



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
ODONTOLOGA**

**DEVOLUCION DE LA ESTABILIDAD OCLUSAL Y ESTETICA EN PACIENTE
EDENTULO TOTAL CON FALSA CLASE III DE ANGLE CON PROTESIS TOTALES**

**Elaborado por: MISQUERO,
Diana Carolina**

**Tutor:
Dr. Iván García Merino**

Quito, Septiembre 2014

Yo, Diana Carolina Misquero Jácome con C.I: 1715469662 notifico que este trabajo es autentico y llevado a cabo a base de investigación, no ha sido presentado en otro establecimiento ni se ha usado información literal de otros trabajos.

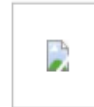
.....

Diana Misquero

Turnitin Originality Report

caso clinico dmisquero.docx by 7079 User

From (4462341784) - plagio-agosto ((788110921) - Sandbox Enrique Terán)



- Processed on 08-Sep-2014 17:43 ECT
- ID: 449996421
- Word Count: 11489

Similarity Index

1%

Similarity by Source

Internet Sources:

1%

Publications:

0%

Student Papers:

0%

RESUMEN

La pérdida de dientes es un problema que aqueja a muchas personas hoy en día, las personas no se sienten a gusto por su apariencia y acuden al especialista, es por eso que la confección de prótesis totales es una alternativa para reponer los dientes perdidos y mejorar la fisonomía del paciente. En este trabajo se rehabilitó una paciente de 54 años de edad, sexo femenino edéntula total, la cual al llegar a la consulta después de la valoración clínica se observa una clase III de Angle con respecto a las prótesis totales que la paciente estaba usando, y también se sospecha de una clase III esquelética por lo que se decide realizar radiografía lateral de cráneo y Cefalometría. Las prótesis totales la paciente tenía desde aproximadamente 10 años, estas prótesis comenzaron siendo parciales y conforme fue perdiendo el resto de sus dientes se fueron adaptando más dientes sobre esta misma estructura poco a poco. Es así que estas prótesis por haber sido adaptadas paulatinamente no presentaban oclusión adecuada y estéticamente la paciente refirió inconformidad. Se optó rehabilitar a la paciente con nuevas prótesis totales que se adapten al reborde residual y que cumplan con la estética y la oclusión adecuada. El tratamiento fue satisfactorio, por medio del trazo cefalométrico se verificó que la paciente tiene una clase I esquelética por lo que se decidió cambiar la aparente clase III a clase I, y por consiguiente mejoramos la estética y corregimos la oclusión. La paciente queda conforme con los resultados obtenidos y pudo adaptarse sin problema a sus nuevas prótesis.

PALABRAS CLAVE: estética, prótesis total, oclusión

ABSTRACT

Tooth loss is a problem that afflicts many people today, people do not feel comfortable about their appearance and therefore they attend to a specialist. This is the reason why the making of dentures is an alternative to replace missing teeth and improve the appearance of the patient. In this work we rehabilitated a 54 year-old women total edentulous, which upon reaching consultation had Angle Class III based on total prosthesis, and also suspected of a skeletal class III so it was decided to perform lateral skull radiography and cephalometric. The patient had full dentures for about 10 years, this started out as partial dentures and as she lost the rest of her teeth, gradually more teeth were adapted on the structure. Due to this procedure, the prostheses were not properly prepared and did not have proper occlusion, which led to aesthetical discomfort and dissatisfaction for the patient. We opted to rehabilitate the patient with new dentures that fit the residual ridge and meet the aesthetic and proper occlusion. The treatment was effective; we change the apparent class III to class I, based on the results of the cephalometric and consequently improve the aesthetic and correct occlusion. The patient is satisfied with the results and was able to adapt smoothly to the new prosthesis.

KEY WORDS: esthetics, total dentures, occlusion

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado para mi familia, mis padres que nunca dejaron de apoyarme y que con su ejemplo me encaminaron a ser una luchadora y a persistir en las metas propuestas siempre bajo la bendición de Dios, este logro no sería el mismo sin su apoyo. A mi hermano que siempre ha sido mi amigo y en quien he podido confiar ciegamente, gracias por tu cariño y colaboración.

AGRADECIMIENTO

Agradezco la enseñanza que impartieron todos mis profesores a lo largo de estos años de estudio que me ayudaran en el desempeño de la práctica profesional y a mis compañeros que no vacilaron en tenderme una mano y que gracias también a ellos pudimos compartir conocimientos nuevos.

Agradezco de una manera muy especial a mi paciente que tuvo la paciencia en cada cita para lograr un buen caso clínico y a todas las personas que de alguna manera colaboraron en la realización de este trabajo final.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	IV
ABSTRACT.....	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VI
1. Introducción.....	1
1. Planteamiento del Problema	2
1.1 Justificación.....	2
1.2 Objetivos	3
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 PROTESIS TOTAL	4
2.2 ANATOMIA DE LOS REBORDES EDENTULOS.....	4
2.3 IMPRESIONES.....	7
2.4 CUBETAS.....	10
2.5 SELLADO PERIFERICO.....	10
2.6 RODETES DE OCLUSIÓN	11
2.7 OCLUSIÓN EN PROTESIS TOTAL.....	12
2.8 REGISTROS MAXILOMANDIBULARES	15
2.9 ARTICULADORES.....	16
2.10 SELECCIÓN DE DIENTES ARTIFICIALES	18
2.11 ENFILADO DENTARIO	25
2.12 PRUEBA EN CERA	27
2.13 INSTALACION Y CUIDADOS DE LA PROTESIS	27
3. PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO.....	28
3.1 Historia clínica	28
3.2 Diagnóstico Presuntivo	32
3.3 Diagnóstico Definitivo.....	32
3.4 Aspecto Éticos.....	33
3.5 Plan De Tratamiento.....	33
3.6 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS EJECUTADOS.....	34

4. DISCUSIÓN	50
5. CONCLUSIONES	51
6. RECOMENDACIONES	52
7. BIBLIOGRAFÍA	53
8. ANEXOS	55
Anexo 1 HISTORIA CLINICA	55

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Plan de Tratamiento Fuente y elaborador: Diana Misquero	34
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figure 1 Tipo de dientes según la forma de la cara	21
Figure 2 Constitución del paciente en relación a la forma dental	22
Figure 3 REBORDE RESIDUAL SUPERIOR	30
Figure 4 REBORDE RESIDUAL INFERIOR	30
Figure 5 Odontograma	31
Figure 6 Impresiones anatómicas.....	35
Figure 7 Modelos inferior de estudio y delimitación del área protésica	36
Figure 8 Modelo superior de estudio y delimitación del área protésica	36
Figure 9 Confeccion de cubeta individual inferior	37
Figure 10 Cubeta individual superior	37
Figure 11 Montaje de modelo superior	42

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 HISTORIA CLINICA	55
Anexo 2 HISTORIA CLINICA HOJA 2	56
Anexo 3 Consentimiento informado	57
Anexo 4 PROTOCOLO PROTESIS TOTAL HOJA 1	58
Anexo 5 PROTOCOLO PROTESIS TOTAL HOJA 2	59
Anexo 6 PROTOCOLO PROTESIS TOTAL HOJA 3	60
Anexo 7 PROTOCOLO PROTESIS TOTAL HOJA 4	61

1. Introducción

Proponer un tratamiento integral a los pacientes que acuden a la Clínica de Especialidades Odontológicas es el objetivo de docentes y estudiantes. Es necesario un amplio conocimiento para ofrecer al paciente posibilidades de tratamiento que se adapten a sus necesidades y a su posibilidad económica, así como también brindar un tratamiento adecuado que guarde la estética y la función del aparato estomatognático.

En el caso del edentulismo total tenemos dos opciones para rehabilitar, la rehabilitación por medio de implantes, siempre y cuando las condiciones óseas y económicas nos lo permitan. La segunda opción es la elaboración de prótesis totales superior e inferior (Dapprich, 2002).

La prótesis total removible es un elemento artificial que va a restituir la anatomía dental. Para elaborar una prótesis total adecuada existen varios factores que deben ser considerados, uno de ellos es la oclusión, por no decir el más importante. Los dientes son indispensables, estos ayudan a restablecer la estética y función. Los dientes posteriores favorecen la masticación, y contribuyen a la restauración del contorno facial que se ha visto afectado; los dientes anteriores también aportan su función masticatoria, constituyen un elemento clave en la función fonética e indudablemente son los que cumplen con los requisitos estéticos necesarios. Por estas características fundamentales es la importancia de su restitución, y así devolver dicha funcionalidad y estética, pero sobre todo que conserven las estructuras del sistema estomatognático sanas durante el mayor tiempo posible (Sharry, 1970).

Así también para lograr un buen resultado, los factores psicológicos son importantes analizarlos, conversar con el paciente acerca de sus necesidades, de lo que le gustaría conseguir nos ayudara a realizar un trabajo optimo cumpliendo las expectativas del paciente. El éxito de los tratamientos está íntimamente relacionado a una correcta planificación (Ozawa, 2010).

1. Planteamiento del Problema

La pérdida de piezas dentarias a lo largo de la vida conlleva alteraciones en la estética la fonación la función masticatoria y muchas personas en su autoestima, por eso es importante reemplazarlas para retomar estas funciones y recobrar la seguridad en los pacientes.

La presencia de una rehabilitación protésica removible total mal adaptada puede provocar varios problemas en la cavidad bucal tales como reabsorción del reborde alveolar, problemas en la masticación, baja autoestima en el paciente, alteraciones en las mucosas y errores en la oclusión que llevara consigo alteraciones de la Articulación Temporomandibular.

1.1 Justificación

Este caso clínico es importante ya que clínicamente se evidenció que la prótesis que tiene la paciente no estaba adaptada y no presentaba una adecuada oclusión, ya que la prótesis se ha ido modificando a medida que la paciente perdía sus dientes, y ella tuvo que adaptar la mordida protuyendo la mandíbula. Lo que ahora queremos lograr es dar a la paciente prótesis que cumplan con la oclusión adecuada es decir clase I en el caso de esta paciente y por ende modificar el perfil facial y devolver la estética.

Este cambio significativo devolverá a la paciente la autoestima, se sentirá más segura cuando se relacione con las personas y su función masticatoria será satisfactoria. La función y la estética representan puntos importantes para la elaboración de unas nuevas prótesis totales en la paciente.

1.2 Objetivos

1.3 Objetivo General

- Reemplazar los dientes y tejidos adyacentes perdidos por medio de prótesis totales que cumplan con los parámetros adecuados, estética, fonética y función masticatoria para el paciente.

1.4 Objetivos Específicos

- Corregir la falsa clase III de Angle y cambiarla a clase I.
- Conseguir la armonización de la sonrisa y dar función a las arcadas dentarias.
- Devolver la seguridad y autoestima del paciente para mejorar su relación con otras personas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 PROTESIS TOTAL

La prótesis total es la encargada de reemplazar dientes y estructuras perdidas. Está compuesta por una base acrílica en donde se colocan los dientes que pueden ser de acrílico o porcelana. La base acrílica tiene una parte vertical llamada aleta y los bordes, estos dos con diferentes nombres según el lugar donde los encontremos (Moreno, 2011).

En las prótesis totales hallamos tres superficies, la de impresión o basamento que se encuentra en la parte interna que contacta con los tejidos, la pulida que es la parte externa incluyendo el paladar en la prótesis superior, y la oclusal que es la parte con la que el paciente ocluye, es decir la parte oclusal de los dientes artificiales (Moreno, 2011).

2.2 ANATOMIA DE LOS REBORDES EDENTULOS

El conocimiento completo de la anatomía en un paciente edéntulo es de vital importancia ya que existen determinantes claves al realizar una prótesis total, y si no se las toma en cuenta pueden afectar en la fabricación de las mismas.

Durante la confección de las prótesis es importante tener en cuenta los puntos anatómicos móviles y fijos. Entre los móviles tenemos los frenillos y la línea de vibración, mientras que los fijos son el paladar duro y los rebordes alveolares (Moreno, 2011).

A nivel extraoral nos encontramos con varios puntos anatómicos importantes entre los que nombramos el filtrum que es una depresión medial que va de la protuberancia labial del labio superior hasta la nariz, el tubérculo labial ubicado en el centro del labio superior, la zona entre la piel y la mucosa llamado borde bermellón, el surco nasolabial que se extiende desde el ala de la nariz a la comisura labial, y el surco labial que va hasta el mentón desde el labio inferior (Rahn, 2009).

El vestíbulo está delimitado por los carrillos y los labios hacia afuera y por el reborde residual en la parte interna. En el vestíbulo se encuentra el frenillo labial medio central superior, el cual une el labio superior a la encía, este frenillo no contiene fibras musculares y solo está cubriendo tejido conectivo denso. Es importante realizar una cirugía previa a la confección de la prótesis si este frenillo es muy grande ya que puede causar la inestabilidad de la prótesis. En el vestíbulo también se encuentra el frenillo central inferior que es menos desarrollado que el superior, los frenillos laterales superiores tienen fibras musculares al igual que los frenillos laterales inferiores que tienen fibras musculares del depresor de la comisura labial (Rahn, 2009).

En el maxilar encontramos puntos anatómicos importantes entre ellos describimos la papila incisiva que podemos ver en la figura 1, está localizada en el paladar entre los incisivos centrales. Está cubriendo el agujero incisivo por donde sale el nervio incisivo, es indispensable aliviar esta zona mientras realizamos la prótesis. Con respecto a la papila incisiva se debe saber que los dientes incisivos se encuentran de 8 a 10 mm por delante de esta, y los caninos alineados a la mitad, este dato nos servirá para realizar y alinear los rodetes de cera (Zarb, 1994).

También nombramos a las rugas palatinas ya que es importante saber que en esta zona debemos hacer alivios, pero no es relevante reproducir las rugas en la confección de prótesis como se creía antes que servían en la fonación y ubicación de la lengua. Zarb (1994) formula que el 20% de la población puede tener un torus palatino. El torus es una elevación ósea que debe ser aliviada y si tiene una extensión exagerada se debe tratar quirúrgicamente.

El rafe palatino se encuentra en la mitad del paladar, es una mucosa delgada que cubre la sutura ósea palatina media, en este lugar se debe hacer un alivio ya que existen pacientes que no toleran la presión a este nivel. Las foveas palatinas están localizadas a ambos lados de la línea media del paladar, a dos milímetros de la línea de vibración. Son perforaciones pequeñas que limitan el paladar duro del blando. El surco hamular (figura1) se encuentra entre la tuberosidad del maxilar y la apófisis hamular. Es de gran importancia ya que la línea de vibración va 2 mm por delante de la mitad de este surco, y la línea de vibración es el límite posterior máximo de la prótesis (Ozawa, 2010).

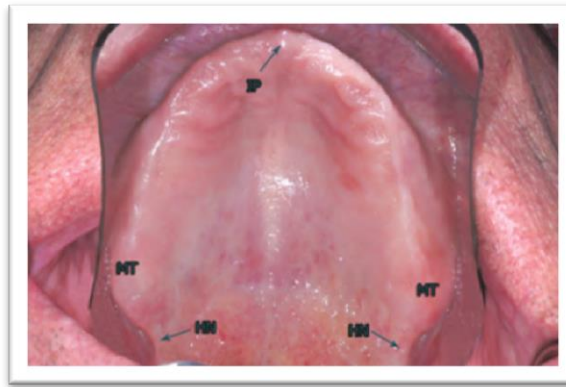


Figure 1 Referencias del reborde superior

Fuente: Rahn 2009

Las referencias de la mandíbula son:

- Almohadilla retromolar: de forma triangular, se ubica detrás del último molar. Sirve de referencia en la oclusión ya que el plano de oclusión ocupa el tercio medio y superior de la almohadilla, y la extensión de la prótesis debe ir hasta este punto (Telles, 2011).
- Escotadura maseterina: línea diagonal que se ubica desde el fondo de vestíbulo en la parte anterior hasta la cresta alveolar en posterior. Está formada por la acción del músculo maseterino y se la debe tomar en cuenta porque puede ser la causa de que la prótesis se expulse (Rahn, 2009).
- Lengua: se ubica en el piso de la boca y es vital en la elaboración de prótesis por su movilidad y participación en la fonación.

La extracción de todos los dientes produce cambios en el reborde alveolar, especialmente en el inferior que se reabsorbe cuatro veces más rápido que el superior. Así también la pérdida de los caninos modifica la forma de la eminencia canina y por lo tanto se forman las arrugas labiales. La reabsorción en el maxilar superior hacia arriba y adentro y en la mandíbula de abajo hacia afuera obliga a realizar prótesis con mordida cruzada posterior para mantener la prótesis a nivel de los rebordes (Rahn, 2009).

2.3 IMPRESIONES

Una buena impresión confiere a la prótesis soporte, estabilidad y retención. El soporte es la resistencia de la prótesis a fuerzas oclusales y verticales de la masticación, el soporte lo aportan el hueso maxilar, mandibular y la mucosa que los cubre. La estabilidad es la propiedad de la prótesis para mantenerse firme a pesar de los movimientos y fuerzas horizontales o giratorias. La retención es la capacidad de la prótesis para quedarse fija en boca, es la resistencia al desalojo cuando existe una presión opuesta a su dirección de inserción. Los factores que pueden alterar la retención de la prótesis son la presión atmosférica, la adhesión y la cohesión. La longitud de los márgenes es de vital importancia ya que de esto dependerá el eficaz resultado de la prótesis, sin embargo no se debe olvidar la importancia de los pasos siguientes como por ejemplo el espacio libre de músculos o zona neutra (comprendida por el espacio que ha ocupado la lengua, los labios y las mejillas), la relación intermaxilar y la estética. Se consigue una estabilidad muscular y por lo tanto una estabilidad de la prótesis cuando se ocupa adecuadamente la zona neutra y los músculos pueden descansar sobre la prótesis (Zarb, 1994).

Las zonas anatómicas que se deben tomar en cuenta durante la toma de impresión, en el maxilar superior son: el paladar, las rugosidades, fóveas palatinas, cresta maxilar, frenillos labiales y yugales y el posdan. En el maxilar inferior encontramos: cresta maxilar, frenillos, rafe pterigomandibular y surco sublingual (Koeck, 2007).

Existen dos impresiones que se realizan durante la confección de prótesis totales la primera llamada anatómica o preliminar y la funcional. Con la primera impresión no se podrá registrar con perfección todas las estructuras anatómicas del reborde (Telles, 2011).

2.3.1 IMPRESION PRELIMINAR

Para la impresión preliminar se usan cubetas metálicas para paciente edéntulo que se adapten al reborde del paciente y que exista un espacio de 5 a 6 mm entre la cubeta y el reborde. El

material óptimo para esta impresión es el hidrocoloide irreversible (alginato) ya que registra los detalles, no absorben las secreciones de la mucosa y por lo tanto no modifican la forma, lo que si se debe tener en cuenta es que el vaciado se debe realizar en ese momento porque este material pierde humedad y cambia su forma muy rápido. El alginato tiene la ventaja de un manejo fácil, es barato en comparación con otros materiales y es biocompatible con los tejidos del paciente (Zarb, 1994)

El borde posterior de la cubeta en superior debe ubicarse un poco más atrás del surco hamular y en el inferior sobre las almohadillas retromolares. El mango de la cubeta debe estar centrado en relación al centro del rostro del paciente como un mecanismo guía. Antes de tomar la impresión se le pide al paciente que se enjuague la boca para que disminuya la viscosidad de la saliva y que trague saliva para evitar el exceso de la misma. Cuando se introduzca la cubeta hay que separar los carrillos para que el material de impresión llene por completo el vestíbulo y no se formen burbujas de aire. El asentamiento de la cubeta se la realiza de atrás hacia adelante para que el material fluya hacia adelante y no obstruya la vía aérea del paciente. Para la toma de impresión inferior es importante el movimiento de la lengua ya que esto ayuda a delimitar la inserción del músculo milohioideo. En la impresión superior el labio se debe traccionar en forma horizontal y no vertical ya que esto altera la profundidad del vestíbulo y los flancos de la prótesis quedarán tan extendidos que causarán lesión de la mucosa y alteración en el aspecto facial. La remoción de la cubeta se debe realizar en un solo movimiento (Rahn, 2009).

La toma de impresión mioestática se destaca porque se consigue un margen interno cerrado y la cubeta se queda fija mientras se realiza la impresión, pero esta tiene la desventaja de que no habrá una copia fiel de los frenillos, la extensión de la base será excesiva y los márgenes son agudos. Por estas desventajas se recomienda realizar la impresión miodinámica la cual consiste en que el paciente realice movimientos (impresión activa) durante la toma de impresión y que a su vez el odontólogo lo ayude (impresión pasiva) separando los labios y mejillas. Por medio de la impresión miodinámica vamos a conseguir una copia más real de los frenillos, la base estará adecuada según las inserciones musculares y los márgenes serán redondeados (Koeck, 2007).

2.3.2 IMPRESION FUNCIONAL

La toma de impresión funcional sirve para tener una copia fiel de toda la extensión de los tejidos duros y una mínima extensión hacia los tejidos móviles e inserciones musculares. El odontólogo mediante la impresión quiere lograr copiar la mayor parte de la extensión de los tejidos que van a sostener la prótesis y no invadir los tejidos móviles que pueden ser lesionados durante la función cuando se use la prótesis (Rahn, 2011).

El material de elección debe tener las siguientes características: viscosidad mínima, rápida polimerización (2-3 min.), hidrófilo, tixotrópico, compatible con los tejidos bucales y que se pueda vaciar más de una vez en él (Rahn, 2011).

La técnica de impresión tanto del maxilar como de la mandíbula es la presión selectiva que consiste en aliviar zonas previamente en el modelo diagnóstico y al tomar la impresión funcional realizar una presión moderada. Las zonas que resultan críticas por ejemplo son una cresta de reborde alveolar afilada en el maxilar inferior y en superior las rugas palatinas y el agujero incisivo (Telles, 2011).

Para la toma de impresión funcional se recomienda que el paciente deje de usar las prótesis antiguas 24 a 48 horas antes de este procedimiento ya que esto ayuda a que la zona protésica se encuentre en mejores condiciones y aliviada de la presión. Se coloca un material adhesivo en el asiento basal de la cubeta antes de poner el material de impresión (Zarb, 1994).

El operador debe ubicar la cubeta superior sobre el reborde residual mirando el frenillo labial que coincida con la escotadura labial y después debe realizar una presión con los dedos índices a nivel del primer molar, se hacen los movimientos de carrillos y labios para impresionar todas las estructuras y se espera a que la pasta polimerice. Para retirar la cubeta se debe meter aire jalando las mejillas y el labio (Zarb, 1994).

Antes de la toma de impresión inferior se coloca una gaza bajo la lengua del paciente para que la cavidad este seca. La parte de adelante de la cubeta inferior debe entrar desde la parte izquierda de la boca del paciente, mientras que el operador jala la mejilla derecha y rota la cubeta para que quede sobre el reborde, se pide al paciente que levante un poco la lengua y se hace la presión sin

mucho esfuerzo, el paciente deberá colocar la lengua bajo el labio superior a nivel de las dientes superiores como si los tuviera, esto va a activar el piso de la boca, finalmente el odontólogo realiza los movimientos de labio y mejillas. Hay que tener especial cuidado al asentar la cubeta para no aprisionar el tejido graso de la zona del músculo masetero (Koeck, 2007).

2.4 CUBETAS

Para obtener una impresión ideal funcional es indispensable la elaboración de cubetas personalizadas para cada paciente. Las cubetas se las realiza sobre el modelo de yeso que lo hemos obtenido de la impresión preliminar en donde se ha delimitado los márgenes tomando en cuenta las estructuras anatómicas ya descritas, la cubeta debe ser confeccionada 2 mm más corta con relación a la profundidad del vestíbulo. En los modelos diagnósticos se deben hacer alivios con cera, en superior en las rugas palatinas y agujero incisivo y en inferior en un reborde en filo de cuchillos así ("cera de alivio") como también en zonas retentivas ("cera de bloqueo") (Rahn 2009; Körhly, 2008)

Se usa resina acrílica autocurable polímero y monómero en relación 3 a 1 se mezcla y se la adapta al modelo obteniendo una cubeta de 2 a 3 mm de grosor con un mango de 15 mm de alto y ancho y 5 de grosor con una inclinación de 85° en superior y de 80° para la inferior. En la cubeta superior e inferior se hacen orificios para permitir que el material tenga una vía de escape (Ozawa, 2010).

2.5 SELLADO PERIFERICO

Es el modelado de los bordes de las cubetas que copian fielmente las estructuras anatómicas limitantes, esto se lo realiza manipulando los tejidos marginales contra el material de impresión. Se utiliza un compuesto de modelar viscoso que mantiene la forma al enfriarse, se adhiere a la cubeta con facilidad, puede ser removido si ha salido mal y volver a realizar el sellado de la

zona, su fluidez ayuda a hacer una presión mínima sobre los tejidos, y tiene estabilidad dimensional en boca (Telles, 2011).

El labio superior se lo extiende hacia afuera, abajo y adentro, la mejilla recibe el mismo movimiento y se mueve hacia atrás y adelante para simular el movimiento de los frenillos superiores, el sellado palatino se da por las escotaduras hamulares sobre la línea de vibración, se le pide al paciente que diga "ah" por un tiempo. El sellado palatino debe extenderse 2mm mas allá de la línea de vibración (Zarb, 1994). El sellado periférico posterior es relevante ya que ayuda a que el material de la impresión funcional no vaya a la garganta de paciente y sirve de referencia para ubicar la cubeta en la posición correcta (Telles, 2011).

Para el sellado periférico del modelo inferior se comienza por la aleta labial, seguido de las aletas bucales y finalmente las linguales. Los movimientos de labio inferior y de los carrillos se los hace hacia afuera, arriba y adentro, en el carrillo el movimiento extra es de adelante hacia atrás para copiar el movimiento de los frenillos bucales. Al realizar el registro de la zona lingual se debe pedir al paciente que saque la lengua, de esta manera se copiará la parte anterior del piso de la boca con el frenillo lingual y las prominencias milohioideas. Para el sellado en la parte lingual lateral a nivel de premolares el paciente debe empujar la lengua hacia el paladar, la última zona que debe ser impresionada es el área retromolar. Después de que se haya enfriado el compuesto de modelar se realiza un pequeño recorte con un bisturí para que sea ocupado por el material de la impresión funcional (Zarb, 1994).

2.6 RODETES DE OCLUSIÓN

Antes de la confección de los rodets de oclusión se debe realizar las bases de registro que se las hará sobre el modelo definitivo, es así que se debe hacer bloqueo de las zonas retentivas de los modelos con cera para evitar la fractura del modelo definitivo. Las bases de registro se realizarán de resina acrílica autopolimerizable. Los rodets de oclusión los realizamos para dar el contorno facial que se la consigue con la forma que le demos al arco, para establecer la dimensión vertical, ubicar el plano oclusal, para hacer el montaje en el articulador, para la

selección y el enfilado de dientes y para tomar los registros interoclusales (Zarb, 1990; Grunert, 2008).

Se usa cera de base rosada que es fácil de moldear y cómoda para el paciente, se puede usar un rodete preformado o una lámina que la calentaremos y la enrollaremos para que tenga la forma del reborde con los dientes. El ancho de los rodets tanto superior como inferior debe ser de 8 a 10 mm en la parte posterior y va hacia adelante con una medida de 6 a 8 mm. El rodete superior debe medir 22 mm tomando en cuenta la hendidura de la cubeta del frenillo labial adelante, y atrás en la zona de la tuberosidad maxilar desde la base debe medir 12 mm. Las medidas del rodete inferior son de 18 mm de altura en la parte anterior y 0 mm en posterior es decir a nivel de la almohadilla retromolar. Existe una angulación de 15° hacia vestibular de los dientes de canino a canino lo cual aporta soporte a los labios (Rahn, 2009).

2.7 OCLUSIÓN EN PROTESIS TOTAL

Ozawa (2010) define la oclusión como la relación de contacto dinámico y estático entre las superficies oclusales e incisales de la arcada superior e inferior.

Antes de realizar el enfilado de los dientes debemos tener en mente que el objetivo es dar al paciente estética, estabilidad de la prótesis y por ende función. Para ello debemos determinar el tipo de oclusión que queremos lograr, existen cuatro tipos de oclusión, estas son: oclusión balanceada bilateral, oclusión balanceada unilateral, oclusión no balanceada y oclusión lingualizada (García, 2006).

La oclusión balanceada bilateral es la ideal en prótesis total ya que presenta más contactos oclusales y da estabilidad a la prótesis. El balance oclusal bilateral es un contacto simultáneo tanto de los dientes posteriores y anteriores en oclusión y relación céntrica como en movimientos excéntricos, este balance se encuentra en armonía con la articulación temporomandibular (Ozawa, 2010).

El objetivo del balance oclusal es lograr la estabilidad de la prótesis, evitar los puntos de giro protésico, mantener las estructuras remanentes óseas y mucosas, mejorar la función masticatoria

e impedir que las fuerzas se dirijan a un lugar determinado y que se distribuya uniformemente por toda la prótesis (Ozawa, 2010).

El balance bilateral oclusal se lo realiza haciendo modificaciones en la curva oclusal, la guía incisal, la altura de los dientes y la inclinación de las cúspides basándose en la trayectoria sagitocondilar (García, 2006).

2.7.1 Relación céntrica y oclusión céntrica

La relación céntrica es la posición más posterior de la mandíbula con relación al maxilar, no es una posición de reposo ya que se necesita la acción de los músculos masetero, temporal pterigoideo interno para elevar la mandíbula (Dawson, 2009).

La oclusión céntrica es la posición de los dientes en máxima intercuspidación. Es importante tomar el registro correcto de la relación céntrica para poder enfilar los dientes en oclusión céntrica y que de esta manera no se vea afectada la estabilidad de la prótesis (“libertad en céntrica”). Ozawa señala que la oclusión céntrica se refiere a una oclusión sin movimiento que contiene muchos puntos de contacto (Dawson, 2009).

2.7.2 Oclusión de trabajo

La oclusión de trabajo se da durante la trituración y desgarrar de alimentos, las cúspides vestibulares de los dientes inferiores salen y topan con las cúspides vestibulares de los dientes superiores, en ese mismo momento también existe un contacto de las cúspides linguales de los dientes inferiores y superiores. Estos contactos deben tener la misma intensidad de contacto (Moreno, 2011).

2.7.3 Registro de relación céntrica

Registro intraoral

El arco gótico es un gráfico en punta de flecha donde se muestra la relación céntrica y las

relaciones excéntricas. Para este trazo se utiliza una punta inscriptora, la mesa y tinta para que los trazos sean marcados. Los movimientos que el paciente debe realizar para conseguir este arco son de protrusión, lateralidad derecha e izquierda (Grunert, 2008).

En la parte superior se ubica la punta y en la inferior la mesa inscriptora, estas plantillas son colocadas en la boca del paciente y se le pide que cierre un poco la boca y continúe con los movimientos (Moreno, 2011).

2.7.5 Curva de Spee

Es la curva antero posterior que va desde la punta del canino inferior siguiendo por las cúspides de premolares y molares hasta el borde anterior de la rama ascendente mandibular (Dawson, 2009).

2.7.6 Clases de Angle

Existen tres clasificaciones de Angle: La Clase I representa una relación normal entre el maxilar y la mandíbula. La oclusión Clase II muestra que la mandíbula se encuentra distalizada en relación con el maxilar. La clase de Angle III se caracteriza por la relación mesial de la arcada dentaria inferior con respecto a la superior; debido a este adelantamiento mandibular hay una relación anómala de los incisivos con mordida cruzada anterior (Dawson, 2009).

Existen tres clasificaciones de la clase III estas son (Dawson, 2009):

- Dentaria
- Funcional o falsa
- Ósea o verdadera

La oclusión clase III funcional la describo ya que se relaciona al tema tratado, esta se identifica por un adelantamiento funcional de la mandíbula durante el cierre oclusal. Los incisivos superiores tienden a palatinizarse mientras que los incisivos inferiores se vestibularizan e

interfieren en el contacto oclusal fisiológico y esto obliga a los cóndilos a mesializarse para lograr establecer la oclusión máxima o habitual (Dawson, 2009).

2.8 REGISTROS MAXILOMANDIBULARES

2.8.1 Dimensión Vertical

Los registros de rodets de oclusión se encargan de transferir la posición horizontal y vertical del modelo inferior con relación al modelo superior. Una correcta dimensión vertical evita problemas de fonación y posibles alteraciones de los tejidos blandos. Si tenemos una dimensión vertical muy elevada el paciente puede sentir incomodidad en el labio superior ya que tendrá que hacer mucho esfuerzo para contactar con el labio inferior y la cara se irá deformando para acomodar la posición del labio, así también no se deja que los músculos elevadores de la mandíbula trabajen, esto a largo plazo causara resorción. En otro caso la dimensión vertical puede estar reducida y dar al paciente una apariencia de tener la nariz muy baja, esta dimensión causará problemas en la articulación y pérdida del tono muscular. Para conseguir la dimensión vertical se toma como referencia dos puntos cutáneos uno fijo que es la punta de la nariz, y el mentón como punto móvil (Milano, 2011).

2.8.2 Dimensión vertical de reposo (DVR)

Es la medida que se obtiene desde la punta de la nariz hasta el mentón cuando el paciente está en relajación, es decir, no deglute no habla. Esta medida está sujeta a cambios debido al estrés a enfermedades, toma de medicamentos, y por lo tanto no es transferible al articulador pero si es un punto de partida para tomar la dimensión vertical oclusal (Milano, 2011).

2.8.3 Dimensión vertical fonética mínima

Es la distancia de la punta de la nariz al mentón cuando el paciente pronuncia la letra “S”, existe un descenso de la mandíbula y la amplitud deja el paso del aire. Este registro sirve para controlar las otras mediciones faciales (Rahn, 2009).

2.8.4 Espacio libre fisiológico

Es la diferencia existente entre la dimensión vertical en reposo y la dimensión vertical oclusal. El resultante fluctúa entre los 2-3mm (Rahn, 2009).

2.8.5 Dimensión vertical de oclusión

La dimensión vertical de oclusión se da cuando el paciente está con los rodets de altura, esta medida se la consigue disminuyendo 2 o 3mm de la distancia obtenida en la dimensión vertical en reposo (Milano, 2011).

2.9 ARTICULADORES

Los articuladores son aparatos mecánicos de las articulaciones temporomandibulares y de los arcos dentales a los cuales se transfieren las relaciones verticales y horizontales de la relación entre el maxilar y la mandíbula, este se encarga de la reproducción tridimensional de los movimientos funcionales y parafuncionales de las dos arcadas (Ozawa, 2010).

Existen articuladores muy sencillos que solo se encargan de mantener los modelos en relación céntrica mutua, estos son un aparato sencillo de bisagra. Existen otros articuladores más complejos que ayudan a fijar el modelo superior mediante un arco facial (Rahn, 2009).

Existen 4 clases de articuladores:

El articulador clase I solo admite un registro, el articulador clase II admite movimientos

verticales y horizontales pero no relacionados con la articulación temporomandibular, el Clase III se lo usa para la elaboración de prótesis totales ya que los modelos se los orienta en relación a las articulaciones y reproduce las trayectorias condilares, los Clase IV tienen las mismas características del III y admiten 3 registros dimensionales. Aún el más complejo de los articuladores no es capaz de reproducir con precisión todos los movimientos que realiza el paciente (Rahn, 2009).

2.9.1 Articulador Semiajustable

En el articulador semiajustable se pueden realizar trayectorias condilares individuales tanto en sentido vertical como horizontal. Este articulador copia la dirección y el punto de llegada de los movimientos pero no se encarga de reproducir el trayecto intermedio de estos movimientos condilares (Ozawa, 2010).

El arco facial está compuesto por las olivas articulares que se localizan en la parte posterior de las varillas laterales, estas se ubicaran en el meato auditivo del paciente; un aditamento que se posicionara en el nasion y la horquilla que será el lugar donde descanse el modelo superior. Por medio del arco facial vamos a encontrar la distancia intercondilea, ubicaremos la posición del maxilar, y su plano oclusal con relación al plano infrorbitario (Moreno, 2011).

Algunas de las características que debe tener un articulador semiajustable son: controles condilares laterales (movimiento de Bennett), controles incisales, control de la distancia intercondilar y control de guías condilares horizontales (Moreno, 2011).

Entre estos articuladores tenemos los tipo arcón y no arcón. Los articuladores tipo arcón se caracterizan por tener la cavidad glenoidea en la rama horizontal y los cóndilos en el poste, mientras que los no arcón tienen los cóndilos en la rama horizontal y una guía de ajuste en el poste. Los tipo arcón ayudan a fijar el modelo superior tomando referencias precisas y la reproducción de movimientos mandibulares es mejor (Ozawa, 2010).

2.10 SELECCIÓN DE DIENTES ARTIFICIALES

Aparentemente la selección de dientes es un procedimiento sencillo pero se debe tomar en cuenta varios factores. La demanda de la estética que hoy en día se encuentra en todo su auge no solo en personas jóvenes sino ahora también en personas de mayor edad que desean verse más jóvenes exige al odontólogo tener un conocimiento amplio y dar confianza al paciente para que le comunique todas sus expectativas. El operador debe saber interpretar las necesidades del paciente, orientarlo y analizar si los deseos del paciente son factibles en él, así como también debe analizar la personalidad las características faciales, los hábitos del paciente y su vestimenta. En el mercado nos encontramos con una variedad de dientes pero la selección se basara en la estética que queramos transmitir y en las necesidades biomecánicas del paciente (Rahn, 2009).

Existen dientes de porcelana que son altamente estéticos, tienen larga vida, mantienen la dimensión vertical por un largo tiempo y su desgaste es mínimo, la desventaja es que produce ruido cuando el paciente realiza movimientos de lateralidad o protrusión y no se los puede reparar, los dientes de porcelana también presentan una desventaja significativa ya que el hecho de que su desgaste sea mínimo quiere decir que el desgaste se va a concentrar en el hueso basal. Los dientes de resina son los que mayormente se usan a pesar de que se desgastan rápidamente y alteran la dimensión vertical, existen dientes de resina altamente estéticos y son fáciles de tallar y reparar, estos se retienen bien en la base acrílica (Koeck, 2007).

2.10.1Color de los dientes

Cada paciente es un mundo diferente y en base a esto debemos elegir el color que se adapte mejor al tono de la piel del paciente, a sus gustos, a las opiniones de sus familiares y a nuestros consejos, de esta manera vamos a lograr un efecto de naturalidad en la sonrisa del paciente. Hay tres factores que intervienen en la selección del color, estos son: el observador, el objeto y la fuente de luz (Telles, 2011).

Para la selección de color es importante conocer las propiedades que tienen los colores, estas son:

- Matiz o tono: es el color mismo, es el nombre que se le da al color por ejemplo azul, amarillo, verde, etc.
- Saturación o intensidad: se refiere a la cantidad de color, es decir tienen el mismo tono pero unos dientes pueden tener más o menos cantidad.
- Valor o brillo: se refiere a la claridad o la oscuridad que presenta un objeto. El valor se da por la dilución que tenga el tono con el negro o el blanco.
- Translucidez: es la propiedad de los objetos que permiten el paso de la luz y que no dan una imagen clara que sea distinguible. Los dientes artificiales poseen esta propiedad, y mezclan los colores de la porcelana con los diferentes colores de la cavidad bucal, lo que hace que estos luzcan vivos y naturales (Zarb, 1994).

Existen diferencias de color entre los dientes de una misma arcada, es decir los dientes anteriores tienen un color diferente al de los posteriores, los dientes superiores también varían con respecto a los inferiores (Telles, 2011).

Es así que se debe considerar las siguientes reglas:

- El incisivo central se caracteriza por tener el color más blanco o claro.
- Más oscuro que el central es el incisivo lateral.
- El canino es el más oscuro de los tres, es importante tener en cuenta esto ya que le puede aportar un efecto vivo a la prótesis (Koeck, 2007).
- En el caso de los dientes posteriores y los incisivos inferiores son más claros que el canino, un tono similar al del incisivo lateral superior (García, 2006).

Se debe tomar en cuenta para la elección del color la edad del paciente, un diente joven es más brillante y translucido, a diferencia de una persona de mayor edad que sus dientes lucen más opacos debido a que el diente sufre un envejecimiento fisiológico, hay formación de dentina secundaria, atrofia de la cámara pulpar y abrasión lo cual elimina el esmalte y la dentina queda expuesta. La dentina absorbe fluidos, alimentos y sustancias que ingerimos como medicamentos o tabaco y esto resulta en oscurecimiento de los dientes (García, 2006; Osawa, 2010).

Sin embargo esto no es una regla general, existen personas que logran mantener sus dientes de una manera saludable por más tiempo y no se oscurecen tanto como otros dientes, por lo tanto es

mejor sin olvidar lo antes dicho, que se elija el color conforme el color de la cara en ese momento, su tono y brillo. Existen casos en los que el paciente ha guardado sus dientes extraídos, pero estos solo serán de ayuda para la selección del tamaño y forma del diente, mas no para el color ya que estos pierden su vitalidad, se sequen y se hacen más blancos (Koeck, 2007).

Hay “muestrarios de color” o “colorímetros” que nos proporcionan los fabricantes, estos constan de incisivos centrales, estos deben ser humedecidos antes de usarlos y observarlos en la luz natural o luz blanca artificial tipo neón, y no con luz fluorescente ya que esta modifica el color (García, 2006). La hora de preferencia es desde el medio día hasta las primeras horas de la tarde (Ozawa, 2010).

Para realizar la selección del color debemos pedir al paciente que retire objetos de distracción a la vista por ejemplo maquillajes fuertes o joyas llamativas. El paciente debe estar casi vertical al respaldo y la nuca ligeramente en contactando al cabezal, la boca del paciente se debe ubicar entre el codo y el hombro del operador (Ozawa, 2010).

Se debe seleccionar algunas opciones de color y después se va descartando una por una, esta selección se la realiza en tres posiciones con las muestras: fuera de boca tras del ala de la nariz el cual ayuda a definir el matiz, el brillo y la cantidad de color, otra que muestra el color de los dientes en reposo colocando bajo el borde bermellón del labio superior del paciente solo exponiendo el borde incisal, y bajo los labios con la boca abierta del paciente y el extremo cervical de la muestra cubierto que indica la exposición de los dientes anterosuperiores al sonreír (Osawa, 2010).

Debido a que el color básico de las caras caucásicas es amarillo, y el color complementario del amarillo es el azul, se recomienda que el operador mire algo azul por 30 segundos antes de observar el diente y la cara del paciente, de esta manera se podrá observar de mejor manera el amarillo. También es aconsejable no observar por más de cinco segundos el color ya que los conos de retina se agotan, hay que dar un descanso a los ojos (Zarb, 2004).

Zarb (2004) describe la “prueba del miope” para identificar el color de los dientes con relación a la cara. Esta prueba consiste en que el dentista observe las diferentes muestras de colores con los ojos parcialmente cerrados, esto reduce la luz y ayuda a distinguir el color menos llamativo en

comparación al cutis, este color será el que primero desaparece a la vista.

2.10.2 Forma de los dientes

La forma de los dientes al igual es de suma importancia para el aspecto del paciente, para esta selección se puede usar fotografías antiguas del paciente, dientes extraídos que los haya conservado y si no se cuenta con ninguna de estas opciones se puede recurrir a un hermano o hijo de donde podamos tener referencia de los dientes (Koeck, 2007).

Se puede hacer una selección de la forma de los dientes tomando en cuenta la forma de la cara como se muestra en la figura 2, Williams en 1914 plantea que la forma de la cara invertida es similar a la forma de los dientes y propone tres clases:

- Clase I: se describe dientes cuadrados, con ángulos rectos. Este tipo de dientes los presentan los pacientes con cara cuadrada.
- Clase II: pacientes con pómulos pronunciados y barbilla en punta presentan dientes triangulares con ángulos agudos, estos dientes se van estrechando hasta el cuello de la corona.
- Clase III: se usa dientes ovalados en pacientes que tengan cara ovalada igualmente (Koeck, 2007).

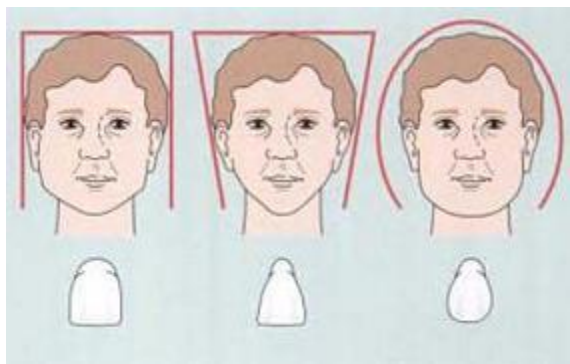


Figure 2 Tipo de dientes según la forma de la cara

Fuente: Koek, Bernard. (2007).

La “Triada estética de Berry” consiste en tres determinantes importantes que son la forma de la

arcada dental con la forma del reborde alveolar residual y la forma facial del paciente con la del incisivo central invertido (García, 2006).

La constitución del paciente también se ha estudiado como un determinante para la selección de la forma de los dientes (Figura3). Es así que se dice que una persona de consistencia delgada, hombros estrechos, músculos débiles y cara alargada tiene dientes alargados y triangulares; una persona gruesa, de cuello corto, abdomen y cabeza voluminoso se caracteriza por tener dientes redondeados; mientras que los pacientes atléticos, altos tienen dientes cuadrados. En personas con sobrepeso se recomienda que se mire las manos ya que es el único indicador sobre la constitución corporal (Koeck, 2007).

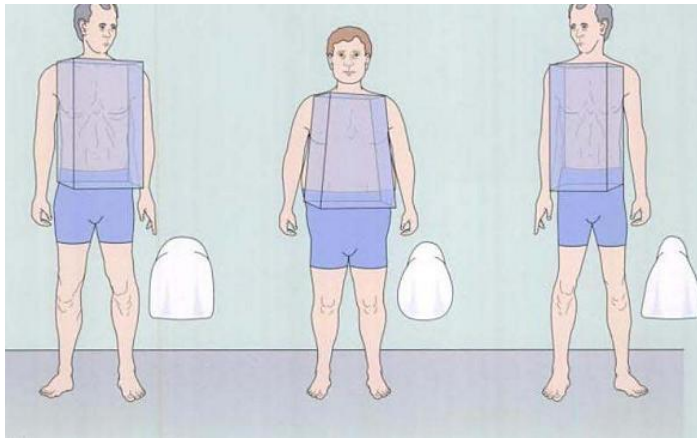


Figure 3 Constitución del paciente en relación a la forma dental

Fuente: Koek, Bernard. (2007). Prótesis Completas.

Al pasar los años los dientes sufren desgaste que provocan el acortamiento de la corona, los ángulos mesial y distal se tornan mas afilados y la diferencia de tamaño entre el borde incisal del diente central con relación al lateral se reduce, es por esto que debemos tener como referencia la edad del paciente para lograr una apariencia natural en la prótesis (Ozawa, 2010).

Los dientes también se clasifican por la forma oclusal, es así que se pueden encontrar dientes con diferentes angulaciones de 33°, 30°, 20° y 0°, estas angulaciones se las toma con referencia a la cúspide mesio-vestibular del primer molar. Las tres clases de dientes según la forma oclusal se

da por la presencia de cúspides, planos inclinados, fosas y surcos, así los fabricantes nos ofrecen dientes anatómicos o de cúspides altas, semianatómicos y no anatómicos o planos (Rahn, 2009).

Los dientes anatómicos son los más parecidos a los dientes naturales, poseen cúspides de angulación 33° , contactan completamente con el antagonista y se pueden ir desgastando de acuerdo al requerimiento que encontremos en el paciente, son eficientes en la masticación por sus filos cortantes y aportan en la oclusión balanceada, su desventaja es que al tener cúspides muy altas podemos encontrar contactos prematuros que generen fuerzas que desestabilizan la prótesis. Los dientes no anatómicos presentan una angulación 0° y se utilizan para palatinizar o lingualizar las fuerzas ya que no buscan un balance oclusal, esto da mayor estabilidad y conserva mejor el reborde sin embargo no se logra una buena estética y hay una deficiencia en la función masticatoria (Rahn, 2009).

2.10.3 Tamaño de los dientes

Hay que considerar tres dimensiones para establecer el volumen total de los dientes, ancho, largo y grosor. Se cree que las personas grandes tienen dientes grandes mientras que las pequeñas tienen dientes de menor tamaño, pero esto no es una regla general. Se distingue a las mujeres por tener dientes más pequeños que los hombres, las mujeres tienen los incisivos laterales más delicados que los hombres (Koeck, 2007).

Un recurso importante en la selección se da a partir de la línea media que es perpendicular a la línea bipupilar y al plano de orientación, esta línea se traza con referencia a la parte media del septum nasal (Telles, 2011).

En los dientes naturales la distancia existente entre la punta de los caninos de ambos lados es la misma a la anchura de la base nasal, es decir de ambos lados del ala de la nariz. Se traza una línea paralela que va desde el ala de la nariz hasta la superficie oclusal del rodete de altura, eso nos dará la posición de la cúspide del canino superior, esto se puede realizar con un compas de Zielsky o un alímetro. Esta línea también se la puede conseguir con relación a la comisura labial en reposo (Koeck, 2007).

Gerber describe el principio embriogenético en el que establece que la nariz tiene que ver con la forma de los dientes ya que el crecimiento posnatal de los incisivos anteriores se da a partir del apéndice fronto-nasal embrionario. Es así que existen los siguientes casos: una nariz recta similar en tamaño la base y la punta, presentan los cuatro incisivos del mismo tamaño, con una pequeña diferencia entre los centrales y laterales; la nariz fina en la punta y ancha en la base es un indicativo de que los incisivos centrales serán más grandes que los laterales (Koeck, 2007).

Se describe otra técnica usando el arco facial que nos proporcionará la medida de la anchura bicigomática mayor, esta medida se la divide para 16 y su resultado es un aproximado del ancho del incisivo central superior, esta medida también se la puede dividir para 3.3 y nos da el ancho de los seis dientes antero-superiores (Koec, 2007).

Según Zarb (1990) los dientes anteriores con una medida menos de 48 mm se consideran pequeños, mientras que los que superan los 52mm son relativamente grandes. Mientras tanto García, 2006 propone que el ancho promedio de los 6 dientes anteriores superiores van de los 39 a 49mm.

Para la selección del largo de los dientes debemos considerar el tipo de labio siendo estos largo, medio o corto; también se considera el plano protético, la línea de la sonrisa, el grado de reabsorción alveolar, espacio libre disponible y la relación maxilo-mandibular. La línea de sonrisa la debemos marca en el rodete de cera cuando la placa de relación superior está en boca del paciente. Después del montaje en el articulador se usa una regla flexible para medir la distancia entre el borde residual del modelo superior a la superficie de orientación del modelo inferior, a esta medida se le disminuye de 1.5 a 2 mm que representan el grosor de la base protésica terminada y obtendremos el largo aproximado que suele ser entre 6.8 y 9.8mm según Osawa, 2010. Los promedios en el largo de los dientes que los fabricantes proporcionan son de 6.8 a 10mm, siendo los más usados los de 7.2 a 8.7 mm (García, 2006).

El ancho vestíbulo lingual de los dientes posteriores serán menores a los de los dientes naturales pero deben ser suficientemente anchos para sostener los alimentos durante la masticación. Unos dientes angostos ayudan a mantener la prótesis estable por la acción que pueden realizar de las mejillas y la lengua. Para mantener armonía y estética cuando lo vemos al paciente de lado se

debe comparar la longitud del primer premolar superior con la del canino superior (Telles, 2011).

2.11 ENFILADO DENTARIO

El enfilado dentario se lo realiza en base a los rodetes con las marcas establecidas con anterioridad (línea de sonrisa, línea media, línea de caninos). Se tomara en cuenta que la línea media del rodete coincida con la línea media facial del paciente, y que el borde incisal de los dientes anterosuperiores determinaran la fonética y estética mientras que la parte cervical y el volumen de la base protésica denotará el soporte labial (Rahn, 2009).

Los dientes se los va a enfilar en un orden específico comenzando por los anteros superiores, después los anteroinferiores, los postero inferiores para terminar con los postero superiores (Milano, 2011).

2.11.1 Dientes antero superiores

Se calienta una espátula y se da espacio en el rodete, siempre se coloca un diente y enseguida su homologo. Se coloca el incisivo central con su parte medial en la línea media trazada, la superficie vestibular debe coincidir con el contorno del rodete de cera y el borde incisivo quedara al borde del rodete, el eje longitudinal se lo deja un poco distalizado. El borde incisal del incisivo lateral queda a 1mm del borde oclusal del rodete, el cuello se hunde más que el central. La punta de la cúspide del canino queda al mismo nivel oclusal que el central, el cuello se realza para que la superficie labial luzca más prominente y el eje es perpendicular al borde del rodete con ligera inclinación distal (Zarb, 1990).

2.11.2 Dientes antero inferiores

La guía incisiva no debe ser mayor de 20° ya que resultaría muy difícil crear una oclusión balanceada si se sobrepasa esta angulación. Debe haber un contacto ligero con los dientes antagonistas en los movimientos protrusivos para atrapar alimentos finos. Los bordes incisales de estos dientes se enfilan siguiendo la curva de los superiores, se recomienda realizar una sobreoclusión overbite de 1mm y overjet de 2mm (Rahn, 2009; Telles, 2011).

El incisivo central va vestibularizado y el cuello hacia lingual, el lateral se ubica perpendicular al plano oclusal y el cuello distalizado, mientras que la cúspide del canino se encuentra en el plano oclusal, el cuello va hacia vestibular con inclinación ligera hacia distal (Rahn, 2009).

2.11.3 Dientes postero inferiores

Los límites de estos dientes son adelante la parte distal del canino y hacia atrás el comienzo de la almohadilla retromolar. Se debe trazar una línea de referencia por la mitad de la cresta del reborde residual hasta la cúspide del canino y se debe dividir la parte retromolar en 3 tercios. Las cúspides vestibulares de los dientes deben estar en el área lateral de la cresta residual para que no exista un desbalance de la prótesis. Los surcos centrales de los molares y premolares deben ir alineados con la línea de referencia de la mitad de la cresta residual. El primer premolar va siguiendo el contorno del canino en su cara vestibular y se alinea con la punta del canino o entre el punto canino incisivo lateral (Moreno, 2011).

2.11.4 Dientes postero superiores

La cúspide palatina del primer premolar superior contactará con la cresta marginal distal del primer premolar inferior y con la cresta mesial del segundo premolar inferior, el segundo premolar va similar al canino y al primer premolar con el eje longitudinal perpendicular al plano de oclusión, la cúspide mesio vestibular del primer molar se alinea con el canino y premolares y la cúspide distovestibular se dirige a palatino y asciende 1mm del plano de oclusión, después de esto se deberá elevar el primer molar inferior, colocar el segundo molar superior y elevar el segundo molar inferior de esta manera se obtendrá la curva de Spee (Moreno, 2011).

2.12 PRUEBA EN CERA

Esta prueba nos ayuda a corregir a tiempo posibles errores, en esta prueba se tomara en cuenta la estética por eso es importante que el paciente este acompañado de un familiar o amigo que pueda opinar (García, 2006).

A nivel estético se observa el perfil labial, la exposición de dientes y línea de sonrisa; se analiza la función fonética pidiendo al paciente que pronuncie la letra “S”, palabras con la letra “F” o “V” para ubicar el plano protésico anterior y verificar el largo de los dientes antero inferiores. La punta de la lengua debe contactar suavemente con los incisivos superiores cuando se emite el fonema “D”. (García, 2006).

Se debe controlar la oclusión los movimientos de lateralidad y protrusión, de esta manera si encontramos alguna interferencia oclusal se debe realizar el desgaste adecuado. Durante el movimiento de apertura y cierre debemos encontrar puntos únicamente en la fosa de los dientes ya que si hay marcas en otros lugares pueden desestabilizar la prótesis (Zarb, 1990).

2.13 INSTALACION Y CUIDADOS DE LA PROTESIS

Antes de instalar la prótesis debemos inspeccionarla y ver que los bordes estén redondeados y que no existan bordes cortantes que afecten la mucosa del paciente. Al colocar las prótesis en boca del paciente debemos observar la adaptación y la extensión de los flancos que no estén invadiendo zonas mucosas. Se realiza el control de la oclusión y si es necesario se realiza un desgaste selectivo (Koeck, 2007).

Debemos dar indicaciones al paciente para que se adapte a sus nuevas prótesis, se le indicara que hable en voz alta, que de inicio de mordiscos pequeños, la limpieza de las mucosas como de la prótesis también es importante, la prótesis debe lavarse con agua después de cada comida y con un cepillo para prótesis si es posible, se debe masajear las mucosas y limpiar la lengua. Es conveniente retirar la prótesis por la noche y sumergirla en un vaso con agua para dar alivio a las crestas marginales (Koeck, 2007).

3. PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO

3.1 Historia clínica

La historia clínica nos proporciona datos generales del paciente y datos de relevancia que nos ayudaran en el diagnóstico.

3.1.1 Datos De Identificación

- Nombre y Apellido: NN
- Sexo: femenino
- Fecha de nacimiento: 28/10/1959
- Edad: 54 años
- Lugar de residencia: Monjas
- Estado Civil: Divorciada
- Nacionalidad: Ecuatoriana
- Ocupación: Auxiliar en alimentación

3.1.2 Motivo De Consulta

“Me quiero cambiar las prótesis ya que me he dado cuenta que ha cambiado el aspecto de mi cara y tengo problemas para comer”

3.1.3. Enfermedad o Problema Actual

Paciente femenino de 54 años de edad edéntula total, acude a la consulta odontológica debido a que las prótesis totales que tiene están mal adaptadas, y no existe oclusión.

3.1.4 Antecedentes Personales Y Familiares

Paciente no refiere antecedentes sistémicos de relevancia

Padres diabéticos e hipertensos

3.1.5 Signos Vitales

- Presión arterial: 123/80
- Frecuencia cardiaca: 70
- Temperatura: 37
- Respiraciones por minuto: 21

3.1.6 Examen Del Sistema Estomatognático

- Labios: normal
- Mejillas: normal
- Maxilar superior: edéntulo, pronunciadas rugas palatinas. Figura 4
- Maxilar inferior: edéntulo. Figura 5
- Lengua; normal
- Paladar: ojival
- Piso de boca: normal
- Carrillos: normal
- Glándulas salivales: normales
- Oro faringe: normal
- ATM: normal
- Ganglios: normal



Figure 4 **REBORDE RESIDUAL SUPERIOR**

Fuente: Diana Misquero



Figure 5 **REBORDE RESIDUAL INFERIOR**

Fuente: Diana Misquero

3.1.7 Odontograma

Tanto en el maxilar superior como inferior hay ausencia total de dientes. Figura 6

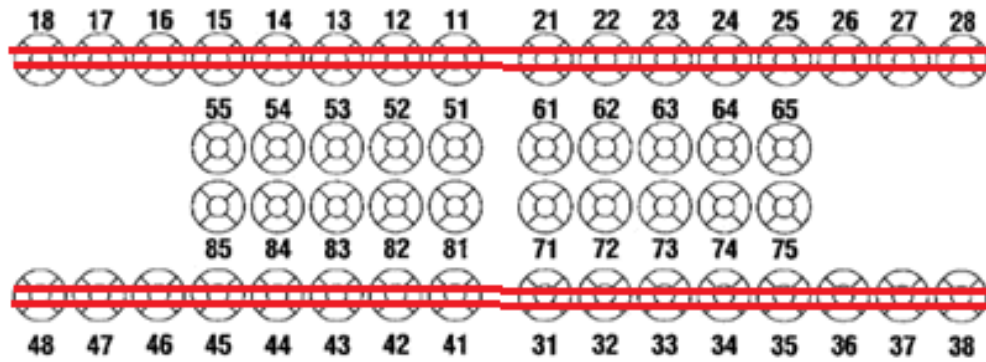
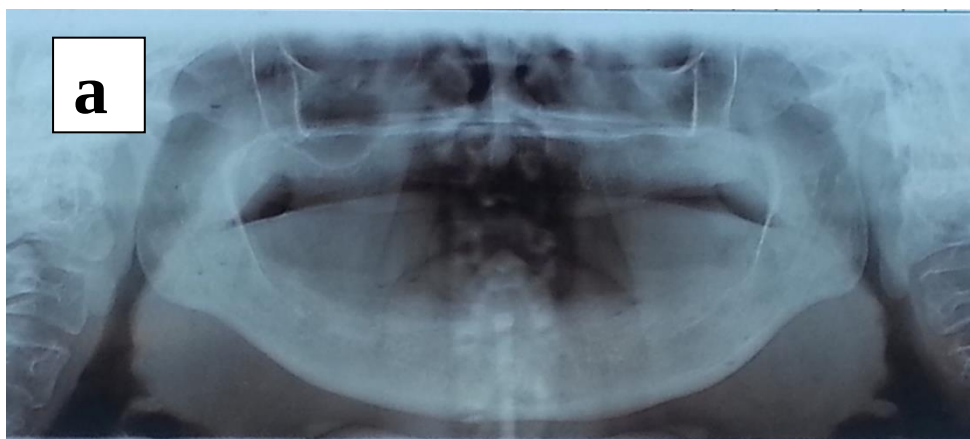


Figure 6 Odontograma

Fuente Diana Misquero

3.1.8 Exámenes Radiográficos

Se le realizó a la paciente una radiografía panorámica y una lateral donde se realizó la Cefalometría para descartar la clase III esquelética.



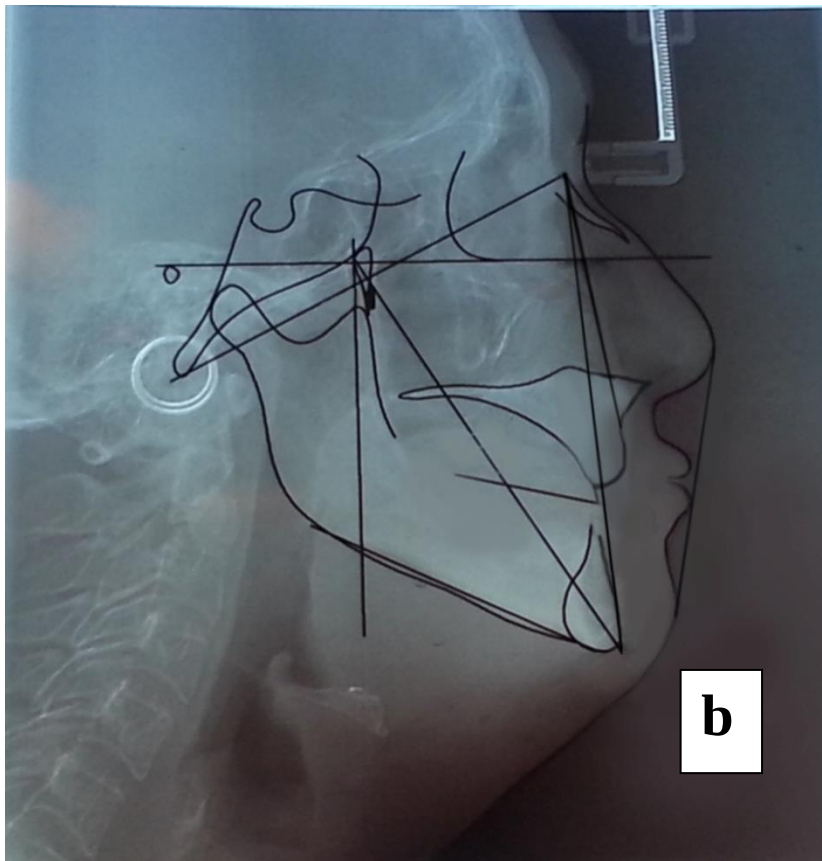


Figure 7 a) Panorámica; b) Cefalometría

Fuente: Diana Misquero

3.2 Diagnóstico Presuntivo

Edentulismo total superior e inferior con clase III dental y esquelético

3.3 Diagnóstico Definitivo

Edentulismo total superior e inferior

3.4 Aspecto Éticos

El consentimiento informado como respaldo de que la paciente recibió la explicación detallada del plan de tratamiento, sus beneficios y posibles complicaciones durante el desarrollo de tratamiento.

La historia clínica de los datos del paciente y su condición inicial al llegar a la consulta así como también los protocolos de los procedimientos realizados, en este caso el protocolo de prótesis total.

3.5 Plan De Tratamiento

Resolución de Urgencias	El paciente no refirió dolor o infección
Control de la infección y reinfección Bucal	Se explico al paciente la higiene de la cavidad bucal y la que deberá tener con sus nuevas prótesis.
Control del medio condicionante	La paciente refiere una alimentación sana
Refuerzo o modificación del huésped	No se aplica en este caso
Control de las infecciones no resueltas como urgencias	No se aplica en este caso
Rehabilitación	Confección de prótesis totales tanto superior como inferior
Monitoreo	Inmediato en el momento que se hizo la instalación de la prótesis Mediato a los 15 días de la colocación de las nuevas prótesis para evaluar la adaptación del paciente a las prótesis.

Tabla 1 Plan de Tratamiento

Fuente y elaborador: Diana Misquero

3.6 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS EJECUTADOS

Decidimos rehabilitar a la paciente por medio de prótesis dentales totales a continuación se describe los pasos para la realización de las mismas

3.6.1 Impresiones anatómicas

Para la impresión anatómica usamos cubetas metálicas para paciente edéntulo que se adapto al reborde de la paciente.

El material que usamos para esta impresión es el hidrocoloide irreversible (alginato), realizamos una mezcla en porciones según el fabricante de agua y polvo y los espatulamos hasta conseguir una consistencia cremosa. El alginato registra los detalles, no absorbe las secreciones de la mucosa y por lo tanto no modifica la forma. Figura 7.

Antes de tomar la impresión le pedimos al paciente que se enjuague la boca para que disminuya la viscosidad de la saliva. Ya que colocamos el alginato en la cubeta, introducimos la cubeta con el material a la boca del paciente centrando el mango de la cubeta en relación a la línea media facial. Nos aseguramos que el borde posterior de la cubeta superior este un poco más atrás del surco hamular y en el inferior sobre las almohadillas retromolares. Separamos los carrillos para que el material de impresión llene por completo el vestíbulo y no se formen burbujas de aire. Se asentó la cubeta de atrás hacia adelante para que el material fluya hacia adelante y no obstruya la vía aérea del paciente. En la impresión superior estiramos el labio horizontalmente y no vertical ya que esto altera la profundidad del vestíbulo y los flancos de la prótesis quedarán extendidos.

En la toma de impresión inferior se pidió al paciente que mueva la lengua ya que esto ayuda a delimitar la inserción del músculo milohioideo. La remoción de la cubeta la hicimos en un solo movimiento.



Figure 8 Impresiones anatómicas

Fuente: Diana Misquero

3.6.2 Obtención de los modelos de estudio y delimitación del terreno protésico

Las impresiones anatómicas las vaciamos con yeso piedra amarillo y obtuvimos los modelos de estudio como se puede ver en las figuras 8 y 9, estos modelos son la copia de los rebordes residuales de la paciente. Con la paciente a nuestro lado y los modelos obtenidos fuimos verificando las zonas de alivio, zonas de soporte primario, secundario y zonas de sellado periférico.

En el modelo superior hicimos alivio en las rugas palatinas, en cuanto al modelo inferior se delimito la zona de soporte principal, se delimito el terreno protésico y no se realizo alivios.



Figure 9 Modelos inferior de estudio y delimitación del área protésica

Fuente Diana Misquero



Figure 10 Modelo superior de estudio y delimitación del área protésica

Fuente Diana Misquero

3.6.3 Confección de cubetas individuales

Después de haber hecho una correcta delimitación del terreno protésico procedimos a confeccionar la cubeta bajo esos parámetros. Las cubetas las realizamos con resina acrílica autocurable (Figura 10 y 11) haciendo la mezcla en un vaso dappen del polímero (polvo) y el monómero (líquido). Usamos dos losetas de vidrio previamente envaselinadas donde aplanamos el acrílico y lo colocamos el acrílico en fase plástica sobre los modelos de trabajo que fueron ya aislados, aquí moldeamos el acrílico por todo el modelo y con una hoja de bisturí fuimos cortando por los lugares de los límites de la prótesis y eliminando los excesos. Con los excesos que retiramos hacemos 2 mangos para las cubetas. El espesor aproximado de las cubetas debe ser de 2 a 3 mm de grosor, y de los mangos de 3 a 7mm.

Listas las cubetas las pulimos y eliminamos los bordes cortantes.

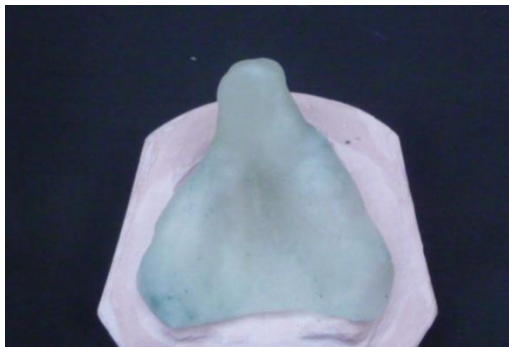


Figure 10 Cubeta individual superior

Fuente: Diana Misquero

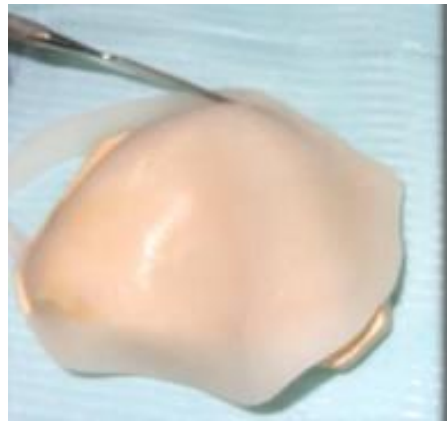


Figure 11 Confeccion de cubeta individual inferior

Fuente: Diana Misquero

3.6. 4 Sellado periférico

Ya que las cubetas fueron probadas en la boca del paciente y se comprobó que cubrían las zonas adecuadas para realizar la impresión y que no existía zonas de isquemia o invasión de frenillos o inserciones musculares se continuó con el siguiente paso.

Para el sellado periférico usamos godiva de baja fusión la reblandecemos y la colocamos en el

borde seco de las cubetas, se va colocando por secciones según la técnica escogida.

El labio superior se lo extiende hacia afuera, abajo y adentro, la mejilla recibe el mismo movimiento y se mueve hacia atrás y adelante para simular el movimiento de los frenillos superiores (figura 12). Al realizar el sellado palatino se le pidió al paciente que diga "ah" por un tiempo para delimitar la deflexión del velo del paladar. Para el sellado periférico del modelo inferior realizamos movimientos de labio inferior y de los carrillos hacia afuera, arriba y adentro, en el carrillo el movimiento extra es de adelante hacia atrás para copiar el movimiento de los frenillos bucales.

Para el registro de la zona lingual le pedimos al paciente que saque la lengua, y para la parte lingual lateral a nivel de premolares el paciente empuja la lengua hacia el paladar (Figura 13).

Después de que se haya enfriado el compuesto de modelar se realiza un pequeño recorte con un bisturí para que sea ocupado por el material de la impresión funcional.



Figure 12 Toma de sellado periférico superior

Fuente: Diana Misquero

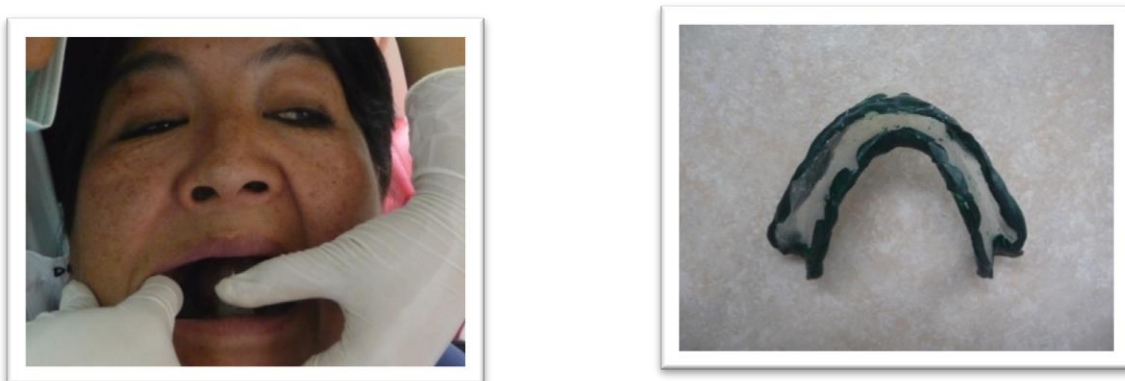


Figure 13 Sellado periférico inferior

Fuente: Diana Misquero

3.6.5 Impresiones Funcionales

Se le dijo al paciente que deje de usar las prótesis antiguas 24 horas antes de este procedimiento ya que esto ayuda a que la zona protésica este aliviada de la presión.

Para tomar la impresión primero hicimos unos orificios en las cubetas para que el material tenga vías de desfogue. Colocamos un material adhesivo en el asiento basal de la cubeta por 10 minutos antes de poner el material de impresión. Para esta impresión usamos silicona de adición.

La técnica de impresión tanto del maxilar como de la mandíbula es la presión selectiva que consiste en aliviar zonas previamente en el modelo diagnóstico y al tomar la impresión funcional realizar una presión moderada. Ubicamos la cubeta superior sobre el reborde residual mirando el frenillo labial que coincida con la escotadura labial y después hicimos una presión con los dedos índices a nivel del primer molar, se hizo los movimientos de carrillos y labios para impresionar todas las estructuras y se esperó a que la pasta se fragüe. Para retirar la cubeta se debe meter aire jalando las mejillas y el labio.

Antes de la toma de impresión inferior se puso una gaza bajo la lengua del paciente para que la cavidad este seca. La parte de adelante de la cubeta inferior la pusimos desde la izquierda de la boca del paciente, se jalo la mejilla derecha y rotamos la cubeta para que quede sobre el reborde, el paciente levanta un poco la lengua y se hace la presión sin mucho esfuerzo e igual que en la superior se realiza los movimientos de labio y mejillas. Hay que tener especial cuidado al asentar la cubeta para no aprisionar el tejido graso de la zona del músculo masetero.

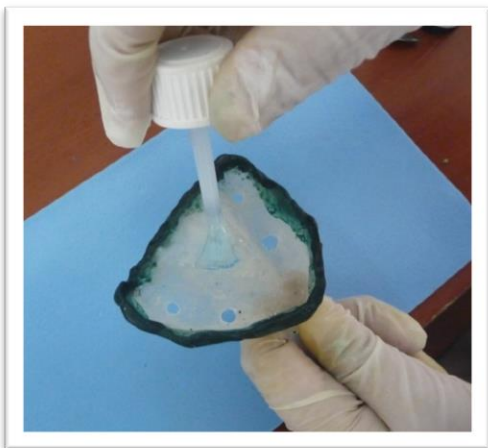


Figure 14 Colocación del material adhesivo
Fuente: Diana Misquero



Figure 15 Colocación del material de impresión Fuente: Diana Misquero



Figure 16 Impresión funcional superior

Fuente: Diana Misquero



Figure 17 Impresión funcional inferior

Fuente: diana Misquero

3.6.6 Rodetes de altura

Los rodetes de cera se los realizo sobre una base acrílica (similar a la que se hizo en la confección de cubetas pero sin el mango). Para los rodetes usamos cera de base número 7, los rodetes se los realizo bajo medidas estándar el alto en la parte anterior es de 20 mm y posterior 5 mm, para el inferior es 0 mm en la parte posterior.



Figure 18 Rodetes de altura Fuente:

Diana Misquero

3.6.7 Orientación del plano de oclusión

Utilizamos la platina de fox para verificar el paralelismo existente entre el plano de camper (ala de la nariz- tragus) con el plano de oclusión lateralmente, y viendo de frente el plano oclusal con la línea imaginaria bipupilar.

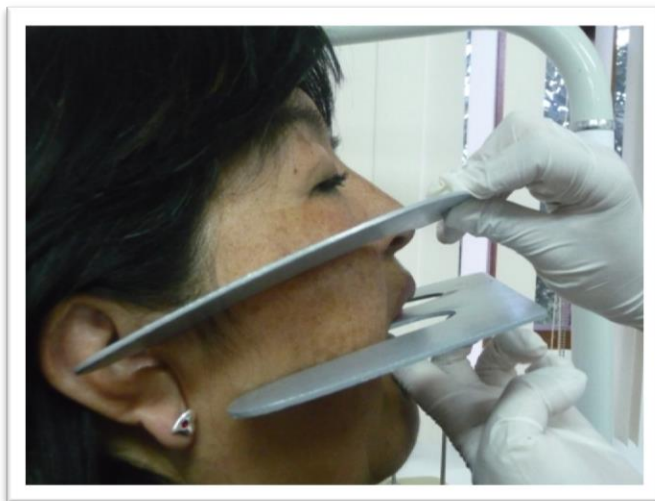


Figure 19 Orientación del plano de oclusión

Fuente: Diana Misquero

3.6.8 Montaje en el articulador

Primero se fija el rodete de cera en la horquilla del arco facial, se aflojaron los tornillos del arco facial y se le pidió a la paciente que sostenga las varillas laterales del arco y que se coloque las olivas dentro del conducto auditivo mientras ajustamos el nasion en la parte superior y la horquilla en la parte inferior. Se ajustan los tornillos y el arco queda fijo en la cara del paciente. Nos fijamos en la distancia intercondilar del paciente y aflojamos los tornillos de los meatos y el nasion, ahí estamos listos para transferir a la rama superior del articulador y realizar el montaje en el articulador.

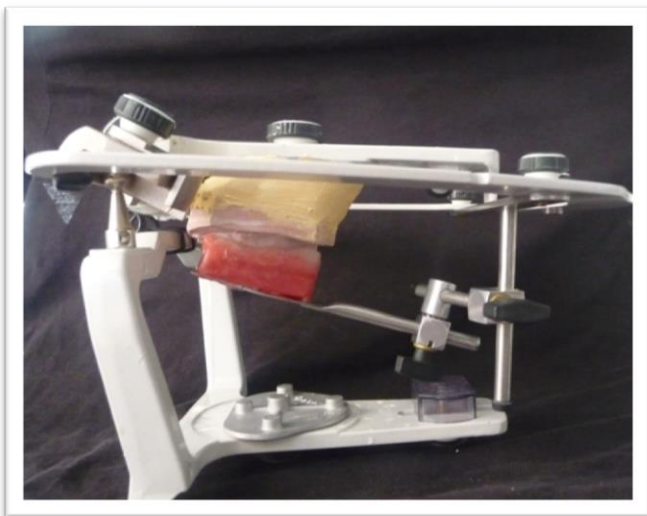
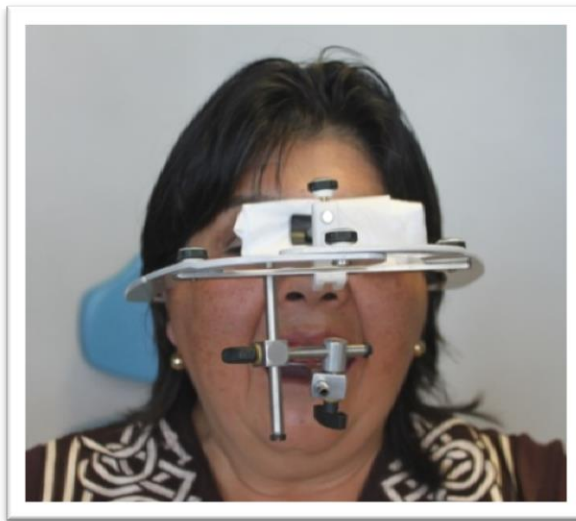


Figure 110 Montaje de modelo superior

Fuente: Diana Misquero

3.6.9 Dimensión Vertical

En la boca del paciente ponemos los rodets superior e inferior y marcamos la línea media, la línea de sonrisa y la línea de la punta de los caninos en relación con el ala de la nariz.

Para obtener la dimensión vertical de reposo tomamos como referencia la punta de la nariz y el mentón para tomar la medición. Hicimos que el paciente repitiera “s” y “m” para relajar la musculatura, esto se repitió algunas veces hasta conseguir la dimensión vertical de reposo de esta dimensión se disminuyo 2 mm para obtener la dimensión vertical de la paciente.



Figure 21 Línea media, línea de caninos

Fuente: Diana Misquero

3.6.10 Relación céntrica

Para conseguir el trazo del arco gótico de Gysi utilizamos la punta inscriptora, colocamos la mesa inscriptora en el rodete inferior y la punta en el superior. A la paciente se le llevo a relación céntrica y desde allí se realizaron los movimientos de protrusión, se regresa al mismo punto y se hace las lateralidades.

El vértice del arco gótico nos indica la relación céntrica óptima del paciente.



Figure 22 Mesa inscriptora

Fuente: Diana Misquero

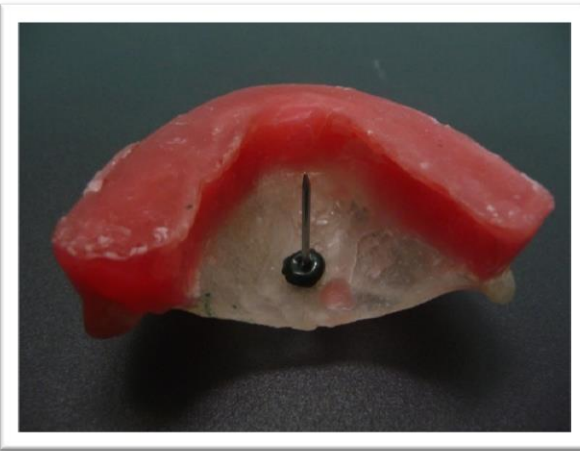


Figure 23 Punta inscriptora

Fuente: Diana Misquero

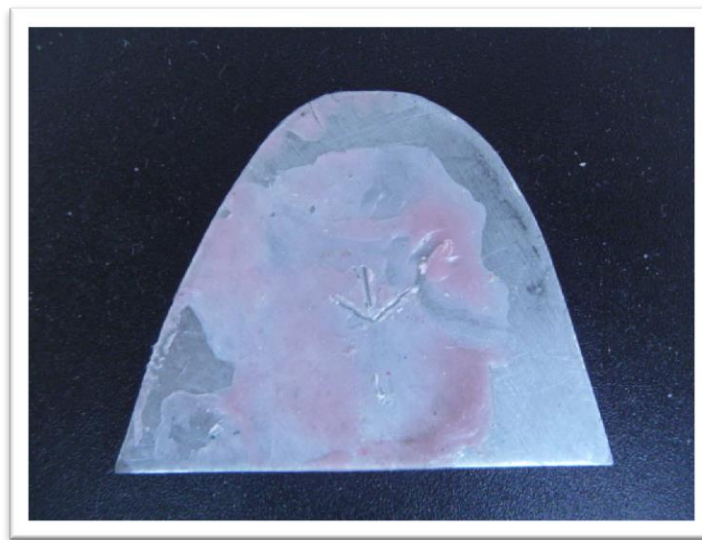


Figure 24 Arco Gotico

Fuente: Diana Misquero

Para el montaje del modelo inferior se mantuvo la relación céntrica y se colocó a los lados de los rodets de será unos topes para fijar los dos rodets.



Figure 25 Montaje modelo inferior



Fuente: Diana Misquero

3.6.11 Prueba en cera de la prótesis

Esta prueba se la realiza ubicando las prótesis en cera en la boca del paciente, primero se puso la superior y después la inferior. Ya con las prótesis en boca se verificó la tonicidad de los labios y la adaptación de las estructuras a la prótesis, así como también se comprobó que no exista una sobre extensión de los flancos de la base protésica. La estabilidad de la prótesis se comprueba realizando movimientos de protrusión y lateralidad desde relación céntrica.

Se le pidió al paciente que pronuncia los números 6 y 7 y el fonema “S” para comprobar la relación de los dientes superiores con los inferiores, Los dientes superiores tuvieron un ligero contacto con el labio inferior en reposo.

Se realizó un desgaste pequeño para lograr la oclusión balanceada adecuada. Llevamos al paciente para que se vea al espejo y pueda observar en conjunto la armonía de la cara con las nuevas prótesis, la paciente refirió gran satisfacción y naturalidad.



Figure 26 Prueba en cera

Fuente: Diana Misquero



Figure 27 Vista izquierda

Fuente: Diana Misquero

Figure 28 Vista derecha

Fuente: Diana Misquero



3.6.12 Entrega definitiva de la prótesis

Cuando el laboratorio nos ha entregado las prótesis verificamos que no existan superficies afiladas que lastimen la mucosa del paciente, ya cuando está el paciente con nosotros se humedeció las prótesis y se las puso en boca del paciente.

De inicio el paciente refirió algo diferente en la prótesis ya que ella había estado acostumbrada a posicionar la mandíbula en otra manera por lo que sus prótesis no tenían la oclusión adecuada. Se comprobó la estabilidad de la prótesis superior e inferior haciendo presión sobre diferentes zonas. Se verifica la línea media, línea de sonrisa y que las inserciones musculares y los frenillos estén libres. Se comprueba la dimensión vertical, se le pide al paciente que comience hablar para asegurarnos de que el paciente pueda hablar sin dificultad y nos aseguramos de que exista estética.

Para el control de la oclusión utilizamos papel articular para ubicar los puntos prematuros y lograr una oclusión balanceada perfecta.

Finalmente se le dio las recomendaciones al paciente, en las que se indicó que la primera noche si debía usar la prótesis pero ya no en las siguientes para darle al reborde residual un descanso. Los primeros días tiene que verse en un espejo y hablar en voz alta para que se acostumbre a las nuevas prótesis.

La higiene es un factor importante, se le dijo a la paciente que debe limpiar las prótesis siempre después de cada comida sin olvidar la limpieza de las mucosas y la lengua con un cepillo de cerdas suaves y usar colutorios.

En la noche la prótesis se debe dejar en un vaso con agua.



Figure 29 Prótesis Total superior nueva

Fuente: Diana Misquero



Figure 30 Prótesis Total superior antigua

Fuente: Diana Misquero



Figure 31 Prótesis Total inferior antigua

Fuente: Diana Misquero



Figure 32 Prótesis Total inferior nueva

Fuente: Diana Misquero



Figure 33 ANTES



Figure 34 DESPUES

4. DISCUSIÓN

Es necesario que se realice controles de las prótesis totales periódicamente ya que los problemas post operatorios como la fractura de la base protésica o la pérdida de dientes de la prótesis no está exento de suceder, también existen casos de pacientes difíciles que tardan en adaptarse a sus prótesis por ello es aconsejable programar citas en intervalos de tres a cuatro meses (Zarb. 1990). Por esta razón nosotros realizamos controles diarios a partir del día instalación por una semana y cada 8 días después, también deberá realizarse controles cada 6 meses. Estos controles nos permitieron verificar la adaptabilidad de la paciente a la nueva prótesis y a su nueva posición mandibular, y nos permitirá controlar la salud de los tejidos duros y blandos, así como la retención y oclusión de las prótesis mediante correcciones oclusales, rebases u otros procedimientos que sean necesarios.

La evaluación de la las prótesis antiguas representa un punto importante especialmente en la higiene ya que la placa dental también la podemos encontrar en la superficie interna de las prótesis que puede ser la causa de inflamación de la mucosa (Grunert, 2008). Esta afirmación es correcta ya que pude verificar en las prótesis antiguas de mi paciente a más de los errores oclusales la existencia de una falta de higiene que afectaba los rebordes alveolares. Como profesionales debemos tener en cuenta este punto para poder enseñar al paciente el cuidado de sus prótesis y su conservación por un tiempo más prolongado.

Koeck señala que la presencia de cambios en la función neurooclusal, la masticación y factores psicológicos del paciente se da por la pérdida paulatina de dientes. La adaptación del paciente a unas nuevas prótesis totales es variable ya que existen pacientes unos más susceptibles que otros y la edad también influye en la adaptación.

Para un paciente de edad avanzada será más complicado adaptarse a una prótesis total nueva con cambios drásticos, mientras que es diferente en personas de edad media como es el caso de mi paciente que aunque el cambio fue grande la paciente no tardo en adaptarse y tuvimos una aceptación favorable aunque de inicio le resulto algo diferente como es normal (Ozawa, 2010).

5. CONCLUSIONES

- La rehabilitación del paciente concluyo con éxito ya que se pudo reponer las estructuras dentarias, se recuperó la estética, la función y fonación.
- El éxito en la realización de prótesis totales la conseguimos ya que ésta se quedo fija a la mucosa durante la fonación y masticación, los márgenes de la prótesis no alteraron la función muscular y logramos una oclusión balanceada adecuada.
- Aunque de inicio resultaba un problema el cambio de la falsa Clase III a clase I, la paciente no tuvo inconveniente en el momento de la adaptación.
- La estética que se mejoro modificando el perfil facial ayudo a que la paciente se sienta más segura en la parte personal frente a su familia y en el campo laboral, ya que ella acostumbraba tapar su boca cuando hablaba con las personas.

6. RECOMENDACIONES

Si bien es cierto el uso de prótesis totales se está usando con menos frecuencia, y muchos profesionales ya ni siquiera lo tienen en cuenta como opción de tratamiento en rehabilitación, sin embargo no debemos olvidar que aun podemos conseguir resultados óptimos por medio de la rehabilitación con prótesis totales. No en todos los casos es viable ejecutar la colocación de implantes sea por condiciones anatómicas óseas o también por la situación económica del paciente, es por eso que insisto en recomendar el uso de prótesis total como opción.

El haber concluido una prótesis total con éxito no quiere decir que ahí ha terminado el tratamiento, debemos ser conscientes de la educación que debemos dar al paciente para que mantenga sus prótesis en buen estado y motivar al paciente para que no olvide acudir a la consulta odontológica periódicamente para hacer un chequeo de sus prótesis

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Basker, R. M, Davenport, J.C, Thomason, V.M. (2012). *Tratamiento protésico en pacientes edéntulos*. Quinta Edición. Caracas: Amolca.
2. Bernal, R., Fernandes, J. K. (1999). *Prostodoncia Total: manual de laboratorio en odontología*. México. Editorial Trillas.
3. Bücking, W. (2007). Colores dentarios y tipos de color. *Quintessence*, 20 (7), 401-407.
4. Dapprich, J. (2002). Prótesis Total. *Quintessence*, 15(9), 548-560.
5. Dawson, P. (2009). *Oclusión funcional: diseño de la sonrisa a partir de la ATM*. Colombia. Editorial Amolca.
6. Dong. (1999). La estética de la sonrisa: revisión de algunos estudios recientes. *Revista Internacional de Prótesis Estomatológica*, 1(4), 316-325.
7. García J.L (2006). *Enfilado dentario, bases para la estética y la estática en prótesis totales*. Colombia. Amolca.
8. Grunert, I. (2008). *Prótesis Total estético-funcional-individual*. Barcelona. Editorial Quintessence S. L
9. Grunert, I., Crepaz, M. (2004). Prótesis completa estética, funcional e (Körhlz, 2008)individualizada. Un concepto terapéutico global, orientado a la práctica. *Quintessence*, 17(6), 370-383.
10. Gusina AH. *Atlas de prótesis total y sobredentaduras*. Barcelona, España. Kundert Martin, ed.: Masson.
11. Koek, Bernard. (2007). *Prótesis Completas*. Cuarta Edición. España. Editorial Elsevier.

12. Körhlz, K. (2008). La Cubeta Individual. *Quintessence tecnica* , 214-230.
13. Milano, V., Desiate, A. (2011). *Prótesis Total Aspectos gnatologicos conceptos y procedimientos*. Italia. Amolca.
14. Moreno, M. (2011). *El ABC de la Prostodoncia Total*. México. Editorial Trillas.
15. Ozawa, Jose. (1995). *Prostodoncia Total*. México. Universidad Autónoma de México.
16. Planas, P. (2008). *Rehabilitación Neuro-Oclusal (RNO)*. Segunda Edición. Amolca.
17. Polei, A., Berger, S. (2011). Rehabilitación mediante prótesis completa de un paciente tras el uso de una prótesis provisional posicionalmente inestable. *Quintessence* 22(3), 176-180.
18. Preti, G. (2008). *Rehabilitación Protésica*. Tomo 3. Italia. Amolca
19. Rahn, Arthur. (2009). *Textbook of Complete Dentures*. Sexta Edición. Estados Unidos. People's Medical Publishing House.
20. Sharry JJ. (1970). *Prótesis dentaduras completas*. La Habana. Ciencia y Técnica.
21. Telles, D. (2011). *Prótesis Total: convencional y sobreimplantes*. Brasil. Livraria Santos Editora.
22. Zarb, G.A. (1994). *Prostodoncia Total de Boucher*. México. Decima Edición. Nueva Editorial Interamericana S.A.
23. Zitzmann, N. (2011). ¿Se puede mejorar la retención de las prótesis completas aprovechando todos los factores que intervienen en ella? *Quintessence*, 24(1), 30-40.

8. ANEXOS

Anexo 1 HISTORIA CLINICA



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLÓGIA
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
						PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	6934	

1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		N° CEDULA DE CIUDADANÍA	
PROANO		APTENDARIZ		NANCY		DEL ROSARIO		17074177109	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N°-MANZANA Y CASA)				BARRIO		PARROQUIA		CANTÓN	
MONJAS JARDINES DEL VALLEJARDINES						QUITO PICHINCHA		8606437	
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD(PAS)		GRUPO CULTURAL		EDAD AÑOS CUMPLIDOS	
28/10/1997		QUITO		ECUATORIANA				M F SOL CAS DIV VIU U-L	
FECHA DE ADMISIÓN		OCUPACIÓN		EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE	
		AJUQUE AUTENTACION		MATERNIDAD JA		ICSS			
EN CASO NECESARIO LLAMAR A		PARENTESCO AFINIDAD		DIRECCIÓN		N° DE TELEFONO			
ALEX CADENA		HIJO		MONJAS		0984879999			

COD-CÓDIGO U-URBANA R-RURAL M-MASculINO F-FEMENINO SOL-SOLTERO CAS-CASADO DIV-DIVORSIADO VIU-VIUDO U-L-UNIÓN LIBRE

CÓDIGO
ADMISIONISTA

AUTORIZACIÓN

FECHA: 14/ JUNIO 2014

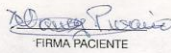
YO: NANCY PROANO con CI N° 17074177109

En conocimiento que la Clínica de especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador "Servicio Docente" su tratamiento lo realiza especialistas y estudiantes.

Se me ha explicado adecuadamente las actividades esenciales que se realizarán sobre el tratamiento de mis problemas bucales.

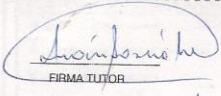
AUTORIZO a que se me realice procedimiento de diagnóstico y tratamiento clínico quirúrgico con el estudiante asignado, comprometiéndome a cancelar los valores correspondientes previo el tratamiento indicado.

NOMBRE PACIENTE: NANCY PROANO


 FIRMA PACIENTE

ESTUDIANTE: DIANA HINDEIRO

TUTOR: DR. IVAN GARCIA


 FIRMA TUTOR

Anexo 2 HISTORIA CLINICA HOJA 2

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA
		NANCY		PROANO		F		

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Menor de 1 año	1-4 años	5-9 años PROGRAMADO	5-14 años NO PROGRAMADO	10-14 años PROGRAMADO	15-19 años	Mayor de 20 años	EMBARAZADA		

1 MOTIVO DE CONSULTA
 "me quiero cambiar las prótesis"
ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
 Las prótesis está floja, no hay oclusión anterior
REGISTRAR SÍNTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIHUSIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDÍACA	10. OTRO
AP: no refiere datos AP: 7. mamá									

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA (bpm)	TEMPERATURA (°C)	F. RESPIRATORIA (bpm)

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO
DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A.T.M.	12. GANGLIOS				

Paciente sin patología aparente

6 ODONTOGRAMA
PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES	PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS			
		0-1-2-3	0-1-2-3	LEVE	ANGLE I	LEVE
				MODERADA	ANGLE II	MODERADA
				SEVERA	ANGLE III	SEVERA

8 ÍNDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
	0	28	0	28
d	C	O	O	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* rojo: SELLANTE NECESARIO	⊗: PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	≡: PRÓTESIS TOTAL
* azul: SELLANTE REALIZADO	△: ENDODONCIA	□: CORONA
X rojo: EXTRACCIÓN INDICADA	□: PRÓTESIS Fija	○ azul: OBTURADO
X azul: PÉRDIDA POR CARIES	() : PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo: CARIES

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGIA (1)

Anexo 3 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informada y he autorizado que me sean realizados los procedimientos odontológicos necesarios para recuperar mi salud. Teniendo en cuenta que:

- Tanto el diagnóstico como el tratamiento han sido comprendidos
- Todas las dudas han sido aclaradas gracias a toda la información proporcionada
- Reconozco que todos los datos médicos que he referido son ciertos y no he omitido ninguno que pueda influir en el tratamiento
- Estoy de acuerdo que mi caso clínico sea presentado con motivos docentes, y que se realicen las fotos necesarias

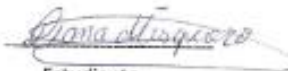
Por tanto doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto.



Paciente
Nancy Proaño



Familiar/ Representante



Estudiante
Diana Misquero

Anexo 4 PROTOCOLO PROTESIS TOTAL HOJA 1


UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS
FICHA CLINICA DE PROTESIS TOTAL

Nota: No se realizara ningún procedimiento protésico sin la previa realización de tratamientos de otras especialidades de acuerdo al plan de tratamiento establecido.

Nombre del Tutor: DR. IVAN GARCIA No Historia.....

Nombre del Paciente: NANCY PROATO

Desde cuando usa prótesis total?
HACE 10 AÑOS

La ultima prótesis hace que tiempo le pusieron? 10 AÑOS

Le hicieron algún rebase ? SI..... NO: X..... Hace que tiempo:.....

Le lastima? Si..... X..... No..... Esta floja? Si..... X..... No..... Usa pega? Si..... No..... X.....

EXAMEN CLÍNICO DE LA BOCA

LABIOS: NORMAL

CARRILLOS: NORMAL

SALIVA: NORMAL

MOVIMIENTOS MANDIBULARES: NORMAL

EXAMEN CLÍNICO DEL ÁREA PROTÉSICA

MAXILAR SUPERIOR

Anexo 5 PROTOCOLO PROTESIS TOTAL HOJA 2

Reborde gingival: Alto..... Bajo..... Normal.....
Reabsorbido..... Estrangulado..... En lámina..... Mixto.....
Forma: triangular..... Ovoidal..... Cuadrado.....
Presencia de torus..... **NO**.....
Tipo de mucosa: resiliente..... fibrosa..... flácida..... Hipertrofiada.....
Inserción de frenillos: Alto..... Baja.....
Paladar: Ojival..... Normal..... Plano.....

MANDIBULA:

Reborde gingival: Alto..... Bajo..... Normal.....
Reabsorbido..... Estrangulado..... En Lámina..... Mixto.....
Tipo de mucosa:
resiliente..... fibrosa..... flácida..... hipertrofiada.....
Inserción de frenillos: alto..... bajo.....
Piso de la boca: normal..... presencia de glándulas.....
Lengua: Normal..... Macroglosia.....
Presencia de torus mandibular Si..... No.....
Presencia de lesiones: Si..... No..... De qué tipo?.....
Espacio intermaxilar en mm: cuánto.....
Paciente: Receptivo..... Indiferente..... Con problemas.....
Observaciones:.....

Otras patologías: Distancia de ATM..... 2.....
PRONOSTICO: Favorable..... Desfavorable.....

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
.....

FECHA: 6 / AGOSTO / 2014

Anexo 6 PROTOCOLO PROTESIS TOTAL HOJA 3

DATOS CLINICOS

DV REPOSO 7 OCLUSION..... 5
 DIC..... 2
 DIENTES: 10 FORMA triangular TAMAÑO.....
 COLOR:
 ENCIAS: COLOR..... rosado

PROTOCOLO CLINICO

FECHA	TRABAJO REALIZADO	MATERIALES USADOS	FIRMA TUTOR
11/07/2014	1. ELABORACIÓN HISTORIA CLÍNICA GENERAL Y DE TOTAL	HISTORIA CLÍNICA EQUIPO DIAGNOSTICO	[Firma]
24/7/2014	2. IMPRESIONES ANATÓMICAS	ALGINATO, YESO	[Firma]
24/7/2014	3. MODELOS DE ESTUDIO Y DELIMITACIÓN DEL TERRENO PROTÉSICO.	YESO	[Firma]
31/7/2014	4. CUBETAS INDIVIDUALES SUP-INF	ACRILICO TRANSPARENTE, ACRILICO NO VASELINA	[Firma]
31/7/2014	5. RECORTE MUSCULAR Y SELLADO PERIFÉRICO.	ECOVIA	[Firma]
31/7/2014	6. IMPRESIONES FUNCIONALES	SILICONA DE ADICION	[Firma]
31/7/2014	7. MODELOS DEFINITIVOS	YESO	[Firma]
31/7/2014	8. RODETES DE ALTURA SUPERIOR- INFERIOR	CERA ROSADA	[Firma]
31/7/2014	9. PLANO DE ORIENTACIÓN		[Firma]
7/8/2014	10. MONTAJE EN ARTICULADOR MODELO SUPERIOR	ARTICULAR DENT-ADUS YESO	[Firma]
7/8/2014	11. DIMENSION VERTICAL		[Firma]
7/8/2014	12. RELACIÓN CÉNTRICA CON PUNTA INSCRIPTORA	PUNTA	[Firma]
7/8/2014	13. MONTAJE MODELO INFERIOR	YESO	[Firma]
	14. ENFILADO DE DIENTES SUP-INF		[Firma]

Anexo 7 PROTOCOLO PROTESIS TOTAL HOJA 4

	15. AJUSTE OCLUSAL	Papel art.	
11/8/2014	16. PRUEBA EN CERA DE PROTESIS	—	Juan Luis
14/8/2014	17. ACRILIZACIÓN	—	Juan Luis
14/8/2014	18. COLOCACION DEFINITIVA	—	Juan Luis
15/8/2014	19. CONTROL EN 24 HORAS		Juan Luis
	20. CONTROL EN 8 DÍAS		Juan Luis

Recibí el trabajo a entera satisfacción Wences Pineda

Nombre del Alumno

DIANA MISQUELO

Nombre del Tutor

DR. IVAN GARCIA

Firma

Diana Misque

Firma

Juan Luis W