente y la posibilidad de una presentación correcta en caso de litigio o de pericia legal. ⁽¹³⁾

El segundo elemento que debemos considerar en el examen clínico, debido a la frecuente simultaneidad a veces se confunde examen y diagnóstico, el primero es la base del diagnóstico, del pronóstico y de la indicación del tratamiento. El tercer elemento a considerar es el examen radiográfico. En el pasado a los pacientes edéntulos totales se les tomaba radiografías, solo por rutina pues en algunos estudios las estadísticas mostraban que aproximadamente un 25% a 30% de los maxilares clínicamente desdentados en realidad retenían restos radiculares, dientes incluidos quistes, focos de osteítis y cuerpos no identificables. ⁽¹³⁾

Estudios radiográficos, evidenciaron resultados positivos de un 16% a 50%, de esta muestra se encontró que algunos necesitaban intervenciones quirúrgicas antes de su tratamiento protésico. El cuarto elemento importante para el diagnóstico son los modelos de estudios iniciales, la obtención de estos proporcionan gran ayuda al clínico, porque no solo contribuye a este objetivo sino porque permite orientar la preparación protética del paciente hasta el instante previo al primer paso de su rehabilitación. ⁽¹⁵⁾

2.1.2.3 Proceso de desdentación total

La cavidad bucal, al igual que el resto del organismo, no escapa al proceso del envejecimiento. A continuación se describen los cambios morfológicos y fisiológicos atribuibles al proceso de envejecimiento

que ocurren en el sistema estomatognático. Este término utilizado comúnmente en el área de la Odontología tiene sus raíces etimológicas provenientes del griego: estomodeo (boca primitiva del embrión originada en el 3er arco braquial) y gnatos que significa mandíbula. Se refiere a un sistema integrado por diversos aparatos y no sólo aquellos relacionados a la cavidad bucal como son: los músculos de la masticación, articulación temporomandibular, los del cuello y cara, así como la relación de la cavidad bucal con el resto del organismo. ⁽¹⁶⁾

Tomando en cuenta que el proceso de envejecimiento es universal pero al mismo tiempo individualizado e irreversible, podemos encontrar una amplia variabilidad biológica interindividual, por lo que debemos estar familiarizados con aquellos cambios que se dan en los órganos y tejidos de la cavidad bucal de los adultos mayores, lo que hace necesario describirlos. ⁽¹⁶⁾

2.1.2.3.1. Edentulismo.-

Puede ser parcial o total y se define como la pérdida de uno, varios o todos los órganos dentarios. Se presenta aproximadamente en el 90% de los adultos mayores. Entre sus causas principales se encuentran la caries dental y la enfermedad periodontal. Cuando un adulto mayor presenta edentulismo se ve afectada la autoestima, estética y fonación. En ocasiones se presentan alteraciones del aparato digestivo como constipación por lo que se debe prevenir y atender oportunamente. A esto, se pierde la "dimensión vertical", término que se refiere a la medición de la altura facial que va de la punta de la nariz a la punta del mentón. La pérdida de la dimensión vertical se puede asociar a dolor temporomandibular, colapso posterior de la mordida, y deformación estética del rostro. Su tratamiento es la rehabilitación protésica bucal por parte del estomatólogo. ⁽¹⁶⁾

2.1.2.3.2. Caries Cervical.-

Se localiza en el cuello anatómico de los dientes donde el cemento radicular se ha hecho presente por sobre erupción o migración de la encía cuya complicación es el degollamiento de los órganos dentarios. ⁽¹⁶⁾

2.1.2.3.3. Hiposialia.-

Se describe como la disminución en la cantidad de producción salival, dentro de los factores etiológicos comunes de esta entidad nosológica se encuentran: Baja ingesta de líquidos.- En los adultos mayores, un fenómeno dependiente de la edad, es la disminución progresiva del mecanismo de la sed. Este mecanismo responde en condiciones normales a dos factores de gran importancia: la osmolaridad plasmática y el volumen circulante; el aumento de la osmolaridad o la disminución del volumen circulante aumentan normalmente la sensación de sed. Sin embargo en los adultos mayores se pierde progresivamente la respuesta al aumento de la osmolaridad plasmática y posteriormente a la disminución del volumen sanguíneo circulante, lo que ocasiona disminución en la ingesta de líquidos y deshidratación. ⁽¹⁶⁾

- Polifarmacia.-

Los adultos mayores consumen cuando menos, tres medicamentos por diversos padecimientos principalmente crónico degenerativos, de los cuales por lo menos uno produce disminución en la producción salival. Entre los grupos farmacológicos que tienen este efecto podemos incluir: antihipertensivos, antidepresivos, antipsicóticos, anti parkinsonianos, anticolinérgicos, antihistamínicos y diuréticos. ⁽¹⁶⁾

La presencia de hiposialia obliga al clínico a investigar en el paciente, la presencia de factores condicionantes

como polifarmacia o deshidratación. En pacientes que necesiten hidratar la mucosa bucal, se recomienda el uso de saliva artificial. El utilizar hierbas aromáticas como la menta o hierbabuena para aumentar la producción salival es una medida útil. Se le denomina xerostomía a la sensación de boca seca, incluso en presencia de producción salival normal, puede estar presente o no cuando existe hiposialia. ⁽¹⁶⁾

2.1.2.3.4. Epulis Fisuratum.-

Se denomina así a la lesión hipertrófica de la mucosa bucal de base amplia localizada en la zona que rodea a la prótesis dental. También llamado épulis fisurado o hiperplasia por prótesis. Se origina de la irritación crónica causada por el uso continuo o permanente de prótesis totales o parciales cortas o largas y el no retirarlas durante la noche, situación que generalmente desconocen los pacientes. Su tratamiento es la elaboración de nuevas prótesis o realizar el ajuste necesario. La remisión al servicio de estomatología es recomendable para la resolución del problema. ⁽¹⁶⁾

2.1.2.3.5. Candidiasis Bucal.-

Es la infección micótica causada por *Cándida*. Su localización más habitual en la cavidad bucal, es el dorso de la lengua, presentándose también en la mucosa de los carrillos y labios. A la exploración de la cavidad bucal se observan placas blanquecinas cuando el agente etiológico es *Cándida albicans*, donde es característico que la mucosa se denude al raspado con el abate lenguas, dejando una zona eritematosa. Cuando es causada por *Cándida glabrata* es más sensible a pigmentarse con los alimentos, por lo que regularmente adquiere un color café. ⁽¹⁶⁾

Estas lesiones se presentan en pacientes con deficiente higiene bucal, inmunosuprimidos, enfermedades sistémicas o crónico degenerativas en descontrol, hospitalizados con esquema de doble o triple antibacteriano, o bien, en aquellos pacientes con faringoamigdalitis que se ha cronificado por un uso inadecuado y prolongado de antibióticos. En el adulto la candidiasis bucal tiende a volverse crónica y la membrana algodonosa es más gruesa y menos friable que en los niños. En los pacientes hospitalizados, la frecuencia es de aproximadamente de 4% en los niños y 10% en los adultos mayores debilitados. ⁽¹⁶⁾

Puede cursar asintomática por lo que no se detecta en la mayoría de los casos. Generalmente los síntomas son leves, existe incomodidad en la boca, sensación de quemadura o ardor y sequedad. Cuando se realiza el diagnóstico, se buscarán intencionadamente aquellos factores que predispongan al paciente para el desarrollo de la candidiasis (infección por virus de la inmunodeficiencia humana, enfermedades neoplásicas, diabetes mellitus descontrolada, desnutrición, tuberculosis, uso de antibióticos de amplio espectro, edad avanzada, entre otras). ⁽¹⁶⁾

2.1.2.3.6. Queilitis Angular.-

Es una lesión erosiva de la comisura labial. Se debe principalmente a la pérdida de tono muscular. Se presenta de forma unilateral comúnmente asociada a infecciones como el herpes simple o la deficiencia de complejo B. Cuando se presente de forma bilateral se asocia a pérdida de la dimensión vertical. Puede ocasionar sangrado, limitación de la apertura bucal y dolor. El tratamiento se enfoca a la etiología y factores que pueden coincidir en un mismo paciente. Por ejemplo, en algunos casos, la recuperación de la dimensión vertical, por medio de la elaboración de prótesis dental, se lleva a cabo con

la finalidad de devolver el tono muscular. En otros casos, la quelitis angular puede estar asociada con infecciones micóticas por *Cándida albicans*, en los cuales como terapia inicial se recomienda el uso de antimicóticos tópicos como nistatina. ⁽¹⁶⁾

Por otra parte, el uso de prótesis dental con una inadecuada higiene bucal, es un factor de riesgo para el desarrollo de estomatitis, cuyos agentes causales pueden dar lugar a una quelitis angular. ⁽¹⁶⁾

2.1.2.3.7. Úlceras Traumáticas.-

Se denomina así a la lesión única o múltiple caracterizada por pérdida en la continuidad de la mucosa bucal con un proceso inflamatorio subyacente. Se presenta súbitamente con dolor. La mucosa presenta una o varias erosiones con bordes eritematosos y un centro blanquecino. A la palpación de la lesión esta es dolorosa. Su origen es desencadenado por trauma secundario al uso de prótesis desajustadas, dientes fracturados, restauraciones rotas, ganchos para retener prótesis removibles que se encuentren rotos, etc. Su tratamiento es eliminar la causa. Es importante observar la evolución de la lesión y si no desaparece a los 15 días, deberá ser remitida al servicio de estomatología para ser biopsiada y analizada. ⁽¹⁶⁾

2.1.2.3.8. Cáncer Bucal.-

En las estadísticas mundiales el cáncer bucal representa del 2 al 5% de todas las neoplasias, contribuyendo a las estadísticas, con el 1% de la mortalidad asociada a cáncer. En México, el cáncer de la cavidad bucal ocupa el 21% lugar de todas las neoplasias malignas. Situando las estadísticas de acuerdo al género, el cáncer bucal ocupa el 14% lugar en cuanto a neoplasias se refiere para el género masculino y el 22% para las mujeres mayores de 60 años. El 94% de los casos son

debidos a carcinomas que se desarrollan en cualquier lugar de la mucosa bucal. ⁽¹⁶⁾

La importancia de detectar oportunamente el cáncer bucal es que hay una correlación estrecha entre las dimensiones de la neoplasia, su extensión y la sobrevida del paciente. Algo importante a considerar es que la epidemiología ha demostrado que cuando menos el 50% de los pacientes con cáncer de la cavidad bucal fallecen a consecuencia de una neoplasia diseminada 5 años después de haberse elaborado el diagnóstico. ⁽¹⁶⁾

La estirpe histológica que es causante de la mayor parte de los casos de cáncer de la cavidad bucal, corresponde al carcinoma de células escamosas. Se caracteriza por presentarse como una lesión que topográficamente es común en la lengua, piso de la boca, labios y paladar. Se relaciona estrechamente con lesiones premalignas como diversos tipos de leucoplasia o eritroplasia, que sólo en el 10% de los casos se malignizan. ⁽¹⁶⁾

La etiología del cáncer bucal es variada y es común que coincidan diversas causas en un mismo paciente. La irritación crónica parece ser un mecanismo fisiopatológico común para su desarrollo. Se asocia a una mala higiene bucal, tabaquismo, etilismo, deficiencias nutricionales, agentes biológicos como el virus del Ebstein-Barr y el virus del papiloma humano. ⁽¹⁶⁾

Por lo general, es asintomático en los primeros estadios y puede alcanzar dimensiones considerables antes de manifestar sintomatología, sin embargo, dentro de sus manifestaciones clínicas y dependiendo de la estirpe histológica, localización, tiempo de evolución, entre otras, podemos observar: engrosamiento de la mucosa, dificultad para realizar los

movimientos de la lengua, boca seca, hipoestesia en el sitio de afectación, engrosamiento de la mucosa, etc. ⁽¹⁶⁾

2.1.3 Características estructurales de los tejidos de la cavidad bucal en edéntulos totales

2.1.3.1 Examen Extraoral

El examen se inicia durante la anamnesis. En cuanto el paciente relata su historia, se observa su aspecto facial, procurando verificar características tales como dimensión vertical, soporte de labio y línea de la sonrisa. ⁽¹⁷⁾

La dimensión vertical puede estar disminuida como resultado de atricción severa o pérdida de contención posterior, y puede estar aumentado como consecuencia de un tratamiento restaurador inadecuado. ⁽¹⁸⁾

En los casos donde la dimensión se encuentra disminuida se puede encontrar un aspecto facial típico, con una reducción del tercio inferior de la cara, proyección del mentón, intrusión de los labios, profundización de los surcos nasogenianas, características de lo que se llama comúnmente colapso facial. También se puede encontrar acumulo de saliva en las comisuras labiales, queilitis angular, sintomatología articular en los casos más severos, sensibilidad dentaria subsiguiente a la pérdida de estructura debido a atricción y dificultades fonéticas. ⁽¹⁹⁾

El soporte del labio también debe ser observado. En algunos casos se puede encontrar situaciones clínicas donde hubo una gran pérdida de estructura de reborde alveolar en la región anterior. ⁽¹⁸⁾

La línea de la sonrisa es otro aspecto a ser observado y asume extrema importancia en los casos estéticos. ⁽¹⁸⁾

A. Contorno perioral.-

El aspecto más importante que debemos registrar del Tejido Muscular Peribucal, es la tenacidad de estos. Los tejidos peribucales cumplen una función indiscutible en la masticación, fonación y estética. La clasificación considerada es:

a..a. **Hipotónico:** Son flácidos, los tejidos se encuentran laxos, es de mal pronóstico, característico en las personas de la tercera edad. ⁽¹⁾

a.a. **Normales:** Son los que mantienen una adecuada tonicidad y buen dominio muscular y es la de mejor pronóstico. ⁽¹⁾

a.a. **Hipertónicos:** Tensos, los tejidos se encuentran rígidos y tensionados. Tienen pronóstico reservado y que afecta sobre todo en la estabilidad de la prótesis. ⁽¹⁾

La tonicidad de los músculos está relacionada en el grado de dominio que se puede alcanzar en estos tejidos; a mayor edad el dominio se va perdiendo. Otras causas como parálisis facial, semiparálisis, falta de sensibilidad o un estado de falta de voluntad pueden ocasionar pérdida del dominio muscular. ⁽¹⁾

13)

B. Apertura bucal.-

La gama de movimientos del cóndilo mandibular varía en cada individuo y es difícil establecer actualmente que es normal. ⁽¹⁹⁾

Una apertura bucal normal debería ser de 40 a 54mm. Una regla aceptada es que el paciente debe ser capaz de abrir su boca con una amplitud de tres dedos. El método más exacto es el de medir la apertura incisal y después añadir los milímetros de la superposición incisal u overbite. ⁽²⁰⁾

El grado de apertura bucal, pocas veces considerado, es también determinante para el odontólogo, porque influirá durante el periodo de elaboración de la prótesis. La clasificación que consideramos es: ⁽²¹⁾

b.a. Pequeña: Es una apertura bucal estrecha; factor negativo para la prótesis. ⁽²¹⁾

b.b. Mediana: Es un factor positivo porque permite elaborar la prótesis con cierta comodidad, guarda una relación adecuada sobre todo en la estética, cuando el paciente sonríe y cuando hace movimientos de apertura amplias sin perder la estabilidad de la prótesis. ⁽²¹⁾

b.c. Grande: Es un factor negativo porque puede influir sobre la estabilidad de la prótesis y porque en sonrisas amplias permite exhibir el acrílico rosado, revelando el uso de la prótesis. Esta última clasificación da mayor libertad para la elaboración de la prótesis, no es la de mejor pronóstico. ⁽²¹⁾

C. Labios.-

Son repliegues mucocutaneos en los que se distinguen tres partes que son el revestimiento cutáneo, borde libre y revestimiento mucoso interno.

c.a. Cortos y delgados: Dejaran exhibir demasiada encía.

c.b. Largos y gruesos: Dejaran ver pocos dientes.

Concluyendo que para la prótesis total, un labio corto y delgado es un factor negativo, un labio mediano es un factor positivo, sobre todo para la estética; el largo y grueso simplemente no permite diferenciar el acabado o los errores estéticos de la prótesis. ⁽²¹⁾

2.1.3.2 Examen Intraoral

A. Forma de Arcos

La clasificación es:

- a.a. **Ovoide.-** Es la más frecuente y es favorable para resistir movimientos de rotación de la prótesis, puesto que logra distribuir en forma adecuada las fuerzas oclusales en toda su extensión, por tanto, tiene mejor retención y estabilidad. ⁽²¹⁾
- a.b. **Triangular.-** Es la segunda más frecuente pero se ha demostrado que crea problemas en la distribución de fuerzas oclusales. ⁽²¹⁾
- a.c. **Cuadrado.-** Es frecuente en el maxilar superior, pero no ofrece seguridad en la retención y estabilidad, por ende es de pronóstico reservado. ⁽²¹⁾

La forma del arco dental de la prótesis completa debe acompañar la forma del reborde alveolar, Una forma de reborde alveolar, de un modo genérico, puede ser clasificado en: Triangular, ovoide y cuadrado. Según Nelson, esas formas también coinciden con la forma del rostro que también es ovoide, triangular y cuadrado. ⁽¹³⁾

B. Simetría de arcos

La clasificación es:

- b.a. **Simétrico.-** Cuando trazamos una línea que pase por el rafe medio o en el maxilar inferior a la altura del frenillo lingual, ésta los divide en dos porciones muy semejantes, entonces hablamos de un arco simétrico. Será un factor positivo, lo que nos permite una distribución del área de soporte y de superficie oclusal equilibrada. ⁽²¹⁾
- b.b. **Asimétrico.-** Cuando esta línea imaginaria divide a los maxilares en porciones no equivalentes en forma y extensión. Será un factor negativo. ⁽²¹⁾

C. Forma de rebordes alveolares

Se clasifican en:

c.a. Regular.- Cuando el reborde alveolar presenta características homogéneas en su altura, forma y volumen mostrando una cima de reborde sin depresiones o prominencias o zonas agudas. Esta característica es favorable porque distribuye mejor las fuerzas oclusales. ⁽²¹⁾

c.b. Irregular.- Cuando el reborde alveolar presenta características homogéneas en su altura, forma y volumen mostrando una cima de rebordes con depresiones, prominencias o zonas agudas que pueden crear punto de apoyo y vástula para la prótesis. Es una condición desfavorable. ⁽²¹⁾

D. Altura de Rebordes (Según Grado de Reabsorción)

Los rebordes alveolares pueden ser clasificados en reborde grande, medio o pequeño. Un reborde grande cuando la distancia entre las tuberosidades y la línea media anterior de la cresta debe medir más de 5 cm. Es medio cuando esa medida es de aproximadamente 4.5cm. Y es pequeño cuando es de 4cm o menos. La altura del reborde alveolar varía de un paciente a otro, a la vez el mismo reborde varía en cada región.

⁽¹³⁾

d.a. Rebordes Altos.- Cuando el reborde alveolar presenta características en su altura, forma y volumen mostrando una cima con depresiones o prominencias o zonas agudas. Esta característica permite otorgar un buen soporte y retención a las futuras prótesis dentales. A este grupo también pertenecen aquellos rebordes hipertróficos o prominencias óseas que se han formado producto de extrusiones dentarias antes de ser edéntulos totales. Estos casos son desfavorables. ⁽²¹⁾

d.b. Rebordes Medios (Reabsorbidos).- Son rebordes que presentan un proceso de reabsorción no muy marcado pero a pesar de estar dismuida en su altura, aún pueden otorgar retención, soporte y estabilidad con ciertas limitaciones. ⁽²¹⁾

d.c. Rebordes Bajos.- Son rebordes totalmente reabsorbidos generalmente los hallamos en los maxilares inferiores. Aquí, se ha perdido totalmente la altura de reborde o nos queda una insinuación de ella, obviamente se ha perdido la capacidad de otorgar retención, soporte y estabilidad a las prótesis totales, estos defectos son consecuencias de prótesis inadecuadas, por el mal uso de ellas o por permanecer mucho tiempo desdentado sin ningún tratamiento protésico, factores biológicos y hereditarios. ⁽²¹⁾

La sección transversal del reborde alveolar, generalmente tiene una forma triangular. Cuando ese triángulo es equilátero, el reborde es normal cuanto a la altura; cuando la base es menor de lado a lado, el reborde es considerado alto; cuando la base es mayor de lado a lado el reborde es bajo o reabsorbido. ⁽¹³⁾

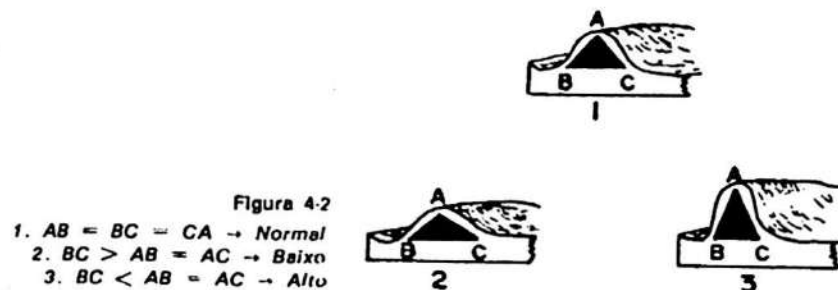
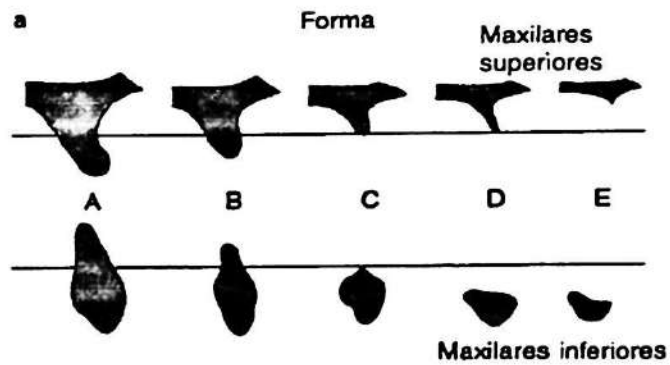


Figura N° 2: Altura de Rebordes ⁽¹³⁾

E. Clasificación según forma de los rebordes alveolares edéntulos

Lekholm y Zarb en 1985 dieron una nueva clasificación de los diferentes grados de atrofia de ambos y la calidad del hueso alveolar:

- A: Cresta alveolar intacta.
- B: Reabsorción Menor de la cresta alveolar.
- C: Reabsorción avanzada de la cresta alveolar hasta la base de la arcada dental.
- D: Reabsorción inicial de la base del arco dental.
- E: Reabsorción extrema de la base del arco dental.



Forma del corte transversal de los cinco diferentes grupos

Figura N° 3: Forma de Rebordes. Lekholm y Zarb. 1985 (7,24)

Cuatro calidades óseas para la región anterior de las mandíbulas:

- 1: se compone de hueso compacto homogéneo.
- 2: tiene una gruesa capa de hueso cortical que rodea el hueso trabecular denso.
- 3: tiene una capa delgada de hueso cortical rodeada por hueso trabecular denso de fuerza favorable.
- 4: tiene una capa delgada de hueso cortical que rodea un núcleo de hueso trabecular de baja densidad.

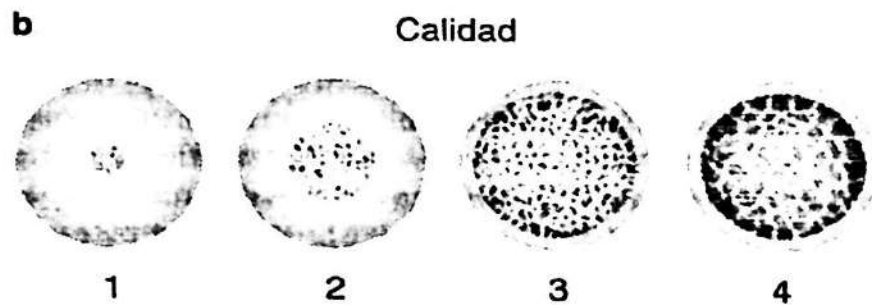


Figura N° 4: Calidad del Hueso. Lekholm y Zarb. 1985 (7,24)

F. Pasos para la reabsorción de las eminencias alveolares

- I : 0 - 1/3 = Escasa pérdida de altura
- II : 1/3 - 2/3 = Pérdida moderada de altura
- III : 2/3 - 3/3 = Intensa pérdida de altura
- IV : Eminencia alveolar afilada con degradación principalmente lateral

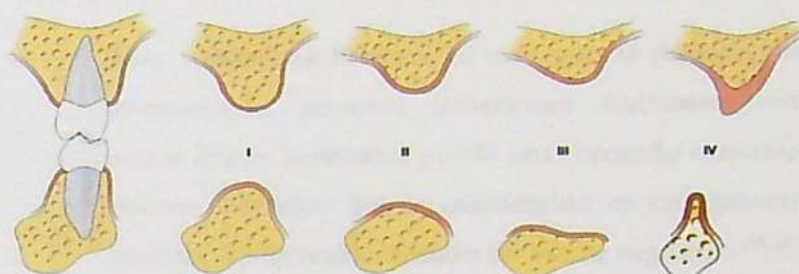


Figura N° 4: Pasos de la Reabsorción. B. Koeck (23)

G. Forma de reborde al corte transversal

g.a. Forma de U.- Presenta el flanco vestibular y palatino paralelos más o menos perpendiculares la base, conformando una cima de reborde aplanada, permitiendo un eje de inserción cómodo para la prótesis y funcionalmente favorece su retención y estabilidad de la prótesis. (13, 21, 25)

g.b. Forma de V.- Presenta los flancos vestibular y palatino inclinados, que terminan uniéndose en la cima formando una arista redondeada o filuda. Este tipo de reborde es característico de desdentados antiguos, no es óptima para recibir una prótesis y crear dificultades en la retención y la estabilidad, así como frecuentes molestias. (13, 21, 25)

g.c. Forma de C.- Esta descripción se refiere cuando el flanco vestibular y/o palatino presentan un estrangulamiento, formando una cima de reborde con mayor volumen que el 1/3 medio del reborde alveolar. (13, 21, 25)

H. Mucosa sobre reborde

Aplicable al examen clínico estomatológico tanto del maxilar superior como el maxilar inferior. La encía es un elemento compresible, teniendo como promedio 4/10 mm. Y en zona de paladar puede llegar a 2mm. Como promedio. Sin embargo en los edéntulos totales se han identificado 3 tipos de mucosa.

(13, 21, 25)

h.a. Mucosa Firme.- Es una mucosa delgada, no compresible, presenta irritaciones frecuentes, en zonas donde la prótesis puede estar creando mayores fuerzas oclusales. En la masticación es un tipo de mucosa no favorable. Siendo un factor negativo. (13, 21, 25)

h.b. Mucosa Resilente.- Es una mucosa de grosor adecuado, permite una compresión ligera de manera que amortigua las fuerzas oclusales de la prótesis sobre el reborde oseo. Es un tipo de mucosa favorable, siendo un factor positivo. (13, 21, 25)

h.c. Mucosa Flácida.- Es una mucosa de grosor exagerado, es móvil, muy blanda la ubicamos generalmente sobre las zonas de reabsorción ósea sobre todo en el maxilar inferior, de portadores antiguos de prótesis. Es el tipo de mucosa más desfavorable de todas porque permite el desplazamiento de la prótesis. Siendo un factor negativo. (13, 21, 25)

I. Tuberosidad

Se clasifican por su tamaño en:

i.a. Grandes.- Formado por tubérculos maxilares bien expresados, estas hipertrofias suelen ser producto de extrusiones dentarias antes de llegar a ser edéntulos total y suelen ser retentivas y esto es un factor desfavorable. (13, 21, 25)

i.b. Mediana.- Formado por tubérculos maxilares de tamaño normal. ^(13, 21, 25)

i.c. Pequeña.- La tuberosidad presenta dimensiones disminuidas, que pueden ser producto de reabsorciones severas o exodoncias traumáticas en esas zonas. Suelen ser retentivas. ^(13, 21, 25)

J. Surco hamular

Surco que se forma por detrás de la tuberosidad del maxilar superior, conocida también como escotadura pterigo – maxilar. Este surco se forma por la interrelación que existe entre la apófisis pterigoides del esfenoides y el borde posterior de la tuberosidad se ha podido comprobar que su presencia es virtual por tanto están presentes cuando las tuberosidades están bien expresados y están ausentes cuando se ha reabsorbido severamente por tanto la mucosa que cubre estas zonas pareciera que continuará directamente sin forma ningún surco del borde posterior de la tuberosidad hacia el borde anterior de la apófisis pterigoides. Se clasifican en: Presentes y Ausentes. ^(13, 21, 25)

K. Zona postdamming

Zona de la cavidad bucal que va desde el nivel del paso del paladar duro al blando. Los músculos del paladar blando comprometidos en esta zona, están cubiertos con una capa considerable de tejidos constituidos por mucosa, submucosa, capa adiposa y glandular. ^(13, 21, 25)

Se observó que el grado de desarrollo de la almohadilla de los tejidos blando que cubre la aponeurosis muscular de esta zona, se caracterizó por su gran variabilidad. Por esto es conveniente examinarla con detenimiento para detectar sus características propias, que pueden ser: 1. Anchas, 2. Mediadas y 3. Delgadas en su extensión, así como, respecto a su

consistencia pueden ser: 1. Poco, 2. Mediana y 3. Muy depresible. La exploración de esta zona, nos sirve para detectar el grado de compresión de la mucosa y sensibilidad al efecto nauseoso. (13, 21, 25)

El Postdamming tiene importancia en cuanto a la retención de la prótesis por la disposición que puede tomar y se clasifica en 3 tipos:

k.a. Tipo I.- Cuando los tejidos van en línea casi recta desde el borde posterior del paladar duro hacia la faringe, esta condición es la más favorable para una prótesis total. (13, 21, 25)

k.b. Tipo II.- Se caracteriza por que los tejidos de esta zona toman una posición dando la apariencia de un plano inclinado, que va desde el borde posterior del paladar duro hacia la faringe, considerada menos favorable para la prótesis. (13, 21, 25)

k.c. Tipo III.- Considerada la menos favorable, por la disposición de los tejidos del Postdamming que tiene una ubicación casi vertical al plano del paladar duro, dando la impresión que los tejidos desde el borde posterior del paladar duro caen en forma abrupta hacia la faringe. (13, 21, 25)

L. Torus palatino

Es una exostosis o protuberancia sobre el paladar duro, a nivel de la sutura intermaxilar.

Se recomienda efectuar alivios en la base de la prótesis para no sobrecargar la mucosa delgada, que es sensible a la presión, esto es caso de un Torus palatino pequeño pero en caso de ser muy prominente, estará comprometiendo seriamente el éxito de la prótesis y se recurrirá a la cirugía pre protésica. El Torus palatino lo consideramos como. 1. Presente y 2. Ausente. (13, 21, 25)

M. Torus mandibular

Es una exostosis de la mandíbula localizada en la superficie lingual por encima de la línea Milohioideo, que frecuentemente se encuentra entre el área de caninos y premolares.

Su remoción quirúrgica solo está indicado cuando interfiere en el funcionamiento normal de la cavidad oral, fonación y masticación o cuando interfiere en la construcción e inserción de una prótesis removible. Por esto se clasifica en: 1. Presente y 2. Ausentes. ^(13, 21, 25)

N. Papila retromolar

Llamada también cuerpos piriformes, están situados a nivel distal de las terceras molares del maxilar inferior y en los edéntulos totales, se caracteriza porque está constituido por tejido glandular y tejido fibroso.

Muchas veces es considerado como una formación bastante dócil y fácilmente móvil, que se sitúa cerca de la línea oblicua interna (línea milohioidea), es de tamaño variable y tiene un aspecto de almohadilla ubicada está relacionada a su volumen y tiene importancia para la prótesis total porque su compresión puede causar dolor en los pacientes.

Las papilas pueden ser por su consistencia: Firme, resilente o flácida. En cuanto al tamaño: Pequeñas, medianas o grandes. ^(13, 21, 25)

O. Fosa retromilohioidea

Llamada también como fosa retro alveolar, es quizá la única zona que puede asegurar la retención de la prótesis, en el caso de pacientes con reabsorciones severas en las zonas de molares del maxilar inferior. ^(13, 21, 25)

En esta zona el borde de la prótesis debe ser preciso, si deseamos obtener un buen sellado periférico y el mayor grado

de comodidad y eficiencia posible. Funcionalmente a esta zona la podemos clasificar en:

o.a. Clase 1.- Cuando el operador al examen siente una ligera tensión de los tejidos alrededor de la extremidad del dedo y no hay tendencia a desplazarlo o si al instalar la prótesis no hay levantamiento espontáneo de la prótesis de esta zona; cuando los tejidos están en movimientos funcionales. Por lo tanto cuando la zona retromilohioidea sea más profunda y medianamente retentiva será un factor favorable. ^(13, 21, 25)

o.b. Clase 3.- Si los tejidos de la zona desplazan el dedo por completo en movimientos funcionales no exagerados o levanta la prótesis de su posición de asentamiento. ^(13, 21, 25)

o.c. Clase 2.- Cualquier posición de los tejidos entre estos 2 extremos se conoce como clase 2. ^(13, 21, 25)

P. Inserciones musculares (Frenillos):

Los frenillos son inserciones de tejido fibro elástico cubiertos por un epitelio que une el tejido perimuscular al reborde alveolar, que forman parte de toda la mucosa bucal.

En la cavidad bucal, es fácil determinar la línea de inserción tomando los labios o el carrillo con los dedos y moviéndolos suavemente o moviendo la lengua en el caso del maxilar inferior. ^(13, 21, 25)

Los frenillos se pueden clasificar según su tipo de inserción en tres grupos:

p.a. Alta.- Es aquel, que va desde la cima de reborde y fondo de surco vestibular a la mucosa de carrillo; siendo esta la más favorable. ^(13, 21, 25)

p.b. Media.- Es aquel frenillo que va desde la mitad del reborde y fondo de surco a la mucosa del carrillo. ^(13, 21, 25)

p.c. Baja.- Cuando el frenillo casi no existe o se presenta como una ligera insinuación en el fondo de surco. ^(13, 21, 25)

Otra clasificación es según la consistencia de los frenillos:

p.d. Compresible.- Cuando estructuralmente el frenillo presenta un tejido elástico fácilmente distensible y delgado, que no ofrece resistencia al presionarlo cuando esta elongado, favorable para la prótesis porque puede invadirlo si riesgo a ser desplazado. ^(13, 21, 25)

p.e. No compresible.- Cuando estructuralmente, presenta un tejido fibroso poco distensible y grueso es muy potente, de manera que ofrece resistencia al presionar el frenillo, cuando esta elongado. El frenillo lingual generalmente tiene esta característica, siendo un factor desfavorable. ^(13, 21, 25)

Q. Lengua

La lengua es considerada como un factor importante en cuanto a la retención de la dentadura inferior. ^(13, 21, 25)

Interviene por su posición, funciones y movilidad dentro de la anatomía protética. La clasificación siempre para el volumen y tamaño es:

q.a. Macroglósia.- Que es una lengua de volumen exagerado, que puede ocasionar problemas a la estabilidad de la prótesis, porque puede desplazar hacia adelante sacándola de su lugar de asentamiento, porque se ubica entre la zona de incisivos. En casos severos se recurre a la glosotomía. Es desfavorable y de mal pronóstico. ^(13, 21, 25)

q.b. **Microglósia.**- Es todo lo contrario al anterior, aquí lo más saltante es que rompe el equilibrio de fuerzas entre músculos peri bucales y la lengua, pidiendo la estabilidad de la prótesis, por tanto considerado de mal pronóstico. ^(13, 21, 25)

q.c. **Normal.**- Que es lo ideal para una prótesis total inferior.

En cuanto a la movilidad hoy se habla de tres características como son: A. Hipermovilidad (Movilidad exagerada), B. Movilidad normal. C. Hipomovilidad (Movilidad escasa); este último pondrá en peligro a la adaptación de la prótesis y sobre todo en la fonación y masticación del paciente, es desfavorable. ^(13, 21, 25)

R. **Saliva**

Todos los clínicos hacen mención sobre la importancia que tiene la cantidad y capacidad de la saliva para la retención de la prótesis. La película de saliva que se establece entre la placa y la mucosa perfecciona la adaptación, coadyuda en la adhesión y es un elemento más de resiliencia que contribuyen a absorber las modificaciones funcionales que obliga a los tejidos a la adaptación de la base. Por tanto, no es difícil aceptar que la salud de la mucosa dependerá mucho de nuestras glándulas salivales que diferenciadas por el tipo de secreción, en serosas, seromucosas y mucosas puras, van equilibrando y determinando la calidad de saliva. ^(13, 21, 25)

La mucosa bucal de los edéntulos totales presenta generalmente tres características relacionadas a la cantidad de la saliva.

r.a. **Normal:** Que es la condición donde la mucosa esta bañada de una saliva, ni muy fluida ni muy viscosa, que permite formar una delgada capa de

saliva entre el epitelio y la superficie acrílica en contacto. ^(13, 21, 25)

r.b. **Xerostomía:** Que es una condición donde la mucosa carece de saliva o humedad, es un factor negativo. Este hecho puede estar asociado a atrofas en los conductos de las glándulas salivales por múltiples causas. ^(13, 21, 25)

r.c. **Sialorrea:** Que es el caso opuesto a la xerostomía, la mucosa bucal se encuentra bañada por una exagerada cantidad fluida y que puede estar asociada a problemas sistémicos o control neurovegetativo. Esta situación permite que se pierda también la retención de la prótesis y sobre todo en el edéntulos total que produce una lesión en las comisuras labiales llamado "Queilitis", por una escaldadura reiterada de la zona e invasión de bacterias normales del medio. ^(13, 21, 25)

S. Lesiones en mucosa bucal

s.a. **Úlcera Traumática.-** Clínicamente se presenta como una lesión pequeña, de forma irregular, cubierta por una delicada membrana necrótica de color gris claro, rodeada por un halo de signos de inflamación, son dolorosas y se pueden producir por un defecto de la prótesis post – instalación, por un defecto óseo bajo, la mucosa o por prótesis desadaptadas. ^(13, 21, 25)

s.b. **Estomatitis Sub placa.-** Es una inflamación generalizada de la mucosa en contacto con la superficie interna de una prótesis desadaptada, generalmente con presencia de la Cándida Albicans. Estudios comprobaron que el origen de la inflamación estaría en el taponamiento paraqueratótico sobre los orificios de los conductos por donde fluirán

secreciones, originando una dilatación de estos, que clínicamente se observa como una mucosa extremadamente roja, inflamada, dolorosa o granular. Con frecuencia se presentan múltiples focos de hiperemia del tamaño de la cabeza de un alfiler que por lo general afectan al maxilar superior sobre todo paladar duro y rara vez lo encontramos en el maxilar inferior. ^(13, 21, 25)

s.c. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria.- Es un Epulis Fissuraton llamados comúnmente bandeletas, se caracteriza por el desarrollo de rollos alargados de tejido en el área de los pliegues bucolabiales o mucobucuales producto de prótesis desadaptadas. La proliferación de este tejido se da en forma lenta y como resultado de la reabsorción del reborde alveolar, sea por traumatismo de la prótesis desadaptadas, por sobre unos de estos o por factores biológicos. ^(13, 21, 25)

s.d. Hiperplasia Papilar Inflamatoria.- Papilomatosis Palatina, afecta mucosa del paladar no se conoce su etiología, la lesión se observa con numerosas proyecciones papilares que con frecuencia afecta a casi todo el paladar duro y le dan un aspecto verrugoso. Las lesiones se pueden extender sobre la mucosa alveolar palatina y en ocasiones afectan la mucosa alveolar mandibular. Las papilas individuales rara vez miden más de 1 ó 2 mm. De diámetro. El tejido muestra grados variables de inflamación pero rara vez existe ulceración. ^(13, 21, 25)

CAPITULO III

RECURSOS UTILIZADOS

Humanos: Ramiro Albino del Aguila Vásquez.

Instituciones: Centro del Adulto Mayor – EsSalud Iquitos.

Equipos: Instrumentos de diagnóstico.

Materiales: Guantes, mascarilla, gorro, espejo bucal, espejo intraoral, cámara fotográfica, materiales de oficina y copias.

CAPITULO IV

METODO

4.1 Hipótesis

La prevalencia del edentulismo total en la población adulta mayor es alta, los rebordes óseos tienen diferentes formas y la altura de los rebordes es reabsorbida en el maxilar superior y baja en el inferior.

4.2 Variables

4.2.1 Variable 1: Edentulismo.

4.2.2 Variable 2: Forma de rebordes óseos.

4.2.3 Variable 3: Altura de rebordes óseos.

4.3 Aspectos metodológicos

4.3.1 Tipo de investigación

El estudio es de tipo cuantitativo.

4.3.2 Diseño de la investigación

El diseño que se utilizara fue no experimental del tipo descriptivo. El esquema es el siguiente:

M O

Donde:

M = Muestra

O = Observaciones obtenidas en cada una de las variables.

4.3.3 Población y muestra

4.3.3.1 Población: Estará conformada por pacientes adultos mayores que acuden al Centro del Adulto Mayor Iquitos, que fueron 176 en el 2014

4.3.3.2 Muestra: Por ser una población pequeña se usó todo lo que hubo de muestra.

4.3.4 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos.

4.3.4.1 Técnica

Para efectos de estudio, se realizó de la siguiente manera:

- Se procedió a identificar la muestra en estudio.
- Se solicitó el consentimiento informado al paciente.
- Los datos se registraron en el instrumento N° 01.
- Se tabularon los datos.
- Se procesaron los datos en el programa estadístico informático (SPSS 17.0).
- Se procedió a analizar la información y elaborar el informe.

4.3.4.2. Instrumento

Se utilizó la ficha de recolección de datos de edentulismo, forma y altura de reborde óseo en adultos mayores.

4.3.4.3. Procedimiento de recolección de datos.

- Solicitud de permiso de trabajo dirigido al Director del Centro del Adulto Mayor Iquitos y al Director de EsSalud – Sede Iquitos.
- Consentimiento informado del paciente.
- Selección del instrumental necesario.
- Evaluación estomatológica del paciente.
- Elaboración de la ficha de recolección de datos.
- Análisis e interpretación de la información.

4.3.5 Procesamiento de la información

Se utilizó estadística descriptiva y estadística inferencial. Se utilizara el paquete informativo SPSS 17.0

CAPITULO V

RESULTADOS

La muestra fue de 176 pacientes adultos mayores que acudieron al Centro del Adulto Mayor de EsSalud – Sede Iquitos, con una distribución mayor para las mujeres que de los varones, de la tercera edad.

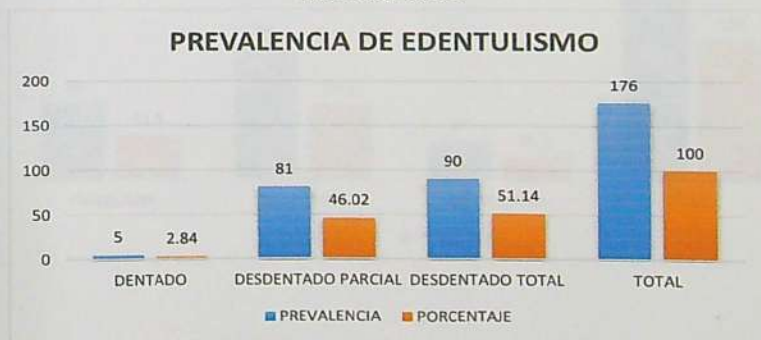
5.1 PREVALENCIA DEL EDENTULISMO TOTAL EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD

La prevalencia de edentulismo total en pacientes de la tercera edad del centro del Adulto Mayor de EsSalud Iquitos, el 51.14% fueron pacientes edéntulos totales, y 46.02% fueron edéntulos parciales y el 2.84% personas fueron dentados.

Cuadro N° 1. Prevalencia del Edentulismo en pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor - EsSalud, Iquitos 2015

PREVALENCIA DE EDENTULISMO	PREVALENCIA	PORCENTAJE
DENTADO	5	2.84
DESDENTADO PARCIAL	81	46.02
DESDENTADO TOTAL	90	51.14
TOTAL	176	100.0

Grafico N° 1. Prevalencia del Edentulismo en pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor - EsSalud, Iquitos 2015

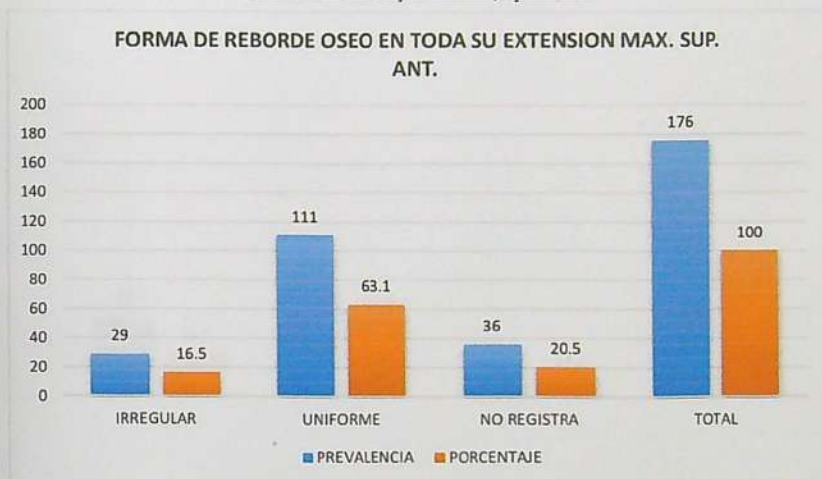


De la muestra obtenida para la identificación de la forma del reborde óseo residual en toda su extensión del maxilar superior hemiarcada anterior, el 63.1% tienen el reborde superior anterior uniforme, el 16.5% irregular, mientras que el 20.5% no registran forma de reborde debido a que son dentados.

Cuadro N° 3. Forma de reborde óseo en toda su extensión superior anterior de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

FORMA DE REBORDE OSEO EN TODA SU EXTENSION MAX. SUP. ANT.	PREVALENCIA	PORCENTAJE
IRREGULAR	29	16.5
UNIFORME	111	63.1
NO REGISTRA	36	20.5
TOTAL	176	100.0

Gráfico N° 3. Forma de reborde óseo en toda su extensión superior anterior de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

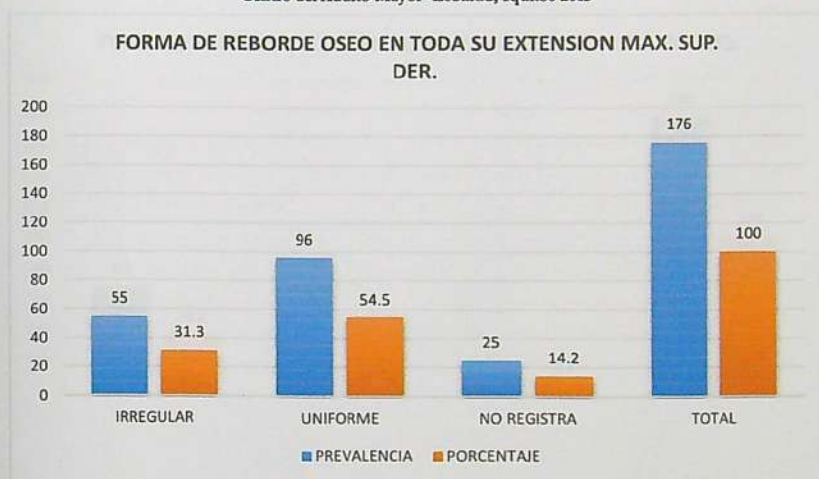


De la muestra obtenida para la identificación de la forma del reborde óseo residual en toda su extensión del maxilar superior hemiarcada derecho, el 54.5% tienen el reborde superior anterior uniforme, el 31.3% irregular, mientras que el 14.2% no registran forma de reborde debido a que son dentados.

Cuadro N° 4. Forma de reborde óseo en toda su extensión superior derecho de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

FORMA DE REBORDE OSEO EN TODA SU EXTENSION MAX. SUP. DER.	PREVALENCIA	PORCENTAJE
IRREGULAR	55	31.3
UNIFORME	96	54.5
NO REGISTRA	25	14.2
TOTAL	176	100.0

Gráfico N° 4. Forma de reborde óseo en toda su extensión superior derecho de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015



De la muestra obtenida para la identificación de la forma del reborde óseo residual en toda su extensión del maxilar inferior hemiarcada izquierdo, el 51.7% tienen el reborde inferior izquierdo uniforme, el 39.2% irregular, mientras que el 9.1% no registran forma de reborde debido a que son dentados.

Cuadro N° 5. Forma de reborde óseo en toda su extensión inferior izquierdo de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

FORMA DE REBORDE OSEO EN TODA SU EXTENSION MAX. INF. IZQ.	PREVALENCIA	PORCENTAJE
IRREGULAR	69	39.2
UNIFORME	91	51.7
NO REGISTRA	16	9.1
TOTAL	176	100.0

Gráfico N° 5. Forma de reborde óseo en toda su extensión inferior izquierdo de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

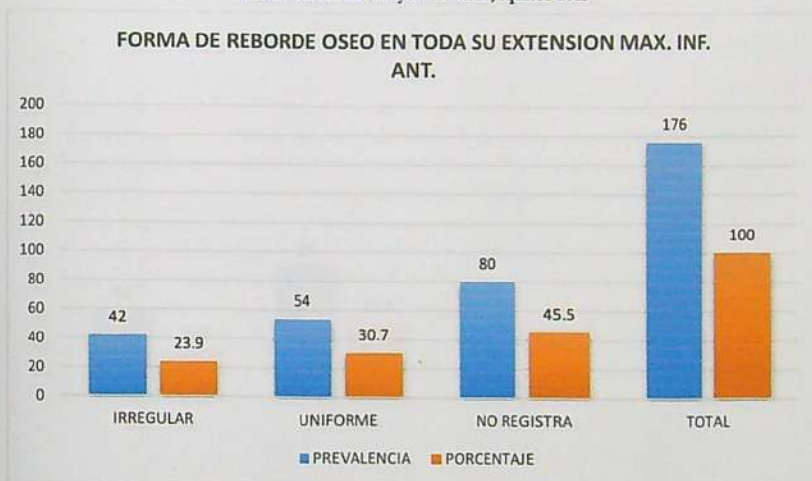


De la muestra obtenida para la identificación de la forma del reborde óseo residual en toda su extensión del maxilar inferior hemiarcada anterior, el 30.7% tienen el reborde inferior anterior uniforme, el 23.9% irregular, mientras que el 45.5% no registran forma de reborde debido a que son dentados.

Cuadro N° 6. Forma de reborde óseo en toda su extensión inferior anterior de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

FORMA DE REBORDE OSEO EN TODA SU EXTENSION MAX. INF. ANT.	PREVALENCIA	PORCENTAJE
IRREGULAR	42	23.9
UNIFORME	54	30.7
NO REGISTRA	80	45.5
TOTAL	176	100.0

Gráfico N° 6. Forma de reborde óseo en toda su extensión inferior anterior de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

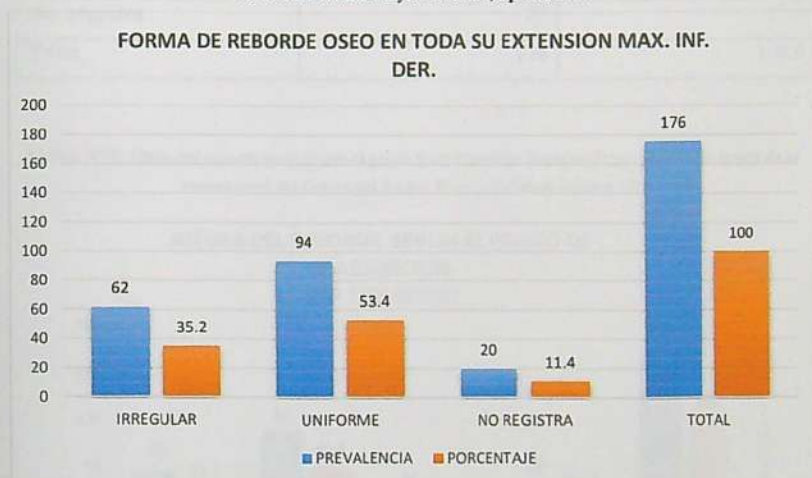


De la muestra obtenida para la identificación de la forma del reborde óseo residual en toda su extensión del maxilar inferior hemiarcada derecho, el 53.4% tienen el reborde inferior derecho uniforme, el 35.2% irregular, mientras que el 11.4% no registran forma de reborde debido a que son dentados.

Cuadro N° 7. Forma de reborde óseo en toda su extensión inferior derecho de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

FORMA DE REBORDE OSEO EN TODA SU EXTENSION MAX. INF. DER.	PREVALENCIA	PORCENTAJE
IRREGULAR	62	35.2
UNIFORME	94	53.4
NO REGISTRA	20	11.4
TOTAL	176	100.0

Gráfico N° 7. Forma de reborde óseo en toda su extensión inferior derecho de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015



5.3 ALTURA DEL REBORDE SEGÚN EL GRADO DE REABSORCION

De la muestra obtenida para la identificación de la altura del reborde óseo según el grado de reabsorción del maxilar superior hemiarcada izquierda, el 26.1% tiene el reborde alto, el 49.4% reabsorbido, el 9.1% bajo, mientras que el 15.3% no registra debido a que pertenece al grupo de pacientes dentados.

Cuadro N° 8. Altura del reborde óseo, según el grado de reabsorción Superior Izquierdo; de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

ALTURA DEL REBORDE SEGUN EL GRADO DE REABSORCION SUP. IZQUIERDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	46	26.1
Reabsorbido	87	49.4
Bajo	16	9.1
No registra	27	15.3
Total	176	100.0

Gráfico N° 8. Altura del reborde óseo, según el grado de reabsorción Superior Izquierdo; de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

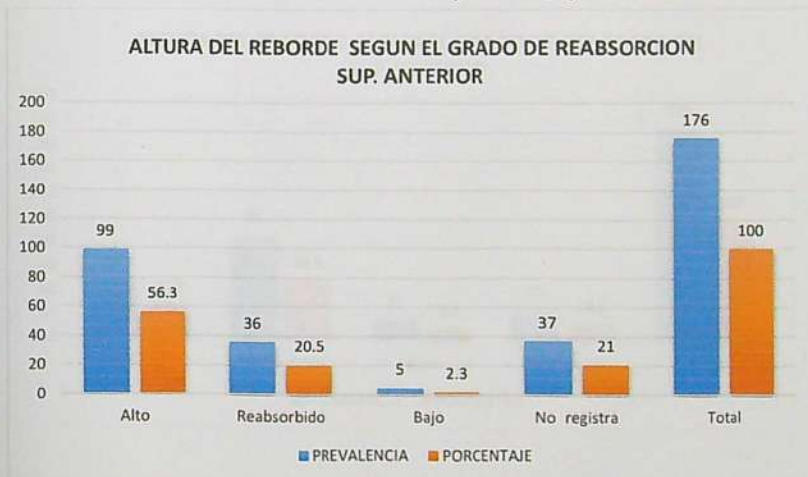


De la muestra obtenida para la identificación de la altura del reborde óseo según el grado de reabsorción del maxilar superior hemiarcada anterior, el 56.3% tiene el reborde alto, el 20.5% reabsorbido, el 2.3% bajo, mientras que el 21.0% no registra debido a que pertenece al grupo de pacientes dentados.

Cuadro N° 9. Altura del reborde óseo, según el grado de reabsorción Superior Anterior; de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

ALTURA DEL REBORDE SEGUN EL GRADO DE REABSORCION SUP. ANTERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	99	56.3
Reabsorbido	36	20.5
Bajo	5	2.3
No registra	37	21.0
Total	176	100.0

Grafico N° 9. Altura del reborde óseo, según el grado de reabsorción Superior Izquierdo; de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015



De la muestra obtenida para la identificación de la altura del reborde óseo según el grado de reabsorción del maxilar superior hemiarcada derecha, el 27.3% tiene el reborde alto, el 48.9% reabsorbido, el 9.7% bajo, mientras que el 14.2% no registra debido a que pertenece al grupo de pacientes dentados.

Cuadro N° 10. Altura del reborde óseo, según el grado de reabsorción Superior Derecho; de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

ALTURA DEL REBORDE SEGUN EL GRADO DE REABSORCION SUP. DERECHO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	48	27.3
Reabsorbido	86	48.9
Bajo	17	9.7
No registra	25	14.2
Total	176	100.0

Gráfico N° 10. Altura del reborde óseo, según el grado de reabsorción Superior Derecho; de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015



De la muestra obtenida para la identificación de la altura del reborde óseo según el grado de reabsorción del maxilar inferior hemiarcada izquierda, el 14.8% tiene el reborde alto, el 44.9% reabsorbido, el 30.1% bajo, mientras que el 10.2% no registra debido a que pertenece al grupo de pacientes dentados.

Cuadro N° 11. Altura del reborde óseo, según el grado de reabsorción Inferior Izquierdo; de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

ALTURA DEL REBORDE SEGUN EL GRADO DE REABSORCION INF. IZQUIERDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	26	14.8
Reabsorbido	79	44.9
Bajo	53	30.1
No registra	18	10.2
Total	176	100.0

Gráfico N° 11. Altura del reborde óseo, según el grado de reabsorción Inferior Izquierdo; de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

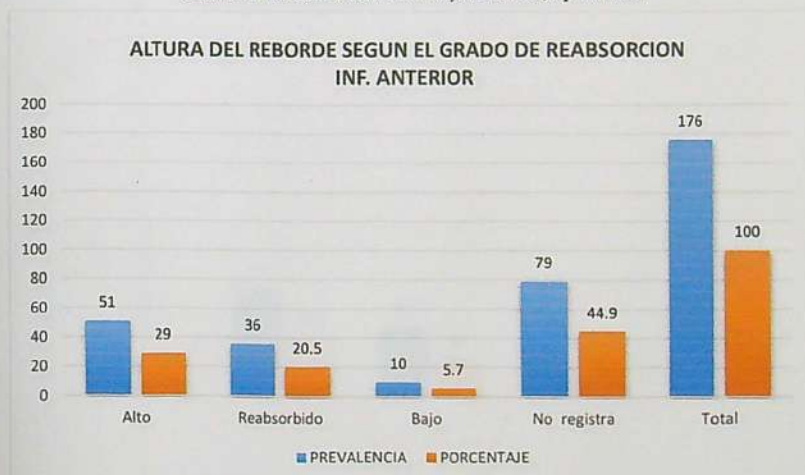


De la muestra obtenida para la identificación de la altura del reborde óseo según el grado de reabsorción del maxilar inferior hemiarcada izquierda, el 29.0% tiene el reborde alto, el 20.5% reabsorbido, el 5.7% bajo, mientras que el 44.9% no registra debido a que pertenece al grupo de pacientes dentados.

Cuadro N° 12. Altura del reborde óseo, según el grado de reabsorción Inferior Anterior; de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

ALTURA DEL REBORDE SEGUN EL GRADO DE REABSORCION INF. ANTERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	51	29.0
Reabsorbido	36	20.5
Bajo	10	5.7
No registra	79	44.9
Total	176	100.0

Grafico N° 12. Altura del reborde óseo, según el grado de reabsorción Inferior Anterior; de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015



De la muestra obtenida para la identificación de la altura del reborde óseo según el grado de reabsorción del maxilar inferior hemiarcada izquierda, el 14.8% tiene el reborde alto, el 43.8% reabsorbido, el 29% bajo, mientras que el 12.5% no registra debido a que pertenece al grupo de pacientes dentados.

Cuadro N° 13. Altura del reborde óseo, según el grado de reabsorción Inferior Derecho; de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

ALTURA DEL REBORDE SEGUN EL GRADO DE REABSORCION INF. DERECHO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	26	14.8
Reabsorbido	77	43.8
Bajo	51	29.0
No registra	22	12.5
Total	176	100.0

Grafico N° 13. Altura del reborde óseo, según el grado de reabsorción Inferior Derecho; de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015



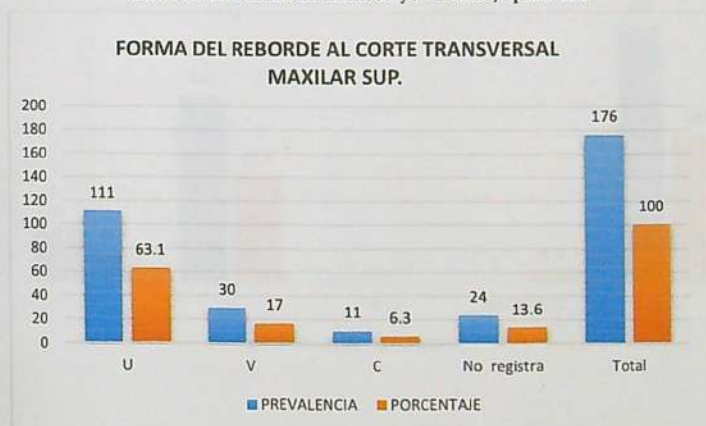
5.4 FORMA DEL REBORDE OSEO ALVEOLAR AL CORTE TRANSVERSAL

De la muestra obtenida para la identificación de la forma del reborde óseo al corte transversal del maxilar superior, el 61.1% tiene forma de "U", el 17% "V", el 6.3% "C", y el 13.6% no registra debido a que pertenece al grupo de pacientes dentados.

Cuadro N° 14. Forma del reborde óseo alveolar al corte transversal del Maxilar Superior; de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

FORMA DEL REBORDE OSEO ALVEOLAR AL CORTE TRANSVERSAL MAXILAR SUP.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
U	111	63.1
V	30	17.0
C	11	6.3
No registra	24	13.6
Total	176	100.0

Gráfico N° 14. Forma del reborde óseo alveolar al corte transversal del Maxilar Superior; de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

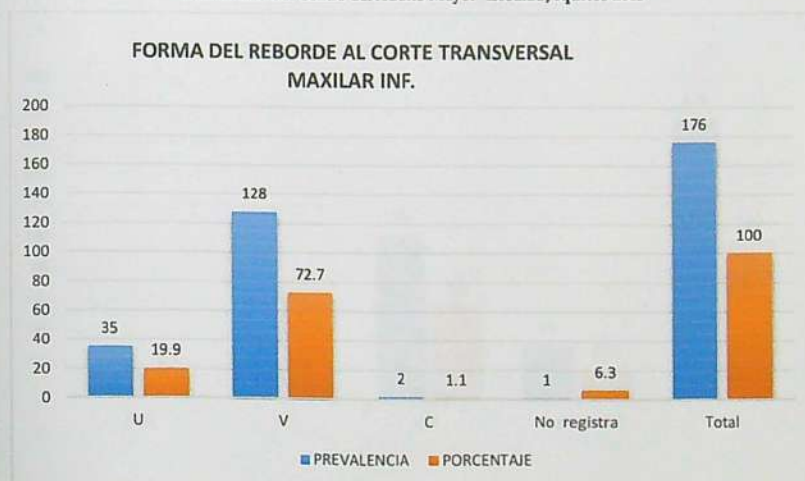


De la muestra obtenida para la identificación de la forma del reborde óseo al corte transversal del maxilar superior, el 19.9% tiene forma de "U", el 72.7% "V", el 1.1% "C", y el 6.3% no registra debido a que pertenece al grupo de pacientes dentados.

Cuadro N° 15. Forma del reborde óseo alveolar al corte transversal del Maxilar Inferior; de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

FORMA DEL REBORDE OSEO ALVEOLAR AL CORTE TRANSVERSAL MAXILAR INF.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
U	35	19.9
V	128	72.7
C	2	1.1
No registra	1	6.3
Total	176	100.0

Gráfico N° 15. Forma del reborde óseo alveolar al corte transversal del Maxilar Inferior; de pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015



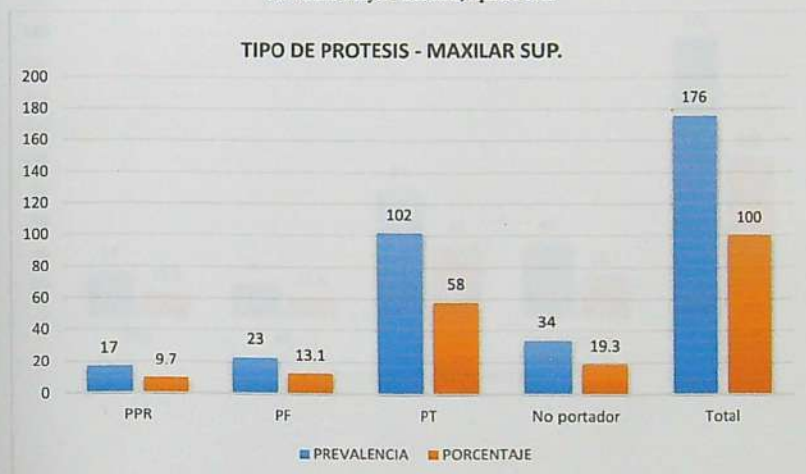
5.5 FRECUENCIA DE TIPO DE PROTESIS USADAS POR LOS PACIENTES

De la muestra obtenida para la identificación del tipo de prótesis que utiliza el paciente en el maxilar superior, el 9.7% utiliza una PPR, el 13.1% PF, el 58% PT, y el 19.3 es un paciente dentado y/o no porta prótesis.

Cuadro N° 16. Tipo de prótesis del Maxilar Superior que utiliza el paciente de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

TIPO DE PROTESIS MAXILAR SUP.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PPR	17	9.7
PF	23	13.1
PT	102	58.0
No portador	34	19.3
Total	176	100.0

Grafico N° 16. Tipo de prótesis del Maxilar Superior que utiliza el paciente de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

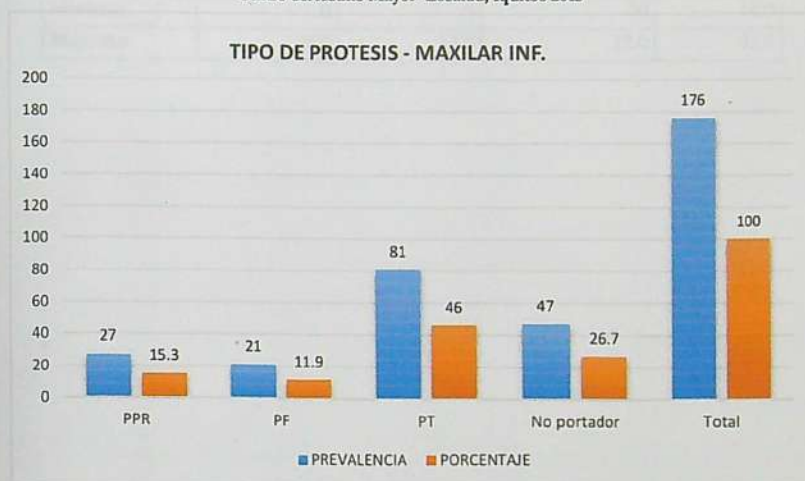


De la muestra obtenida para la identificación del tipo de prótesis que utiliza el paciente en el maxilar inferior, el 15.3% utiliza una PPR, el 11.9% PF, el 46% PT, y el 26.7 es un paciente dentado y/o no porta prótesis.

Cuadro N° 17. Tipo de prótesis del Maxilar Inferior que utiliza el paciente de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

TIPO DE PROTESIS MAXILAR INF.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PPR	27	15.3
PF	21	11.9
PT	81	46.0
No portador	47	26.7
Total	176	100.0

Grafico N° 17. Tipo de prótesis del Maxilar Inferior que utiliza el paciente de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015



5.6 EDAD PROMEDIO

La edad promedio de la muestra fue de 72.85 años.

Cuadro N° 18. Edad promedio del paciente de la tercera edad del
Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación Standard
EDAD	61.00	88.00	72.8523	6.65740

5.7 CPOD

El CPOD promedio fue de 30.8 ± 3.4 , donde los dientes perdidos fue el componente que más apuntó con el 24.4, seguido de los dientes obturados con el 3.3 y los cariados el 3.1.

Cuadro N° 19. Edad promedio del paciente de la tercera edad del
Centro del Adulto Mayor -EsSalud, Iquitos 2015

CPOD	CARIADOS	PERDIDOS	OBTURADOS	CPOD
Promedio	3.1	24.4	3.3	30.8
Desviación Standard	5.4	10.0	6.5	3.4
Mínimo	.0	.0	.00	14.0
Máximo	28.0	32.0	32.0	32.0

CAPITULO VI

DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente trabajo de investigación, se examinaron 176 individuos entre 61 a 88 años de edad, del Centro del Adulto Mayor – EsSalud, de la ciudad de Iquitos en el año 2015 donde la finalidad fue obtener la prevalencia del edentulismo total y determinar el grado de reabsorción del reborde óseo de este tipo de muestra, mediante un examen clínico intraoral. Los resultados que se obtuvo fueron que la prevalencia del edentulismo total fue de 51.14%, mientras que el 46.02% fueron edéntulos parciales y el 2.84% dentados. Menor fue la muestra de Roncal, Iris en el año (2011)², que concluyo que en su muestra el 33.6% fueron edéntulos totales. De la suma del de entre edéntulos totales y parciales da un resultado similar al de Varela, Gabriela (2010) en su proyecto donde menciona que el 95% fueron entre edéntulos totales y parciales.²⁷ De la misma manera Nelson, Rayson (2014) muestra que los problemas de malnutrición se debe a la falta de diente que fueron 86% entre edéntulos totales y parciales mostrándonos en su proyecto también un acercamiento al edentulismo y los problemas que estos pueden causar.²⁸

Además se determinó el grado de reabsorción, donde en el maxilar superior hemiarcada izquierda el 26.1% fue reborde alto, el 49.4% reabsorbido, el 9.1% bajos; en la hemiarcada anterior el 56.3% alto, el 20.5% reabsorbido, el 2.3% bajo; y en la hemiarcada derecha el 27.3% alto, el 48.9% reabsorbido y el 9.7% bajo. En el maxilar inferior, hemiarcada izquierda el 14.8% fue alto, el 44.9% reabsorbido, el 30.1% bajo; en la hemiarcada anterior el 29% alto, el 20.5% reabsorbido, el 5.7% bajo; en la hemiarcada derecha el 14.8% alto, el 43.8% reabsorbido y el 29% bajo. Con un acercamiento a nuestra investigación nos muestra MR. Amarilla (2012) en su proyecto detectando un 85% de individuos con rebordes reabsorbidos.⁶

Del instrumento utilizado también se pudo obtener los datos como el tipo de prótesis más utilizada por los pacientes, donde el 58% fue prótesis total, el 9.7% prótesis parcial y el 13.1% prótesis fija en el maxilar superior, y en el maxilar inferior el 46% prótesis total, el 15.3% prótesis parcial y el 11.9 prótesis fija; MR. Amarilla (2012) también nos muestra sus resultados sobre la distribución de sus pacientes con respecto al tipo de prótesis que utilizan el cual el 32% utilizan prótesis total, mientras el 60% parcial.⁶

CONCLUSIONES

- Se determinó que el 51.14% de pacientes fueron edéntulos totales, el 46.02% edéntulos parciales y el 2.84% dentados completos.
- La forma del reborde óseo en el maxilar superior lado izquierdo fue 53.4% uniforme, 31.3% irregular y 15.3% no registro debido a que era dentado. En el sector anterior el 63.1% tiene reborde uniforme, el 16.5% irregular, el 20.5% no registra. En el lado derecho el 51.7% uniforme, 39.2% irregular y el 9.1% no registra.
- La forma del reborde óseo en el maxilar inferior lado izquierdo fue 51.7% uniforme, 39.2% irregular y el 9.1% no registra debido a que es dentado. En el sector anterior fue 30.7% uniforme, 23.9% irregular y el 45.5% no registra. En el lado derecho el 53.4% uniforme, 35.2% irregular y el 11.4% no registra.
- La altura del reborde óseo en el maxilar superior fue 49.4% en el lado izquierdo, 48.9% en el lado derecho y 20.5% en el sector anterior. En el maxilar inferior fue 44.9% en el lado izquierdo, 43.8% en el lado derecho y 20.5% en el sector anterior.
- Al corte transversal la forma del reborde más frecuente en el maxilar superior fue de "U" con un 63.1% y en el maxilar inferior en forma de "V" con 72.7%.
- El tipo de prótesis más utilizado por la muestra fue prótesis total con un 58% en el Maxilar superior y 46% en el maxilar inferior.

RECOMENDACIONES

- Realizar estudios comparativos entre los adultos mayores del sector MINSA y los de ESSALUD, para tener una situación real en ambas instituciones.
- Promover campañas de salud oral dirigida a los adultos mayores con referente al tema uso y cuidado de la prótesis dental.
- Incentivar programas de salud oral en el adulto mayor por parte del Ministerio de salud, realizando acciones cívicas continuas donde se les pueda realizar un tratamiento protésico.
- A las facultades o carreras de estomatología de las universidades de la región, incorporar la atención con énfasis en el adulto mayor, en las cátedras de clínica integral y clínica comunitaria; así devolver muchas sonrisas a los ancianos, regalándoles una mejor calidad de vida y mejorando su estado físico, psíquico y social.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Munive Pascual, Fredy Fernando. *"Estado de Salud Bucal de Pacientes Edéntulos Totales Antes de Iniciar su Tratamiento en la Clínica Central Estomatología de la universidad Peruana Cayetano Heredia"*. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Lima, 1994.
- 2.- Roncal Bardales, Iris Margot. *"Prevalencia de Edentulismo total y grado de reabsorción del reborde residual en individuos de la tercera edad del albergue central "Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro"*. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Lima, 2010.
- 3.- Barrios Cieri, Jennifer C. *"Variaciones en la Plnitud Facial por Perdida de dimensión Vertical en Pacientes Edéntulos Totales"*. 2012. Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar el título de Odontólogo. San Diego, 2012.
- 4.- Saez Carriera, Rolando y Col. "Cambios bucales en el adulto mayor". *Rev Cubana Estomatológica*. 2007, vol.44, n.4, pp. 0-0. ISSN 1561-297X.
- 5.- Almagro Urrutia, Zoraya y Col.; Sobre dentaduras. *Rev Cubana Estomatológica*. 2009, vol.46, n.1, pp. 0-0. ISSN 1561-297X.
- 6.- MP. Amarilla y Col. *"Condición bucal de la población geriátrica residente en los hogares Santo Domingo y Nuestra Señora de la Asunción"*. Artículo científico UAP. Paraguay, 2012. Disponible en: http://www.paraguayoral.com.py/revista/a1v2/ART_4.pdf
- 7.- Alvarez Restrepo, Gloria Marina. *"Método clínico por sondaje para determinar la topografía de los rebordes edéntulos candidatos a implantes osteointegrados"* 1992. Investigación para optar el título de odontólogo en el Instituto de Ciencias a de la Salud. Revista Odontológica Vol. 6 N° 1, España. 1993.
- 8.- Sánchez Vásquez, Rodolfo. *"Estudio Clínico Radiográfico de los Niveles de Reabsorción Ósea Maxilar y su Relación con los Procedimientos Implantológicos en el Hospital Regional de Pucallpa. Setiembre – Diciembre 2009"*. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Pucallpa, 2009.

- 9.- Moreno Iza, Byron Vinicio. "*Influencia de las prótesis totales desadaptadas sobre los tejidos de soporte en ancianos del bogar Chimborazo de Quito – Ecuador*". Proyecto para la obtención de Título de Odontólogo. Ecuador, 2014.
- 10.- Tadachi Tamaki: "*Considerações gerais sobre dentaduras completas*". Dentaduras Completas. 4ta Ed. Editorial Sarvier S.A. Sao Paulo, 1983.
- 11.- MC. Cracken's. "*Removable Partial Prosthodontics*". 12ª Ed. Editorial ELSEVIER – Mosby. Canadá, 2011.
- 12.- Urban Christen: "*Guía para Prótesis Completa*". VITA. Alemania, 2010
- 13.- Saizar, Pedro: "*Prostodoncia Total*". Editorial Mundi. Buenos Aires, 1972.
- 14.- Boucher, Carl O.: "*Prótesis para el Desdentado Total*". 7ª Ed. Editorial Mundi. Buenos Aires, 1977.
- 15.- Rowe, Dorothy: "*Bone Loss in the Elderly*". J. Prost. Dent., 50(4): 607-614, 1983. Disponible en: [http://www.thejpd.org/article/0022-3913\(83\)90193-2/pdf](http://www.thejpd.org/article/0022-3913(83)90193-2/pdf)
- 16.- Callejo, Javier. "*Guía de Consulta para el Médico y Odontólogo de Primer Nivel de Atención – Odontogeriatría*". Editorial Press Printing S.A. de C.V. México, 2010
- 17.- Argente. "*Semiología Médica Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica*". Editorial Panamericana. Buenos Aires 2006
- 18.- Pegoraro, Luis. "*Prótesis Fija*". Editora Artes Médicas Ltda. Brasil 2001
- 19.- Mc.Carthy WL. "*Internal derangements of the temporomandibular joint. Surgery of the temporomandibular joint*". Blackwell Scientific Publications, 1988, s. 271-289
- 20.- Nitzan DW, Dolwik MF, Martinez GA, "*Temporomandibular joint arthrocentesis: a simplified treatment for severe, limited mouth opening*". J Oral Maxillofac Surg, 4, 1991, 1163–1167.

- 21.- Millares, Walter. *"Historia Clínica Práctica para el Desdentado Completo"*. UPCH. Lima, 1995.
- 22.- B. Koeck. *"Prótesis Completas"*. Editorial ELSEVIER MASSON. 4ta Edición. España 2007
- 23.- Giglio. Maximo J.: *"Semiología en la Práctica de la Odontología"*. Editorial MC. GRAW HILL. Chile, 2000.
- 24.- Lindhe. *"Periodontología Clínica e Implantología Odontológica"* 4ta Edición. Ed. Médica Panamericana, Argentina, 2009.
- 25.- Llana, Jose M.: *"Prótesis completa"*. 1ra Edición. Editorial Labor. España 1988
- 26.- Resolución Ministerial N° 626 – 2012\MINSA, *Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con Prótesis Removible en el Adulto Mayor "VUELVE A SONREIR"*, 2da Edición. Imprenta MINSA. Perú, 2013.
- 27.- Varela, Gabriela. *"Edentulismo en Costa Rica: Área de Pérez Zeledón"*, Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Costa Rica, 2010.
- 28.- Nelson, Rayson. *"Malnutrición en pacientes geriátricas con pérdida de piezas dentales y uso de prótesis removible"*. Tesis para optar el título de Cirujano Dental – ULACIT. Costa Rica. 2014.
- 29.- Awuapara, Nadia. *"Determinación de la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta del distrito de Celendín"*. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Cajamarca. 2010

ANEXOS

Anexo N° 01:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE EDENTULISMO. FORMA Y ALTURA DE REBORDE ÓSEO EN ADULTOS MAYORES.

I. PRESENTACIÓN:

El presente instrumento tiene como objetivo determinar la prevalencia del edentulismo total, la forma y altura del reborde óseo residual en pacientes de la tercera edad del Centro del Adulto Mayor de Iquitos en el año 2015.

II.- INSTRUCCIONES:

- El investigador tendrá una capacitación teórica, práctica y clínica para la evaluación del paciente adulto mayor.
- Para la evaluación se seleccionarán a los pacientes adultos mayores edéntulos totales.
- Se le explicará al paciente en qué consiste la investigación obteniendo la aceptación para su participación.
- Se examinará con elementos de diagnóstico clínico básicos (espejos bucales, espejos intraorales).

III. CONTENIDO

FICHA ESTOMATOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR															
Indice de Caries CPOD <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Índice CPOD</td> <td style="width: 15%;">Cariado (%)</td> <td style="width: 15%;">Puntaje PCT OMS (%)</td> <td style="width: 15%;">Distorsión (%)</td> <td style="width: 15%;">Índice CPOD (A+B+C)</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Índice Puntaje</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Índice CPOD	Cariado (%)	Puntaje PCT OMS (%)	Distorsión (%)	Índice CPOD (A+B+C)	Índice Puntaje					ODONTOGRAMA 			
Índice CPOD	Cariado (%)	Puntaje PCT OMS (%)	Distorsión (%)	Índice CPOD (A+B+C)											
Índice Puntaje															
..... BELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL															
..... ESPECIFICACIONES OBSERVACIONES															
CARACTERÍSTICAS DE REBORDE OSEO															
SEGÚN EL GRADO DE REABSORCIÓN SEGÚN FORMA DE REBORDE EN TODAS LAS DIRECCIONES	REBORDES ALTOS	MAX. SUP.		MAX. INF.		FORMA AL GOLPE TRANSVERSAL <input type="checkbox"/> FORMA DE U <input type="checkbox"/> FORMA DE V <input type="checkbox"/> FORMA DE C 									
	REBORDES HORIZONTALES	POST. EQ.	ANT.	POST. DCR.	POS. LQ.		ANT.	POST. DCR.							
	REBORDES BAJOS														
	REBORDES UNIFORMES														
REBORDES IRREGULARES															
			 BELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL											
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE:				EDAD:											

IV. VALORACIÓN:

Según forma de reborde en toda su extensión.-

UNIFORMES	Cuando el reborde alveolar presenta características homogéneas en su altura, forma y volumen mostrando una cima de reborde sin depresiones o prominencias o zonas agudas. Esta característica es favorable porque distribuye mejor las fuerzas oclusales.
IRREGULARES	Cuando el reborde alveolar presenta características homogéneas en su altura, forma y volumen mostrando una cima de rebordes con depresiones, prominencias o zonas agudas que pueden crear punto de apoyo y vástula para la prótesis. Es una condición desfavorable.

Forma de Reborde.-

FORMA DE REBORDE AL CORTE TRANSVERSAL	DESCRIPCIÓN
U	Presenta el flanco vestibular y palatino paralelos más o menos perpendiculares la base, conformando una cima de reborde aplanada, permitiendo un eje de inserción cómodo para la prótesis y funcionalmente favorece su retención y estabilidad de la prótesis
V	Presenta los flancos vestibular y palatino inclinados, que terminan uniéndose en la cima formando una arista redondeada o filuda. Este tipo de reborde es característico de desdentados antiguos, no es óptima para recibir una prótesis y crear dificultades en la retención y la estabilidad, así como frecuentes molestias
C	Esta descripción se refiere cuando el flanco vestibular y/o palatino presentan un estrangulamiento, formando una cima de reborde con mayor volumen que el 1/3 medio del reborde alveolar

Altura de Reborde

ALTURA DE REBORDES	DESCRIPCIÓN
ALTO	Cuando el reborde alveolar presenta características homogéneas en su altura, forma y volumen mostrando una cima con depresiones o prominencias o zonas agudas. Esta característica permite otorgar un buen soporte y retención a las futuras prótesis dentales.
MEDIO	Son rebordes que presentan un proceso de reabsorción no muy marcado pero a pesar de estar disminuida en su altura, aún pueden otorgar retención, soporte y estabilidad con ciertas limitaciones.
BAJO	Son rebordes totalmente reabsorbidos generalmente los hallamos en los maxilares inferiores. Aquí, se ha perdido totalmente la altura de reborde o nos queda una insinuación de ella, obviamente se ha perdido la capacidad de otorgar retención, soporte y estabilidad a las prótesis totales, estos defectos son consecuencias de prótesis inadecuadas, por el mal uso de ellas o por permanecer mucho tiempo desdentado sin ningún tratamiento protésico, factores biológicos y hereditarios.



UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento tiene la finalidad de informar al paciente sobre el estudio a realizar, el cual acepta libremente y con consentimiento admite participar de los estudios clínicos, con el fin de proyecto de tesis sin ninguna obligación. El documento será utilizado para uso exclusivo del proyecto en el cual acepto lo requerido por el investigador durante la investigación

Atentamente.

Nombres :
Apellidos :
D.N.I. :
Fecha :

Alumno - Bachiller : Ramiro Albino del Aguila vásquez
Docente - Asesor : C.D. Rafael Fernando Sologuren Anchante Mgr.

Firma del Paciente