

Caso clínico

Rehabilitación oral completa con prótesis totales en paciente con discapacidad intelectual

Ernesto Sandino Falcón-Contreras¹, Blanca Nieves-Rodríguez²,
Jacqueline Adelina Rodríguez-Chávez³, Alvaro García-Pérez⁴,
Karina Magaña-Curiel⁵, Ricardo Curiel-González⁶

- ¹. Residente de la especialidad en Prostodoncia. Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco. México.
<https://orcid.org/0009-0002-0574-794X>
- ². Profesora de la especialidad en Prostodoncia. Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco. México.
<https://orcid.org/0009-0007-7588-2473>
- ³. Profesora investigadora de la especialidad en Prostodoncia. Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco. México.
<https://orcid.org/0000-0003-1010-5044>
- ⁴. Laboratorio de Investigación en Salud Pública. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. México. <https://orcid.org/0000-0002-0725-4658>
- ⁵. Profesora de la especialidad en Prostodoncia. Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco. México.
<https://orcid.org/0000-0003-1207-3170>
- ⁶. Coordinador y profesor de la especialidad en Prostodoncia. Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco. México.
<https://orcid.org/0009-0000-5825-2751>

Autor de correspondencia:

Jacqueline Adelina Rodríguez-Chávez

E-mail: jacqueline.rchavez@academicos.udg.mx

Recibido: 4 septiembre 2025

Aceptado: 8 enero 2026

Citar como:

Falcón-Contreras ES, Nieves-Rodríguez B, Rodríguez-Chávez JA, García-Pérez A, Magaña-Curiel K, Curiel-González R. Rehabilitación oral completa con prótesis totales en paciente con discapacidad intelectual [Complete Oral Rehabilitation with Total Dentures in a Patient with Intellectual Disability]. *Rev Odontol Mex.* 2026; 30(1): 46-54. DOI: <https://doi.org/10.22201/fo.1870199xp.2026.30.1.92892>

RESUMEN

Introducción: el edentulismo total se define como la ausencia de todos los dientes tanto en el maxilar, como en la mandíbula, y representa una condición que afecta de manera significativa la calidad de vida, al comprometer funciones esenciales como la masticación, la fonación y la estética facial. Asimismo, es considerado un problema de salud pública a nivel mundial, especialmente entre adultos mayores de 60 años. En el caso de las personas con discapacidad intelectual (DI), la situación puede ser aún más compleja, ya que presentan mayor riesgo de desarrollar edentulismo debido a dificultades en el autocuidado, barreras en el acceso a servicios odontológicos y una mayor prevalencia de enfermedades bucales no tratadas. **Objetivo:** rehabilitar a un paciente con DI con prótesis totales mucosoportadas devolviendo salud, función, estética y mejorando así su calidad de vida. **Presentación del caso:** paciente femenina de 55 años de edad diagnosticada con DI leve e hipertensión arterial, acudió a revisión a la clínica de Especialidad de Prostodoncia, en la inspección clínica se observó edentulismo total en el maxilar y edentulismo parcial en la mandíbula, únicamente con presencia del diente 46. Debido a la DI, la reabsorción ósea alveolar, las limitantes económicas y al pobre cuidado oral de la paciente, se decidió realizar prótesis totales convencionales. **Conclusiones:** aunque las prótesis sobre implantes son una opción avanzada en pacientes edéntulos, su costo y cuidado limita su acceso para muchos pacientes con DI. En ellos, la rehabilitación con prótesis totales mucosoportadas sigue siendo una alternativa fundamental, ya que permite restaurar función, estética y salud oral. Además, cuando se adaptan a sus necesidades y capacidades no sólo del paciente, sino también de quienes los rodean, contribuye a mejorar su comunicación, socialización y calidad de vida.

Palabras Clave: Dentadura Completa, Arcada Desdentada, Discapacidad Intelectual

INTRODUCCIÓN

El edentulismo se define como la pérdida completa de la dentición natural y es un proceso irreversible¹⁻⁵. Varios autores reportan que el edentulismo es un problema de salud pública que afecta a gran parte de la población mundial que, aunque ha disminuido en la última década, sigue siendo un problema de salud significativo, especialmente entre los adultos mayores de 60 años^{1,5}. La prevalencia relativa está disminuyendo en los países desarrollados, pero sigue estando muy presente en adultos mayores y poblaciones vulnerables. Se ha demostrado que su frecuencia varía dependiendo del país o región debido a diversos factores como: edad, educación, nivel socioeconómico, estilo de vida, conocimiento sobre la salud bucal y las actitudes hacia el cuidado dental^{1,4}. Puede ocurrir por causas multifactoriales como las biológicas (caries dental, enfermedad periodontal, traumatismo, cáncer, entre otras), sociales (acceso deficiente a la atención dental y a los sistemas de seguros) y conductuales (hábitos del paciente) que han llevado a ese estado de enfermedad³.

Felton⁶ reportó que los pacientes edéntulos están asociados con hábitos alimenticios deficientes, una ingesta nutricional inadecuada, osteoporosis y un mayor riesgo de hipertensión y enfermedad de las arterias coronarias. Otros autores señalan que el edentulismo puede afectar negativamente el bienestar de los pacientes, quienes suelen manifestar insatisfacción con su estética dental y una disminución en la autoestima. Además, pueden presentarse repercusiones sociales importantes, como evitar eventos o situaciones sociales, dificultades en la comunicación debido a alteraciones en el habla, y la relación del edentulismo con vejez o mala salud general, lo que puede conducir a experiencias de discriminación o a la autoexclusión^{3,7}.

Por otro lado, las personas con discapacidad intelectual (DI) son pacientes que con frecuencia presentan una higiene oral deficiente, por lo que es común observar problemas periodontales y caries dental⁸⁻¹⁰. Este grupo de pacientes presenta diversas dificultades cuando enfrentan tratamientos dentales, por sus limitaciones físicas y/o mentales que pueden llevar al deterioro en el autocuidado, y la salud bucal suele tener baja prioridad. Oliveira *et al.*⁹ destacan problemas como la falta de conocimiento sobre las enfermedades bucales, la conciencia de las necesidades orales, los efectos secundarios de los medicamentos y la organización de los servicios dentales. Estos casos exigen un gran compromiso por parte del paciente, odontólogo y el personal de salud, para el adecuado seguimiento y mantenimiento de las prótesis dentales⁸.

El objetivo del presente caso clínico es lograr rehabilitar a una paciente con discapacidad intelectual con Prótesis Totales mucosoportadas, devolviendo salud, función, estética y mejorando así su calidad de vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 55 años diagnosticada con discapacidad intelectual (DI) leve e hipertensión arterial, acudió a la clínica de Especialidad de Prostodoncia con motivo de consulta “*Quiero que me pongan mis dientes*”. En las fotografías extraorales se observó falta de soporte labial, pérdida de dimensión vertical y surcos nasogenianos muy marcados a consecuencia de las ausencias dentales (Figura 1. A-B). Presentó edentulismo total en el maxilar con reabsorción de la cresta alveolar clase I en la parte anterior y en la parte posterior Clase III de Seibert. En la mandíbula presentó edentulismo parcial, únicamente con el diente 46 con restauración metálica de amalgama y con reabsorción Clase III de Seibert (Figura 1. C-D). En la ortopantomografía (Figura 1. E), se destacó un proceso alveolar superior con reabsorción ósea a nivel de premolares, y en la mandíbula se apreció ensanchamiento del ligamento periodontal en el diente 46.

Debido a la DI, la reabsorción ósea alveolar, las cuestiones económicas y el deficiente cuidado oral de la paciente se decidió realizar prótesis totales mucosoportadas, que se elaboraron a través de las siguientes fases:

Fase I: se realizó la toma de impresiones anatómicas diagnósticas con alginato (Neocolloid, Zhermack SpA, Italia) con cucharillas metálicas (Rim-Lock Tray, Dentsply Sirona Inc, Estados Unidos) y se llenaron con yeso tipo III (Elite Model, Zhermack SpA, Italia) para la confección de cubetas individuales con acrílico para cucharillas (Nic Tone®, MDC® Dental, México).

Fase II: se tomaron impresiones definitivas con la técnica a boca cerrada con polivinilsiloxano de consistencia regular (3M™ Imprint™, 3M, Estados Unidos) ya que el paciente presentaba una encía firme. Los recortes miofuncionales fueron realizados con modelina roja en barra (Impression Compound, Kerr Corporation, Estados Unidos), en el contorno de la cucharilla,

calentándola con una lámpara (Hanau™ Alcohol Torch, Whip Mix, Estados Unidos) y atemperándola con agua tibia, con el fin de lograr un óptimo sellado periférico, que es esencial en la estabilidad y retención de la prótesis total (Figura 2. A).

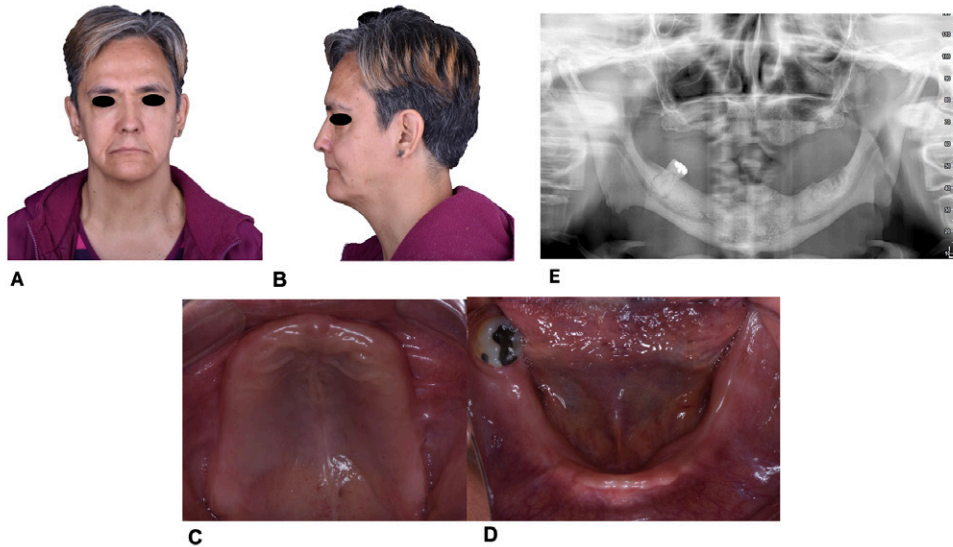


Figura 1. Estado inicial del paciente. A. Fotografía extraoral frontal. B. Fotografía extraoral lateral izquierda. C. Fotografía intraoral oclusal maxilar. D. Fotografía intraoral oclusal mandibular. E. Ortopantomografía inicial.

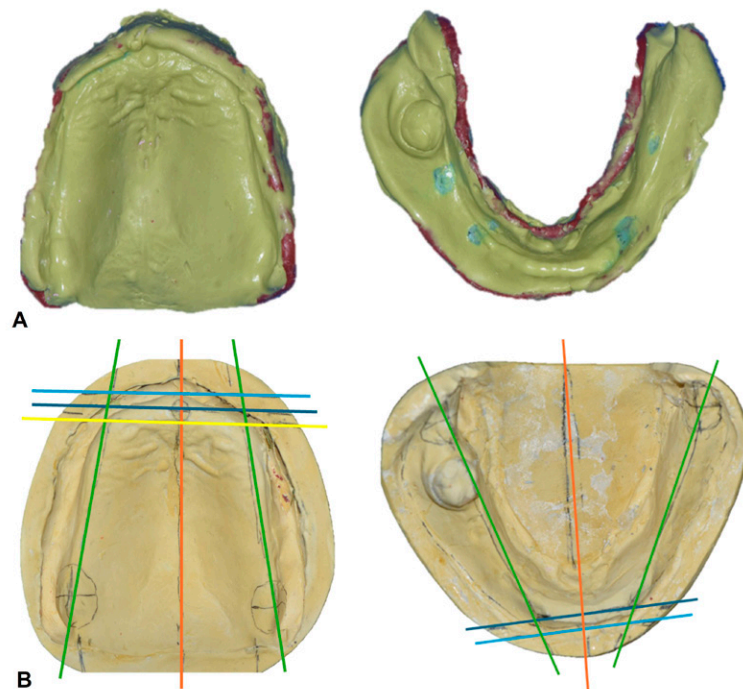


Figura 2. Impresiones finales y modelos. A. Impresiones finales con polivinilsiloxano regular y modelina. B. Modelos de yeso de trabajo con trazos anatómicos, límite anterior del rodillo (azul claro), centro de papila incisiva (azul marino), línea posterior papila incisiva (amarillo), rafé medio (naranja) y centro del proceso residual y tuberosidad maxilar (verde).

Fase III: en los modelos de yeso tipo III obtenidos, se realizaron los trazos con la ayuda de referencias anatómicas como ráfé medio, tuberosidad maxilar, almohadilla retromolar (Figura 2. B), para delimitar la extensión de las bases, elaboradas con acrílico transparente Nic Tone® para mejorar su estabilidad, y los rodillos se confeccionaron con cera rosa extradura (Rogson Wax, MDC® Dental, México), para registrar las relaciones maxilo-mandibulares. Consecutivamente se registraron diversas referencias anatómicas como: la posición de la línea media dental y de caninos, además de corroborar el paralelismo con la línea interpupilar (Figura 3. A) y el plano de Camper (Figura 3. B), que son parámetros estéticos, para la confección de las prótesis totales. También se realizó la extracción del segundo molar inferior derecho, debido a la deficiente higiene de la paciente.

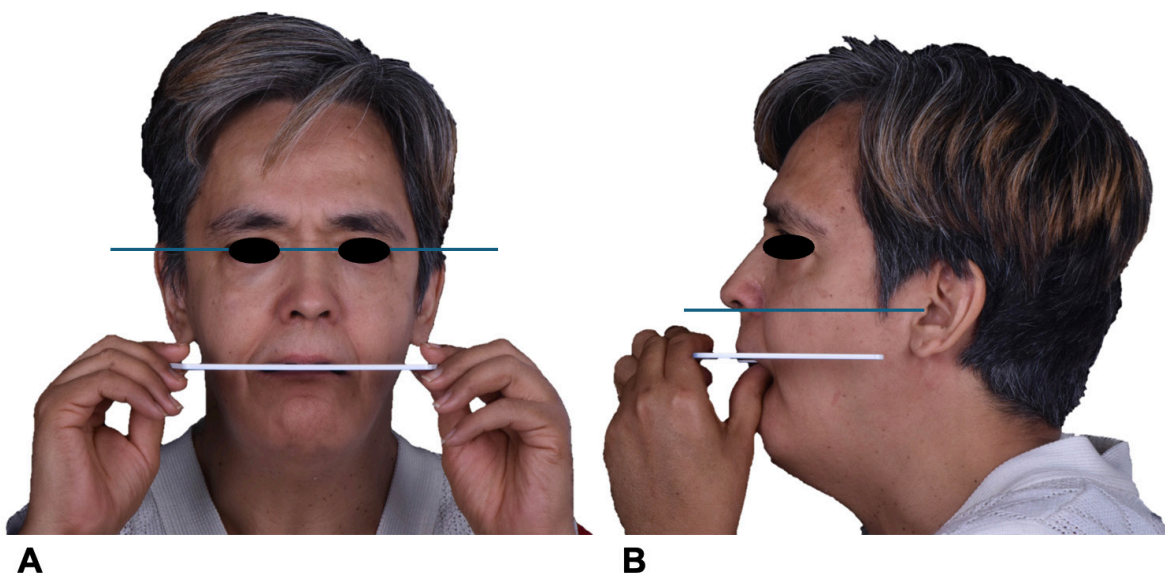


Figura 3. Paralelismo con planos faciales de referencia. A. Paralelismo con línea interpupilar. B. Paralelismo con plano de Camper.

Fase IV: sobre las bases y rodillos, se realizó el montaje de dientes de acrílico (VITA MFT®, VITA Zahnfabrik, Alemania) y se hizo prueba en cera (Figura 4. A), con un esquema oclusal con oclusión bilateral balanceada. Dicho esquema presenta buenos resultados funcionales en prótesis totales mucosoportadas¹¹. Después se hizo el procesamiento de las prótesis totales, usando acrílico termocurado tonos RV1 y RV2 (Opti-Cryl®, New Stetic S.A., Colombia), se realizó el pulido y terminado de las prótesis (Figura 4. B). Finalmente se entregaron las prótesis (Figura 5) y se dieron las indicaciones de uso y cuidado de las prótesis a la paciente de manera verbal, escrita y audiovisual, con un lenguaje sencillo, entendible y didáctico, y de igual manera a los familiares que están al cuidado de ella. A lo largo del tratamiento se hicieron técnicas generalmente usadas en odontopediatría que incluyen comunicación adecuada, decir-mostrar-hacer (*tell-show-do*), refuerzo positivo, y sistemas de comunicación por imágenes, para que la paciente tuviera más confianza y cooperación en las consultas¹².



Figura 4. Proceso de laboratorio. A. Prótesis totales en prueba de cera. B. Prótesis totales procesadas, ajustadas y pulidas.

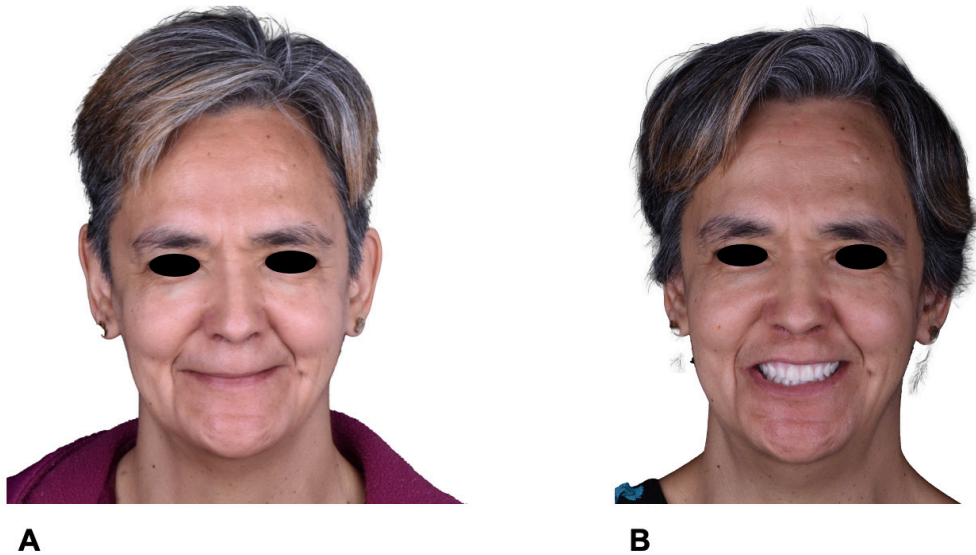


Figura 5. Comparativas iniciales y finales. A. Fotografía frontal inicial. B. Fotografía frontal final.

Fase V: transcurridas cuatro semanas del uso de las prótesis, la paciente presentó molestias, por lo que se realizaron ajustes internos en las prótesis en algunas zonas con mayor presión, que se corroboraron con pasta indicadora de presión (Mizzy PIP, Keystone Industries, Estados Unidos), se desgastaron con fresa de tungsteno troncocónico de punta redonda de línea roja (Horico Dental, Hopf, Ringleb & Co. GmbH & Cie., Alemania) y posteriormente se hizo un rebase de acrílico autocurado directo (Flexacryl™ Soft, Lang Dental Mfg. Co., Estados Unidos) en la zona del diente 46 donde presentó un ligero desajuste a causa de la extracción previa.

Se logró cumplir favorablemente con los objetivos de tratamiento planteados de mejorar la salud, función y estética dental en la paciente con DI, mejorando su calidad de vida por medio de una rehabilitación completa con prótesis totales.

DISCUSIÓN

El edentulismo representa un problema significativo de salud pública debido a sus repercusiones en la función masticatoria, la estética y la calidad de vida. Según Emami *et al.*¹, la pérdida total de dientes no sólo compromete la salud oral, sino también aspectos fundamentales como la nutrición, la comunicación y la salud general. Estas consecuencias adquieren una relevancia aún mayor en personas con DI, quienes presentan una mayor prevalencia de enfermedades orales. Estas personas enfrentan importantes barreras para acceder a la atención odontológica como lo es el desconocimiento de la salud oral, conciencia limitada por la DI, falta de promoción de la salud oral y acceso condicionado a servicios dentales, tal como lo destaca Ward *et al.*⁸. En el caso clínico presentado, la paciente refería no poder alimentarse con comodidad ni comunicarse adecuadamente debido a la pérdida completa de sus dientes, situación agravada por su condición de DI. Esta dificultad también fue reflejada en la anamnesis, donde manifestó que evitaba participar en eventos familiares por la imposibilidad de comer o hablar con normalidad.

Lee & Saponaro³ mencionan que la prótesis total sigue siendo una opción rehabilitadora válida en pacientes completamente edéntulos. No obstante, señalan que las alternativas implantosoportadas ofrecen ventajas en términos de retención, estabilidad y confort. Sin embargo, en personas con DI, el abordaje protésico debe individualizarse cuidadosamente, teniendo en cuenta sus condiciones cognitivas, funcionales y sociales. En el presente caso la paciente presentaba DI leve, que según la *American Psychiatric Association*¹³ cuentan con un coeficiente intelectual de 50 a 70, lo que corresponde a un niño en etapa de preescolar, aproximadamente de 5 años, por lo que la paciente no puede realizar actividades básicas de forma autónoma, esto incluye desde comer, lavarse los dientes, aseo personal, etc., lo que puede llegar a explicar por qué perdió sus dientes.

En este caso, se valoraron distintas opciones terapéuticas, incluyendo la rehabilitación completa sobre implantes. Sin embargo, ésta fue descartada por tres factores determinantes: la DI leve, la complejidad en la higiene de este tipo de prótesis, y las limitaciones económicas de la paciente. Por ello, se optó por la confección de prótesis totales convencionales.

La evidencia disponible respalda ampliamente el impacto positivo de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada con la salud oral. Estudios como los de Martins *et al.*¹⁰ y Linn *et al.*⁴ confirman que el uso de prótesis completas mejora la autopercepción del bienestar oral y promueve la integración social. Dichos beneficios son especialmente relevantes en personas con DI, quienes con frecuencia enfrentan situaciones de exclusión social y limitaciones comunicativas, como lo señalan Oliveira *et al.*⁹ En este sentido, los hallazgos clínicos y la experiencia reportada por la paciente coinciden plenamente con lo descrito en la literatura. Por ejemplo, ella reportó que no solía salir a eventos familiares por la dificultad de comunicarse y comer.

No obstante, la atención odontológica en personas con DI implica diversos desafíos clínicos. La valoración de tejidos de soporte y los hábitos orales, como indican Patel *et al.*⁵, es fundamental antes de diseñar una prótesis, y en estos pacientes dicha evaluación debe complementarse con estrategias de manejo conductual, participación activa de los cuidadores y, en ciertos casos, el uso de sedación consciente o anestesia general. Solanki *et al.*⁷ señalan que la educación de los cuidadores es un componente esencial, ya que el mantenimiento de la higiene oral y el cuidado

de la prótesis dependen en gran medida del entorno familiar o institucional. No sólo es crucial que la prótesis esté bien confeccionada, sino también que se garantice su adecuada limpieza, mantenimiento y seguimiento, aspectos particularmente relevantes en pacientes con DI que requieren un acompañamiento más intensivo, atención y cuidado por parte de sus familiares y/o tutores. En nuestro caso, a los familiares cercanos y a la cuidadora de la paciente se les dio la información tanto verbal, como escrita y audiovisual, sobre la limpieza de la boca y de las prótesis, así como las citas de mantenimiento en caso de que se sienta un desajuste. También se les informó acerca del uso de adhesivos para mejorar la retención de las prótesis, el uso solamente diurno de las prótesis, y en caso de cualquier molestia realizar una cita de revisión.

Tanto Oliveira *et al.*⁹ como Ward *et al.*⁸ coinciden en que las personas con DI presentan una mayor prevalencia de caries, enfermedad periodontal y edentulismo, lo que refleja una vulnerabilidad significativa en su salud bucal. En este contexto, la prótesis total no debe entenderse únicamente como un recurso rehabilitador, sino también como una herramienta fundamental para prevenir complicaciones nutricionales, favorecer la comunicación social y promover el bienestar integral del paciente. En el caso clínico presentado, se constató que la rehabilitación protésica convencional constituyó una alternativa eficaz y accesible, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la paciente edéntula con DI. No obstante, su éxito depende de que el tratamiento se aborde desde una perspectiva multidisciplinaria, con estrategias centradas en el paciente y el acompañamiento activo de su entorno familiar o institucional.

CONCLUSIONES

El edentulismo aún representa un desafío relevante dentro de la salud pública, especialmente en poblaciones vulnerables como los adultos mayores y personas con DI, quienes enfrentan mayores barreras para el acceso y el mantenimiento del tratamiento dental. El presente caso clínico demuestra que, a pesar de las limitaciones cognitivas, motoras y económicas de la paciente, es posible lograr una rehabilitación oral mediante el uso de prótesis totales convencionales. La intervención no sólo restableció la salud, la función y la estética, sino que también contribuyó a mejorar la calidad de vida y el bienestar general de la paciente, evidenciando la importancia de adaptar los tratamientos a las condiciones individuales y brindar seguimiento personalizado, especialmente en pacientes con necesidades especiales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Emami E, de Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The impact of edentulism on oral and general health. *Int J Dent.* 2013; 2013(1): 498305. DOI: 10.1155/2013/498305
2. Layton DM, Morgano SM, Muller F, Kelly JA, Nguyen CT, Scherrer SS *et al.* The glossary of prosthodontic terms 2023: Tenth edition. *J Prosthet Dent.* 2023; 130(4 Suppl 1): e1-e126. DOI: 10.1016/j.prosdent.2023.03.003
3. Lee DJ, Saponaro PC. Management of edentulous patients. *Dent Clin North Am.* 2019; 63(2): 249-261. DOI: 10.1016/j.cden.2018.11.006
4. Linn TT, Khaohoen A, Thu KM, Rungsiyakull P. Oral-health-related quality of life in elderly edentulous patients with full-arch rehabilitation treatments: A systematic review. *J Clin Med.* 2024; 13(12): 3391. DOI: 10.3390/jcm13123391

5. Patel J, Jablonski RY, Morrow LA. Complete dentures: an update on clinical assessment and management: part 1. *Br Dent J*. 2018; 225(8): 707-714. DOI: 10.1038/sj.bdj.2018.866
6. Felton DA. Edentulism and comorbid factors. *J Prosthodont*. 2009; 18(2):88-96. DOI: 10.1111/j.1532-849X.2009.00437.x
7. Solanki J, Khetan J, Gupta S, Tomar D, Singh M. Oral rehabilitation and management of mentally retarded. *J Clin Diagn Res*. 2015; 9(1): ZE01-ZE06. DOI: 10.7860/JCDR/2015/11077.5415
8. Ward LM, Cooper SA, Hughes-McCormack L, Macpherson L, Kinnear D. Oral health of adults with intellectual disabilities: a systematic review. *J Intellect Disabil Res*. 2019; 63(11): 1359-1378. DOI: 10.1111/jir.12632
9. Oliveira JS, Prado Júnior RR, de Sousa Lima KR, de Oliveira Amaral H, Moita Neto JM, Mendes RF. Intellectual disability and impact on oral health: a paired study. *Spec Care Dentist*. 2013; 33(6): 262-268. DOI: 10.1111/scd.12015
10. Martins AMC, Guimarães LS, Campos CH, Küchler EC, Pereira DMS, Maia LC, et al. The effect of complete dentures on edentulous patients' oral health-related quality of life in long-term: a systematic review and meta-analysis. *Dent Res J (Isfahan)*. 2021; 18(1): 65. DOI: 10.4103/1735-3327.324024
11. Goldstein G, Kapadia Y, Campbell S. Complete denture occlusion: best evidence consensus statement. *J Prosthodont*. 2021; 30(S1): 72-77. DOI: 10.1111/jopr.13309
12. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental patient. In: *The reference manual of pediatric dentistry, 2025-2026* (p. 379-399). Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry, 2024. Disponible en https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_behavguide25.pdf
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed, Washington, DC: American Psychiatric Association, 2022.