

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, DE LA SALUD Y DE LA VIDA ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ODONTÓLOGA

"REHABILITACIÓN ORAL EN PACIENTE GERIÁTRICO PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA"

AUTORA

RITA ANAIS MOLINA REDIN

TUTORA DE CASO CLÍNICO

DRA. XIMENA BETANCOURT

QUITO, NOVIEMBRE 2017

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Rita Anais Molina Redin, declaro bajo juramento, que el trabajo aquí descrito es mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado académico o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada.

Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, para que sea publicado y divulgado en internet, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, reglamento y leyes.

Rita Anais Molina Redin

C.I. 1715821367

Yo, **Ximena Betancourt**, certifico que conozco al autor del presente trabajo siendo el responsable exclusivo tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido, al igual que declaro, que este trabajo ha sido realizado bajo mi tutoría y dirección.

Dra. Ximena Betancourt

C.I. 1706946322

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres los cuales son ejemplo maravilloso de fe, amor y sacrificio, por su contante apoyo en toda mi formación académica, los cuales han sido mi guía y mi empuje para llegar a hacer la profesional de ahora.

A mi hermano por su constante apoyo en momentos difíciles y darme el valor para seguir adelante.

A mi tía Lourdes Molina por apoyarme y dejar seguir mi sueño de convertirme en un profesional de la salud.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios mi padre celestial, por guiarme siempre por el camino correcto, por darme las fuerzas y la valentía de seguir adelante.

Agradezco enormemente a mi tutora la Dra. Ximena Betancourt por su incondicional ayuda, paciencia y apoyo durante la elaboración del presente Caso Clínico.

A mi querida universidad, porque en sus aulas recibí los más gratos recuerdos los cuales nunca olvidare.

ÍNDICE

DF	ECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD	II
DE	EDICATORIA	III
A (GRADECIMIENTO	IV
ÍN	IDICE	V
	STA DE FIGURAS	
LI	STA DE TABLAS	X
LI	STA DE ANEXOS	XI
RF	ESUMEN	XIII
ΑĒ	BSTRACT	XIV
	TRODUCCIÓN	
1.		
1.	1.1. Planteamiento del problema	
	1.2. Justificación	
	1.3. Objetivos.	
	1.3.1. Objetivo General	
	1.3.2. Objetivo Especifico	
2.		
	2.1. Odontología Geriátrica	6
	2.1.1. Envejecimiento	
	2.1.2. Características bucales del paciente geriátrico	
	2.1.3. La falta de dientes y su consecuencia nutricional	
	2.2. Prótesis Parcial Removible (PPR)	
	2.2.1. Concepto.	
	2.2.2. Cuando está indicada la PPR	
	2.2.3. Cuando está contraindicada la PPR	
	2.2.4. Clasificación de Kennedy	
	2.2.5. Reglas de Applegate	
	2.2.6. Principios biomecánicos	
	2.2.6.1.1. Elementos mecánicos de soporte	
	2.2.6.2. Retención.	
	2.2.6.3. Estabilización.	
	2.2.6.4. Conexión	
	2.2.7. Diseño básico de las estructuras.	
	2.2.8. Componentes de la PPR.	

	2.2.8.1. Retenedores	27
	2.2.8.2. Apoyos	30
	2.2.8.3. Conectores mayores	
	2.2.8.4. Conectores menores	
	2.2.8.5. Base protésica	34
	2.2.9. Paralelizado	35
	2.3. Prótesis Total (PT)	35
	2.3.1. Concepto	
	2.3.2. Exámenes en el paciente edéntulo	
	2.3.3. Patologías asociadas al uso de una prótesis total	36
	2.3.4. Síndrome de la combinación de Kelly	
	2.3.5. Examen por imágenes	
	2.3.6. Principios biomecánicos	
	2.3.6.1. Retención	38
	2.3.6.2. Condiciones que ayudan a la retención	40
	2.3.6.3. Estabilidad	
	2.3.6.4. Soporte	41
	2.3.7. Impresiones	
	2.3.8. Planos de Orientación	44
	2.3.9. Individualización del plano de orientación superior	46
	2.3.10. Relaciones Intermaxilares	48
	2.3.10.1. Dimensión Verical	48
	2.3.10.2. Relación Céntrica	49
	2.3.11. Instalación de la prótesis total	51
	2.3.12. Cuidados posteriores.	
3.		
	3.1. Historia Clínica	
	3.2. Diagnóstico Presuntivo.	
	3.3. Exámenes complementarios.	60
	3.4. Diagnóstico Definitivo.	
	3.5. Plan de Tratamiento Integral Ideal	
	3.6. Implicaciones Éticas.	63
	3.7. Desarrollo del Tratamiento Emergente.	
	3.8. Desarrollo del Tratamiento de Rehabilitación Oral	67
	3.8.1. Toma de impresiones anatómicas	
	3.8.2. Delimitación del campo protésico.	68
	3.8.3. Diseño del modelo inferior para la prótesis parcial removible	70
	3.8.4. Realización de las cubetas individuales de las prótesis super	ior e
	inferior	
	3.8.5. Sellado periférico e impresiones funcionales	72
	3.7.6. Individualización del plano de orientación superior	
	3.7.7. Prueba de esqueleto de la prótesis parcial removible	
	3.7.8. Selección de los dientes artificiales.	
	3.7.9. Montaje en el articulador.	
	3.7.10. Prueba en cera de la prótesis total superior y removible inferior	82

3.7.11. Colocación de las prótesis y ajustes oclusales	
3.7.12. Entrega de prótesis al paciente	
DISCUSIÓN	86
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXOS	92
LISTA DE FIGURAS	
Figura 1.Cambios físicos y proceso natural por envejecimiento	7
Figura 2. Elementos constitutivos de la PPR.	26
Figura 3. Espesor e inclinación del rodete de oclusión	45
Figura 4. Dimensiones de la altura del rodete de oclusión del maxilar supe inferior	
Figura 5. Análisis fotográfico extraoral	56
Figura 6. Análisis fotográfico Intraoral	57
Figura 7. Odontograma	59
Figura 8. Indicadores de Salud Bucal	59
Figura 9. Presencia de placa y cálculo	60
Figura 10. Radiografía Panorámica	61
Figura 11. Registró periodontal simplificado y detartraje	64
Figura 12. Sondaje y raspado y alisado radicular	65
Figura 13. Tratamiento de operatoria dental.	66
Figura 14. Toma de impresiones anatómicas.	68
Figura 15. Modelos de yeso anatómicos con sus respectivos límites anatómicolocación de cera en áreas retentivas	
Figura 16. Modelos de yeso anatómicos con sus respectivos límites anatómicos	69
Figura 17. Diseño de la PPR	70
Figura 18. Cubeta Individual de la prótesis total superior	71
Figura 19. Cubeta individual de la prótesis parcial removible inferior	72

Figura 20. Sellado periférico e impresión definitiva para prótesis total superior	.73
Figura 21. Sellado periférico e impresión definitiva para prótesis parcial removible.	74
Figura 22. Rodetes de cera de la prótesis total superior	75
Figura 23. Análisis de orientación del rodete superior.	75
Figura 24. Esqueleto metálico con rodetes de altura en el modelo maestro	76
Figura 25. Prueba de esqueleto metálico en boca.	76
Figura 26. Selección del color de dientes con el colorímetro Chromascop de ivocvivadent.	
Figura 27. Líneas anatómicas de referencias para la selección de dientes	78
Figura 28. Arco facial en el paciente para montaje en el articulador	79
Figura 29. Modelo superior montado en articulador con el arco facial	80
Figura 30. Adaptación de los rodillos de cera.	81
Figura 31. Montaje del modelo inferior en el articulador	81
Figura 32. Encerado de prótesis total superior y removible inferior en el articulador.	82
Figura 33. Prótesis terminadas montadas en el articulador	83
Figura 34. Colocación de prótesis terminada en el paciente.	83
Figura 35. Ajuste Oclusal.	84
Figura 36. Resultado final.	85
Figura 37. Trabajo realizado en la clínica de especialidades odontológicas UIDE la Dra. Betancourt, paciente el Sr. Chanatasig y la estudiante Rita Molina	
LISTA DE TABLAS	
Tabla 1. Retenedores directos e indirectos con sus clasificaciones	30
Tabla 2. Examen Intraoral	.58
Tabla 3. Etapas de la planificación del tratamiento	62

LISTA DE ANEXOS

Anexo	1. Historia clínica página 1	92
Anexo	2. Historia clínica página 2	93
Anexo	3. Historia clínica de periodoncia.	94
Anexo	4. Protocolo y consentimiento informado de raspado y alisado radicular	95
Anexo	5. Consentimiento informado de resinas	96
Anexo	6. Protocolo de prótesis total parte 1	97
Anexo	7. Protocolo de prótesis total parte 2 y consentimiento informado	98
Anexo	8. Protocolo y consentimiento informado de prótesis parcial removible	99

RESUMEN

La odontogeriatría es la rama de la odontología que se enfoca en la atención de paciente de edad avanzada los cuales presentaran diversos problemas tanto físicos como emocionales. Se debe realizar un tratamiento eficiente no solo viendo la salud bucal si no también su parte psicológica para poder llegar a tener un tratamiento exitoso, en donde el paciente se sienta cómodo, recupere su autoestima y sus funciones perdidas. En el siguiente caso clínico "Recuperación Oral en Paciente Geriátrico para mejorar su Calidad de Vida" se enfocará en una rehabilitación completa odontológica la cual se sustenta en evidencia teórica y científica comprendida en el segundo capítulo y práctico en el tercer capítulo. En el segundo capítulo se explicará con detalles la odontogeriatría y los procedimientos de la prótesis total y la prótesis parcial removible las cuales consisten en sustituir las piezas dentarias perdidas devolviendo al paciente un medio biológico oral y dinámico. El tercer capítulo se explica los procedimientos realizados al paciente bajo la supervisión del tutor responsable, los cuales fueron en primera etapa un tratamiento periodontal y operatorio para después proceder a realizar la rehabilitación oral con una prótesis total superior y una prótesis parcial inferior de cromo cobalto. Posteriormente se orienta al paciente con los distintos cuidados que debe tener y la visita periódica al profesional odontológico por ser un paciente de alto riesgo, para garantizar un tratamiento exitoso.

Palabras claves: Geriatría, Odontogeriatría, Rehabilitación Oral, Prótesis Total, Prótesis Parcial Removible.

ABSTRACT

The Geriatric Dentistry is the branch of dentistry that focuses on the care of elderly patient who presented various problems both physical and emotional. It should make efficient treatment not only seeing oral health but also their psychological side to reach a successful treatment, where the patient comfortable, self-esteem and regain lost functions. In the following case "Oral Geriatric Patient Recovery to improve their quality of life" will focus on a complete dental restoration which is based on theoretical and scientific evidence included in the second chapter and practical in its third chapter. The second chapter will be explained in details the procedures Geriatric Dentistry and full dentures and removable partial denture which is to replace the missing teeth returning the patient an oral and dynamic biological medium. The third chapter procedures performed on the patient under the supervision of responsible tutor explained, which were in the first stage periodontal treatment and operative to then proceed to oral rehabilitation with a total prosthesis upper and a lower partial denture cobalt chromium. Then the patient is oriented with the various care should be and regular visit to the dental professional for being a high-risk patient to ensure successful treatment.

Keywords: Geriatrics, Geriatric Dentistry, Oral Rehabilitation, Prosthesis Total, Removable Partial Denture.

INTRODUCCIÓN

La odontología ha sido una rama de las ciencias de la salud la cual se encarga de estudiar, tratar y prevenir enfermedades presentes en el aparato masticatorio, el cual se encuentra conformado por varias estructuras como los dientes, músculos, articulaciones, mucosa y entre otras (Odontología ciencia y arte, 2016)

En épocas actuales la odontología ha ido desarrollando y mostrando nuevas evidencias en forma constante y continua, mejorando así sus técnicas de tratamiento para brindar un mejor confort y estética de los pacientes.

En el ámbito odontológico se puede encontrar varios problemas los cuales requieren tratamiento de una especialidad específica, entre estos podemos encontrar la perdida dental la cual es una afección de gran incidencia en tiempos actuales y se la clasifica en edentulismo total y parcial, se puede dar por diversas causas, siendo las más comunes las caries y la enfermedad periodontal la cual presenta manifestaciones clínicas como movilidad dental, sangrado y perdida de hueso (Gutierrez-Vargas, León-Manco, & Castillo-Andamayo, 2015).

La pérdida dental es una afección bucodental que tiene mayor incidencia en las personas de la tercera edad, el 30% de la población a nivel mundial que se encuentra entre los 65 y los 74 años no poseen dientes naturales (OMS, 2012).

Para esta afección bucodental existen diferentes tratamientos protésicos como son las prótesis totales, removibles y fijas, las cuales se realizarán dependiendo de la necesidad del paciente; estos diversos tratamientos tienen como objetivo devolver la función, la estética y la armonía del sistema estomatognático por medio del remplazo de piezas dentarias perdidas, buscando siempre una correcta oclusión (Gutierrez-Vargas, León-Manco, & Castillo-Andamayo, 2015).

Las prótesis totales también son conocidas por las personas comúnmente como dentaduras postizas, estas se realizaran cuando se ha perdido todas las piezas dentarias y son por tanto mucosoportadas ya que carecen de pilares para sujetarse, la perdida

dentaria puede llegar a ser unimaxilares y bimaxilares; es decir, la perdida dental de la arcadas superior e inferior o la perdida de solo una de las arcadas, las prótesis totales se van a adherir a la encía por medio de la saliva la cual también se llama fuerzas de succión.

La prótesis parcial removible son prótesis dentomucosoportadas, esto quiere decir que se sujetan tanto en los dientes como el la mucosa, y se van a realizar cuando el paciente tiene algunos de sus dientes naturales. Pueden ser metálicas o acrílicas, aunque las acrílicas se utilizan solo como prótesis provisionales.

La higiene bucal y protésica en ambos tratamientos debe de ser correcta ya que se acumularan restos de alimentos provocando el acumulo de bacterias y aún más en las prótesis parciales removibles ya que estas pueden provocar la aparición de caries y la perdida de los dientes remanentes de forma más rápido.

CAPÍTULO I: ASPECTOS BÁSICOS

1.1. Planteamiento del problema

Las rehabilitaciones en pacientes con edentulismo total superior y parcial inferior son casos difíciles de tratar y más aún cuando el paciente no ha utilizado ningún tipo de prótesis durante varios años, provocando que el tratamiento pueda llegar a fracasar por el sentimiento de incomodidad de las prótesis y por ende el rechazo de las mismas

Uno de los problemas más importantes en este tipo de casos es la perdida de la dimensión vertical que se da por la extracción prematura de los dientes debido a la inadecuada higiene bucal, generando una mayor posibilidad de reabsorción de reborde alveolar la cual va también a dar un cambio en la relación oclusal favoreciendo la manifestación de los hábitos parafuncionales.

El sentimiento de soledad, de inseguridad y el no sentirse bien consigo mismo en edades avanzadas es un problema que se debe saber sobrellevar durante todo el tratamiento, motivando al paciente y satisfaciendo sus intereses para mejorar no solo su apariencia física o devolviendo las funciones perdidas, sino, también su parte emocional que será un factor fundamental para un tratamiento exitoso.

Conociendo todo esto las prótesis deben devolver al paciente la dimensión vertical perdida, la masticación, fonación y deglución adecuada teniendo en cuenta que el paciente al principio le molestara las prótesis ya que son cuerpos extraños en su cavidad oral y el profesional odontólogo debe incentivar al paciente al uso de ellas, al igual enseñándole las técnicas de cepillado, uso de hilo dental, enjuagues bucales para el control de la enfermedad periodontal que posee.

1.2. Justificación

Son tres expresiones faciales que asocian a la atracción facial y son los ojos, la musculatura del rostro y la cavidad bucal.

Cuando la cavidad bucal llega a ser afectada por la pérdida total o parcial de los dientes aparte de tener dificultad de hablar, masticar y deglutir los alimentos también se afecta la parte estéticas y la musculatura del rostro, por ende, las personas pueden tener un impacto psicosocial negativo obligando a disminuir su desempeño en el trabajo, en la casa, en los estudios y con su entorno social.

Es importante realizar el tratamiento adecuado para tener una salud bucal apropiada, al igual la necesidad de rehabilitar la cavidad bucal para prevenir el prognatismo, la pérdida del tono muscular, prevenir que las comisuras se depriman, perdida de la dimensión vertical, la insuficiencia masticatoria y más.

La rehabilitación temprana también nos ayudara grandemente con la eficiencia masticatoria que el paciente requiere, con eficiencia masticatoria nos referimos a la suficiencia eficaz y biomecánica del sistema estomatognático de trituración y molienda de un determinado alimento para su posterior deglución y digestión.

Dicho todos estos argumentos es más que justificado realizar el tratamiento en pacientes edentulos totales o parciales recuperando todas las funciones perdidas y la obligación del profesional odontólogo de realizar un tratamiento de calidad.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Realizar un correcto diagnóstico y plan de tratamiento del paciente para devolver la estética, masticación fonación y deglución normal del mismo por medio de la realización de prótesis total superior y removible inferior.

1.3.2. Objetivos específicos

- Devolver al paciente la altura facial inferior.
- Instruir al paciente sobre la importancia de una correcta limpieza oral para mantener una salud adecuada para que el tratamiento perdure.
- Dar al paciente un tratamiento adecuado con el cual recupere su autoestima, base fundamental para su desempeño normal en la sociedad.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Odontología Geriátrica

La odontogeriatría o gerodontología es la rama de la odontología la cual se ocupa de los problemas dentales de los adultos mayores y es una nueva área que se está cursando en algunas facultades de América Latina (Chávez Reátegui, Manrique Chávez, & Manrique Guzmán, 2014; Roisinblit, 2010).

La odontología geriátrica surge en Estados Unidos en los años 60 y comenzó al momento que los profesionales se dieron cuenta que el trato hacia una persona de la tercera edad era muy diferente que al de un adulto o un niño, esto se da a que el adulto mayor tiene características propias de su edad, entre ellas como principales tenemos las sistémicas, odontológicas, psicológicas, fisiológicas, farmacológicas y las nutricionales a las que se agregan los diversos problemas sociales, económicos y culturales (Chávez Reátegui, Manrique Chávez, & Manrique Guzmán, 2014; Roisinblit, 2010).

Uno de los conceptos erróneos acerca del proceso de envejecimiento oral que se dio por siglos fue la perdida dental. La distinción entre vejez y enfermedad permitió al odontólogo explicar al paciente que la pérdida dentaria se da por secuelas de enfermedades orales y más no solo por el hecho de envejecer (Hernández de Ramos , 2001).

Estadísticamente la perdida dentaria tiene grandes variaciones debido a factores culturales y socioeconómicos, siendo las personas de clase sociales bajas, personas con poca o ninguna educación aquellas con menos dientes propios a las personas con posibilidades económicas mayores (Roisinblit, 2010).

2.1.1. Envejecimiento

El envejecimiento es el proceso inalterable e irremediable que, con su progresión afecta a todos los órganos y sistemas, por ende, su tratamiento debe de ser de manejo especializado, tomando en cuenta la parte psicológica del mismo ya que a esta edad es muy frecuenta la baja autoestima y depresión por el sentimiento de soledad (Hernández de Ramos, 2001).

El envejecimiento es la serie de modificaciones fisiológicas, psicológicas y morfológicas de carácter irreversible, las cuales se manifiestan externamente dando al individuo un aspecto de anciano, ver figura 1 (Chávez-Reátegui, Manrique-Chávez, & Manrique-Guzmán, 2014).

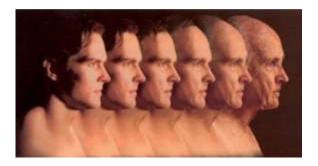


Figura 1: Cambios físicos y proceso natural por envejecimiento.

Fuente: (Chávez-Reátegui, Manrique-Chávez, & Manrique-Guzmán, 2014, p. 201).

Hernández y cols dieron una clasificación la cual subdivide al adulto mayor la cual es: los viejos-jóvenes que comprenden una edad de 60 a 74 años, los viejos-viejos que comprenden una edad de 75 a 89 años y los viejos-longevos que tienen una edad de 90 a más (Chávez-Reátegui, Manrique-Chávez, & Manrique-Guzmán, 2014).

Los viejos-jóvenes son activos y en su mayoría sanos, los viejos-viejos presentan limitaciones físicas, psicológicas y sociales por lo que deben asistir a programas que controlen, prologuen y recuperen la funcionalidad, los viejos-longevos son el grupo más vulnerable desde el punto de vista psicológico, biológico y social por lo que deben asistir a programas que prevengan y controlen la fragilidad (Chávez-Reátegui, Manrique-Chávez, & Manrique-Guzmán, 2014).

2.1.2. Características bucales del paciente geriátrico

Existen aspectos del envejecimiento que se vea a dar por igual en todos los tejidos del organismo incluyendo la boca. Los cambios se pueden llegar a incrementar por malos hábitos, como el tabaco y el alcohol ya que tienen efectos irritantes y aceleran los fenómenos normales del envejecimiento (Roisinblit, 2010).

A. Cambios en los tejidos de revestimiento

La piel perderá su resistencia y elasticidad debido a que se reduce su vascularización, su grosor, pierde tejido adiposo y se llega a deshidratar. La mucosa oral sufre de un adelgazamiento notorio por el cual va a ser bastante sensible y pueden llegar a lesionarse con mayor facilidad (Hernández de Ramos, 2001).

B. Cambios en el tejido óseo

Los procesos alveolares se van a atrofiar lentamente y superficialmente en personas dentadas, pero esta atrofia se llega a acelerar con la presencia de la enfermedad periodontal y la perdida dental, produciendo una reducción en su altura (Roisinblit, 2010).

Los cambios óseos van a ser mucho más frecuentes en hombres mayores de 70 años y en mujeres que están atravesando la menopausia. En las mujeres se da más en esta etapa por la disminución de calcio que tienen y por este motivo se produce una secreción mucho mayor de la hormona paratiroidea la cual aumentara la reabsorción ósea con el fin de poder mantener los niveles adecuados de calcio sérico, produciendo un hueso de menor densidad que afectara mayormente al hueso esponjoso, esta enfermedad tiene un nombre y es la osteoporosis (Hernández de Ramos, 2001).

C. Cambios en el tejido dentario

- a. <u>Esmalte</u>: sufrirá un desgaste natural sin ocasionar molestias, se opacará produciendo un diente de color mate y oscuro (Chávez-Reátegui, Manrique-Chávez, & Manrique-Guzmán, 2014).
- b. <u>Dentina</u>: tendrá cambios de color los cuales son naturales por el envejecimiento, también se producirá un cambio por la dentina de reparación la cual ocasionará que el diente tome un tono amarillento (Chávez-Reátegui, Manrique-Chávez, & Manrique-Guzmán, 2014).
- c. <u>Cemento:</u> se forma a lo largo de la vida de manera de anillos alrededor de la raíz, la cual se puede usar para saberla edad de un individuo (Hernández de Ramos , 2001).
- d. <u>Pulpa:</u> compromiso de irrigación e inervación por deposición de dentina secundaria y cemento en el foramen apical, disminuye el aporte de nutrición a las células pulpares por

cambios escleróticos en los vasos sanguíneos debido a calcificaciones (Hernández de Ramos, 2001).

D. Cambios en el tejido periodontal

Los tejidos gingivales se adelgazan y pierden queratina, la encía debido a la obturación de los capilares submucosos se disminuirá la irrigación sanguínea produciendo una encía de color más rosado pálido. En el tejido conectivo, el ligamento periodontal disminuirá la cantidad de células y fibras al igual que su grosor (Chávez-Reátegui, Manrique-Chávez, & Manrique-Guzmán, 2014; Hernández de Ramos, 2001).

E. Cambios en la función de la saliva

La cantidad y calidad de la saliva se va a disminuir. La cantidad baja de saliva afectara negativamente la neutralización de la baja de pH la cual es provocada por el metabolismo bacteriano de la placa, también va a disminuir el aporte de inmunoglobulinas salivares los cuales va a favorecer la aparición de caries radiculares (Chávez-Reátegui, Manrique-Chávez, & Manrique-Guzmán, 2014).

F. Lengua

Se atrofiarán las papilas piliformes del dorso dándole un aspecto liso, se reducirá la cantidad de papilas gustativas y se van a presentar varicosidades nodulares en la cara ventral de la lengua. En la vejez se pueden producir diferentes cambios patológicos como la glositis atrófica, glosopirosis, movimientos anormales, lengua geográfica, lengua lisa, lengua saburral y la lengua escrotal (Roisinblit, 2010).

G. Músculos

Las fibras musculares van a disminuir de tamaño y número y van a ser reemplazadas por tejido conectivo fibroso y grasa. Los músculos masticatorios van a disminuir su acción produciendo que el tiempo de masticar los alimentos se prolongue y prefieran las comidas blandas. En ocasiones el tono muscular perioral se pierde, produciendo babeo debido a que no se puede cerrar bien la boca y se lo confunde con la sialorrea (Roisinblit, 2010).

H. Articulación temporomandibular

"Se produce hipertrofia del cartílago por alteraciones degenerativas, así como aplanamiento de la superficie articular con reducción del tamaño del cóndilo mandibular que produce mayor laxitud de los movimientos articulares" (Chávez-Reátegui, Manrique-Chávez, & Manrique-Guzmán, 2014, pág. 204).

Otro problema es que el disco articular tiende a perforarse produciendo que la actividad propioceptiva disminuya y afecte el control de los movimientos (Chávez-Reátegui, Manrique-Chávez, & Manrique-Guzmán, 2014).

I. Mucosa bucal

- a. <u>Épulis fisurado:</u> es una lesión hipertrófica de base amplia y se localiza en zonas próximas a la prótesis (Chávez-Reátegui, Manrique-Chávez, & Manrique-Guzmán, 2014).
- b. <u>Estomatitis por prótesis:</u> se ubica en la zona palatina la cual está cubierta por la prótesis y es de color escarlata brillante,

- también se da por la mala higiene y no solo el factor de una mala adaptación protésica (Roisinblit, 2010).
- c. Queilitis angular: al perderse la dimensión vertical se formarán pliegues en la parte de las comisuras, las cuales son el lugar ideal para la formación de cándida albicans debido a la humedad y la temperatura del lugar, también este se puede producir por déficit de hierro o anemia (Roisinblit, 2010).

2.1.3. La falta de dientes y su consecuencia nutricional

Las funciones que forman parte de la cavidad oral es la masticación, fonación y la deglución, aparte esta también actúa como un sistema de protección del cuerpo ya que al masticar los alimentos se producirán fragmentos muy pequeños, los cuales mezclados con la saliva ayudarán a una mejor deglución para iniciar el proceso de digestión (Castrejón Pérez, 2010).

La digestión tiene varias etapas, en la cual para que la fase inicial sea correcta se darán dos circunstancias. La primera es que deben existir dientes suficientes para que tengan la capacidad mecánica de moler los alimentos en partículas pequeñas y la segunda es que la presencia de saliva sea suficiente tanto en cantidad como en calidad para iniciar la digestión. Con el envejecimiento ambas circunstancias se disminuyen y surge la paradoja en la cual la masticación debe ser eficiente en el adulto mayor para poder compensar la pérdida de la capacidad de absorción intestinal (Moreira Díaz, s.f.).

La falta de dientes provoca que el alimento se triture de manera eficiente provocando que pedazos grandes lleguen al estómago y poco mezclados con saliva la cual dificultará la segunda etapa de digestión en la cual se producirá una digestión lenta, difícil e incompleta y la perdida de nutrientes (Moreira Díaz, s.f.).

Se sabe que para una correcta digestión los alimentos se lo debe masticar de 15 a 20 veces de lo contrario el bolo alimenticio no se podrá digerir correctamente lo que conlleva a que el sistema de absorción del intestino pierda nutrientes y no solo eso, sino, que también aparecen trastornos asociados a la mecánica digestiva como el estreñimiento, gastritis, colitis y entre otras, las cuales a largo plazo se manifestaran como anemia, baja de peso, carencia de vitaminas y pérdida de masa corporal (Moreira Díaz, s.f.).

Generalmente los individuos con falta de dientes tratan de cortar los alimentos en trozos muy pequeño o simplemente otros dejan de comerlos, refugiándose al final los alimentos triturados como purés o papillas. Muchos alimentos que son dejados a un lado son necesarios como la carne, fruta, cereales y otros alimentos ricos en fibra dietética que ayudan a la digestión (Moreira Díaz, s.f.).

Un problema importante en los edentulos parciales es que las piezas dentales sanas al no ser implicadas en esfuerzos masticatorios debilitaran su inserción en el hueso por la falta de estímulo funcional e incrementaran el riesgo de perderlas, adicionalmente otro problema será la atrofia de los músculos masticadores por su falta de uso dando como consecuencia el envejecimiento del aparato masticador (Moreira Díaz, s.f.).

2.2. Prótesis Parcial Removible (PPR)

En edades avanzadas se aumenta la demanda de rehabilitar arcadas con edentulismo distal extenso y bilaterales, optándose por la realización de una prótesis parcial removible la cual aparte de tener un costo más económico también tiene un menor costo biológico (Preti, 2008).

2.2.1. Concepto

"Una dentadura parcial removible es una prótesis que reemplaza dientes en una arcada parcialmente desdentada, y se puede sacar de la boca y volver a colocarse" (McCracken, Carr, McGivney, & Brown, 2006, pág. 8).

"La mayoría de dentaduras parciales removibles se hacen con aleaciones de cromo-cobalto que fueron introducidas para este propósito en 1932, también se usan aleaciones de níquel-cromo y últimamente aleaciones de titanio" (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006, pág. 13).

Las diversas aleaciones ya mencionadas son aleaciones de poco peso con alta resistencia a la corrosión, alta rigidez y muy fácil de trabajarlas (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).

2.2.2. Cuando está indicada la PPR

Son varias indicaciones que se dan para la colocación de una PPR.

- a. En adultos de edad avanzada por menor cantidad de citas (Mallat & Keogh, 1995).
- En jóvenes menores de 20 años ya que está en plena etapa de crecimiento y no se podría realizar una prótesis fija (Mallat & Keogh, 1995).
- c. "Cuando existen grandes espacios desdentados" (Mallat & Keogh, 1995, pág. 1).
- d. "En casos de excesiva pérdida ósea principalmente en zonas anterosuperiores" (Mallat & Keogh, 1995, pág. 2).
- e. En extracciones recientes con largos periodos de cicatrización (Mallat & Keogh, 1995).
- f. En todos los casos de extremos libres (Mallat & Keogh, 1995).

- g. "Por consideraciones económicas" (Mallat & Keogh, 1995, pág. 2)
- h. "En aquellas bocas con movilidad generalizada de tipo I" (Mallat & Keogh, 1995, pág. 2)
- Estética como fundamento principal en el reemplazo de varios dientes anteriores (Mallat & Keogh, 1995).
- j. Cuando no se puede hacer una prótesis fija (Mallat & Keogh, 1995).

2.2.3. Cuando está contraindicada la PPR

- a. Cuando una prótesis parcial fija puede tener éxito.
- b. Pacientes con boca séptica.
- c. Presencia de neoplasias malignas.

2.2.4. Clasificación de kennedy

Existen diversas clasificaciones en prótesis parcial removible, pero la más aceptada y utilizada es la clasificación de Edward Kennedy de 1925, debido a su facilidad de diagnóstico (Mallat & Keogh, 1995).

Esta clasificación se divide en 4 clases principales, I, II, III y IV, pero luego se introdujeron dos clases más que son la V y la VI las cuales son las más infrecuentes. Cuando existen espacios edentulos los cuales no se incluyen en la clasificación se denominan espacios de modificación. A continuación se explicará la clasificación de Kennedy (Mallat Desplats & Mallat Callís, 2004).

- a. <u>Clase I de Kennedy:</u> Áreas edentulas bilaterales posteriores a los dientes naturales. La prótesis que llevara será dentomucosoportada, es decir, que se apoyara tanto en los dientes como en la mucosa (Mallat Desplats & Mallat Callís, 2004; Mallat & Keogh, 1995).
- b. <u>Clase II de Kennedy:</u> Área edentula unilateral posterior a los dientes naturales remanentes, es decir al otro lado existen la totalidad de los

- dientes salvo cuando ya se entra en las subclases (Mallat Desplats & Mallat Callís, 2004; Mallat & Keogh, 1995).
- c. <u>Clase III de Kennedy:</u> En un lado están todas las piezas dentarias y en el otro están ausentes salvo la última que podría ser el molar del juicio o segundo molar. La prótesis que llevara será una dentosoportada (Mallat Desplats & Mallat Callís, 2004; Mallat & Keogh, 1995).
- d. <u>Clase IV de Kennedy:</u> Área edentula única bilateral que atraviesa la línea media, es decir todo el grupo anterior de dientes. La prótesis que llevara será una dentosoportada (Mallat Desplats & Mallat Callís , 2004; Mallat & Keogh, 1995).
- e. <u>Clase V de Kennedy:</u> Esta clase sólo posee un par de molares en una hemiarcada y el resto está completamente desdentado (Mallat Desplats & Mallat Callís, 2004; Mallat & Keogh, 1995).
- f. <u>Clase VI de Kennedy:</u> En esta clase sólo permanecen en boca los dos incisivos centrales (Mallat Desplats & Mallat Callís, 2004; Mallat & Keogh, 1995).

2.2.5. Reglas de Applegate

Applegate realizo 8 reglas para el método de Kennedy ya que esta es difícilmente aplicable en cada situación.

- a. <u>Regla 1:</u> "La clasificación se debe establecer después de las extracciones de los dientes que podrían alterar la clasificación original" (McCracken, Carr, McGivney, & Brown, 2006, pág. 22).
- b. <u>Regla 2:</u> "Si se ha perdido un tercer molar y no se ha reemplazado, no se debe tener en cuenta en la clasificación" (McCracken, Carr, McGivney, & Brown, 2006, pág. 22).

- c. <u>Regla 3:</u> "Si existe un tercer molar y se emplea como pilar, se debe tener en cuenta en la clasificación" (McCracken, Carr, McGivney, & Brown, 2006, pág. 22).
- d. Regla 4: "Si se pierde un segundo molar y no se reemplaza, no se debe tener en cuenta en la clasificación (p. ej. En el caso de que el segundo molar opuesto está asimismo ausente y no se haya reemplazado)" (McCracken, Carr, McGivney, & Brown, 2006, pág. 22).
- e. <u>Regla 5:</u> "El área (o áreas) edéntula más posterior es la que determina la clasificación" (McCracken, Carr, McGivney, & Brown, 2006, pág. 22).
- f. Regla 6: "La áreas edéntulas, que no determinan la clasificación se refieren como modificaciones y se designan por un número" (McCracken, Carr, McGivney, & Brown, 2006, pág. 22).
- g. <u>Regla 7:</u> "La extensión de las modificaciones no se tiene en cuenta, solamente el número de áreas edéntulas adicionales" (McCracken, Carr, McGivney, & Brown, 2006, pág. 22).
- h. <u>Regla 8:</u> "No puede haber modificaciones en las arcadas de la clase IV" (McCracken, Carr, McGivney, & Brown, 2006, pág. 22).

2.2.6. Principios biomecánicos

Las PPR pueden someterse a movimientos ya que estas no están fijas a los dientes por ende se debe controlar y tener un correcto diseño de la prótesis para evitar el desplazamiento de la misma (Mallat & Keogh, 1995).

En la odontología, la biomecánica estudia la forma en que los esfuerzos mecánicos son trasmitidos por la prótesis y como son recibidos por los tejidos de soporte. A diferencia de las prótesis parciales fijas o totales, las cuales son instaladas sobre apenas un tipo de tejido de soporte, respectivamente, dental

y mucoso, las PPR pueden, concomitantemente, asentarse sobre dientes y fibromucosa, los cuales demuestran comportamientos diferentes cuando sometidos a fuerzas funcionales. (Porto, 2017, pág. 66)

Dentro de los principios biomecánicos existen dos tipos de prótesis parcial las cuales son las dentosoportadas y las dentomucosoportadas y también se integran las de extremo libre (Mallat & Keogh, 1995).

A. Prótesis Dentosoportada

Se dan en la clasificación III de kennedy y van a actuar de manera muy similar a las prótesis fijas ya que siguen los ejes axiales de los pilares.

Las fuerzas transversales y oblicuas pueden compensarse con los dientes remanentes siempre que éstos estén en óptimas condiciones periodontales; y las fuerzas que actúan sobre las prótesis deberán compensarse equilibrando la oclusión y colocando los dientes de tal forma que pueda neutralizar estas fuerzas. Las fuerzas de tracción que aparecen cuando se abre la boca tienden a levantar y a sacar la prótesis de su asentamiento en la boca. Este movimiento debe ser compensado por los elementos retentivos diseñados previamente y con el remodelado y preparación de los dientes remanentes. (Mallat Desplats & Mallat Callís, 2004, pág. 4)

B. Prótesis Dentomucosoportada

Se dan en la clasificación I, II y IV.

En esta forma se presentan tres sistemas de palancas. Estas palancas se generan tanto en los movimientos funcionales

como en los parafuncionales y se localizan precisamente en los fulcros de estas palancas, los cuales justamente se hallan en los puntos que limita la parte totalmente fija de la prótesis, que está situada sobre los dientes remanentes, con la parte móvil o base sobre la que se apoya el reborde residual mucoso, de carácter resiliente y, por lo tanto, depresible. (Mallat & Keogh, 1995, pág. 7)

C. Prótesis a extremo libre

Esta prótesis "está sometida a una rotación alrededor de los tres fulcros principales. Por lo tanto, los elementos deberán neutralizar los componentes rotatorios de estos movimientos" (Mallat & Keogh, 1995, pág. 7).

2.2.6.1. Soporte

Es la resistencia hacia las fuerzas verticales masticatorias las cuales van a evitar que la PPR se intruya a los tejidos de soporte, entre los elementos mecánicos de la PPR tenemos los apoyos, conectores mayores maxilares y la superficie basal de la base y entre los elementos biológicos tenemos la fibromucosa de revestimiento del reborde residual, las fibras del ligamento periodontal de los dientes pilares y el hueso alveolar. Existen diferentes casos en las PPR que rehabilitarán diferentes clasificaciones de Kennedy, por ejemplo en clase I, II y IV de Kennedy las cargas masticatorias serán trasmitidas al hueso alveolar por dos vías biológicas que son las fibras periodontales de los dientes pilares, las cuales van a ejercer una fuerza de tracción sobre el hueso alveolar y el tejido fibromucoso del reborde residual,

la cual de igual manera ejercerá fuerzas de compresión en el hueso alveolar residual (Porto, 2017).

2.2.6.1.1. Elementos mecánicos de soporte

A. Apoyos

Se aseguran que durante la función masticatoria, las cargas ejercidas en los dientes artificiales sean trasmitidas de manera adecuada a los dientes pilares, esto quiere decir que se dirigirán las fuerzas en sentido paralelo a lo largo del eje de los dientes pilares (Porto, 2017).

También los apoyos van a proporcionar soporte vertical a la prótesis lo que permitirá que la prótesis no se desplace en sentido oclusogingival y lastime las papilas gingivales (Porto, 2017).

a. Apoyos en los dientes anteriores

Se va a realizar la confección de los apoyos lo más cervical posible, para que, de esta manera exista una reducción del brazo de palanca en los dientes pilares, estos apoyos se los realizara en la parte lingual o proximolingual (Porto, 2017).

b. Apoyos en los dientes posteriores

Se va a realizar la confección de los apoyos en la fosa mesial o distal de los dientes posteriores, los cuales deben de tener una forma triangular con lados redondeados y el vértice orientado hacia el centro del diente, esto va a disminuir las fuerzas de torsión sobre los dientes pilares y mantendrán su salud periodontal (Porto, 2017).

c. Localización de apoyos

La localización del apoyo en las PPR de extremo libre o clase IV amplias determina el fulcro del movimiento rotacional bajo función, de acuerdo con la colocación del apoyo mesial o distal habrá posibilidad mayor o menor torque en los dientes de soporte. (Porto, 2017, págs. 73, 74)

La localización se la realiza por medio del sistema de palancas, las palancas están compuestas por tres elementos que son: fulcro, potencia y resistencia. Para que se forme una palanca de primera clase se colocara un apoyo en distal del diente pilar, esto quiere decir que el apoyo está en el centro entre la potencia y la resistencia. Cuando ocurre una fuerza masticatoria, se va a realizar la rotación hacia el borde alveolar, el cual es dañino para el diente de soporte y con el tiempo causara movilidad de los diente vecinos implicando la perdida de soporte (Porto, 2017).

Para la formación de una palanca clase dos el apoyo se colocara en mesial, lo que dará un apoyo ubicado en el extremo, la potencia en el otro extremo y la resistencia en el centro. El brazo retentivo de la grapa de retención tendrán una relación neutral de las fuerzas con el diete de soporte. Cuando existe una fuerza masticatoria en los extremos libres el brazo de retención va a ir hacia cervical evitando el torque, pero sin embrago, va a ver un aumento de la responsabilidad de la mucosa en el sistema de soporte. Las grapas RPI, RPT y RPA serán indicadas para casos de clase I, II de kennedy (extremos libres) ya que están provocaran un efecto de

palanca clase dos los cuales causaran una rotación de la prótesis sin causar torque de los dientes de soporte (Porto, 2017).

B. Conectores mayores y base protésica

En el maxilar superior se recomienda conectores mayores de cobertura total o placa total y debe ser rígida, estas junto a la base protésica se apoyaran en la fibromucosa del paladar las cuales serán responsables del soporte de la prótesis (Porto, 2017).

2.2.6.2. Retención

A. Brazo de retención

Es la responsable de la retención de la prótesis. Existe un área retentiva en el diente donde la punta de esta estructura se va a albergar. La retención que provee esta estructura dependerá de algunos factores los cuales son: el ángulo de la convergencia cervical, la flexibilidad de esta estructura y la distancia vertical entre la punta activa del brazo y la vía de inserción. (Porto, 2017).

La distancia horizontal y la distancia que va desde la punta activa del brazo y la vía de inserción pasarán por el ecuador protético, todo esto representa la flexión máxima a lo que los brazos quedaran sujetos durante la remoción de la prótesis, hasta que la línea ecuatorial protética sea superada. Mientras más sea la distancia horizontal más va a ser la retención de la prótesis. El uso de la punta calibradora nos va a permitir localizar exactamente donde debe ir la punta activa y el ángulo de convergencia cervical, para determinar la vía de inserción (Porto, 2017).

2.2.6.3. Estabilización

La prótesis se deberá mantener estable tanto en las fuerzas que actúan sobre ella durante los actos funcionales como en el reposo. La estabilidad también se da por todas la partes que comprenden la prótesis, algunos de estos componentes van a ser más importantes para dar la estabilidad y son: el brazo de oposición, los apoyos indirectos, la superficie pulida de la silla, conectores menores y mayores rígidos y la superficie vestibular y lingual del reborde residual, también la estabilidad dependerá de la distribución, número y grado de movilidad dentaria, de la relación de la base y los dientes artificiales con la musculatura paraprotética, del grado de resiliencia de la fibromucosa y de la oclusión (Porto, 2017).

A. Brazo de oposición

El brazo de retención al pasar por el ecuador protético dental se flexiona para redondearlo, pues el diente imprime una fuerza lateral en el brazo de retención. Sin embargo, las fuerzas laterales cíclicas son estrechamente perjudiciales al periodonto, pudiendo provocar reabsorción en el hueso del lado opuesto al que incide la fuerza. (Porto, 2017, pág. 78)

El brazo de oposición se deberá confeccionar en los retenedores de la PPR, esto ayudara a disminuir las cargas laterales del diente y evitando lesiones a los tejidos periodontales, para esto el brazo de oposición debe tener ciertas características que son: rigidez estructural, reciprocidad, poder abrazar a la pieza dentaria y pasividad (Porto, 2017).

B. Elementos de estabilización indirectos

Esta será necesaria en casos de prótesis de extremos libres ya que tienen un eje de rotación real. Estos van a ayudar a los pilares a prever el desplazamiento de la base de extremo libre por oponerse al movimiento de rotación entre estos elementos tenemos los apoyos oclusales, incisales y de cíngulo, planos guías, conectores menores y mayores (Porto, 2017).

C. Movimientos de la PPR.

- a. El principal movimiento de rotación de una PPR es en sentido vertical, al rededor del fulcro que pasa sobre los dos apoyos principales. Cuando ocurre por masticación de alimentos consistentes, la fuerza aplicada en la silla mueve la prótesis en dirección a los tejidos de soporte, en dirección oclusogingival. El movimiento en dirección contraria es causado por masticación de alimentos pegajoso. (Porto, 2017, pág. 82)
- b. "El movimiento que ocurre en el plano vertical y proporciona un movimiento lateral de la PPR ocurre principalmente en la masticación unilateral y en la presencia de interferencias oclusales en lateralidad" (Porto, 2017, pág. 82).
- c. "El movimiento en el plano horizontal ocurre como resultado de los planos inclinados de las cúspides, que proporcionan componentes horizontales de fuerzas. La rotación puede ser anteroposterior y lateral" (Porto, 2017, pág. 82).

2.2.6.4. Conexión

"Con el fin de minimizar al máximo la inestabilidad de las PPR, una variedad de dispositivos mecánicos rígidos o semirrígidos se indican" (Porto, 2017, pág. 83).

2.2.7. Diseño básico de las estructuras

Son tres tipos de diseños diferentes que se dan dependiendo de la biomecánica de cada persona, por ende cada elemento es diferente para cada caso.

A. Diseño de forma cuadrilátera

"Indicado en clase II de Kennedy. Suministra la máxima retención y estabilidad. Ésta compuesto de cuatro ganchos retentivos, situados en cada diente pilar junto al espacio desdentado" (Mallat & Keogh, 1995, pág. 9). Como por ejemplo la banda palatina media.

B. Diseño de forma triangular o tripódica

Es un apoyo dentomucosoportado en la clase II de kennedy, este triángulo será formado por los pilares que están junto a los extremos desdentados y el otro pilar extremo el cual está completamente aislado, estos serán los que lleven los ganchos retentivos, por ejemplo la doble barra palatina (Mallat & Keogh, 1995).

C. Diseño de forma lineal

Corresponde a la clase I de kennedy, en los cuales los ganchos retentivos estarán ubicados en los pilares junto a los extremos desdentados, por ejemplo la doble barra palatina con presencia de torus (Mallat & Keogh, 1995).

2.2.8. Componentes de la PPR

La prótesis parcial removible está constituida por diversos elementos los cuales deben ser considerados al momento de realizar su diseño ya que cada uno tiene una función determinada; los elementos de la PPR son: retenedores, apoyos, conectores mayores, conectores menores y las bases, ver figura 2 (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).

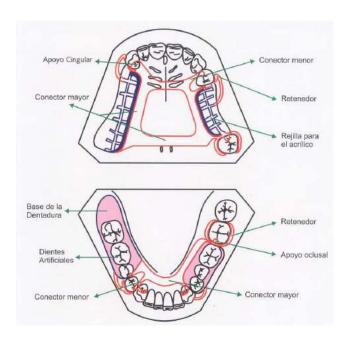


Figura 2. Elementos constitutivos de la PPR

Fuente: (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006, p. 17).

2.2.8.1. Retenedores

Los retenedores son elementos de una PPR que dan la resistencia al desplazamiento de la misma (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).

A. Requisitos de un retenedor

- a. <u>Soporte</u>: Evitara el desplazamiento hacia los tejidos, siendo el apoyo oclusal el que cumplirá esta función, un ideal soporte se distribuirá correctamente las fuerzas oclusales y se protegerá los tejidos periodontales (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).
- b. <u>Retención</u>: Al desplazamiento de la prótesis en sentido oclusal. La flexibilidad del retenedor determina el nivel de la zona retentiva del pilar (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).
- c. <u>Estabilidad</u>: La estabilidades es aquella resistencia la cual "ofrece el retenedor al componente horizontal de fuerzas. Esta función la cumple los elementos rígidos del retenedor como son el cuerpo del retenedor, el brazo de oposición, los apoyos oclusales, los conectores menores y la placas de contacto proximal" (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006, pág. 25).
- d. <u>Reciprocación</u>: Es la fuerza ejercida sobre el pilar por el brazo retentivo del retenedor debe ser neutralizada por una fuerza opuestas, esta función la cumple el brazo recíproco del retenedor. Esta también se consigue con otros elementos como son: la placa de contacto proximal, los conectores

- menores y entre otros (Loza Fernández & Valverde Montalva , 2006).
- e. <u>Circunvalación:</u> es la extensión del perímetro del pilar que debe cubrir el retenedor, este cubrirá las tres cuartas partes del pilar, evitando el movimiento del pilar y también el retenedor fuera del pilar (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).
- Pasividad: cuando el retenedor está en el sitio correcto del pilar este no deberá ejercer fuerza sobre éste.

Para ser pasivo un retenedor, la punta de su brazo retentivo debe estar en la zona retentiva del pilar en una posición que le permita dar retención estrictamente necesaria cuando se hacen presentes las fuerzas fisiológicas que tratan de hacer sacar la prótesis de su sitio. (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006, pág. 28)

B. Elementos de un retenedor

- a. <u>Brazo retentivo</u>: Es aquel que se ubica en la parte bucal de los dientes, se ubica por encima y por debajo del ecuador dentario siendo su punta más delga ofreciendo este diseño una mejor resistencia cuando la prótesis se desplaza en sentido oclusal (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).
- b. <u>Brazo opositor o recíproco:</u> Brazo que se sitúa sobre el ecuador dentario en el lado opuesto del brazo retentivo, es mas grueso que el retentivo y por ende su tamaño ayudara a neutralizar las fuerzas que produce el brazo retentivo, aparte tambien da estabilidad (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).

- c. Apoyo oclusal: Es aquel que se situa en la cara oclusal de los pilares dando una mayor estabilidad al retenedor, evitando su desplazamiento en sentido gingival, este apoyo debe ser rígido y no debe interferir con su antagonista (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).
- d. <u>Cuerpo del retenedor</u>: Es donde se unen todos los elementos del retenedor este debe ser rígido, debe estar sobre el ecuador dentario en la cara proximal del espacio edéntulo, este también dará estabilidad (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).
- e. <u>Conector menor o conector del retenedor:</u> Es el que uno el retenedor al esqueleto metálico (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).

C. Tipos de Retenedores

Encontramos dos tipos de retenedores los directos y los indirectos.

- a. <u>Retenedores Directos:</u> Son retenedores los cuales se ubican en los pilares de los extremos edentulos (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).
- b. <u>Retenedores Indirectos</u>: Son los que crean la retención en un sitio alejado de la base de la dentadura, su indicación más precisa es el extremo libre, se ubican generalmente como apoyos oclusales alejados de los retenedores directos por delante de la línea de fulcrum de la PPR (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).

Tabla 1. Retenedores directos e indirectos con sus clasificaciones

Retenedores Directos	Retenedores Indirectos
Retenedores intracoronarios	Apoyos oclusales
Retenedores extracoronarios de precisión	Placa lingual
Retenedores extracoronales:	
a. Retenedores supraecuatoriales:	
a. R. circunferenciales	Gancho continuo o barra de kennedy
b. R. Acker	
c. R. de acción posterior	
d. R. de acción posterior	
invertido	
e. R. seccionado	
f. R. en anillo	
g. R. en anzuelo o Gloslee	
h. R. Jackson o doble acker	
i. R. múltiple	
j. R. mesiodistal o Roach	
b. Retenedores infraecuatoriales	
a. R. tipo barra en (T, C, I)	
	Brazos linguales de extensión

Fuente: (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006)

Elaborador: Rita Molina 2017.

2.2.8.2. Apoyos

Son estructuras rígidas que mantiene el retenedor es su lugar evitando la importación de alimentos, también su principal función es trasmitir las fuerzas oclusales verticales a los pilares evitando el movimiento de la

prótesis hacia los tejidos blandos (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).

La preparación para la colación del apoyo es fundamental debido a que si no se realiza este paso el apoyo invadirá el espacio oclusal y alterará la dimensión vertical en un solo punto, provocando la fractura del apoyo con posible traumatismo protético sobre la encía (Mallat & Keogh, 1995).

2.2.8.3. Conectores mayores

Es la parte de la PPR la cual conecta la prótesis de un lado de la arcada con las del lado opuesto, son rígidas, brindan soporte, estabilidad y retención, también deben de estar de 3-5mm del margen gingival para evitar irritación, tampoco deben interferir con los tejidos blandos y duros. En lo principal distribuyen las fuerzas y minimizan las fuerzas de torsión sobre los dientes (McCracken, Carr, McGivney, & Brown, 2006).

A. Conectores mayores del maxilar superior

- a. <u>Barra palatina simple:</u> Están indicadas en p. dentosoportadas de brechas posteriores cortas en clase II de Kennedy, tienen forma de media luna, tiene buena rigidez y da comodidad al paciente por ser planas y ancha (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).
- b. <u>Barra palatina doble:</u> Estas indicados en casos dentosoportados y dentomucosoportados con buenos pilares y rebordes alveolares prominentes, es más rígida que la simple y está contraindicado en bóvedas palatinas altas ya que interfiere con la fonación (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).

- c. <u>Banda o cinta palatina</u>: Indicadas en clase III de Kennedy con brechas amplias, clase I y II con buenos rebordes residuales y pilares fuertes y en paladares ovales, se ubican en la parte central del paladar (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).
- d. <u>Placa palatina en herradura</u>: Está indicado cuando se sustituyen dientes, en torus palatino grande y cuando el paciente no tolera un conector posterior, además son poco recomendados por su flexibilidad con movimientos vestibulolinguales en extensiones libres (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).
- e. <u>Placa palatina parcial</u>: Indicadas en clase I y II donde se reemplacen además dientes anteriores, en clase III con zonas edentulas amplia, se utilizan en la mayoría de los diseños también en clase IV para dar mayor estabilidad (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).
- f. <u>Placa palatina Total:</u> este cubrirá todo el paladar, indicado en situaciones con pocos dientes remanentes anteriores, clase II con grandes espacios posteriores modificados y clase I con uno o cuatro premolares (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).

B. Conectores mayores del maxilar inferior

- a. <u>Barra lingual</u>: se utiliza cuando hay espacio entre el margen gingival lingual y el piso de boca este espacio debe ser de 8mm mínimo, indicado en clase III y clase I y II con reborde prominente y pilares fuertes (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).
- b. <u>Doble barra lingual:</u> el sistema se usa para dar estabilidad a la prótesis, para ferulizar los dientes antero inferiores y proporciona retención indirecta (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).

- c. <u>Placa lingual</u>: También llamada barra cerrada de Kennedy se extiende desde el cíngulo de los dientes anteriores hasta el surco lingual, indicado en clase I donde los rebordes residuales están severamente reabsorbidos (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).
- d. <u>Barra labial</u>: ubicada en la parte bucal en forma de media luna la cual será ubicada sobre la cresta del hueso alveolar labial, se utiliza como férula en dientes antero inferiores con problemas periodontales (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).
- e. <u>Barra sublingual:</u> se usa para evitar cubrir innecesariamente los dientes remanentes y los márgenes gingivales, indicada cuando la distancia entre el piso y el borde libre gingival es menor de 6mm (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).

2.2.8.4. Conectores menores

Son los componentes de la PPR el cual une el conector mayor con los componentes restantes de la prótesis, como por ejemplo los apoyos, los retenedores indirectos y más (McCracken, Carr, McGivney, & Brown, 2006).

Estos componentes deben ser rígidos, ubicándose en el espacio interdental para brindar estabilidad por su contacto con la superficie proximal del pilar y al momento de unirse con el conector mayor su ángulo debe ser redondeado. Cuando existen dos o más conectores próximos entre sí, debe haber una distancia mínima de 5mm entre cada uno (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).

2.2.8.5. Base protésica

Son el componente de la PPR que va a descansar sobre los tejidos blandos brindando estabilidad, retención y soporte, estas bases pueden ser de dos distintos materiales los cuales son: el acrílico y el metal, los cuales brindaran la retención para los dientes artificiales (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).

Para que una base sea ideal esta deberá tener una perfecta adaptación de los tejidos, perfecto acabado para que no lastime los tejidos subyacentes, tener una buena conducción térmica para mantener un buen estimulo tisular esta se da en la base metálica, su diseño debe ser lo más simple posible, no debe ser pesada, ser resistente a la fractura y deformaciones, poder rebasar, dar una correcta estética en zonas necesarias y que sea de bajo costo económico (Mallat & Keogh, 1995).

Las bases metálicas están indicadas en las prótesis dentosoportadas las cuales no necesiten ser rebasadas, en tramos desdentados cortos, en rebordes inferiores que sean fuertes y potentes. Una de las mayores ventajas que tiene el metal sobre el acrílico es que es más higiénico y no se abrasiona con el tiempo por el cepillado. También tendrán un mejor ajuste al ser colocadas y con el paso del tiempo estas se mantienen exactas y no cambian en la boca como las acrílicas (Mallat & Keogh, 1995; Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).

Las bases acrílicas están indicadas en dentaduras dentomucosoportadas donde exista la necesidad de realizar un rebase, también en rebordes reabsorbidos, irregulares, extracciones resientes y en rebordes que estén en constante reabsorción. También se realiza este tipo de base cuando la estética es muy importante ya que tiene un mejor acabado (Mallat & Keogh, 1995; Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).

2.2.9. Paralelizado

Es en los modelos de diagnóstico donde se debe realizar el paralelizado y el diseño preliminar de la prótesis, este paralelizado va a ayudar a ubicar en qué lugares se debe realizar cabios que sean necesarios en los dientes remanentes y la forma de las restauraciones indicadas para la confección de una PPR saludable (Loza Fernández & Valverde Montalva, 2006).

2.3. Prótesis Total (PT)

Cualquier rehabilitación total, de la misma manera que una dentición natural, ha de tener como principal objetivo que el paciente pueda desarrollar sus funciones fisiológicas correctamente, con la máxima eficacia posible y, al mismo tiempo, que estéticamente, se evite su artificialidad de manera natural, buscando alcanzar su integración, y que, a la vez, atienda a los valores estéticos de belleza dental, aquellos que denotan salud y juventud, demandados por el paciente. (Fonollosa, 2014, pág. 13)

Entre los objetivos principales para realizar una prótesis total son el recuperar las funciones perdidas, el aspecto facial del paciente y el poder conservar la salud del mismo (Winkler, 2010).

2.3.1. Concepto

Las prótesis totales son aquellas que reemplazaran todos los dientes naturales perdido como las estructuras asociadas tanto del maxilar superior e inferior, por este motivo deben ser diseñadas y elaboradas cuidadosamente para la conservación de las estructuras orales remanentes. Este tratamiento es la

última solución que se da al paciente cuando los demás tratamientos no son válidos (Winkler, 2010).

2.3.2. Exámenes en el paciente edéntulo

Los exámenes son la recolección de todos los datos del paciente para poder determinar un plan de tratamiento adecuado, dentro de los exámenes tendremos la anamnesis que aparte de la plática con el paciente la cual es fundamental también veremos y analizaremos los elementos intraorales y extraorales, los datos recolectados deben ser escritos en un documento llamado historia clínica, el cual debe ser llenado con mucho cuidado por el profesional (Telles, 2011).

El examen extraoral se realiza mientras se está haciendo la anamnesis del paciente, debemos observar el aspecto facial, la dimensión vertical, soporte del labio, altura incisal y línea de sonrisa, de igual manera realizaremos una evolución muscular del rostro y de la articulación temporomandibular (Telles, 2011).

En el examen intraoral se debe inspeccionar y palpar los tejidos blandos como: tejidos de revestimiento del reborde, lengua y mucosas, de esta manera podremos saber si existen lesión, hipertrofias, atrofias y entre otras las cuales deban ser corregidas antes de realizar el caso ya que pueden llegar a interferir con el tratamiento (Telles, 2011).

2.3.3. Patologías asociadas al uso de una prótesis total

"Las principales patologías asociadas al uso de PTs son: (1) reabsorción del reborde residual; (2) candidiasis eritematosa o atrófica crónica; y (3) hiperplasia fibrosa inflamatoria o épulis fisurado" (Telles, 2011, pág. 22).

La patología principal que se da es la reabsorción del reborde residual la cual se produce después de una extracción dentaria, en el maxilar superior después de la extracción se va a perder 2-4 mm de hueso en el primer año y 0,1 mm en los siguientes años, en cambio en la mandíbula se perderá 4-6 mm el primer años y 0,4mm los siguientes años (Telles, 2011).

2.3.4. Síndrome de la combinación de Kelly

El síndrome de combina es un problema que se da cuando un paciente es rehabilitado con una prótesis total superior y una parcial removible inferior en la cual el paciente en su mandíbula tiene los extremos libre (Clase I de Kennedy).

Dentro de este síndrome podemos encontrar diferentes alteraciones. Telles (2011) afirma:

Perdida de soporte óseo bajo la base de la PPR; reposicionamiento espacial de la mandíbula anterior; reabsorción ósea en la porción anterior de la maxila; hiperplasia inflamatoria en la región de la bóveda palatina y del fondo del vestíbulo; crecimiento de las tuberosidades maxilares; alteraciones del periodonto. (p.29)

Todas estas alteraciones pueden ser que no ocurran de manera simultánea, pero es esencial identificar cuáles son las razones y trazar un plan de tratamiento adecuado, algunas de las causas pueden ser metabólicas, hormonales y nutricionales. Uno de los tratamientos que se puede realizar para minimizar este problema es extender al máximo posible la base de la PPR en la parte de las extremidades libres posteriores, buscando límites semejantes a los de una PT en esa región (Telles, 2011).

El objetivo básico del tratamiento debe ser el establecimiento de un esquema oclusal, con el objetivo de reducir la presión excesiva en la región anterior del reborde maxilar, tanto en el posicionamiento céntrico como en los posicionamientos excéntricos. Esto se puede lograr manteniéndose los dientes anteriores sin contacto céntrico y con mínimos contactos oclusales en los movimientos excéntricos, distribuyéndose los contactos para los caninos y la región posterior de la arcada (Telles, 2011).

2.3.5. Examen por imágenes

Los exámenes radiográficos son importantes ya que este va a "ayudar al profesional a determinar la cantidad de hueso presente, la calidad de este hueso y la localización de estructuras anatómicas importantes" (Telles, 2011, pág. 43).

2.3.6. Principios biomecánicos

Entre los principios biomecánicos de una prótesis total tenemos la retención, la estabilidad y el soporte.

2.3.6.1. Retención

Es la propiedad de la prótesis de oponerse a las fuerzas de tracción y entre estas van a estar la adhesión y cohesión, tensión superficial, presión atmosférica, viscosidad de la saliva y el sellado periférico (Ozawa Deguchi, 1995).

A. Adhesión y cohesión

Cuando dos substancias diferentes entran en contacto directo, las moléculas de cada cuerpo se atraen unas a otras; así se unen las moléculas del epitelio y la base de la dentadura, realizando la adaptación. El efecto más importante es la adhesión de las moléculas de saliva a la dentadura y a los tejidos de la boca, de tal forma que la fuerza adhesiva es mayor que las fuerzas que sostienen unidas a las moléculas de la saliva. (Ozawa Deguchi, 1995, pág. 33)

B. Tensión superficial

Debido a que la capa de saliva se quiebra en dos la dentadura llega a perder su retención, una parte se quiebra en la superficie de la dentadura y el otro en los tejidos, a pesar de esto la presión atmosférica ayudara a mantener la dentadura en su posición (Ozawa Deguchi, 1995).

C. Presión atmosférica

"El efecto de la tensión superficial reduce ligeramente la presión interna de la saliva; por lo tanto, es importante excluir tanto aire como sea posible de la capa de saliva" (Ozawa Deguchi, 1995, pág. 33).

"El efecto total de la tensión superficial y la presión atmosférica se relaciona con el área cubierta por la base de la dentadura. Mientras mayor sea el área mayor será el poder retentivo" (Ozawa Deguchi, 1995, pág. 33).

D. Viscosidad de la Saliva

La principal fuente de retención de una prótesis total a la mucosa subyacente es la saliva; la saliva fluida va a generar una película súper fina entre 0.1mm de espesor, esta aumentara el efecto de capilaridad entre la mucosa y la base protésica; la saliva viscosa formara una película más espesa entre la mucosa y la base protésica, la cual tiene mayor probabilidad de romperse (Telles, 2011).

"Cuando se intenta retirar la dentadura, la viscosidad de la capa de saliva que contiene mucina detiene o se resiste a esta fuerza proporcionando una fuerza retentiva" (Ozawa Deguchi, 1995, pág. 34).

E. Sellado periférico

"La delimitación correcta de los bordes periféricos de la dentadura superior e inferior, es importante para evitar la penetración de aire y consecuentemente la ruptura de la capa de la saliva" (Ozawa Deguchi, 1995, pág. 34).

2.3.6.2. Condiciones que ayudan a la retención

- a. "Una extensión adecuada de la dentadura (sellado periférico y borde posterior)" (Ozawa Deguchi, 1995, pág. 35).
- b. "Adaptación correcta de la dentadura (grosor mínimo de la capa de saliva" (Ozawa Deguchi, 1995, pág. 35).
- c. "Una saliva de viscosidad media que pueda ser confinada a una capa delgada por las fuerzas intraorales normales" (Ozawa Deguchi, 1995, pág. 35).

d. "Una saliva de volumen adecuado" (Ozawa Deguchi, 1995, pág. 35).

2.3.6.3. Estabilidad

"La acción coordinada y equilibrada de las superficies pulidas con las presiones de los labios, carrillos y lengua generan fuerzas estabilizantes durante la función y mantienen una estrecha relación con la oclusión y la articulación de los dientes" (Ozawa Deguchi, 1995, pág. 37).

2.3.6.4. Soporte

Ayudará a que no se produzca una impactación de la prótesis sobre las estructuras de apoyo; es decir, es la capacidad de la prótesis de contrarrestar las fuerzas de compresión. Esta zona de soporte se reducirá poco a poco por la reabsorción del reborde residual. Las prótesis desajustadas que se utilizar por un largo tiempo producirán una mayor reabsorción del reborde. La reabsorción de las crestas producirá que el área de soporte de la prótesis se reduzca y la mucosa que la rodea se disminuya perdiendo su grosor y elasticidad. La consecuencia de todo esto es que el reborde será incapaz de soportar las cargas masticatorias (Castillo de Oyagü, 2009).

2.3.7. Impresiones

Las impresiones son reproducciones en negativo de los rebordes residuales y de las estructuras adyacentes, estas son indispensables y necesarias para poder realizar una correcta prótesis, la correcta toma de las impresiones nos dará una

triada protésica llamada "S-E-R" que significa soporte, estabilidad y retención (Ozawa Deguchi, 1995).

A. Impresiones Anatómicas

La toma de una buena impresión se puede realizar de diversas formas, pero no de manera cualquiera, uno de los errores más comunes al tomar una impresión anatómica es el pensar que solo nos servirá para realizar la cubeta individual, si esta impresión no es correcta los resultados pueden ser distintos y de repercusiones clínicas las cuales serán significativas (Telles, 2011).

Para una correcta impresión anatómica se debe obtener una mínima deformación de los tejidos de soporte y esto se lograra con materiales de baja compresibilidad, como el alginato (hidrocoloide irreversible), de igual manera la correcta selección de la cubeta de stock es muy importante, se debe considerar el tamaño, especialmente el ancho, como el principal criterio de selección de la cubeta de stock (Telles, 2011).

Se recomienda realizar primero la toma de impresión del maxilar inferior ya que así el paciente podrá acostumbrarse a los materiales de impresión y lo sentirá más agradable (Grunert & Crepaz, 2008).

B. Impresiones Funcionales

Las impresiones funcionales nos permiten tener un registro más claro de los elementos anatómicos de los maxilares, su reproducción debe ser exacta ya que esta nos ayudara a la fabricación de la base protésica. Una impresión funcional se considera cuando el sellado periférico se haya ejecutado de forma adecuada (Milano & Desiate, 2011; Telles, 2011).

Para la toma de impresiones funcionales se debe realizar una cubeta individual en la cual realizaremos el sellado periférico y por siguiente la impresión (Telles, 2011).

a. Cubetas Individuales

El objetivo principal de la cubeta es determinar los límites de la zona que se debe recubrir, de acuerdo con la anatomía presente, obteniendo así un sellado en toda la periferia de la base de la prótesis, la cual va a posibilitar el confinamiento de una película de saliva, logrando generar una retención protésica en la mucosa por acción de las fuerzas de adhesión, presión atmosférica y cohesión (Telles, 2011).

La realización de las cubetas individuales otorgara ciertas ventajas al tomar las impresiones funcionales. Ozawa Deguchi, 1995 afirma:

Su diseño individual facilita la adaptación; su contorno volumétrico contribuye a procedimiento más exactos; permite utilizar cantidades mínimas de material de impresión; controlan la extensión del material por toda la superficie por impresionar; al colocar el material de impresión entre la mucosa y el portaimpresion individual, se adaptan a la mucosa expulsando el aire y la saliva; correctamente extendidas, permiten la delimitación funcional del nivel muscular. (p.249)

b. Sellado periférico

"Se trata de una técnica que consiste en posibilitar a los tejidos el establecimiento de sus propias relaciones de contacto con el material

de impresión, moldeando este en sus requerimientos funcionales" (Telles, 2011, pág. 116).

Antes de realizar el sellado periférico se debe adecuar la cubeta con el fin de que exista un espacio suficiente para el material de impresión, ya que si no se da este espacio el borde de la cubeta va a empujar el material contra las inserciones de los tejidos en el fondo del vestíbulo invadiendo su espacio funcional, provocando desplazamientos de la prótesis y con el tiempo la formación de ulceras traumáticas e hiperplásicas (Telles, 2011).

2.3.8. Planos de Orientación

Los planos de orientación son aquellas que se conforman con cera; se recomienda utilizar la cera fundida ya que esta será más resistente y se pueden comprar listos, esta se utilizara para establecer con una mayor exactitud las relaciones maxilomandibulares y la adaptación de los dientes artificiales. También ayudaran a determinar los cianotipos tentativos los cuales van a ayudar al odontólogo y al técnico de laboratorio a confeccionar la PT y estos son: la línea media del arco, el soporte adecuado del labio y las eminencias de los caninos (Telles, 2011; Winkler, 2010).

"La colocación de los planos de orientación debe seguir determinadas reglas con el objetivo de disminuir la cantidad de ajustes con el paciente" (Telles, 2011, pág. 171).

Una vez colocado el rodete con su posición estándar, se le debe dar espesor, altura e inclinación. El espesor del rodete debe ser de 5 mm de ancho en el área anterior y 8-10 mm de ancho en el área posterior. Las inclinaciones correspondientes será hacia afuera la superficie anterior y un poco hacia adentro la superficie posterior, ver figura 3 (Milano & Desiate, 2011; Winkler, 2010).

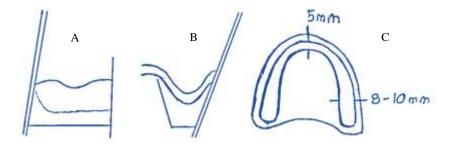


Figura 3. Espesor e inclinación del rodete de oclusión. A) Superficie anterior con inclinación hacia afuera. B) Superficie posterior con inclinación hacia dentro. C) Espesor (ancho) del rodete.

Fuente: (Winkler, 2010, pág. 183).

La altura vertical de la zona anterior del rodillo debe ser de 22 mm superiormente y 18 mm inferiormente desde el repliegue del modelo hacia la superficie oclusal del rodete, mientras que la altura vertical de la zona posterior del rodillo debe ser de 17mm superiormente y 15mm inferiormente de igual manera desde el repliegue hasta la superficie oclusal, ver figura 4 (Milano & Desiate, 2011; Winkler, 2010).

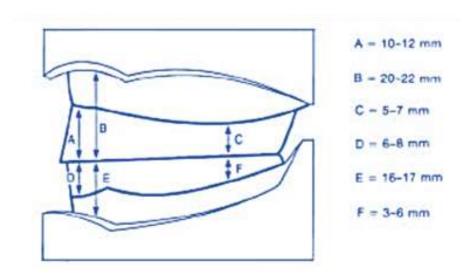


Figura 4. Dimensiones de la altura del rodete de oclusión del maxilar superior e inferior.

Fuente: (Winkler, 2010, pág. 183).

2.3.9. Individualización del plano de orientación superior

La corrección del plano de orientación superior se relaciona con el segmento anterior y los dos segmentos posteriores, los cuales van a obedecer a parámetros estéticos (Milano & Desiate, 2011; Telles, 2011).

A. Soporte labial

Para el correcto reposicionamiento de los músculos orbiculares el cual es esencial para un perfil armónico del paciente edéntulo, se debe corregir el rodete superior teniendo como referencias los surcos nasolabiales y los ángulos bucales (Milano & Desiate, 2011; Telles, 2011).

El soporte labial dependerá de la curvatura del rodete, por este motivo debemos observar si la curvatura estándar que nos da el laboratorio es satisfactoria o si es excesiva o insuficiente, por ende se deberá realizar la corrección retirando o aumentando cera de la parte anterior de la zona vestibular. Cuando la curvatura es insuficiente, los surcos nasolabiales van a ser profundos y los ángulos bucales están en decadencia casi como si el rodete no estuviera en boca; en cambio cuando la curvatura es excesiva los surcos nasolabiales van a aplanarse hasta llegar a desaparecer mientras que los ángulos van a verse estirados (Milano & Desiate, 2011).

B. Altura Incisal

Esta será diferente en cada paciente y es la porción visible de los dientes y el rodete estando el labio superior en reposo, el tipo de labio sea recto, arqueado o caído también podrán determinar la posición y el tamaño de los dientes. La visibilidad del rodete puede estar ausente la cual es contraindicada ya que no va a poder mantener el soporte labial, puede ser modesta en donde el rodete se vea solo 1mm y puede ser importante donde se puede ver 2 o más mm del rodete. Para su visibilidad se modula dependiendo de la edad y del sexo del paciente, siendo máxima en edades jóvenes y en mujeres y mínima en edades avanzadas y en hombres (Milano & Desiate, 2011; Telles, 2011).

C. Línea de sonrisa

Es aquella curva que se forma ligeramente ascendiente de los dientes naturales que acompaña al borde del labio inferior, esta armonía se consigue cuando el plano oclusal es paralelo al plano de Camper y a la línea bipupilar. Para poder seguir estas referencias craneométricas se utilizara la platina de fox y regla, la cual nos ayudara a ver su paralelismo. También existe la sonrisa invertida la cual es aquella en donde el plano oclusal se posiciona más abajo y la parte anterior más alto produciendo una relación antiestética con el labio inferior (Telles, 2011).

D. Corredor bucal

El corredor bucal o también llamado túnel de sombra, es el espacio que existe entre la superficie vestibular de los dientes y la mucosa interna de la mejilla, este espacio es influenciado por la posición y la inclinación de los caninos y es esencial para crear una sonrisa natural (Telles, 2011).

E. Línea media

Es la línea que pasa por el centro del rostro y se traza de forma vertical al plano de oclusal, esta es importante colocarla para saber la posición de los incicsivos centrales (Telles, 2011).

2.3.10. Relaciones Intermaxilares

Forman parte de las relaciones intermaxilares la dimensión vertical y la relación céntrica, estas determinarán la posición espacial de la mandíbula en relación al maxilar (Milano & Desiate, 2011).

2.3.10.1. Dimensión Vertical

Es aquella que indicara la altura del tercio inferior del rostro. Es la relación espacial de la mandíbula en relación al maxilar en el plano vertical. Existen distintas dimensiones verticales que son: la dimensión vertical en reposo (DVR), dimensión vertical fonética mínima (DVFM) y la dimensión vertical en oclusión (DVO) (Milano & Desiate, 2011; Telles, 2011).

La DVR corresponde a la distancia nasomentoniana cuando no se está deglutiendo o hablando y la mandíbula está en posición de reposo. La DVFM corresponde a la distancia nasomentoniana cuando se va a pronunciar el fonema "S", para este se produce el descenso mandibular que permitirá el paso de aire y, por lo tanto, la articulación del sonido. La DVO corresponde a la distancia nasomentoniana cuando los dientes o los rodetes están en contacto oclusal (Milano & Desiate, 2011).

La diferencia entre DVR y DVO se llama espacio libre fisiológico, la cual es indispensable ya que garantiza la integridad de las estructuras músculo-articulares y osteomucosas, es un espacio de 2 a 3 mm el cual es apropiado. La diferencia entre DVFM y DVO se denomina espacio fonético mínimo, siempre es menor al espacio libre fisiológico y es de 1 mm de amplio (Milano & Desiate, 2011).

A. Métodos de determinación

Son cuatro diferentes métodos los cuales van a determinar la DVO. Método métrico, el cual se medirá por medio de un compás de Willis desde el canto externo del ojo hasta la comisura labial, la cual debe de ser igual desde el punto subnasion al gnation y se deberá disminuir de esta distancia de 3 a 4 mm que corresponde al espacio funcional libre, para así establecer la altura en la cual el plano de orientación inferior debe ser ajustado para llevarlo a DVO. Método fisiológico, con la compás de Willis se medirá la altura del tercio inferior facial con la mandíbula en reposo y se disminuirá de 3-4 mm para llevar a DVO el plano de orientación inferior. Método estético, se basa en la reconstrucción facial, teniendo la armonía del tercio inferior del rostro por medio de la DVO. Método fonético, se solicita al paciente que pronuncie sonidos sibilantes (Telles, 2011).

2.3.10.2. Relación Céntrica

La posición más posterior de la mandíbula en relación al maxilar en el plano horizontal, determinada por los músculos y ligamentos que actúan sobre el complejo cóndilo/ disco de la ATM. Independientemente de los

contactos dentarios, con los cóndilos en la posición más anterior en la cavidad glenoidea, contra la vertiente posterior de la eminencia articular. (Telles, 2011, pág. 195)

La posición de la mandíbula con el número máximo de contactos dentarios se denomina Máxima Intercuspidación Habitual (MIH), cuando la MIH ocurre en RC se considera que el paciente posee una Oclusión en Relación Céntrica (ORC) considerada la posición ideal. Existen diferentes métodos para obtener la relación céntrica y entre estos están la de manipulación, fisiológico, mecánico y gráfico (Telles, 2011).

A. Métodos de determinación

El método de manipulación consiste en ayudarse con una o las dos manos para llevar la mandíbula a la posición más retraída. Método fisiológico funcionara mejor con la aplicación de otros métodos como la de manipulación, una técnica será pedirle al paciente que con la punta de la lengua toque su paladar, con esta técnica se puede dirigir el cierre de la mandíbula durante la manipulación y otra técnica será la de deglución, aquí al momento que el paciente traga saliva la mandíbula es llevada a la posición que asume al momento de la deglución y esa es la posición ideal. Método mecánico consiste en utilizar tiras de Long o el jig de Lucia, los cuales se colocan en la región anterior de la mandíbula para impedir los contactos dentarios posteriores y llevarlo a la posición más retraída. El método más complejo será el gráfico ya que se necesita dispositivos especiales para determinar la trayectoria de los movimientos mandibulares (Telles, 2011).

2.3.11. Instalación de la prótesis total

"Momento en el cual se puede definir el destino del tratamiento en todos los aspectos que dependen de una manutención adecuada" (Telles, 2011, pág. 281).

Debemos ver los ajustes primero de la base de la prótesis ya que esta está en contacto con la mucosa, son puntos que el paciente refiere presión y dolor, después se verá los ajustes oclusales (Telles, 2011).

A. Ajustes preventivos en la base de la prótesis

"Se debe inspeccionar la base de la prótesis visualmente y mediante la sensación táctil para detectar irregularidades o asperezas que puedan traumatizar a la mucosa. Se deben remover tales irregularidades y pulir las asperezas" (Telles, 2011, pág. 281).

B. Ajuste oclusal en prótesis total

"Debe existir por lo menos un contacto en cada cúspide céntrica con su fosa antagonista correspondiente. En los movimientos laterales de excursión de la mandíbula (...), debe haber contactos de todos los dientes antagonistas a partir de los caninos" (Telles, 2011, pág. 282).

Cuando una cúspide tiene un contacto prematuro en céntrica y también en lateralidad se deberá desgastar la cúspide en cuestión, pero cuando la cúspide tiene un contacto prematuro en céntrica y esta equilibrada en lateralidad se debe ajustar el contacto céntrico desgastando la fosa antagonista (Telles, 2011).

C. Orientaciones al paciente

Para el éxito de una prótesis total convencional son los cuidados de higiene y mantenimiento de la prótesis (Telles, 2011).

a. Como higienizar la prótesis total

Cuando la prótesis llega del laboratorio presenta un grado de contaminación por los diversos instrumentos que el laboratorista utiliza, por este motivo se pide al paciente hacer la higienización de la prótesis las cuales pueden ser de forma mecánica o química. La mecánica consiste en el cepillado de la prótesis con un jabón neutro o dentífricos. Entre las soluciones químicas las más utilizada debido a que es fácil de preparar por el propio paciente es la dilución de 15ml de hipoclorito de sodio con 3% de agua para las PT, esta dilución no se debe realizar e prótesis metálicas ya que la puede manchar o corroer (Telles, 2011).

b. Higienización de boca sin dientes

"Con un cepillo con cerdas suaves, el paciente debe cepillar y masajear la lengua, la encía y el paladar para eliminar la placa bacteriana y los residuos alimentarios, estimulando la circulación" (Telles, 2011, pág. 288).

2.3.12. Cuidados posteriores

El simple hecho de la colocación de la prótesis no significa que terminara el tratamiento; es en las primeras semanas debido al entorno social del paciente

que influye en la aceptación o el rechazo y con ello el éxito o fracaso del mismo (Grunert & Crepaz, 2008).

Para que el paciente se adapte a la prótesis es necesario que pase un tiempo, por este motivo el paciente pasa por distintas fases (Grunert & Crepaz, 2008).

A. Fase de adaptación

El paciente va a enfrentar una nueva situación, en algunos casos el paciente desarrollara una aversión a su prótesis y hasta en ocasiones a su odontólogo. El paciente siente su prótesis voluminosa, por ser cuerpo extraño la secreción de saliva va a aumentar, dificultades al hablar, puntos de presión y la adhesión de la prótesis todavía no es óptima (Grunert & Crepaz, 2008).

B. Fase de asimilación

"Disminuyen las molestias y la sensación de cuerpo extraño, los tejidos blandos se adaptan a contornos y espacios, el portador aprende a manejar la prótesis" (Grunert & Crepaz, 2008, pág. 186).

C. Incorporación total

"El paciente se ha acostumbrado a las prótesis y las percibe como una herramienta valiosa. El paciente puede masticar bien y ha aceptado la dentadura postiza como parte de su cuerpo" (Grunert & Crepaz, 2008, pág. 186).

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

3.1. Historia Clínica

"La historia clínica es un instrumento médico-legal que nos proporciona información sobre el estado de salud de los pacientes, por tal motivo es indispensable llenarla adecuadamente y recabar todos los datos necesarios" (Ibánez Mancera, 2015, pág. 1).

A. Datos personales

- a. Nombres y Apellidos del paciente: Chanatasig Gonzalo Rene.
- b. Sexo: Masculino.
- c. Fecha de nacimiento: 02/10/1941.
- d. Edad: 78 años.
- e. Dirección: Calderón.
- f. Ocupación: Jubilado.

B. Motivo de consulta

Paciente refiere "Quiero ponerme dientes"

C. Enfermedad o Problema Actual

Paciente Masculino de 78 años de edad refiere tener sensibilidad al tomar cosas frías, sangrado al momento de cepillarse los dientes, dificultad para comer alimentos ya que no posee dientes.

D. Antecedentes personales

Paciente refiere tener gastritis.

E. Antecedentes familiares

Paciente no refiere antecedentes familiares.

F. Signos vitales

a. Presión arterial: 141/79 mmhg

b. Frecuencia Cardiaca: 78 latidos/min

c. Frecuencia Respiratoria: 22 respiraciones/min

d. Temperatura: 35.9 grados ° C

G. Examen clínico extraoral

Se puede observar que el paciente tiene perdida de la dimensión vertical y también protrusión mandibular (Figura 5).



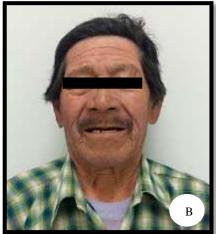
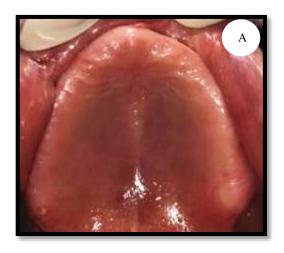




Figura 5. Análisis fotográfico extraoral. A) Fotografía de frente. B) Fotografía de sonrisa. C) Fotografía perfil derecho.

Elaborador: Rita Molina 2017.

H. Examen clínico intraoral



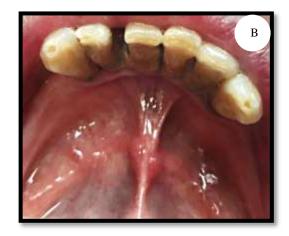






Figura 6. Análisis fotográfico Intraoral. A) Arcada superior. B) Arcada inferior. C) Perfil derecho de ambas arcadas. D) Perfil izquierdo de ambas arcadas.

Elaborador: Rita Molina 2017.

Tabla 2. Examen Intraoral

Componentes del Sistema Estomatognático	Alteraciones o patologías aparentes
Labios	Flacidez
Mejillas	Normal
Maxilar superior	Ligera reabsorción del reborde residual en la región de los molares.
Maxilar Inferior	Reabsorción del reborde residual.
Lengua	Normal
Paladar	Normal
Piso	Normal
Carrillos	Normal
Glándulas salivales	Normal
Oro faringe	Normal
A.T.M.	Normal
Ganglios	Normal

Elaborador: Rita Molina 2017.

A. Odontograma

En el maxilar superior el paciente presenta ausencia de todos los dientes (desdentado total).

En el maxilar inferior el paciente presenta ausencia de los dientes 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 4.4., 4.5, 4.6, 4.7, 4.8, presencia de caries en las siguientes piezas: 3.3M, 3.2D, 4.2VDL, 4.3VM. Placa y recesiones de los dientes: 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, y 4.3. Movilidad grado 1 de los dientes: 3.1, 4.1 (Figura 7).

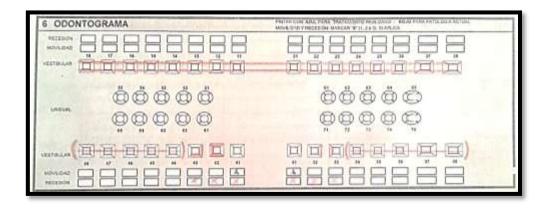


Figura 7. Odontograma.

Fuente: Clínica UIDE. Elaborador: Rita Molina 2017.

B. Indicadores de salud bucal

En el paciente se observa gran cantidad de placa supra y subgingival, calculo y al pasar con la sonda presenta sangrado

El registro del paciente se observa en la figura 8 y también podemos observar clínicamente en la figura 9.



Figura 8. Indicadores de Salud Bucal

Fuente: Clínica UIDE. Elaborador: Rita Molina 2017.





Figura 9. Presencia de placa y cálculo.

Elaborador: Rita Molina2017.

3.2. Diagnóstico Presuntivo

Paciente de 78 años de edad, sexo masculino, que presenta edentulismo total superior y parcial inferior, caries en 3.2, 3.3, 4.2 y 4.3, presencia de enfermedad periodontal, movilidad dentaria en las piezas 3.1 y 4.1.

3.3. Exámenes complementarios

A. Examen radiográfico

Se solicitó una radiografía panorámica al paciente, esta radiografía nos ayuda a tener una visión general de la cavidad oral que presenta el paciente. Se puede observar en el maxilar superior la perdida de altura ósea.

En el maxilar inferior de igual manera podemos ver la pérdida de altura ósea, presencia de los dientes 3.1., 3.2, 3.3, 4.1, 4.2 y 4.3, con buen soporte óseo (Figura 10).



Figura 10. Radiografía Panorámica.

Fuente: Xplora. Elaborador: Rita Molina 2017.

3.4. Diagnóstico Definitivo

Mediante los exámenes complementarios y los exámenes intraorales el paciente masculino de 78 años de edad con problemas de gastritis presenta periodontitis crónica localizada severa, edentulismo total superior y parcial inferior con clasificación I de Kennedy, caries tipo III según Black en los dientes 3.3, 3.2, 4.3 y tipo IV según Black en el diente 4.2 y movilidad dental en las piezas 3.1 y 4.1 de grado 1 según Miller.

3.5. Plan de Tratamiento Integral Ideal

Tabla 3. Etapas de la planificación del tratamiento

Etaj	pas de la planificación del tratamiento
Resolución de	El paciente no refiere ningún dolor que se deba resolver
Urgencias	como urgencia.
	Fisioterapia oral y motivación: se realiza el tratamiento de
	raspado y alisado radicular ya que el paciente presenta
Control de la infección	bolsas, enseñar al paciente la manera correcta de cepillar
y reinfección bucal.	sus dientes, el uso del hilo dental y de colutorios.
	Inactivación de las lesiones cariosas en los dientes 3.1,
	3.2, 3.3, 4.1, 4.2 y 4.3
Control del medio	Se le recomienda al paciente comer más saludablemente y
condicionante	evitar comer demasiados dulces.
Refuerzos o	No fue necesario
modificación del	
huésped	
Control de las	No fue necesario
infecciones no	
resueltas como	
urgencias	
	Prótesis total superior.
Rehabilitación	Prótesis removible inferior con material de cromo-
	cobalto.
	Al colocar las prótesis se monitorea a las 24 horas a las 72
Monitoreo	horas y los 8 días.
	Por la parte periodontal se monitorea cada 3 meses.

3.6. Implicaciones Éticas

Es la historia clínica y el consentimiento informado, antes de comenzar cualquier tratamiento se debe explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar dándole a conocer sus beneficios y riesgos. Es importante recalcar que el paciente y sus responsables autorizaron que cualquier tratamiento realizado se pueda publicar en este trabajo de titulación.

3.7. Desarrollo del Tratamiento Preliminar

Son tratamientos los cuales se deben realizar antes de cualquier procedimiento de rehabilitación sean estos operatorios, periodontales, quirúrgicos y endodónticos.

A. Tratamiento Periodontal

Para un correcto tratamiento periodontal se debe realizar con entera minuciosidad el P.S.R. (registro periodontal simplificado), el índice de placa (O'Leary) y el periodontograma ayudándonos también con los exámenes complementarios que son las radiográficas tanto panorámicas como periapicales. (Figura 11y 12).

Para el tratamiento se deben seguir 4 fases principales

- a. Fase sistémica: no fue necesaria.
- b. <u>Fase higiénica</u>: Motivación y fisioterapia oral, se realizará la terapia básica periodontal con raspado y alisado radicular con diversos instrumentos (sonda periodontal, el ultrasonido y las curetas de Gracey) (figura 12). Se enseñará al paciente la técnica de cepillado, uso del hilo dental y la utilización de colutorios.

- c. <u>Fase correctora:</u> se remitirá con el especialista para operatoria y rehabilitación oral.
- d. <u>Fase de mantenimiento:</u> se debe hacer controles cada 3 meses.







Figura 11. Registró periodontal simplificado y detartraje. A) P.S.R. B y C) Eliminación de cálculo con ultrasonido.



Figura 12. Sondaje y raspado y alisado radicular. A y B) ausencia de tártaro. C) Sondaje con la sonda periodontal D) Raspado y alisado radicular con curetas de Gracey.

B. Tratamiento de Operatoria Dental

Paciente presenta lesiones cariosas de tipo III según Black en los dientes 3.3, 3.2, 4.3 y tipo IV en el 4.2. Para realizar las restauraciones en aquellos dientes se sigue un determinado orden. Retiramos el tejido contaminado (caries) con una fresa redonda o con una cucharilla maillefer, al retirar todo el material carioso se conforma la cavidad con una fresa troncocónica. Se desinfectara la cavidad con clorhexidina para a continuación colocar un material de base, en este caso el Ketac Molar, después se coloca ácido fosfórico por 15 segundos en esmalte y 5 en dentina para después lavar con abundante agua por 20 a 30 segundos y secamos, colocamos el adhesivo con un microbrush, pasamos aire y fotopolimerizamos con luz halógena para después ir colocando el material restaurador

(resina o composite) por capas para evitar la contracción fotopolimerizando cada una de ellas para al final pulir con discos de pulido o discos Sof-Lex (Figura 13).



Figura 13. Tratamiento de operatoria dental. A) eliminación de la caries con fresa. B) eliminación de la caries con cucharilla maillefer. C) desinfección con clorhexidina. D) Grabado acido. E) colocación de adhesivo con microbrush. F) colocación de resina con espátula de acero. G) Diente restaurado. H, I

67

y J) pulido de resina mediante discos de pulido del más grueso al más fino. K) se da brillo a la resina

con diamond polish.

Elaborador: Rita Molina 2017.

3.8. Desarrollo del Tratamiento de Rehabilitación Oral

La realización del tratamiento de rehabilitación al igual que otros tratamientos

de diferentes especialidades odontológicas debe seguir paso a paso cada

procedimiento sin obviar ninguna de ellas para así llegar al resultado esperado.

En este caso al paciente se le va a realizar una prótesis total superior y una

removible inferior de cromo-cobalto, por lo que a continuación vamos a ir

especificando cada paso de este tratamiento.

3.8.1. Toma de impresiones anatómicas

El primer paso que se debe hacer es la selección de la cubeta para de ahí

seguir con la mezcla del alginato la cual se realizara con una espátula de plástico

y una taza de caucho, colocamos las proporciones correctas de material y agua

y realizamos la mezcla llegando a obtener una consistencia uniforme y no tan

liquida, colocamos la mezcla en la cubeta y llevamos a boca, con la ayuda de

nuestros dedos sin dejar de sostener la cubeta procedemos a estirar las mejillas

y el labio hacia afuera, este movimiento nos ayudara a que ningún tejido blando

se interponga entre el alginato y el reborde obteniendo así una mejor copia de

los tejidos, esperamos que el material se solidifique y retiramos (Figura 14).

Una correcta impresión es aquella que no tiene burbujas, se observara una

correcta impresión de los frenillos, márgenes uniformes y una extensión

correcta de la misma, ver figura 14 (Telles, 2011).



Figura 14. Toma de impresiones anatómicas. A) Toma de impresión superior realizando movimientos de la mejilla hacia afuera. B) impresión anatómica inferior.

3.8.2. Delimitación del campo protésico

Una vez vaciado las impresiones anatómicas con yeso amarillo vamos a tener como resultado los modelos anatómicos en los cuales se van a confeccionar las cubetas individuales, para este paso primero con un lápiz se debe delimitar el campo protético que será el fondo de vestíbulo, las inserciones musculares y frenillos. (Figura 15 y 16).

Se debe proporcionar ligeros alivios en áreas retentivas del modelo ya que esta nos ayudara a la remoción del modelo de trabajo de la cubeta individual, estos ligeros alivios se realizaran con cera. (Figura 15).

A. Delimitación del campo protésico de la prótesis total superior

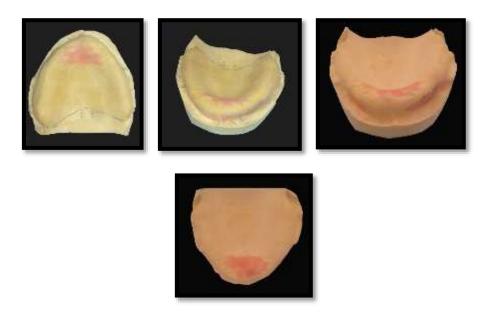


Figura 15. Modelos de yeso anatómicos con sus respectivos límites anatómicos y colocación de cera en áreas retentivas.

Elaborador: Rita Molina 2017.

B. Delimitación del campo protésico de la prótesis parcial inferior



Figura 16. Modelos de yeso anatómicos con sus respectivos límites anatómicos.

3.8.3. Diseño del modelo inferior para la prótesis parcial removible

El siguiente diseño se realizó tomando en cuenta la necesidad del paciente.

Se le realizo un conector mayor tipo placa lingual o también llamada barra cerrada de Kennedy con retenedores indirecto de tipo "Y" en los caninos. (Figura 17).

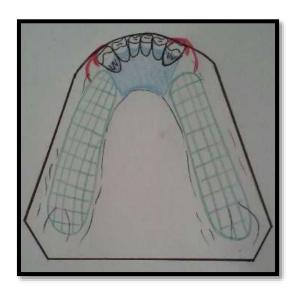


Figura 17. Diseño de la PPR.

Elaborador: Rita Molina 2017.

3.8.4. Realización de las cubetas individuales de las prótesis superior e inferior

Para poder tomar una impresión funcional para nuestra prótesis primero se debe confeccionar una cubeta individual sobre los modelos anatómicos previamente ya vaciados y situando sus alivios, esta cubeta se la puede realizar con diferentes materiales pero en este caso se utilizó la resina acrílica autopolimerizable.

La confección de la cubeta individual se realizara prensando resina acrílica en la fase plástica entre dos losetas de vidrio, previamente aisladas con vaselina, y con monedas o trozos de láminas de cera en las extremidades, para servir como control del espesor; se mantendrá la resina adaptada sobre el modelo y se retirara los excesos los cuales servirán para formar el mango de la cubeta, ver figura 18 y 19 (Telles, 2011).

Una vez que la cubeta haya terminado su polimerización se retirar del modelo de yeso para proceder a recortar los excesos faltantes con un pimpollo y pulirla con un kit de pulido de acrílico.



Figura 18. Cubeta Individual de la prótesis total superior.



Figura 19. Cubeta individual de la prótesis parcial removible inferior.

3.8.5. Sellado periférico e impresiones funcionales

El material con el que se realizara este sellado será la godiva de baja fusión la cual se calentara con una lámpara de alcohol, se colocara primero en la parte posterior lateral de la cubeta se la pasar por agua caliente y se llevara a boca estirando las mejillas hacia fuera, este procedimiento se realizara en cada paso del sellado periférico y solo cuando pongamos la godiva en la parte de la bóveda palatina se le pedirá al paciente que diga "ah" para tener un correcto sellado así al finalizar todo el sellado periférico correcto de la cubeta se provocara un efecto de succión (Figura 20 y 21).

Para un correcto sellado periférico la godiva tiene que tener bordes redondeados, lisos sin rugosidades o pliegues, y opacidad la cual indica que estuvo en contacto con los tejidos durante su enfriamiento (Telles, 2011).

Entre los materiales más utilizados para la toma de impresiones funcionales tenemos las pastas a base de óxido de zinc y eugenol también llamadas zincenólicas o zinc-eugenólicas y los elastómeros (Telles, 2011).

Se tomara la impresión funcional con la cubeta individual previamente echa con su sellado periférico, utilizaremos la pasta zinc-enólica la cual mezclaremos sobre una loseta de vidrio colocando las dos pastas por cantidades iguales y mezclamos hasta conseguir una adecuada consistencia, colocamos la mezcla en la cubeta y llevamos a boca tomando en cuenta los mismo cuidados que para la toma de una impresión anatómica, una vez fraguado se retira y se manda a laboratorio. (Figura 20).

A. Sellado periférico e impresiones funcionales de la prótesis total superior

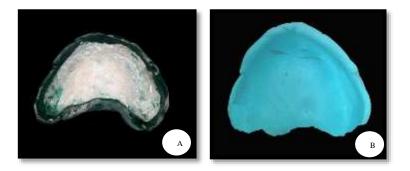


Figura 20. Sellado periférico e impresión definitiva para prótesis total superior. A) Terminación del sellado periférico. B) Toma de impresión definitiva con pasta zinquenolica.

B. Sellado periférico e impresiones funcionales de la prótesis parcial removible inferior

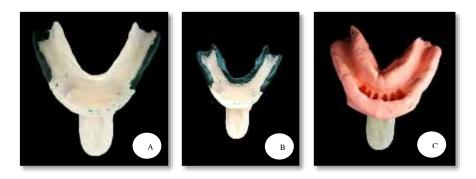


Figura 21. Sellado periférico e impresión definitiva para prótesis parcial removible. A) Sellado periférico por vestibular. B) Sellado periférico completo. C) Toma de impresión definitiva con alginato.

Elaborador: Rita Molina 2017.

3.8.6. Individualización del plano de orientación superior.

Una vez obtenido el modelo superior con su rodete o rodillo de oclusión podremos individualizar el plano de orientación mediante la ayuda de un instrumento llamado platina de fox y regla.

Antes que nada se deberá modificar el rodete con la ayuda de una espátula de yeso y una lámpara de alcohol, se calentara la espátula de yeso y procederemos a modificar el rodete, la longitud anterior del rodete se debe reducir de 1-2 mm aproximadamente por debajo del margen inferior del labio, en la parte posterior a la altura del primer molar se debe reducir el rodete a un cuarto de pulgada por debajo del conducto de Stensen, una vez modificado el rodillo se modificara el plano de oclusión, como mencione en el párrafo anterior este se modificara con la ayuda de la platina de fox y regla; los planos de oclusión debe ser paralelo a una línea proyectada desde el ala de la nariz al

margen superior del tragus del oído también llamado línea de Camper y visto de frente, el plano oclusal también debe ser paralelo a la línea interpupilar, ver figura 22 y 23 (Winkler, 2010).

Una vez realizado todo el procedimiento adecuado se podrá montar en el arco facial para llevar al articulador.



Figura 22. Rodetes de cera de la prótesis total superior.

Elaborador: Rita Molina 2017.



Figura 23. Análisis de orientación de rodete superior. A) Proporciones paralelas entre plano de camper y el rodete. B) Paralelismo entre línea bipupilar y rodete. C) medición de la dimensión vertical.

3.8.7. Prueba de esqueleto de la prótesis parcial removible

Una vez que el laboratorio nos entregó el esqueleto debemos constatar que el diseño de la prótesis sea el mismo que nosotros mandamos, observaremos el diseño colocado tanto en el modelo maestro (Figura 24) como en el paciente.

Probaremos el esqueleto de la prótesis en el paciente (Figura 25) y veremos que la estructura sea estable y pediremos la opinión del paciente para ver cómo se siente con la prótesis si no le molesta en algún lado y si siente comodidad con la misma.



Figura 24. Esqueleto metálico con rodetes de altura en el modelo maestro.

Elaborador: Rita Molina 2017.



Figura 25. Prueba de esqueleto metálico en boca.

3.8.8. Selección de los dientes artificiales

Para la selección de los dientes artificiales no vamos a basar en diferentes características como la forma del rostro, el biotipo y forma de reborde (leptosómico, atlético, pícnico), el sexo (hombre: dientes más rectos y vigorosos, mujeres: dientes más suaves y redondeados), edad y el color (Telles, 2011).

Para la selección del color de los dientes en este caso nos vamos a ayudar con los dientes presentes en el maxilar inferior, cogeremos el colorímetro que en este caso será el de Chromascop y a la luz natural del día se seleccionará el color, en el caso de este paciente su color seleccionado fue el 2E. (Figura 26).





Figura 26. Selección del color de dientes con el colorímetro Chromascop de ivoclar vivadent.

Elaborador: Rita Molina.

También nos ayudaremos con los rodetes ya que una vez que finalizamos y dimos los planos de orientación vamos a marca líneas que nos ayudaran a escoger las dimensiones de los dientes que necesita nuestro paciente.

Primero marcaremos la línea media, esta nos ayudará a la separación de los incisivos centrales, segundo paso marcaremos la línea de los caninos son líneas que se ubican con las prolongaciones del ala de la nariz y las comisuras de la

boca y representaran la posición aproximada de la superficie distal de los caninos y por tercer paso marcaremos la línea de sonrisa la cual se obtiene pidiendo al paciente que sonría, esta línea nos mostrara hasta donde llegara la posición de los cuellos; todas estas referencias anatómicas nos ayudaras a ver las dimensiones tanto mesio-distal como ocluso-cervical de los dientes, ver figura 27 (Milano & Desiate, 2011; Winkler, 2010).



Figura 27. Líneas anatómicas de referencias para la selección de dientes.

Elaborador: Rita Molina 2017.

3.8.9. Montaje en el articulador

Para el montaje del modelo superior en el articulador se usará una herramienta llamada arco facial, esta herramienta nos ayudara a determinar una aproximación de la distancia intercondílea, la cual podría tener algún influjo en la necesidad de modificar la anatomía dentaria en relación con los movimientos de excursión (Telles, 2011).

Imaginándose que los articuladores fueron proyectados para simular las posiciones y movimientos de la mandíbula en relación al maxilar, y que las mismas son en parte definidas por el posicionamiento espacial de los arcos dentarios respecto a las ATMs, se utiliza el arco facial para registrar ese posicionamiento en el paciente y transferirlo hasta el articulador. (Telles, 2011, pág. 203)

Sujetamos el plano de cera al tenedor centrándolo correctamente y llevamos a boca del paciente para verificar, pedimos al paciente que sostenga el tenedor con las dos manos sin mover para nosotros comenzar a armar el arco facial, una vez armado el arco facial este debe sostenerse solo en el paciente, después desajustamos los tornillos del nación y de los meatos auriculares y procedemos a montar en el articulador (Figura 28 y 29).

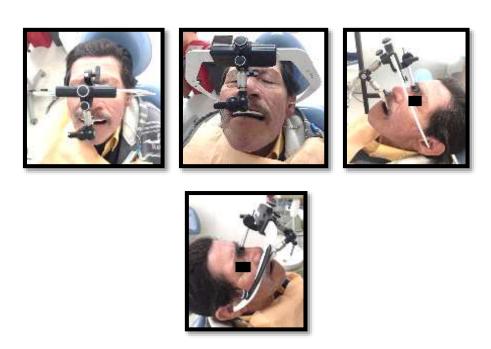


Figura 28. Arco facial en el paciente para montaje en el articulador.

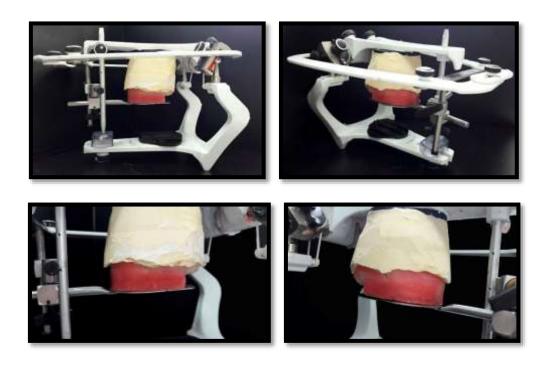


Figura 29. Modelo superior montado en articulador con el arco facial.

Para montar el modelo inferior en el articulador debemos primero adaptar los dos rodetes tanto superior como inferior en el paciente, pondremos los dos rodetes paralelos entre si hasta lograr que estos se puedan cerrar regularmente, después controlaremos la dimensión vertical y la fonética, para esto observar en el paciente el cierre de los labios y el perfil labial de frente y lateralmente que sean armónicos y relajados, también controlaremos la dimensión vertical, todo esto nos ayudara a saber que la adaptación y el control de los rodetes siguen aspectos métricos, fonéticos y estéticos (Grunert & Crepaz, 2008).

Una vez realizados todos estos pasos montaremos el modelos inferior, para este tendremos que tomar un registro de mordida esta podremos hacerla con los rodetes mismo crenado pequeñas brechas y calentando un poco para que se peguen y queden en el lugar para llevar al articulador (Figura 30).



Figura 330. Adaptación de los rodillos de cera.

Una vez en el articulador antes de colocar el cemento nos aseguramos de que los modelos no lleguen a moverse y para esto podremos utilizar poniendo grapas a cada lado, la cual vamos a calentar para poder insertarlas en la cera así tendremos una mayor seguridad para poder colocar el cemento (Figura 31).









Figura 31.: Montaje del modelo inferior en el articulador.

3.8.10. Prueba en cera de la prótesis total superior y removible inferior.

Una vez que el laboratorio nos entregue nuestros modelos montados en el articulador y con el encerado de dientes procederemos a realizar las pruebas necesarias en el paciente (Figura 32).

Al colocar las prótesis de cera vamos a ver que estás tengan el efecto de succión y no se caigan, también vamos a ver la visibilidad de los dientes, la curva de sonrisa, los corredores bucales, la oclusión, también pediremos al paciente que diga algunas palabras que involucren la letra "s" y una vez que todo este correcto mandaremos al laboratorio a acrilizar las prótesis.



Figura 32. Encerado de prótesis total superior y removible inferior en el articulador.

Elaborador: Rita Molina 2017.

3.8.11. Colocación de las prótesis y ajustes oclusales

Colocaremos las prótesis en el paciente y con la ayuda de papel de articular vamos a ir haciendo el ajuste oclusal pidiendo que realice movimientos de lateralidad y de atrás hacia delante (Figura 33, 34 y 35).





Figura 33. Prótesis terminadas montadas en el articulador.







Figura 34. Colocación de prótesis terminada en el paciente





Figura 35. Ajuste Oclusal.

3.8.12. Entrega de prótesis al paciente

Es la fase final de la elaboración de las prótesis, aquí es donde daremos al paciente finalmente las prótesis que con tanta paciencia y ansia a esperado, primero tendremos que explicar al paciente que al principio se sentirá un poco extraño que será difícil comer y hablar con ellas ya que son cuerpos nuevos dentro de su aparato estomatognático y que se va ir acostumbrando poco a poco hasta que no sienta ninguna molestia, también le instruiremos en el cuidado tanto de la prótesis como de su cavidad bucal.







Figura 36.: Resultado final. A) antes de la rehabilitación del paciente. B y C) después de la rehabilitación del paciente.



Figura 37.: Trabajo realizado en la clínica de especialidades odontológicas UIDE con la Dra.

Betancourt, paciente el Sr. Chanatasig y la estudiante Rita Molina.

DISCUSIÓN

Una de las características más importantes que encontramos en los adultos mayores es la atrofia del reborde alveolar la cual aumenta con patologías como la enfermedad periodontal y la ausencia de las piezas dentarias, se realizaron estudios los cuales aún son insuficientes para demostrar que los individuos portadores de prótesis tienden a tener una mayor reabsorción, pero esta parece estar influencia por la mal nutrición (Roisinblit, 2010). La realización de un correcto diagnóstico clínico y radiográfico nos permitirá tener un mayor conocimiento para realizar un tratamiento exitoso, así fue el caso de nuestro paciente en donde se obtuvo una historia clínica completa y detallada y un análisis radiográfico en donde se puedo observar la cantidad y tipo de hueso en el que se iba a trabajar. De esta manera se dieron diferentes puntos de vista profesionales, en el cual, al principio se decidió la ejecución de una PT superior y una PPR inferior con la extracción de las piezas centrales inferiores, pero se consideró otros factores esenciales como la parte afectiva que el paciente tenía y el no querer extraerse sus piezas dentales, por este motivo se comunicó al paciente las consecuencias y posibilidades que podría tener en un futuro. Se espera que con la concientización de realizarse una mejor limpieza tanto bucal como protésica el tratamiento perdure.

Moreira Díaz (s.f.) refiere que la nutrición es la asimilación y la incorporación de nutrientes los cuales no son sintetizados por el organismo en cantidades necesarias por lo cual se integran en la dieta y la mal nutrición se divide en dos, el exceso de alimentos que llevan a la obesidad que existe en países desarrollados y por otro lado la carencia de alimentos que se da en países pobres el cual conduce a la malnutrición. Muchos individuos de la tercera edad que pertenecen a clases sociales bajas como en el caso de nuestro paciente, no tienen la capacidad económica de realizarse tratamientos odontológicos, la mayoría de estos pacientes han perdido casi la totalidad de sus piezas dentarias y al no ser rehabilitados correctamente sufren de una desnutrición mucho mayor, ya que como mencionamos anteriormente en el texto las piezas dentarias son aquellas que ayudan a la molienda de los alimentos para ser digeridos y al no tener

estas la alimentación y la digestión se vuelve mucho más complicada, las cuales en un futuro producirán diferentes problemas en el organismo.

Se comprobó que el incremento de la edad favorece la perdida dental y también se comprobó de la existencia de dientes que permanecen más tiempo que otros. La pérdida dental varía según la arcada, es decir, los dientes de la arcada superior se pierden antes que los de la arcada inferior y también los dientes posteriores se pierden más rápido que los anteriores, por esta razón es frecuente observar individuos con maxilares edentulos y mandibulares con dientes anteriores ya que estos dientes son los que más tiempo permanecen en boca especialmente los caninos (McCracken, Carr, McGivney, & Brown, 2006). Lo afirmado por McCracken se verifico en el caso de nuestro paciente, ya que el posee una arcada maxilar edentula y una mandibular con dientes anteriores, la perdida de las piezas dentarias traen consigo la perdida de varias funciones como son la masticación, fonación, la salud y la estética las cuales son importantes para que el paciente se sienta bien consigo mismo y tenga una salud adecuada, la rehabilitación va a devolver al paciente todas las funciones perdidas y la parte emocional en donde podrá volver a sentirse parte de la sociedad.

Telles (2011) afirma que los individuos edentulos totales buscan una recuperación estética y funcional con el auxilio de prótesis ya que por lo contrario se les considera inválidos orales y tienen dificultades tanto en la vida profesional como personal. La rehabilitación de pacientes geriátricos se la realiza en varias ocasiones con prótesis totales ya que resulta un método más adecuado y resuelve el problema de las funciones y estética perdidas y las que el paciente quiere volver a tener, en nuestro paciente la realización de la prótesis total superior fue el tratamiento de selección con el cual se devolvió el soporte labial, la estética y entre otras características importantes.

En las aracadas parcialmente edentulas se tendrán distintos tratamientos que se pueden realizar como la prótesis fija, rehabilitarlas con implantes, prótesis removibles de acrílico y metálicas y entre otras, las cuales se deben analizar y descartar según el caso (Loza Fernández & Valverde Montalva , 2006). Después de un análisis exhaustivo se determinó que el tratamiento más adecuado para nuestro paciente era la realización de

una prótesis parcial removible de cromo cobalto inferior no solo por ser más económico, sino, también porque brinda confortabilidad, estética y consigue soporte, retención y estabilidad que una prótesis necesita para dar un tratamiento exitoso, en esto también incluye el correcto diseño de la misma.

El objetivo y la finalidad del tratamiento fue devolver la altura facial perdida que con la cual se da un cambio del rostro por medio de la devolución de la dimensión vertical, también se devolverá las funciones perdidas como la masticación, fonación y estética que ayudaran grandemente al paciente para tener una calidad de vida mucho mayor por medio de una salud bucal adecuada.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El objetivo del presente caso clínico fue a dar a conocer lo importante que es la atención odontológica a un paciente geriátrico, el cual su calidad de vida tanto emocional como saludable era escaso.

La rehabilitación oral a este tipo de paciente no solo se basa en devolver su estética y funciones, sino, también ayudar a que recupere su confiabilidad y su salud.

Demos tomar en cuenta que los problemas de salud de los adultos mayores son muy diferentes que los de un joven o un niño, su trato debe ser especial ya que nos enfrentaremos en muchos casos a paciente indiferentes al tratamiento y por ende debemos ayudar a que el paciente acepte y se sienta satisfecho con los resultados, esto lograremos por medio de diálogos, hacerle sentir al paciente que no está solo y que es alguien importante para los demás ya que a su edad es muy común la sensación de soledad.

La rehabilitación oral por medio de una prótesis total superior y parcial removible inferior en el paciente geriátrico fue completamente satisfactorio, se devolvió la dimensión vertical, las relaciones maxilares, la estética, las funciones anteriormente

perdidas y se recuperó tanto su salud bucal como la parte emocional del paciente y con la ayuda del paciente en hacer concientización para mejorar su salud el tratamiento será favorable.

Una vez concluido el caso clínico se podrá hacer las siguientes recomendaciones:

La odontogeriatría es una rama de la odontología que es muy importante y la cual debería integrarse en la malla curricular de la universidad como materia, de esta manera se podrá guiar al estudiante en cómo debe ser su actitud frente a un paciente geriátrico, cuáles son sus problemas principales, que encontrara en su aparto estomatognático y como sobrellevar la situación para poder dar un diagnóstico y plan de tratamiento correcto.

Se debe elaborar una historia clínica y una anamnesis exhaustiva que recopile todos los datos importantes del paciente los cuales nos ayudaran a saber el estado de salud que tiene y complicaciones, por ejemplo, sistémicas que nos podemos encontrar para poder realizar nuestro tratamiento.

Se debe motivar al paciente para que acepte su tratamiento indicado en este caso las prótesis ya que este tipo de pacientes muchas veces tienen problemas psicológicos los cuales no permiten rehabilitarlos y no se sienten cómodos usándolas.

Se motivara al paciente para que use sus prótesis todos los días, con el afán de que se pueda ir acoplando facialmente a ellas y pueda comer aquellos alimentos que dejo hace mucho tiempo, recuperando así su digestión y evitando mayores problemas de nutrición, de igual manera para evitar una reabsorción ósea más rápida.

Se motiva al paciente en el cuidado de su aseo bucal y de sus prótesis para que su tratamiento tenga éxito, y orientarle que los chequeos odontológicos son importantes para su estado de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

Castrejón Pérez, R. C. (03 de 11 de 2010). Salud bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida. Recuperado el 18 de 10 de 2017, de ResearchGate:

https://www.researchgate.net/publication/256001282_Salud_Bucal_en_los_A

dultos_Mayores_y_su_Impacto_en_la_Calidad_de_Vida

- Castillo de Oyagü, R. (16 de 03 de 2009). *Principios biomecánicos en el diseño de prótesis completas*. Recuperado el 26 de 10 de 2017, de GACETA DENTAL: https://www.gacetadental.com/2009/03/principios-biomecnicos-en-el-diseo-de-prtesis-completas-31370/
- Chávez-Reátegui, B. D., Manrique-Chávez, J. E., & Manrique-Guzmán, J. A. (2014). Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. *Estomatol Herediana.*, 24(3), 199-207.
- Fonollosa, J. M. (2014). *tecnicadental.com*. Obtenido de Prótesis completa. Sobredentaduras y prótesis hibrida. Teoría y técnica de laboratorio.: http://tecnicadental.com/assets/Uploads/pdf/Prtesis-completas-Muestra-dellibro.pdf
- Grunert, I., & Crepaz, M. (2008). Protesis total. Estético-funcional-individual. Un concepto terapéutico global de orientación práctica. Barcelona:

 Quintessence.
- Gutierrez-Vargas, V. L., León-Manco, R. A., & Castillo-Andamayo, D. E. (2015). Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *REVISTA ESTOMATOLÓGICA HEREDIANA*, 25(3), 179-86. Obtenido de REVISTA ESTOMATOLÓGICA HEREDIANA: file:///F:/Respaldos%20C/New/Descargas/2608-5990-1-PB.pdf
- Hernández de Ramos , M. (2001). *Rehabilitación oral para el paciente geriátrico*. Bogotá, Colombia: Unibiblos.
- Ibánez Mancera , N. G. (2015). *Propedéutica y semiología en odontología*. Barcelona: ELSEVIER.
- Loza Fernández, D., & Valverde Montalva, H. R. (2006). *Diseño de Prótesis Parcial Removible*. Madrid: Ripano, S.A.

- Mallat Desplats, E., & Mallat Callís, E. (2004). *Prótesis parcial removible y sobredentaduras*. España: Elsevier.
- Mallat, E., & Keogh, T. P. (1995). *Prótesis parcial removible: clínica y laboratorio*. España: Elsevier.
- Matiz Cuervo, J. (2016). Odontología Geriátrica. Colombia: El Manual Moderno.
- McCracken, Carr, A. B., McGivney, G. P., & Brown, D. T. (2006). *Prótesis parcial removible*. España: S.L.
- Milano, V., & Desiate, A. (2011). *Protesis Total aspectos gnatológicos, conceptos y procedimientos*. Italia: Amolca.
- Moreira Díaz, E. E. (s.f.). *Falta de dientes. Consecuencias nutricionales y digestivas*. Recuperado el 18 de 10 de 2017, de dentistaenlared.com: http://www.dentistaenlaweb.com/p/falta-de-dientes.html
- *Odontología ciencia y arte*. (21 de 03 de 2016). Obtenido de Calameo: http://es.calameo.com/read/004724993486fffa1b288
- OMS. (Abril de 2012). *Salud bucodental*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/
- Ozawa Deguchi, J. Y. (1995). Prostodoncia Total. México: UNAM.
- Porto, V. (2017). Prótese Parcial Removível. São Paulo: Quintessence.
- Preti, G. (2008). Rehabilitación protésica tomo 2. Venezuela: Amolca.
- Roisinblit, R. (2010). *Odontología para las personas mayores*. Buenos Aires : E-Book.
- Telles, D. (2011). Prótesis total: convencional y sobre implantes. Sao Paulo: Santos.
- Winkler, S. (2010). Prostodoncia total. Mexico: Instituto Politécnico Nacional.

ANEXOS

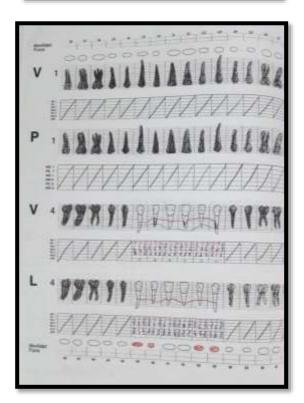
UNANDE PROFIL	<u>DE</u>	UNIVERSI		JELM DI	NACION E ODONT IDADES (Ottoria.			8
DESTRUCTOR DEL SE		UNIDAD OPERATIVA		CD0: U0		OL LOCALIZATI	ON I	_	NÚMERO DE
0146	Dist	O THE ST	Totalo		PARROGUA	GMITTH	PROVINCIA		HISTORIA CLÍNICA
		married frechos			Maure	07 W.	Rekinden		9261
REGISTRO DE PRIM	MERA ADMISIÓN								3201
ARELIGO PATERN	0	APELISO NATEWO		PANNEX ADV	201	- 19	MISUNDO NOVIBA	i.	No. ODULA DE LILIDAD
=	Cha	natarn	60	nzalo		Rei	ie.		130) 2840
рической р	E RESIDENÇÃ HABITUM, (C.	NULEY ME - MANDANA Y CASA)		14400	FARROQUA	CARRON	MOVIMON	204ss, 50/85	No. DE TELÉFONO
C ₀	l lokeran			DOMN'II	Ob, liderory	6000	Palmoha	0	01982221
исиленисивани	WANT DE NACEMENTO	HACOMULIAD SALIS	WWW	CUCTURAL	COAD AFOX COMPUDOS	son u r	101 Ext	WOO CIVII	
10chune 1441	Фана	Caabhan	riest	20	78	1.8	X	T	Princer
MICHAGE ROMESTON	OSJEROÓN	ENPRESA DO	PAGETRASAA	ŝ.	1	TIVE DE MALAS	OC SALUE		MULTINGO DE
27/01/2017	Giorendo		-			-			
EN CASO NECTSANO LI	AMAII A	PARENTESCO APONOAD			26600	OH			No. DE TELÉPONO
HORE LESS	- char	€roose,		77	La Heron	1			0999038141
142			AUTO	RIZACIO	ón			NAME OF	BIOWETA 9261
VO: E	ibrizolo den	ro sel son e chquatchs					No. (71)	3+29	504 <u>0</u>
YO: En conocis tratamient Se me his e	miento que la Clínica to lo realiza especial expresado adecuada	de Especialidades Odon istas y astudiantes. mente las actividades es procedimiento de diag- r los valores correspond	ntológicas o scenciales o prástico y tr dientes prev	de la Unive que se res ratamiento vio el tratu	ersidad Intern Idaran sobre s olimos quinti uniento indici	el tratamie ingleo con e ado.	Coundor "Ser	o 1 3/2 visio Di	5 SC og C) ocenne" su us bucales.
YO: En conocis tratamien Se me his AUYORIZO compromi	miento que la Clínica to lo realiza especial expressado adecuada o a que se ma realica etiéndome a candala DEL PACIENTE:	e chique, 10,45,45 de Especialidades Odor stas y astudiantes. mente las actividades es procedimiento de diago r los valores correspond	scentiales o	de la Unive que se res atamient vio el trata	ersidad Intern Idanas sobre o Olinico quinti ornico Indico ocinico Indico	el tratamie ingleo con e ado.	Coundor "Ser	o 1 3/2 visio Di	5 SC og C) ocenne" su us bucales.
YO: En conoce tratamient Se me his AUTORIZE COMPREM NOMBRE	miento que la Clínica to lo realiza especial expresado adecuada o a que se me realico etiendome a cancala	de Especialidades Odon istas y astudiantes. mente las actividades es procedimiento de diag- r los valores correspond	ntológicas o scendiales o sociales o sociale	de la Universidad de la Universidad de la constanta de la cons	ersidad Intern Idanas sobre o Olinico quinti ornico Indico ocinico Indico	el tratamie ingleo con e ado.	Coundor "Ser	o 1 3/2 visio Di	5 SC og C) ocenne" su us bucales.
YO: En conoce tratamient Se me his AUTORIZE COMPTONI NOMBRE FIRMA DE NOMBRE	miento que la Clinica to lo realiza especial expressado adecuada o a que se me realico etiéndome a cancela DEL PACIENTE:	de Especialidades Odor stas y astudiantes. mente las actividades de procedimiento de diagrifo rios valores correspond Gonzalio Jompolo & Reina de Controlo de Control	schrologicas o	que se res ausmisorte con el trata	istante sobre control of the s	el tratamie ingleo con e ado.	Coundor "Ser	o 1 3/2 visio Di	5 SC og C) ocenne" su us bucales.

Anexo 1. Historia clínica página 1.

ESTABLICAMENTO MOMBRE APELLOO MAD MY 1600 MY PROTOBLE CLARACION UTILE GONZGIO PENE CHANGE STANDON MATERIAL S
UIDE 6002GIO PERE CHANCOLOSIS M 78 9261 MICHARDO 1-14000 PROCRAMADO PROGRAMADO PROGRAMADO 11-12 AGOS MATORE 25 AGOS X EMPANDOS PROGRAMADO PROGRAMADO 11-12 AGOS MATORE 25 AGOS X EMPANDOS PROGRAMADO ACTUAL PACTONE RESCUESTO DE ROS DE CONTROL PORTOS DE CONTROL PORTOS PROGRAMADO PROGRAMA
TANGED TO THE PROGRAMO TO THE PROGRAMO TO THE ANGEL SHOULD AND THE STATE TO THE STATE AND THE STATE
THOUSE CONSULTA Pactente retrere " Outro panerne dente" 2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL Pactente massulino de 188 años de edad refere tener sensibilita artendad (aquantamenta simulation) 2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL Pactente massulino de 188 años de edad refere tener sensibilitat artendad (aquantamenta simulation) 3 Frios, senercob de los encias ar momento de ceptillarse los dientes. Pactente presenta axentulismo total superar y parcial softenes. 3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES 1. ALBORA ALBORA 1. ALBORA
PACENTE PETERE "OUTCO PADREMA ACTUAL ASSISTMENTAL MASSISTMENT DESCRIPTION LONG AND THE CONTROL OF CONTROL CANDIDATES CONTROL C
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL Pactonle masculino de 38 años de edad reftere tener sensibilitador al tomair provincio especial e
Pactonie mascutino de 18 años de edad reftere tener sens hisiada al tomar co23 Frios sangrado de las enclas al momento de ceptillarse los dientes. Pactonie presenta exentulismo total superior y parcial inferior. 3 antecedentes personales y familiares 1 albuda 2 albuda 1 peno e vinsoa 5 turen colores (succes 1 teneda 1 ten
Pactonie mascutino de 18 años de edad reftere tener sens hisiada al tomar co23 Frios sangrado de las enclas al momento de ceptillarse los dientes. Pactonie presenta exentulismo total superior y parcial inferior. 3 antecedentes personales y familiares 1 albuda 2 albuda 1 peno e vinsoa 5 turen colores (succes 1 teneda 1 ten
Frios sonotodo de los encios ad momento de ceptillarse los otentes. Recente presenta exentulismo total superar y parcial entero. 3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES 1 ALBOUA ALERGON MARIANS E VENSON GUICOSS E ASMA DASETES ENSON E ENFORM 18 ONO MARIENS ANTENDRO ALERGON GUICOSS E ASMA DASETES ENSON E ENFORME 18 OTRO AP - Pactente con 900/4/1/3 AF - NO EPITER ONTECCARONO TOMATICALES. 4 SIGNOS VITALES PRESCHI 141/44 PRECUENCIA 78 PERMERANIA 35 9 EMBERNAL 22 5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO 1 LIABOS - 2 MIRILAS DUPEROR - INVENO - INVENTO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENTO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENTO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENTO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENTO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENTO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENTO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENO - INVENTO - INVENO
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES 1. ALERGIA ZALDIDIA 1. HENDO L. VINSON D. T. TIBER OLLOWS PERSONALES Y FAMILIARES 1. ALERGIA ZALDIDIA 1. HENDO L. VINSON D. T. TIBER OLLOWS PERSONALES Y FAMILIARES 1. ALERGIA ANTENDA ZALDIDIA 1. HENDO L. VINSON D. T. TIBER OLLOWS Y FAMILIARES 1. ALERGIA ANTENDA ZALDIDIA 1. HENDO L. VINSON D. T. HENDO L. SERVING RESERVANT DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO 1. ALERGIA 141/74 PRECUENCIA 28 TEMPERATUR 35 9 F. RESPRAT 22 5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO 1. LABOR - 2. MIRLIAS SUPERIOR - RESPRAN SUPERIOR SUPERIO
TALESCA PARTIES A THROUGH LANGUA STORES CASUA DIABETES TENERN IS SUR CARCIACO TO COLORS ANTHRONOLOGY OF COLORS CASUA DIABETES TENERN IS SUR CARCIACO TO COLORS ANTHRONOLOGY OF COLORS ANTHRONOLOGY OF COLORS ANTHRONOLOGY OF COLORS ANTHRONOLOGY OF COLORS AND CASUA AND CASUA ANTHRONOLOGY OF COLORS AND CASUA AND CASUA ANTHRONOLOGY OF COLORS AND CASUA AND CASUA AND CASUA ANTHRONOLOGY OF CASUA ANTHRONOLOGY OF CASUA AND CASUA ANTHRONO
TALEGO A PARTIES A PROBLE & VINSCA GLOSS E ASMA DIABETES ERECT S SAN CARCINCA TO COMPANY OF SAN CARCINCA TO CARCINCA
AP: Pactente an griphitis AF No reftere anteredencia formiticales. 4 SIGNOS VITALES PRESIDENT 141/79 PRECUENCIA 78 TEMPERATUR 35.9% PRESIDENT 22 5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO 1 LABOR - 2 MERILAR STOMATOGNÁTICO 1 LABOR - 2 MERILAR STO
4 SIGNOS VITALES PRESENT 141 74 RECUERCA 78 TEMPERATUR DS 9 F. RESPRAT. 22 5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO 1 LABOS - 2 MEJAJA 1 LABOUR - 1 MARIAR - 1 LANGUA 1 FRANCH 1 FRO 1 CARRELOS INDERES 1 LABOUR 1 LA T. M. 12 GARGEOS 1 LANGUA 1 FRANCH 1 FRO 1 CARRELOS 1 LANGUA 1 FRANCH 1 FRO 1 CARRELOS 1 LANGUA 1 FRANCH
FRESHOT 141/79 FRECHENCY 78 TEMPERATUR 55 99 FRESHAT 22 5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO 1 LABOS - 2 MERLAS 1 LUDIAN - 1 MARLAS 1
FRESHOT 141/79 FRECHENCY 78 TEMPERATUR 55 99 FRESHAT 22 5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO 1 LABOS - 2 MERLAS 1 LUDIAN - 1 MARLAS 1
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÀTICO 1 LABOS - 2 MILILAB 1. MOZAM - 6. MAZIAM - 8. LANGIA 8. PALADAR 1. PRO 6. CAMPILLOS 8. CULVICUAS 15. CRICTOROS 11. A.T. W. 12. GANGLOS 1 - LONGIAS - 16.CCICOCO 3 MOZAMACE 11. A.T. W. 12. GANGLOS 3 MOZAMACE 12. A.T. W. 12. GANGLOS 12. BOLICLES PERCURS 6. LANGIA 6. L
S EXAMINED DEL STEINA ESTOTINA ESTOTINA DESTOTINA DE LANGUA E PALADA PAGA PAGA PAGA PAGA PAGA PAGA PAGA P
CLUSCUS IN CONTAINED II. A.T. W. II. AND COS I EBOICLES RESIDUAL EN LA RESPONDENCIA DE LA REPORTE DE LA RESPONDENCIA DE LA REPORTE DE LA RESPONDENCIA DE LA REPORTE DE LA RESPONDENCIA DEL RESPON
1- Laters Tractions 3- Most for Superfor Ligera reabsorction de los rebordes retidual en la restion delos moltares 4- Hantifor Interior Reabsorction del rehorde retidual 6 ODONTOGRAMA RECESSIÓN WOMERAD 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11
S-+ Mastiar superior ligera reablancian de las rebaides residual en la restion dellas moltares 4- Mastiar Intérial Reabsordan del rebaide residual BODONTOGRAMA PRIMACON MULTIMA TRAMMONTORRALIZADO - ROLO PARA PATOLOGIA ACTUAL RECESSIÓN
6 ODONTOGRAMA RECESSION OVALUADO THE
6 ODONTOGRAMA HITARCOX XZUL FARA TRACAMENTO ARALUDO - ROJO FARA FATOLOGIA ACTUAL MONLOGO Y PROCESSON WARCAS TO LE 43 IL B APUCA RECESSON
6 ODONTOGRAMA RECEBIÓN MONLIDAD 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11
6 ODONTOGRAMA MONLONG TRECTERON MARCAT THE THE REPUBLICATION OF THE PROPERTY
MONALINA THE THE PROPERTY OF T
VISTOUR TO THE TOTAL TOT
ద్ధిత్తిత తీత్తిత్
LINGUAL COCCES MANAGEMENT
RECEDÜN
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL 8 INDICES CPO-ceo
HIGENE ORAL SIMPLIFICADA PERIOCONTAL MAL OCLUSION FLUOROSIS D
PROTECTION OF THE PROPERTY OF
PIEZAS CENTALES PIACA CALCIAO GARGATTS LEVE ANGLES LEVE 4 28 O 30 O TOTAL GODERADA ANGLES MICHIGANIA G e o TOTAL
PIEZAS DENTALES PIACA CALCIAO ONOMOTO LEVE ANGLE I LEVE 4 26 0 30 16 17 55
PIEZAS DENTALES PLACA CALCIAO ONDORTO LEVE ANCLE LEVE 4 20 0 30
PIEZAS DENTALES
PIEZAS DENTALES PIACA CALCIAO ONDORTO LEVE ANGLE LEVE ANGLE
PIEZAS DENTALES
PIEZAS DENTALES
PIEZAS CENTALES PIACA CALCIAO ONONTRO LEVE NOCERADA ANGLE I NOCERADA MOCERADA G e o TOTAL 10 17 55 —

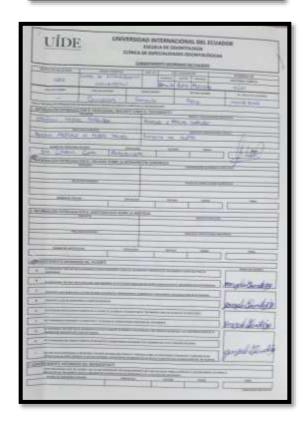
Anexo 2. Historia clínica página 2

UIDE UMATESBAD INTERNACIONAL DEL EDIADOR CANCA DE CASEALIDADES DOMITIADORS STORA CINCA DE RESOURCE SANCEL	
WAVERSHAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR CANEA DE CANCILIDADES DECONOCIONAL SECONO CANCILIDADES DECONOCIONAL SECONO CANCILIDADES DE PROCESSORIA SECONO CANCILIDADES DE PROCESSORIA SECONO CANCILIDADES DE PROCESSORIA SECONO CANCILIDADES DE PROCESSORIA DESPASA INSTANCIONAL SECONO CANCILIDADES DE SECONOCIONAL DESPASA INSTANCIONAL SECONOCIONAL DESPASA DE CONTRA DESCRIPTOR SEGONOS DE PROCESSORIA DESCRIPTOR SEGONOS DE SECONOCIONAL DESCRIPTOR SEGONOS DE SEGONOS DE SECONOCIONAL DESCRIPTOR SEGONOS DE SECONOCIONAL SEGONOS DE SEGONOS DE SEGONOS SEGONOS DE SEGONOS DE SEGONOS SEGONOS DE SEGONOS SEGONOS DE SEGONOS SEGONOS DE SEGONOS SEGONOS SEGONOS DE SEGONOS SEGONOS DE SEGONOS	
STORM CLIES IN PRODUCES Name - Somethy Character is expected in the 76 Note - Storm 19 - Name of Storm 19	
Name - Santala Chambian - 18000000 1600 26 Note - Alianian - Name	
Total Process of the Control of the	
Annual control production of the control of the con	
Secretary programmy and the secretary secretary programmy and the secretary secre	
Percent de l'estant a complé avec (frechal, saint artirétés) préset frances personnes personnes comme de l'action de l'estant	
Notice of the party of the observation of the party of the observation	
Notice to the section of the control	
Degradus Pers delles Solutes Arabitache sante	
Transfero personnels Transfero de trengando	
Transfero personnels Transfero de trengando	
The same of the sa	
The same of the sa	
E. Standard * American de Longitude , Suprema y Abiques [] Germann * Episantimus d'au : a presidente	
f de numerous face Tento	
P.L.R. INIUITRO HISCOCKIAL MARLIFERDO	
MANAGEMENT	
000000000000000000000000000000000000000	
0000000000000000	
000000000000000	
48 47 48 45 44 47 42 41 51 52 51 54 35 16 17 18	
HORE OF FLACA (O' LEAR)	
PRIME CONTROL SUPERIORS TORONS X 100 + SUPERIOR 25 PRESENTES SECTION	
TRINING CHING	
KINDONING BUKINDOKK	
Peoplytonica LTN, Centinopers, LT a 23.1%, Definition 24 % to must	
Common contract on	



Anexo 3. Historia clínica de periodoncia.

	- 01	IGTOCOLO, DE RAMPADOS Y AUSADOS RADICULARE	
1	Harr	\$400 C(PHEO)	Page 1
-	A	to discrete de PER. Soudist de Pero. Resident de Pero. Resident de Pero.	Will a
and .		(Supplied to Commo. State de Total commité Commontant de Substitute.	1
alus	*11	Tree Systems for two do not received. Matterports Spring of process for contact the device model Springer State of the contact to the contact the contact the contact to the contact the co	Charles .
	A.	Administrações de acesdones los como de por incomendo Propinto de facilidade (mondo). Acessações proprio provincio de de Acessações programmento de de Acessações programmentos (mondo) de político Comendo de Acessa a programmentos, trada el forgado.	300
Blan	4	Langin de Sida, qui operitant Lin spare francisco. Cataligni del 20 representati del relatione de starbandino. Ladracione di prespectores.	NAME OF THE PERSON OF THE PERS
Box.	1	TOTAL PROPERTY.	1/1/104
Service .	cont	Secretaria Buckey	



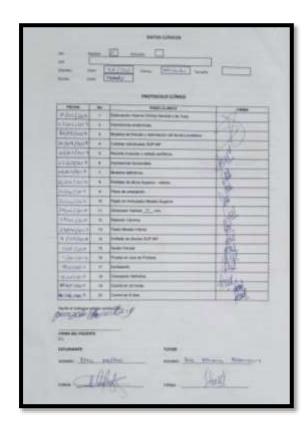
Anexo 4. Protocolo y consentimiento informado de raspado y alisado radicular.

CONTROL CONTRO	RETITUDOS DE LA PROPERSONA SUR PROPENSIONA DE SERVE DE COLOS CONTROLOS DE PROPERSONA DE LA RESTERIA DE COLOS CONTROLOS DE PROPERSONA DE LA RESTERIA DE COLOS DE PROPESSONA DE LA RESTERIA DE COLOS DE PROPESSONA DE LA RESTERIA DE COLOS DE CO		13	CLINICA I	DE ESPE	CIALIDA	DES OD	ONTOLÓGICA	s	
APPLIED APPLIED APPLIED AS SECURITY OF THE PROPERTY OF THE PRO	APPLIED APPLIED CONTROL OF THE STORE CONTROL AND THE STORE CONTROL OF TH			CON	SINTIMIE	HTO INFO	MADD D	EL PACHINTE		
PORNACIÓN ENTREGADA POR EL CIRCULANO SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA ANESTENA RECURSO ENTREGADA POR EL ANESTENDO DE SOBRE LA	PORMACIÓN ENTREGADA POR EL CANUSTRESIONAL TRATAMTE SOBRE LA TRATAMENTO BENANDA PROCESCIONAL TRATAMTE SOBRE LA TRATAMENTO BENANDA POR EL PROFESCIONAL TRATAMTE SOBRE LA TRATAMENTO BENANDA PELOS DE PROFESCIONAL TRATAMTE SOBRE LA TRATAMENTO BENANDA POR EL PROFESCIONAL TRATAMTE POR EL PROFESCIONAL TRATAMENTO BENANDA POR EL PROFESCIONAL TRATAMENTO BENANDA POR EL PROFESCIONAL TRATAMENTO DE SERVICIONAL DE PROFESCIONAL TRATAMENTO DE SERVICIONAL DE PROFESCIONAL TRATAMENTO DE SERVICIONAL DE PROFESCIONAL DE PROFESC			of standard	£00.00		-	_		
APPLICAD PATENDO PATENDO PARTENDO PARTE	APELICO SATENCE APELICADA SATEN	910.4		HARMANA	1	R.Francisco (SA)		100000000000000000000000000000000000000	HS	STORIA ELINICA
AMPRIANCION ENTREGIADA POR EL PROPESCONAL TRATANTE SOBRE EL TRATANIENTO PORMACCIÓN ENTREGIADA POR EL PROPESCONAL TRATANTE SOBRE EL TRATANIENTO REPORTANCIÓN ENTREGIADA POR EL PROPESCONAL TRATANTE SOBRE EL TRATANIENTO REPORTANIENTO REPORTO DE PROPESCONAL TRATANTE SOBRE EL TRATANIENTO REPORTO DE PROPESCONAL TRATANTE SOBRE EL TRATANIENTO REPORTO DE PROPESCONAL TRATANTE EL ENTRE COMO DE PROPESCONAL TRATANTE SOBRE EL TRATANIENTO REPORTO DE PROPESCONAL TRATANTE EN PROPESCONAL TRATANTE SOBRE EL TRATANIENTO REPORTO DE PROPESCONAL TRATANTE EN PROPESCONAL TRATANTE SOBRE EL TRATANIENTO REPORTO DE PROPESCONAL TRATANTE EN PROPESCONAL SOBRE LA ANESTESIA REPORTO DE PROPESCONAL TRATANTE EN PROPESCONAL DE PROPESCONAL DE LA PROPESCONAL TRATANTE EN PROPESCONAL DE PROPESCONAL DE PROPESCONAL TRATANTE EN PROPESCONAL DE PROPESCONAL TRATANTE EN PROPESCONAL DE PROPESCONAL TRATANTE EN PROPESCONAL DE PROPESCONAL DE PROPESCONAL TRATANTE EN PROPESCONAL DE PROPESCONAL TRATANTE EN PROPESCONAL DE PROPESCONAL DE PROPESCONAL TRATANTE EN PROPESCONAL DE PROPESCONAL DE PROPESCONAL TRATANTE EN PROPESCONAL DE PROPESC	APPRIAMACIÓN ENTREGADA POR EL PROPESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO PROPANACIÓN ENTREGADA POR EL PROPESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO PROPANACIÓN ENTREGADA POR EL PROPESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO PROPESION ENTREGADA POR EL PROPESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO PROPESION ENTREGADA POR EL CRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRRIGRADA RECURSO POR PORTE DE CENTRE O EL PROPESIONAL TRATAMIENTO RECURSO POR PORTE DE CENTRE O EL PROPESIONAL TRATAMIENTO RECURSO POR PORTE DE CENTRE O EL PROPESIONAL PORTE PORTE CARROLI DE CONTRE DE STATUTO DE CONTRE DE CARROLI DE CONTRE DE CON	APRILLIOD AWYONG	APRILIDE MATERIE		-	MARKET PROPERTY.		the second control as		Sin Efforts on Contratoria
FORMACIÓN ENTRESADA POR EL PROPESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO BIANTY PROSENTACIONE PROPERO RECURSO SETUDIO SE	FORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROPESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO SIANA PRESIDENCIA PROPESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO BLANCIA DE SELECTOR SU PER COCOSO BLANCIA DE SELECTOR SU PER COCOSO BLANCIA DE SELECTOR SU PER COCOSO BLANCIA DE REPRESOR BERRADOS BERRADOS B	~					- 7	ene	170	PPGZ GBrd
PORMACIÓN ENTREGADA POR EL CRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRRIGADO PARACIONES REPREDADO REGISTRO DE REPREDADO POR EL CRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRRIGADO PARACIONES REPREDADO REGISTRO DE REGI	PORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGIO SOBRE LA ANESTESIA RELATADO ENPRADOS RELATADOS EN RELATADOS RELAT	FORMACIÓN ENTREGAS	OS PROFESIONALES AL PACIENTE MENANA ES DA POR EL PROFESIONAL TRATA	ANTE SOSR	CONFIDENCE A	LEND.				
RESIDENCE REPRESONS DE POPULO DE PETE DE EL PETE DE EL PETE DE CONTROL DE CO	RESIDENCE REPROPOS RECORDO CONTROLO DE LA PORTECCIÓN DE LA PORTECCIÓN DE RECORDO DE REC		ARDYGUTTES		No.					
TOPOS CLEAR DE MINISTERIO DE MONTENAMO DE L'AMESTERIO DE MONTENAMO DE	TOPOS CUENTO DE PROFESOR DE PR									no someware
PORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRCULANO SOBRE LA INTERVENCIÓN CLURGORGICA ***********************************	PORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRLUANO SOBRE LA INTERVENCIÓN CLURGRICA MANATAGO SERCADO MANATAGO MANATAGO SERCADO MANATAGO M		THE SANDELLAS CONTRACTOR OF TH	Co.	Topar	E-Erno			es CHICG	
PORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRCULANO SOBRE LA INTERVENCIÓN CLURGORGICA ***********************************	PORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRLUANO SOBRE LA INTERVENCIÓN CLURGRICA MANATAGO SERCADO MANATAGO MANATAGO SERCADO MANATAGO M	NOMENT DO WIGHTON	URL TRATEGOT	Meso - non	,	100 60	040	comp		A sed
PORMACIÓN ENTRESADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA REMATADOS ENTRESADOS ENTRESEDADOS REMATADOS ENTRESADOS ENTRESADOS ENTRESEDADOS ENTRESADOS ENTRESADOS ENTRESADOS ANDA MEDITADOS ENTRESADOS ENT	PORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA RECEDIOS RELATAGOS EMPRASOS RELATAGOS EMPRA									HULLY
PORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA RECURSOS RELATADOS EMPELIOS RELATADOS EMPELIOS RECURSOS RECUR	REMATACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA PORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA REMATACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO DEL PACIENTE REMATACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO DEL PACIENTE REMATACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA PROCESADA PROCESADA PROCESADA POR EL REMATACIÓN DEL TRETALABORTO PALAPECADO ANDA NE REMATACIÓN ENTREGADO DEL PACIENTE REMATACIÓN ENTREGADO ANESTESIA ANESTESIA ANOCIDADA PROCESADA PROCESADA POR CANADA DE TRETALABORTO DEL MESENDOLOGO REMATACIÓN ENTREGADO ANO ANESTESIA ANESTESIA PROCESADA PROCESADA PROCESADA POR CANADA DE TRETALABORTO DEL MESENDOLOGO REMATACIÓN ENTREGADO ANOS ANESTESIA ANESTESIA PROCESADA PROCESAD	FORMACIÓN ENTREGAD	DA POR EL CIRUJANO SOBRE LA	INTERVENO	CIÓN QUIR	ÚRGICA				
FORMACIÓN ENTREGADA POS EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA RECEDIOS RELATICOS EDELICIOS REMANDOS REMA	FORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA RECURSOR ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA RECURSOR ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA RECURSOR ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA RELATAGO ENPERANCIO RELATAGO ENPERANCIO RECURSOR ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA RECURSOR ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA RECURSOR ENTREGADA TRACIONAL DE CONTRECENTA ENTRE ACUERA EN LOS RECURSOR DE TRACTAMENTO PARAMETRO ANGANE RECURSOR TRACTAMENTO DE SE ENTREGADO ANGANE RECURSOR TRACTAMENTO DE LA RECURSOR ANGANETA EL ANESTESIA PROCEDENDA PROCEDENCIA CON ENTRECENTA DE LOS RECURSOR DE RECURSOR D		AT Wheel Cart							
RESISTANCE EMPERAGES RESISTANCE RESISTANCE EMPERAGES RESISTANCE	SERVINGO EMPERACIO SERVINOS EMPERACIOS SERVINOS EMPERACIOS SERVINOS EMPERACIOS SERVINOS EMPERACIOS SERVINOS EMPERACIONO SERVIN					TER	OND.	60000		resex
CINSENTIMIENTO INFORMACIO DEL PACIENTE INFORMACIONAL TRATAGORIO DEL BENEFICIONAL DE RESPONDA PROCESARIO, PODO NO ACRECA DE UN RESPONDADORI INFORMACIONAL TRATAGORIO DEL BENEFICIONAL DE RESPONDA DE RESPONDA DE TRATAGORIO DEL PACIENTE INFORMACIONAL TRATAGORIO DEL BENEFICIONAL DE RESPONDA DE RESPONDA DE TRATAGORIO DE LA COMPOSITIO CALLENO DE LA COMPOSITIO DE LA COMPOSITIO CALLENO DE LA COMPOSITIO DE LA COMPOSITIO CALLENO DE LA	CINSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE SI REPORDINA TRATAMENTO INFORMADO DEL PACIENTE SI REPORDINA TRATAMENTO INFORMADO DEL PACIENTE SI REPORDINA TRATAMENTO LA REPORDINO SETENATURA SARPE EL LES SETIMOS Y REPORDINO DEL TRATAMENTO PER APPENDO ANDA NE SI REPORDINA TRATAMENTO LA REPORDINO SETENATURA SARPE EL LES SETIMOS Y REPORDINO DEL TRATAMENTO DE NE SISPENSIONE DI CONSIDERE A QUE SE RAMADO LAS HETERO DESCRIPACIONES DE LOS SETIMOS Y REPORDINO DEL TRATAMENTO DE LA REPORDINA SE REPORDINO A QUE SE RAMADO LAS HETERO DESCRIPACIONES DE PROCESAR EL TRATAMENTO Y PARTICIPACIONES DEL TRATAMENTO DE LA REPORDINA SE REPORDINO A QUE SE RAMADO LAS HETERO DEL DEL DEL DEL DEL DEL TRATAMENTO DE LA REPORDINA SE REPORDINO A QUE SE RAMADO DEL DE SERVICIO DEL DEL DESCRIPACIONES DEL TRATAMENTO. SE REPORDINO A QUE SE RAMADO DEL DE SERVICIO DEL DEL DESCRIPACIONES DEL TRATAMENTO. SE REPORDINO A QUE SE REPORDINA DEL SERVICIO DEL DEL DESCRIPACIONES DEL TRATAMENTO. SE REPORDINO A CONTRATAMENTO DEL SERVICIO DEL DEL DESCRIPTO DEL DEL TRATAMENTO. SE REPORDINO A CONTRATAMENTO DEL SERVICIO DEL DEL DESCRIPTO DEL DEL TRATAMENTO. SE REPORDINO A CONTRATAMENTO DEL SERVICIO DEL DEL DESCRIPTO DEL DEL TRATAMENTO. SE REPORDINO A CONTRATAMENTO DEL SERVICIO DEL DEL DESCRIPTO DEL DEL TRATAMENTO. SE REPORDINO A CONTRATAMENTO DEL SERVICIO DEL DEL DESCRIPTO DEL DEL TRATAMENTO. SE REPORDINO DEL TRATAMENTO DEL SERVICIO DEL DEL DESCRIPTO DEL DEL TRATAMENTO. SE REPORDINO DEL TRATAMENTO DEL SERVICIO DEL DEL TRATAMENTO DEL DEL TRATAMENTO. SE REPORDINO DEL TRATAMENTO DEL SERVICIO DEL DEL TRATAMENTO DEL DEL TRATAMENTO. SE REPORDINO DEL TRATAMENTO DEL SERVICIO DEL TRATAMENTO DEL TRATAMENTO. SE REPORDINO DEL TRATAMENTO DEL SERVICIO DEL TRATAMENTO DEL TRATAMENTO DEL TRATAMENTO. SE REPORDINO DEL TRATAMENTO DEL TRATAME	FORMACIÓN ENTREGAJ	DA POR EL ANESTESIÓLOGO SO MOVENTOS	BRE LA ANE	STESIA			AMERICA PROPU	EL .	
CINSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE A BERCESONA TRATACTO DE SE ESTERADOS SETEMACORALISMOS DEL LOS SETEMOS Y PACADOSTOS DEL TRATACTORO PARAMETRO	CINSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE A BIRDIDENA TRADUTTI NE SI REPORDO SETEMATURALMENTA ACREA DE LES METINOS Y REPORTOS DA TRATAMENTO PARAMEROS PARAMEROS PARAMEROS B. IL MONTENDANA TRATAMENTE NA DEPLOÇÃO APROMOMENTA LAS ACTIVIDADES DEPLOÇÃO SE REPUBLICADO Y REPORTOS DA TRATAMENTO DE LAS INSPIRADOS CONSEDENTO A QUE SE EXPLUEDO LAS HETERO DEPLOÇÃO QUE REPUBLICA PROCEDERAPISMOS DA MADERATOR DE TRATAMENTO DE LA MEDITA PROCEDERA PROCEDERA PROCEDERA EN TRATAMENTO Y TRATAMENTO O PARAMEROS DAS ANTERPROVINCIA. SE DEPLOÇÃO DE QUE APE ADMINISTRA LA MEDITA A ACRES DA PROCEDERA PROCEDERA DE TRATAMENTOS Y TRATAMENTOS. PARAMEROS DAS ANTERPROVINCIA DE MEDITA DA MEDITA DE LA MEDITA DA MEDITA DE LA MEDITA DA MEDITA DE LA MEDITA DA MEDITA DE LA MEDITA DE LA MEDITA DE LA MEDITA DE LA MEDITA DA MEDITA DE LA MEDITA DEL MEDITA DE LA MEDITA DEL MEDITA DE LA MEDITA DE LA MEDITA DE LA MEDITA DE LA MEDITA DEL ME	, ac	ELICIASIOS ESPERAGOS				- 10	III III III III III III III III III II	AHERESCAT	
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE A. B. PROFESSORIA TRACINTE ME NA REPONDACIO DETENDECRAZABILITA CONCE DE LES RETINOS Y RESPONDOS DEL TRATAMENTO PLANFOCIO MARIA. B. MODERNOS A SULLES REPUBBLICA PROFESSORIA PROFESSORI	CONSENTIMIENTO INPORPADO DEL PACIENTE A BIRDICIDINA TRACTOTI DE SA SUPRIMADO SETUDACTICADADETE ACARDA DE LOS DETINOS Y RESPONDIDOS DEL TRATAMENTO DE SA DISTRICADO NACA NE DIRECTOR DE LOS DETINOS DE LOS DETINOS Y RESPONDIDOS TRATAMENTO DE SA DISTRICADO NACA NE DIRECTOR DE LOS DETINOS DE LOS DESTINADOS DE LOS DELOS DE	Location for Land	- Hardware	WARTH AND		70.60	OMB.	cócnic		PANA
S. PROFESSIONAL TRACTURES SEE AN APPENDIXON DE PROFESSIONAL DE LES METRICAL PROPOSITIOS DE TRACTAMENTO PLANAFORDO MARA ME SENTIMONO DE LA METRICAL DE LES METRICAL PROPOSITIOS DE TRACTAMENTO PLANAFORDO MARA ME SENTIMONO DE LA METRICAL PROPOSITIO DE LOS METRICALES DE LOS METRICA	S. TROPEDONAL TRANSPORT ME SA SEPTEMBOO SETEMBOT PRACTICAL SELECTION OF THE MEDITAL SECTION OF THE PROPERTY OF THE SERVICE OF THE SERVIC	700000000000000000000000000000000000000		M Survey						
ENCORPORADO ENTRA PROTECTION DE LA ARRESTA PROTESTA PROTESTA PROTESTA PROTESTA DE LA ARRESTA PROTESTA DE LA ARRESTA PROTESTA DE LA ARRESTA PROTESTA DE LA ARRESTA DE LA ARRESTA PROTESTA DE LA ARRESTA PROTESTA DE LA ARRESTA PROTESTA DE LA ARRESTA DE LA ARRESTA DE LA ARRESTA PROTESTA DE LA ARRESTA DE LA CONTROLLEMA DE LA	EL MOREDONIA TRATAVITE NEL NA POPUCAÇÃO APECUACIONARIA LAS ACTIVICACION EMPERANDAS CAN AI RELEGIANDA OLIGINATE D. TRATAVAMENTO DE NA METAPLAMENTO DE NA METAPLAM		CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE	100000000						TRIMITE MODEL
S. RECHESCHA, TRANSPERS NA RECEIVAGE CONTRACTS ASSESSED AND RECHESCHAIR A LA CONTRACTOR DATE.	C B PROFESSION, TRATAUTE HE AN EXPONENCED GOVERNMENT ASSAURTA DE RESPETO A UN ENTENÇÃO, A UM COMPANDADOR A UN COMPANDADOR DE LA	A BURGHEROPAL TANTANT BRIGHMISAC	A NEW HALLMAND PARKELS WITHOUT AND PARKELS.	Acres 18 cm to	BUTWOON Y PAGE	GENES DELTRA	AN COURSE	ABYCADO KARA MI		1 (0)
S. RECHESCHA, TRANSPERS NA RECEIVAGE CONTRACTS ASSESSED AND RECHESCHAIR A LA CONTRACTOR DATE.	C B PROFESSION, TRATAUTE HE AN EXPONENCED GOVERNMENT ASSAURTA DE RESPETO A UN ENTENÇÃO, A UM COMPANDADOR A UN COMPANDADOR DE LA	S EL PROFESIONAL TRATABLE	TI HE HA DOVICAGO ADRESADAMENT LAS AC	TWO AGES BEING	NUMBER OF SERVICE	يادو بالجعيد	ATER THAT	VIEWTO DE NE SISPERSIDA	. 9	omstale Wan
S. RECHESCHA, TRANSPERS NA RECEIVAGE CONTRACTS ASSESSED AND RECHESCHAIR A LA CONTRACTOR DATE.	C B PROFESSION, TRATAUTE HE AN EXPONENCED GOVERNMENT ASSAURTA DE RESPETO A UN ENTENÇÃO, A UM COMPANDADOR A UN COMPANDADOR DE LA									
S. RECHEDINA, TRANSPERING HA. RECEIVAGE CONTRACTS AND RECHED A SECURITY AND CONTRACTS OF THE PROPERTY OF THE CONTRACT OF THE C	C B PROFESSION, TRATAUTE HE AN EXPONENCED GOVERNMENT ASSAURTA DE RESPETO A UN ENTENÇÃO, A UM COMPANDADOR A UN COMPANDADOR DE LA								1 90	misalo Eloni
E PROFESCIAL TRADAPTE IN AN EXPRESSO QUE SENTE AMMANTA DE RESPONA A LA RESPONA A LA CONTRACA PELACIA EL ACONTRACIO DE LA	S. PROFESSION, TRATABLE M. NA EPORENZO GOVERNMENTA DE RESPETO A MEDITADA, A MA CHRANDES PER MEDITAL PA LA CONTROLLEMANTO DE LA	E RESERVADO OS GUE	MATTE MANAGEM OF A CHARGE DE ACTIVIDAD	MI VITUDICOL P	WALE, TENTRA	wanta, PDID NO	ACHREA UNITE	nieustrate		400
E PROFESCIAL TRADAPTE IN AN EXPRESSO QUE SENTE AMMANTA DE RESPONA A LA RESPONA A LA CONTRACA PELACIA EL ACONTRACIO DE LA	S. PROFESSION, TRATABLE M. NA EPORENZO GOVERNMENTA DE RESPETO A MEDITADA, A MA CHRANDES PER MEDITAL PA LA CONTROLLEMANTO DE LA	F HIS DOWNSHOOD RAIN	HARRIST LOW MANUFACTOR Y LOSS IN MANUFACTOR CO.	NPACACIONIS IN	UNIVERSITY DIS. TO	MTMMETO.			9	msole them
		6 E-PROFESSION, TRATAL SESSION - 2001 (RECURS)	PTE INT HA. HPSPRINGSD CLOF SENTER BANKATIA (I SP. SL. CHAS SE VINI MON)	DE MENTO A UN	INTERNESSE, A F	AS ORRACAS A	BJÖRLAFA	N CONTROLLECTURE OF L	5 F	
H HE CONFERENCE OF A LEGISLA DE TRANSPORTE CONTRACTOR INCORPANDO DE 2º WOMBLED OF A LACTOR CONTRACTOR HISTORYS	H HE CONFESSION CLE TONGO IL RESIDINO DE ANNAMA BIEL CONSESTIMATION RECONADO DE SI, MONESTO CAN VOI AS CONSIGNIR MECLANAS	H HE CONFIDENCE CAR	требо в поверно ок неклин вих отност	Period Hooking	ASO IN S, MO	HENTO GARYOU	o conscioné	HICEANO		
SECURE CALL HE REPORTED AN PROPERTY SPECIAL TRANSPORT SPECIAL PROPERTY SPE	SILLING CAR HE EXTREMED AN PROFESSION THAT IS NO RECORD TO THE PLAN A TRACE OF THE PROPERTY OF	DESCRIPTION OF AN ENTRE	SACO K. PROFESCHAL TRATAVES SPORANCE S CONCOUNT OF SALE HAS DAUGHOUSE O DATES	DE COMPLEYA Y S	FOCU-GHA 200- READ DE LOS HA	LE LOS ANTROCES CHOS PUBBLISH A	HETTAN LINE SE	MARK TRANSPORTED DE NO.	20	model that

Anexo 5. Consentimiento informado de resinas.

	PROTOCOLO DE PRÓTESIS TOTAL
Nota: No se reelloará	ningún procedimiento de prótesis sin la previa realización de trutamientos de otras especialidades, de e tratamiento establecido.
Screedo cou et brau ti	+ tratamiento establecido.
NOMBRE DEL PACIEN	No. HISTORIA CLOCK
NOMBRE DEL TUTOR	Dro. Where Berencourt
Desde cuando usa pro	
Le hicieron algún rebe	
Le lastima? 51	Two CT
-	_INO Stå floja? SI NO NO NO NI Alsa pega? SI NO NO NI
EXAMEN CLÍNICO DE	14 9004
	nukular Apertor reducido
Carrillos	Special regulary
Salva Cantio	and reducion
Movimientos mandio	
EXAMEN CLÍNICO DE	14 BOCA
MAXILAR SUPERIOR	an Armen (
Reborde gingival:	Alto Dajo Normal
Realsorbido:	Estrangulado En lámina Misto
Formsa:	Triangular Ovoidal Cuadrado
Presencia de torus	
Tipo de mucosa:	Sesilente Fibrosa Sc Fácida Hipertrofiada
Paladar	Ojival Normal X Plano
MANDIBULA	
Reborde gingival:	Alto Bajo Normal
Reabsorbido:	Estrangulado En lámina Mixto
Inserción de fenillos	
Piso de la boca:	Normal Presencia de glândulas
Languar	Normal Macroglosia
Presencia de torus m	andibular? SI NO S
Presencia de Vesione	57 SI NO M De quel tipo
Espacio intermaxilar	en mm.: Cuánto?
Paciente:	Receptivo indifferente & Con problemas
OBSERVACIONES	
DIIDENTACIONES	NO.
Otras patulogias	

Anexo 6. Protocolo de prótesis total parte 1.



UÍDE	UNIVERSIDAD INTERNACIONAL COL ICUADON RECIPIO DI ORDINACIONAL RECIPIO DI ORDINACIONALI RECIPIO DI ORDINACI
	ADDRESS STREET, STREET
AN COMME	0. 500 41 500
the Atlantana Parks	Mary Mary Self-Wilson
A STATE OF THE STA	The state of the s
	The state of the s
Section .	
· Internation	776
	F-11-50
	9.00
	1772
- FROM REAL PROPERTY OF THE PARTY OF THE PAR	No.
Annual Contract of the Contrac	The second second

Anexo 7. Protocolo de prótesis total parte 2 y consentimiento informado.

September 1. Septe	person on central form the control of the central form th	Security of the control of the contr			PROPERTY OF PERSONS ASSESSED.	
Section for the property of th	person on central form the control of the central form th	Section for record and the second an	NAME OF TAXABLE PARTY.	-		
Section 1 - Comment	Section 1 to 1	TOTAL STATE OF THE PARTY OF THE	Description i	-		Description of the last of the
Agency and the company of the compan	Agency and the company of the compan	The second secon	Marketon Sale Party	ero.		Actoristic Control
The control of the co	The control of the co	TOTAL	Acres de Labor		No. Sept. Blocket	
The second secon	The second secon	TOTAL			JUST COMPANY OF THE PARK	
### Committee of the co	TOTAL	### PATE OF THE PA			-	
TOTAL SECTION	TOTAL SECURITY STATES AND	### A PART OF THE				58118.3
### Committee of the co	### Committee Co	STATE STATE OF THE		-		
### Committee of the co	### Committee Co	STATE STATE OF THE				
The control of the co	The first of the control of the cont	This about 1 has been presented to entire the present of the prese				200 627
The control of the co	Table (1) The control of the control	Table 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1	Contract Con			Print, Sur-
# Street Street Street Street Street Street Street Street Street Street	# All Control	Extraction 1 - Committee or com				
ACT STATE OF THE PARTY OF THE P	ACT STATE OF THE PARTY OF THE P	STATE OF THE PARTY			The State of the Control of the Cont	
Company Comp	Company Comp	The state of the s	Administration & Company of the Comp		THE RESIDENCE OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE	-
Stage (CP) Design and Company and Compan	Property Commence of the com	Transport 1	and the same of th			-
Part	Part	Ministry Part of the part of			Property of the second party and in the second con-	
Halfaction 2 Description of the Conference of	HEROTOCO P DESCRIPTION OF THE PROPERTY OF THE	Ministry 2 Service Control of Con	and the same of th			-54
Street A	STOCK A Section A Se	The same of the sa	presentation of the		Account to the second second	100
This paper of the second secon	1	South Strong Str	CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE		The bound has been a being to be and	
Total Control of the	Total Control of the	program planets 9			Accessed to the second second	
Application of the second of t	Section 1 Agreement of the Control o	program planck 2				
Second 1 Sec	Second 1 Sec	posynt ptacks				
And the second s	Marie 1	prograte processes	process of the last of the las			
Marian A Common Marian	Marinet a francisco de la companya del companya de la companya de la companya del companya de la companya del companya de la companya de la companya de la companya de la companya del companya de la companya del companya de la companya de la companya de la companya de la companya del companya de la companya de la companya de la company	prograte processes				
10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 1	10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 1	program planets 9				- 0
about a beautiful	200 mm 1 m	prograte processed 9			4.100111000	MURI
The state of the s	The state of the s	governo plancko	\$ Territories			
	mount remail 9	Desiration to the second secon				3505
Suit of the control		STREET, SAME	Santana and			
	The same of the sa		44			
Name of Street, Street	- Inches	warm filter street, warm for their beauty?	Stineste		NAME .	
- Common - C	AL		-		sales and the sales	Photograph.com

UÍD	E mos	REIDAG OFTENNA ENGLAND OF PAGE OF GOVERNMENT	EDENIAL DEL SE SONE DELINIA MATE INSURANCIA	SARDON SARDON
-15	T TOTAL CO.	DESCRIPTION OF THE PERSON NAMED IN	PROFESSION AND PERSONS NAMED IN	
1964	(849)			- FREE -
	Owen		Vice	De HELD.
and Joseph	de Luni	Bules S	W. DA.E.	The second
n.oslo	Marketta frie	NORTH AND ADDRESS.	OT A DE	
1000	Market III	THE REAL PROPERTY.		- 100
180				
	OF STREET STREET	Contract of		
	ACRES NO.			NOTE:
- 200-0				- m
THE REAL PROPERTY.	PER SUPERIOR STATES	No.	WINDS OF T	-
				- Periodopo
-				- Parish M
			HITTON.	Design Street
Thomas o				m powers
BENE				
CHICAGO			2022001	
	tion follows	The second second		37

Anexo 8. Protocolo y consentimiento informado de prótesis parcial removible.