



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA SALUD Y DE LA VIDA

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ODONTÓLOGA**

**“REHABILITACIÓN CON SOBREDENTADURA DE UN PACIENTE
DESDENTADO PARCIAL”**

KARINA ELIZABETH VITERI MOLINA

TUTOR: DR. IVÁN GARCÍA

QUITO, NOVIEMBRE 2015

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

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

Karina Elizabeth Viteri Molina

Yo, Iván Ricardo García Merino, certifico que conozco a la autora del presente trabajo, siendo ella la responsable exclusiva tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido.

Dr. Iván Ricardo García Merino

Director

RESUMEN

Si bien es cierto, que existe una creciente preocupación por el bienestar odontológico, entre profesionales y la sociedad, se debe tomar en cuenta que en una población, se consta de diversas culturas y diferentes problemas tanto económicos como sociales, pudiendo crear un difícil acceso a tratamientos odontológicos, por lo que el desdentamiento total o parcial no puede ser considerado un problema exclusivo de la vejez. (García, Muguercia, Gutiérrez, Áreas & Quintana 2003)

Los pacientes no se sienten a gusto con su apariencia y su condición no les permite tener una correcta fonética ni funcionalidad, por lo que acuden a la consulta odontológica en búsqueda de ayuda profesional. (García, Muguercia, Gutiérrez, Áreas & Quintana 2003)

Es por esto que existen diversas alternativas que pueden estar disponibles para comodidad del paciente y que se ajustan a sus necesidades. En este trabajo se rehabilitó un paciente de 47 años de edad, de género masculino, edéntulo parcial.

El paciente refiere molestia y dolor general en su boca, así como inconformidad en su estética. Se puede apreciar gran desgaste en dientes remanentes. Se optó por rehabilitar al paciente con sobredentaduras superior e inferior que se adapten a la mucosa y pilares que confeccionaremos, revisando que cumplan con la estética y función adecuada. El tratamiento fue satisfactorio, se retiraron los dientes en mal estado que no serían utilizados para la sobredentadura, se confeccionaron ataches o-ring y se rehabilitó totalmente la cavidad bucal, obteniendo como resultado la conformidad y adaptación esperada por parte de nuestro paciente.

PALABRAS CLAVE: estética, sobredentadura, edéntulo parcial.

ABSTRACT

There is an increasing preoccupation in dental health, present in doctors and the society, but is important to remember that there is different cultures and a variety of problems in economic and social manners, contributing to a poor access to dental care, so dental loss is not only a problem in senescence. (García, Muguercia, Gutiérrez, Áreas & Quintana 2003)

The patients are worried about their appearance and their condition does not allow them to have good phonetics, nor functionality, this is why they go to the dentist, looking for professional help. (García et al., 2003)

Because of this reason, a diversity of options are available so we can achieve the comfort of the patient and the fulfillment of their necessities. In this case, we rehabilitated a 47 year old patient, his gender is a male and has a partial tooth loss. The patient refers nuisance and general pain in his mouth. We can appreciate wastage all over his remaining teeth. He indicates also unconformity with his esthetics. We opted for the rehabilitation of his oral cavity with the confection of superior and inferior overdenture that can adapt to the mucosa and the pillar we will prepare, always reviewing the accomplishment of an adequate esthetics and function.

The treatment was satisfying, we extracted the dysfunctional teeth, we made o-ring attachments and we proceeded to rehabilitate the entire oral cavity, getting as a result the conformity and adaptation expected from the patient.

KEY WORDS: esthetics, overdenture, partially edentulous.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios porque gracias a él puedo seguir logrando mis metas. A mis padres por todo su esfuerzo, amor y paciencia, así como por su apoyo incondicional durante todos estos años, siendo mi pilar para realizarme como persona y ser humano lleno de valores inculcados por ellos. A mis hermanos, que con su ejemplo me han inspirado a seguir adelante sin importar los obstáculos que se presenten. A mi familia entera y a mis amigos

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a Dios por darme la oportunidad de vivir cada día junto a él y guiarme por su camino perfecto, por ser mi padre, mi amigo, mi amor verdadero. Gracias a ti Señor he culminado esta etapa hermosa de mi vida.

Gracias a mis padres por ser mi guía, mi apoyo incondicional, mi ejemplo a seguir y sobretodo mi motor, gracias por estar siempre cuando más lo necesito, sin ustedes nada de esto sería posible.

A mis hermanos, su ejemplo es mi inspiración.

A mi familia y amigos, los verdaderos, los de corazón, los que sé que estarán conmigo en momentos gratos y no tan gratos, a aquellos que se robaron una partecita de mi corazón.

Gracias a los docentes de la Universidad Internacional del Ecuador y todo el personal que sabe que cada uno puso un granito de arena, para conformar lo que soy ahora.

Gracias a mi tutor del caso clínico Dr. Iván García por el apoyo y conocimientos brindados.

Gracias al Sr. Acosta por toda su ayuda y apoyo.

Al Sr. Homero Riofrío, paciente del presente caso clínico, por todos los ánimos y paciencia.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTOS	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vii
LISTA DE ANEXOS.....	xiii
LISTA DE TABLAS	xv
LISTA DE FIGURAS	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: ASPECTOS BÁSICOS.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 JUSTIFICACIÓN	5
1.3 OBJETIVOS	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO.....	7
2.2 EXÁMEN CLÍNICO	7
2.3 SOBREDENTADURA.....	13
2.3.1 DESVENTAJAS DE LAS SOBREDENTADURAS.....	14
2.3.2 VENTAJAS DE LAS SOBREDENTADURAS.....	14

2.3.3 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LAS SOBREDENTADURAS.....	16
2.3.3.1 SÍNDROME COMBINADO DE KELLY.....	17
2.3.4 SISTEMA DE RETENCIÓN PARA SOBREDENTADURAS.....	18
2.3.4.1 TIPOS DE ATACHES AXIALES.....	18
2.3.4.2 CLASIFICACIÓN EN BASE A PRINCIPIOS MECÁNICOS	19
2.3.4.3 PARALELISMO Y NÚMERO ADECUADO DE ATACHES AXIALES	20
2.3.4.4 NO SE DEBE PONER ATACHES EN CASOS DE:.....	20
2.3.4.5 DESVENTAJAS AL USAR ANCLAJES.....	20
2.4 CONSIDERACIONES PREPROTÉSICAS	21
2.4.1 CONSIDERACIONES QUIRÚRGICAS	21
2.4.1.1 PRÓTESIS TEMPORAL INMEDIATA	22
2.4.2 ELECCIÓN DE LOS DIENTES PILARES	22
2.4.2.1 ESTADO PERIODONTAL	22
2.4.2.2 ESTADO ENDODÓNTICO.....	23
2.4.2.3 NÚMERO Y LOCALIZACIÓN DE LOS DIENTES EN LA ARCADA	25
2.4.2.4 FORMA DE LA RAÍZ.....	25
2.4.2.5 DISTANCIA ENTRE PILARES	25
2.4.2.6 CARACTERÍSTICAS DEL ANTAGONISTA.....	25
2.4.3 PREPARACIÓN DE LOS PILARES PARA EL USO DE ATACHES.	26
2.5 IMPRESIONES	27
2.5.1 TOMA DE IMPRESIONES DE LOS PILARES	27
2.5.2 IMPRESIONES PRELIMINARES	28

2.6 MODELOS DIAGNÓSTICO	29
2.7 CONFECCIÓN DE CUBETAS INDIVIDUALES	30
2.8 SELLADO PERIFÉRICO.....	30
2.8.1 ZONAS DEL SELLADO PERIFÉRICO	32
2.9 IMPRESIÓN FUNCIONAL Y MODELOS MAESTROS	32
2.10 RODETES DE OCLUSIÓN	34
2.11 OCLUSIÓN EN PRÓTESIS TOTAL.....	34
2.11.1 ESTABILIDAD PROTÉTICA.....	37
2.11.2 REGISTRO MAXILOMANDIBULAR.....	38
2.11.3 DETERMINACIÓN DEL PLANO DE OLCUSIÓN.....	38
2.11.4 MONTAJE DEL MODELO SUPERIOR.....	38
2.11.5 DETERMINACIÓN DE LA DIMENSIÓN VERTICAL	39
2.11.5.1 DIMENSIÓN VERTICAL EN REPOSO.....	40
2.11.5.2 DIMENSIÓN VERTICAL EN OCLUSIÓN.....	40
2.11.5.3 ESPACIO LIBRE FISIOLÓGICO	40
2.11.6 RELACIÓN CÉNTRICA	40
2.11.7 MONTAJE DEL MODELO INFERIOR.....	41
2.12 SELECCIÓN DE DIENTES ARTIFICIALES.....	42
2.12.1 COLOR DE LOS DIENTES.....	42
2.12.2 FORMA Y TAMAÑO DE LOS DIENTES	43
2.12.3 ENFILADO DENTARIO	44
2.12.3.1 DIENTES ANTEROSUPERIORES.....	44
2.12.3.2 DIENTES ANTEROINFERIORES.....	45
2.12.4 MONTAJE DE DIENTES POSTERIORES.....	46

2.12.4.1 DIENTES POSTERO SUPERIORES	46
2.12.4.2 DIENTES POSTERO INFERIORES	46
2.13 PRUEBA EN CERA	47
2.14 INSTALACIÓN Y CUIDADOS DE LA PRÓTESIS	47
2.15 INSTRUCCIONES AL PACIENTE	48
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	49
3.1 HISTORIA CLÍNICA.....	49
3.1.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN	49
3.1.2 MOTIVO DE LA CONSULTA.....	49
3.1.3 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL	50
3.1.4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	50
3.1.5 SIGNOS VITALES.....	50
3.1.6. EXAMEN FÍSICO	50
3.1.7 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO	51
3.1.7.1 EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL	51
3.1.7.2 EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL	52
3.1.8 ODONTOGRAMA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.....	53
3.1.9 INDICADORES DE SALUD BUCAL	54
3.2 DIAGNÓSTICO	56
3.2.1 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	56
3.2.2 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.....	56
3.2.3 PRONÓSTICO.....	56
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	56
3.4 PLAN DE TRATAMIENTO	57

3.5 DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS EJECUTADOS	59
3.5.1 RESOLUCIÓN DE URGENCIAS	59
3.5.2 PRÓTESIS INMEDIATAS	59
3.5.3 EXTRACCIONES SERIADAS.....	59
3.5.4 EVALUACIÓN DE PILARES PROTÉSICOS	60
3.5.4.1 CONSIDERACIONES PERIODONTALES.....	60
3.5.4.2 NÚMERO Y POSICIÓN DE LOS DIENTES EN LA ARCADA	61
3.5.4.3 FORMA DE LA RAÍZ.....	61
3.5.4.4 DISTANCIA ENTRE PILARES	61
3.5.4.5 CARACTERÍSTICAS DEL ANTAGONISTA.....	61
3.5.5 TRATAMIENTO ENDODÓNTICO PREPROTÉSICO.....	61
3.5.6 PREPARACIÓN DE LOS PILARES	63
3.5.7 TOMA DE IMPRESIONES DE LOS PILARES	64
3.5.8 IMPRESIONES PRELIMINARES	65
3.5.9 MODELOS DIAGNÓSTICO	66
3.5.11 SELLADO PERIFÉRICO.....	67
3.5.12 IMPRESIÓN FUNCIONAL Y MODELOS MAESTROS	68
3.5.15 MONTAJE DEL MODELO SUPERIOR EN EL ARTICULADOR.....	71
3.5.16 DETERMINACIÓN DE LA DIMENSIÓN VERTICAL	72
3.5.17 DETERMINACIÓN DE LA RELACIÓN CÉNTRICA	72
3.5.18 MONTAJE DEL MODELO INFERIOR.....	73
3.5.19 SELECCIÓN DE DIENTES.....	73
3.5.20 PRUEBA EN CERA	73
3.5.21 INSTALACIÓN Y CUIDADOS DE LA PRÓTESIS	75

CAPÍTULO IV	77
4.1 DISCUSIÓN	77
4.2 CONCLUSIONES	80
4.3 RECOMENDACIONES	81
BIBLIOGRAFÍA	82

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Historia clínica.....	86
Anexo 2 Historia clínica.....	87
Anexo 3 Historia clínica.....	88
Anexo 4 Historia clínica.....	89
Anexo 5 Historia Clínica.....	90
Anexo 6 Historia clínica.....	91
Anexo 7 Consentimiento informado	92
Anexo 8 Protocolo cirugía	93
Anexo 9 Consentimiento informado cirugía	94
Anexo 10 Protocolo cirugía	95
Anexo 11 Consentimiento informado cirugía	96
Anexo 12 Protocolo endodoncia	97
Anexo 13 Protocolo endodoncia	98
Anexo 14 Historia clínica.....	99
Anexo 15 Historia clínica.....	100
Anexo 16 Historia clínica.....	101
Anexo 17 Historia clínica.....	102
Anexo 18 Protocolo endodoncia	103
Anexo 19 Protocolo endodoncia	104
Anexo 20 Protocolo endodoncia	105
Anexo 21 Protocolo endodoncia	106
Anexo 22 Protocolo endodoncia	107
Anexo 23 Protocolo endodoncia	108
Anexo 24 Protocolo rehabilitación	109
Anexo 25 Protocolo rehabilitación	110
Anexo 26 Protocolo rehabilitación	111
Anexo 27 Protocolo rehabilitación	112
Anexo 28 Protocolo rehabilitación	113
Anexo 29 Protocolo rehabilitación	114
Anexo 30 Protocolo rehabilitación	115

Anexo 31 Protocolo rehabilitación	116
Anexo 32 Protocolo rehabilitación	117
Anexo 33 Protocolo rehabilitación	118
Anexo 34 Examen de laboratorio.....	119
Anexo 35 Examen de laboratorio.....	120
Anexo 36 PSR.....	121
Anexo 37 Análisis frontal.....	122
Anexo 38 Análisis frontal.....	122
Anexo 39 Análisis lateral.....	123
Anexo 40 Análisis lateral.....	123
Anexo 41 Análisis lateral.....	124
Anexo 42 Análisis de Fradeani.....	124
Anexo 43 Análisis frontal.....	125
Anexo 44 Análisis frontal.....	125
Anexo 45 Análisis lateral.....	126
Anexo 46 Análisis lateral.....	126
Anexo 47 Análisis lateral.....	127
Anexo 48 Análisis de Fradeani.....	127

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Signos Vitales. Fuente y elaborador: Karina Viteri M.	50
Tabla 2 Indicadores de salud bucal. Fuente y elaborador: Karina Viteri M.	54
Tabla 3 Indicadores de salud bucal. Fuente y elaborador: Karina Viteri M.	54
Tabla 4 Plan de tratamiento. Fuente y elaborador: Karina Viteri M.....	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 A) Filtrum, B) Tubérculo labial, C) Surco nasolabial, D) Surco labial....	8
Figura 2 Referencias del reborde superior	11
Figura 3 Zonas de sellado periférico	32
Figura 4 Zonas de sellado periférico	32
Figura 5 A) Exámen extraoral de frente y B) Perfil.....	51
Figura 6 Examen extraoral, estructuras anatómicas.....	52
Figura 7 Exámen intraoral, estructuras anatómicas.	52
Figura 8 A) Odontograma, B) examen radiográfico, estructuras anatómicas.....	53
Figura 9 Rx periapicales. A) Diente 1.6 B) Diente 2.3 C) Diente 3.4D) Diente 4.4	55
Figura 10 Extracciones seriadas. Fuente y elaborador: Karina Viteri M.Figura 11	60
Figura 11 Tratamiento de conducto. A) Diente 1.6 B) Diente 2.3 C) Diente 3.4 Diente	62
Figura 12 Bloque A y B preparación de pilares.	64
Figura 13 Impresión para ataches o-ring.....	65
Figura 14 Modelos diagnóstico.....	66
Figura 15 Cubetas personalizadas.....	67
Figura 16 Sellado periférico.....	68
Figura 17 Impresiones definitivas.....	69
Figura 18 Rodetes de altura.	70
Figura 19 Determinación del plano de oclusión.	70
Figura 20 Montaje en articulador.	71
Figura 21 Determinación de Dimensión Vertical.	72
Figura 22 Montaje del modelo inferior.	73
Figura 23 Prueba en cera.....	74
Figura 24 Entrega y cuidados de la prótesis.....	76

INTRODUCCIÓN

La estética y salud bucal, van tomando cada vez más relevancia en nuestro medio, por lo tanto los pacientes que acuden a la Clínica de Especialidades Odontológicas, llegan con una preocupación importante sobre su estado de salud, buscando la mejor opción que se adapte a sus necesidades. Es por esto que estudiantes y profesionales de la salud estamos comprometidos a brindar una atención de calidad que cumpla con la demanda existente. Es necesario un amplio conocimiento que nos permita ofrecer a los pacientes las mejores elecciones que se acomoden a cada caso, sin dejar de lado la estética y funcionalidad que deberemos brindar. (Grunert, 2008)

En este caso, tenemos la posibilidad de rehabilitar a un paciente masculino de 47 años, que sufrió una pérdida dental importante por bajo o nulo tratamiento odontológico previo, sumado a un periodo de alcoholismo, que contribuyó a una pérdida dental prematura, dejándonos con pocas opciones rehabilitadoras que sean beneficiosas a largo plazo. (Mallat, 2004)

En el caso de edéntulos parciales con brechas amplias entre diente y diente, los problemas que se presentan son la dificultad de parar la reabsorción ósea, la alteración de la mordida, posible pérdida de dimensión vertical y una alteración funcional y estética importante. (Grunert, 2008).

Es primordial conocer la historia clínica a profundidad para poder seleccionar la mejor opción, por lo tanto se decide realizar una sobredentadura total dento-muco soportada. Las ventajas a corto y largo plazo son mejores, se retrasa la pérdida ósea, los pilares aportarán mayor estabilidad, soporte y retención, que otro tipo de prótesis no podría lograr. (Mallat, 2004)

Así mismo, se mantiene la comodidad propioceptiva del paciente y existe una mayor aceptación. Sin embargo, se deben tomar en cuenta varios aspectos, como la calidad de los pilares y la salud periodontal. (Mallat, 2004)

Es sabido que conforme pasan los años la capacidad de una persona de adaptarse a nuevos elementos en su boca va empeorando, por lo que siempre es importante el dialogo amplio con el paciente, facilitando la información necesaria para que se lo

pueda conducir al a la mejor opción rehabilitadora, donde paciente y odontólogo busquen la misma meta. (Grunert, 2008)

Por último, cabe recalcar que, seguido del proceso rehabilitador, el paciente pudo ser capaz de mejorar su calidad de vida, cumpliendo con las demandas estéticas y funcionales a cabalidad, dejándonos con el asegurado pronóstico favorable para su situación. (Mallat, 2004)

CAPÍTULO I: ASPECTOS BÁSICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien es cierto, que el estado de desdentamiento total o parcial se espera que afecte solamente al grupo geriátrico, existen comunicaciones que datan desde 1979 que afirman que si se suman los problemas culturales, sociales y económicos que dificultan el acceso a una atención odontológica de calidad, este estado no puede ser afirmado como un problema exclusivo de personas de edad avanzada, sino que también afecta a grupos jóvenes. (García et al., 2003)

La pérdida prematura de dientes se está convirtiendo en un problema cada vez más presente en el Ecuador, ya que según datos de la OMS del año 2010, el número de odontólogos en el país no excede los 2062, esto resulta en un porcentaje del 1,7 odontólogos por cada 10 000 habitantes. (OMS, 2011).

Como podemos apreciar en las estadísticas, el poco número de personal estomatológico, se torna en un problema de salud pública, en la que no se puede abastecer a la población con los cuidados bucales necesarios, sumado a esto, en las áreas rurales existe dificultad de poder acceder a controles bucales, ya que los pocos recursos y la baja educación o capacitación a familias y padres, resulta en una mala higiene y poco interés por la salud bucal, que son agentes contribuyentes a la pérdida prematura de dientes. (García, 2003)

Por último es importante considerar que en los grupos jóvenes, el abuso de sustancias alcohólicas es extremadamente alto en el país, según una publicación de El Comercio, la OMS lanzó un informe, donde el Ecuador se encuentra dentro de los países de mayor consumo de alcohol, ocupando el número 9 de la lista. (El Comercio, 2014).

El hábito de consumir alcohol de manera excesiva, deteriora los dientes y toda la cavidad oral, suponiendo riesgos asociados con caries, por aumento de la flora bacteriana y mala higiene, cáncer oral, por ser el alcohol un irritante crónico y

enfermedades periodontales. El alcohol afecta a la producción de saliva, lo cual deja a los tejidos desprotegidos. (Figuero, Carretero, Cerero, Esparza, Moreno, 2004)

El edentulismo total o parcial prematuro, conlleva a varias alteraciones y crea baja autoestima en nuestros pacientes. Esta situación nos lleva a realizar un estudio exhaustivo de cada caso que se presente en la clínica, ya que muchos pacientes acuden con la expectativa de cambiar toda su dentadura sin importar que tengan pocos dientes que pueden ser funcionales, sea por dolor o falta de conocimiento, lo que conlleva a una pérdida ósea continua a una edad prematura, sin buen pronóstico a futuro. (Grunert, 2008)

En este caso se tiene un paciente desdentado parcial, de 47 años de edad donde se pueden determinar algunas opciones para rehabilitarlo: Primero, realizar una prótesis parcial removible, ya que se consta de espacios desdentados muy amplios, donde la prótesis fija no tendría éxito. (Preti, 2008)

La siguiente opción es el uso de implantes, siempre y cuando las circunstancias con el paciente lo permitan, refiriéndonos a la gran inversión, cantidad y calidad ósea, así como la ventaja de tener a un paciente sistémicamente apto y de edad adecuada para someterse a tal tratamiento, sin dejar de lado las habilidades necesarias del operador. (Mallat 2004; Telles. 2011)

Otra opción es retirar todos los dientes remanentes en boca y realizar una prótesis total muco soportada, es más rápido el proceso y el resultado es aparentemente bueno. Por otro lado se tiene una opción mucho más adecuada para conservar los tejidos y aprovechar los beneficios que puedan brindar, realizando una sobredentadura dento-muco soportada. (Mallat, 2004)

Para este tipo de rehabilitación, es de suma importancia evaluar los dientes que pueden mantenerse en boca, para así evitar la remodelación y pérdida ósea que conlleva otros problemas a futuro como pérdida de soporte, problemas fonéticos, masticatorios y estética, imposibles de mejorar, resultando en una menor calidad de vida para la persona. (Preti, 2008) Es importante reemplazar los dientes perdidos y resulta muy útil si se consta de un soporte de dientes naturales, es por esto, que se

decide realizar una sobredentadura que nos brinda mayores ventajas en un paciente joven en lo referente a conservar estructura ósea y brindar comodidad a corto y largo plazo. (Mallat, 2004)

1.2 JUSTIFICACIÓN

El presente caso clínico es de sumo interés, puesto que se tiene a un paciente desdentado parcial con pérdida prematura de dientes por muy poco o nulo control odontológico, sumado a malos hábitos como el alcoholismo y mala higiene, resultando en un remodelado óseo adaptativo que llevó a una pérdida funcional y ósea importante, repercutiendo en un mal pronóstico rehabilitador a largo plazo.

Se aprecia que el paciente tiene pérdida de dientes, biofilm duro y blando, así como presencia de caries y remanentes radiculares. Lo que se busca, basándonos sobre todo, en la edad del paciente, es recuperar una correcta función masticatoria, conservar la propiocepción y retrasar al máximo la pérdida ósea para evitar problemas más graves en un futuro.

Este cambio tan significativo devolverá al paciente la correcta funcionalidad del aparato estomatológico y su autoestima. La función, estética y preservación de tejidos, así como la educación y asesoramiento al paciente sobre el mantenimiento de su salud bucal, son los puntos básicos tomados en cuenta para la elaboración de una sobredentadura dento-muco soportada.

Al realizar este tratamiento, se pudo constatar una gran mejoría del conjunto bucal, ayudando a reestablecer la fonética y función del paciente y dando una mayor sobrevida a sus estructuras remantes. El tratamiento tiene buen pronóstico, ya que los pilares utilizados, fueron candidatos saludables y el mantenimiento de las prótesis se aseguró, enseñándole al paciente el correcto manejo higiénico, así como la importancia de visitas periódicas al odontólogo.

1.3 OBJETIVOS

General:

- Reemplazar los dientes y tejidos adyacentes de un paciente de género masculino, por medio de la elaboración de una sobredentadura dento-muco soportada, que cumpla con los parámetros de una correcta función fonética y masticatoria.

Específicos:

- Reemplazar los dientes faltantes
- Dar función a las arcadas, brindando retención y soporte a la sobredentadura dento-muco soportada con ataches o-ring
- Conservar los dientes remanentes con el propósito de retrasar la reabsorción ósea.
- Lograr mantener la propiocepción para el paciente, mediante la preservación dentaria.
- Mejorar estética del paciente.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

Es el conjunto de sistemas como el muscular, óseo, neurológico, vascular, glandular, articulaciones temporomandibulares y estructuras dentales en oclusión, que integran un conjunto morfofuncional, permitiendo efectuar acciones propias del ser humano, como son, la masticación, succión, deglución, comunicación verbal, sexualidad y afectividad, que son básicas en su supervivencia. (Telles, 2011; Gonzales Fermin 2005).

Edentulismo y sus repercusiones en el sistema estomatognático.

La posición mandibular natural está estrechamente ligada a los contactos oclusales estables de dientes naturales entre cúspide y fosa en relación con el maxilar. Estos son fisiológicamente simultáneos y bilaterales, sin embargo, conforme pasa el tiempo, factores como desgaste dentario o restauraciones se hacen presentes, hasta que la pérdida dental comienza progresivamente, alterando la posición de la mandíbula. (Telles, 2011)

Cabe recalcar que este proceso es fisiológico y el cuerpo humano siempre busca, dentro de su capacidad de adaptación, encontrar de nuevo la armonía funcional en otras estructuras que no se han perdido y esto es una guía para los procedimientos de rehabilitación, aunque nunca se podrá establecer de manera exacta la posición mandibular original, puesto que no existirán los parámetros necesarios para este cometido y sumado a esto está el reto de la remodelación ósea después de la pérdida dentaria. (Telles, 2011)

2.2 EXÁMEN CLÍNICO

Estructuras extraorales

Se las aprecia de manera adecuada cuando el paciente está en reposo, con labios relajados y topándose ligeramente entre sí. (Figura 1)

- El filtrum, es una depresión a nivel medial del rostro, que se extiende desde la protuberancia del labio superior, hasta donde comienza la nariz. (Rahn, Ivanhoe, Plummer, 2009)
- El tubérculo labial, se aprecia como una ligera protuberancia en la zona media del labio superior, en su borde. (Rahn et al, 2009)
- El surco nasolabial es una depresión lineal que se extiende desde el borde externo de la nariz, hasta la comisura labial. (Rahn et al, 2009)
- El surco labial es una depresión entre el labio inferior y el mentón. (Rahn et al, 2009)

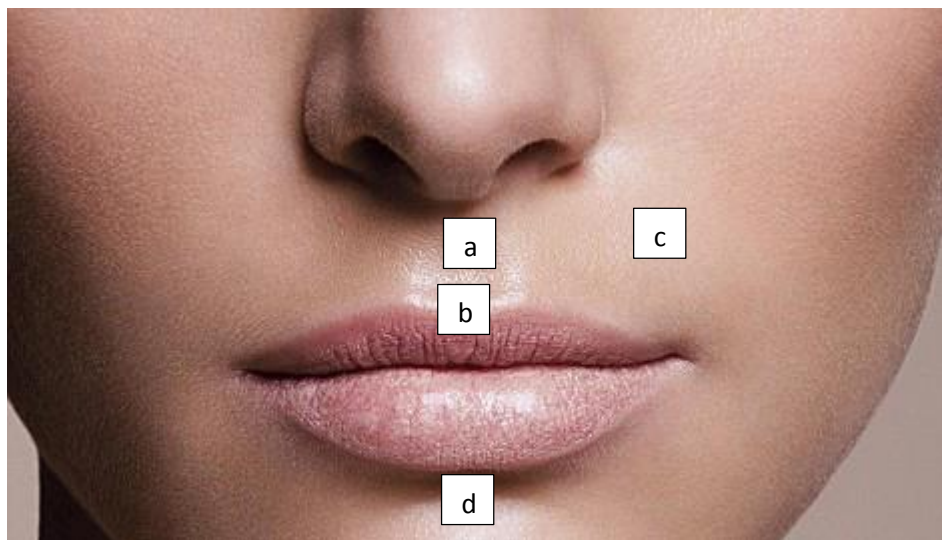


Figura 1 A) Filtrum, B) Tubérculo labial, C) Surco nasolabial, D) Surco labial

Fuente: Megapost: 1001 curiosidades – Parte 3

Cabe recalcar que el relleno de cualquiera de las depresiones o el hundimiento de las protuberancias antes mencionadas, pueden ser causadas por algún trauma, infección, quistes o formaciones neoplásicas (Rahn et al., 2009)

Estructuras intraorales

Los dientes son los elementos que, en adecuadas condiciones, transmiten fuerza al hueso evitando que se reabsorba, pero después de las extracciones y con el paso del

tiempo, este se reduce y remodela. En el maxilar superior se crea una reabsorción centrípeta, esto quiere decir que va de afuera hacia adentro, la bóveda palatina se vuelve menos pronunciada y se pierde el soporte labial. (Rahn et al., 2009)

Así mismo pasa con el maxilar inferior, pero la reabsorción se denomina centrífuga, donde el espesor óseo de la mandíbula disminuye en alto y ancho, así como de lingual hacia vestibular, ocasionando que la mandíbula pierda su angulación, que con el tiempo producirá una pérdida paulatina de la dimensión vertical. Entre los maxilares, se creará una falsa Clase III de Angle. (Prop dental, 2013)

Aunque el remodelado óseo es continuo, existen porciones anatómicas que permanecen en el tiempo y sirven como guía para la confección de una prótesis. En el arco maxilar se nombran:

La papila incisiva, fóveas palatinas, rugas palatinas, torus palatino que no siempre está presente, frenillos, el rafe palatino medio, la úvula, los surcos hamulares, la zona de sellado palatino posterior y la línea de vibración. (Rahn et al., 2009).

La papila incisiva cubre la fosa palatina anterior, por donde pasan el nervio y vasos sanguíneos incisivos. Se encuentra entre los incisivos centrales superiores, por lo que se la toma como guía en la orientación protésica. Esta estructura es importantemente sensible y se necesita realizar alivios al momento de confeccionar la prótesis. (Rahn et al., 2009; Hovsepian, s.f.)

Las fóveas palatinas son la desembocadura de las glándulas mucosas, están ubicadas una a cada lado de la línea media, a la altura del paladar duro, aproximadamente a 2mm de la línea de vibración. Este es un punto de referencia al realizar la cubeta individual, ya que deberá estar ubicada de 4 a 6 mm más allá de las fóveas, no es aconsejable tomar como límite del sellado de la prótesis a estas estructuras, ya que el área de sellado posterior palatino será muy limitado, causando disminución en la retención del cuerpo de la prótesis. (Preti, 2008)

Las rugas palatinas se diferencian por tener una mucosa irregular a ambos lados de la línea media del paladar duro. Se ha demostrado que no tienen influencia en la fonación o ubicación de la lengua como antes se creía, tan solo se debe recordar

realizar alivios en esta zona, En la prótesis no es necesario su replicación anatómica. (Rahn et al., 2009)

El torus palatino no siempre está presente en los pacientes, es una exostosis ósea, ubicada en la mitad del paladar duro, de forma y tamaño variables. La mucosa sobre los torus es delgada y expuesta a la irritación. Cuando la prótesis causa presión al momento de la masticación, puede causar lesiones, por lo que es importante aliviarlo y en el caso de que el torus cree retenciones, inestabilice a la prótesis debido a un efecto fulcrum o interfiera con la línea de vibración, se debe realizar una resección quirúrgica. (Preti, 2008)

El rafe palatino medio que se ubica en la mitad del paladar, está constituido de mucosa, la cual recubre la sutura ósea palatina media, también se debe realizar alivios en esta zona, ya que los pacientes comúnmente no toleran la presión. (Rahn et al., 2009; Hovsepian, s.f.)

El surco hamular es una estructura que se encuentra entre la tuberosidad del maxilar y la apófisis hamular, que es una proyección ósea de la tabla interna del hueso pterigoideo. Este surco es importante como referencia, ya que la extensión máxima de la prótesis es la línea de vibración que está a nivel de los surcos hamulares. El músculo tensor del velo del paladar cruza por la apófisis hamular, para llegar al paladar blando. Puede existir dolor e irritación en esta zona por prótesis mal adaptadas. (Rahn et al, 2009; Hovsepian, s.f.)

Línea de vibración se denomina a la unión entre el paladar duro y blando, se considera importante, ya que es el límite posterior máximo de la prótesis superior, se ubica a 2mm por delante de los surcos hamulares. (Rahn et al, 2009; Hovsepian, s.f.)

La úvula, que es una extensión del tejido de la lengua, nace del paladar blando, su función exacta es todavía desconocida pero se sabe que ayuda al sellado entre la cavidad oral y nasal durante la deglución. No está relacionada a la confección de la prótesis. (Rahn et al., 2009).

Se aprecian las estructuras antes mencionadas en la (Figura 2)

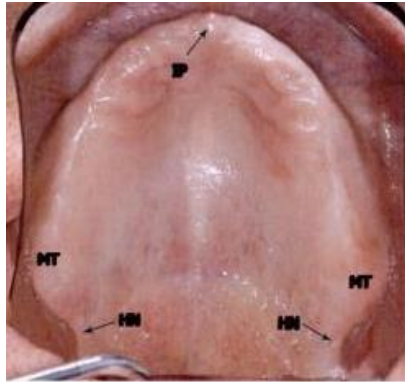


Figura 2 Referencias del reborde superior

Fuente: Ranh et al (2009)

En el maxilar inferior existen también referencias y estas son:

Almohadilla retromolar, que es una zona de forma triangular, estructurada por mucosa y toma importancia en la prostodoncia porque es un indicador de la extensión de la prótesis, la cual debe ser cubierta e indica el plano de oclusión. (Rahn et al., 2009)

El rafe pterigomandibular es la unión entre el músculo buccinador y el músculo constrictor superior de la faringe, se extiende desde la apófisis hamular a la almohadilla retromolar, cuando esta zona está presente y se logra copiar en la impresión, ayuda a establecer la extensión distal de la prótesis. (Rahn et al., 2009; Hovsepian, s.f.)

Escotadura maseterina, ubicada en la zona distovestibular del reborde maxilar, esta estructura es importante por su influencia en las impresiones, es una línea diagonal que va desde la profundidad del vestíbulo hacia la parte posterior de la cresta del reborde. (Rahn et al., 2009)

La meseta vestibular es importante en la fabricación de prótesis porque es la zona que soporta fuerzas en el arco inferior. Es un área delimitada por la cresta del reborde residual en la parte interna y en la parte externa por la línea oblicua externa,

hacia mesial por el frenillo vestibular y en distal por el músculo masetero. (Rahn et al., 2009; Hovsepian, s.f.)

Se describe también la lengua, que se encuentra en el piso de boca y es un gran indicador para enfermedades como la anemia, el pronto diagnóstico de cualquier alteración, es importante para evitar complicaciones al momento de la confección de la prótesis, además es un músculo que interviene en la fonación y deglución. Está sostenida al piso bucal, mediante el frenillo lingual. (Rahn et al., 2009)

Los pliegues sublinguales se ubican a cada lado del piso de boca, en cada uno de estos, se encuentra un abultamiento denominado carúncula sublingual, donde se encuentran los conductos de las glándulas salivales que se abren hacia la cavidad bucal. (Rahn et al., 2009; Hovsepian, s.f.)

Se nombra también al reborde oblicuo milohioideo, donde se inserta el músculo milohioideo, esta estructura ósea puede presentarse muy elevada y podría necesitar ser removida quirúrgicamente antes de la confección de la prótesis, al igual que el torus mandibular que puede estar presente en algunos pacientes. (Rahn et al., 2009; Hovsepian, s.f.)

La protuberancia retromilohioidea, puede presentarse a manera de un socavado en la región más posterior de la cara interna del reborde alveolar inferior, donde el material de impresión puede extenderse y complicar la realización de impresiones. Las prótesis también necesitarán un ajuste en esta área al momento de su inserción. (Rahn et al., 2009)

Las apófisis geni, comúnmente se presentan en reabsorciones mandíbulares bastante pronunciadas, donde el reborde residual llega hasta este nivel y si se da el caso, es importante el alivio de la zona al momento de construir la prótesis. (Rahn et al 2009).

En los dos maxilares se pueden encontrar de igual manera los frenillos, que son formaciones fibrosas y musculares cubiertas de mucosa, pueden ubicarse de manera central o lateral en las arcadas. Su extensión y cantidad varían de un individuo a otro. (Preti, 2008)

2.3 SOBREDENTADURA

Dentro de la rehabilitación oral, existen diferentes tipos de prótesis totales que pueden ser clasificadas de acuerdo a su forma de soporte en las arcadas. Las prótesis muco soportadas, están únicamente apoyadas en la mucosa, las prótesis implanto muco soportadas utilizan la mucosa e implantes previamente introducidos en el reborde alveolar como apoyo y por ultimo están las prótesis dento-muco soportadas, que se apoyan en la mucosa, pero también en los dientes remanentes del paciente. Estas dos últimas se las conoce también como sobredentaduras. (Palma, Sánchez, 2007).

Los pacientes en general, buscan mantener sus dientes en boca, así no estén en las condiciones óptimas para su función y el profesional, para satisfacer esta necesidad, debe realizar un estudio exhaustivo de los parámetros personales del paciente, como son, su salud general y local, así como su situación psicológica y económica, permitiendo conocer qué tan amplias son las posibilidades rehabilitadoras para cada caso en particular. (Preti 2008)

Silverman, (Citado en Preti, 2008), en su investigación, señala los dientes que tienen una mayor sobrevida a lo largo del tiempo, concluyendo que los caninos superiores y mandibulares están presentes en un 81,5%, seguidos de los incisivos maxilares y mandibulares que también están en un porcentaje de 81,5% y los primeros premolares inferiores en un 61,8%.

Este tipo de investigaciones contribuyen a denotar que las técnicas actuales en endodoncia y periodoncia permiten conservar los elementos dentarios propios del paciente sin recurrir a la extracción como anteriormente se hacía, lo cual contribuye a la satisfacción directa del paciente. (Preti, 2008)

La conservación de los dientes remanentes, así sea solo en su porción radicular, demuestra ventajas importantes, como la preservación de estructura ósea propia del paciente, que en caso de pérdida dental sufriría una reabsorción progresiva e irreversible, siendo más acelerada en las primeras 10 semanas y seguirá su curso, de manera lenta, pero gradual, en los años consecuentes. (Mallat, 2004).

Se debe mencionar también, el hecho de que el hueso residual sometido a compresión constante e importante, sufre aún mayor reabsorción, a diferencia de cuando todavía existen dientes o remanentes radiculares, que transforman esta fuerza compresiva, en tensional, al conducirla hacia el ligamento periodontal, ayudando a la formación ósea y favoreciendo la osteogénesis. (Mallat, 2004)

Crum, (Citado en Mallat, 2004), publicó una investigación donde se demuestra que la prótesis total común, muco soportada, crea una reabsorción 8 veces mayor que la de una sobredentadura al cabo de 5 años, siendo la reabsorción de 5,2 mm en la parte anterior de la mandíbula, en comparación a los 0,6 mm de reabsorción al usar una sobredentadura, por lo que su uso es mucho más favorecedor para el hueso.

La denominación de sobredentadura, se refiere a todo tipo de prótesis total o parcial removible, que reside sobre uno o varios dientes, raíces remanentes o implantes osteointegrados, cubriéndolos en su totalidad, para beneficiarse del soporte y retención que puedan brindar y así lograr mayor estabilidad. (Rahn et al., 2009; Mallat, 2004)

En este trabajo de titulación se habla de las sobredentaduras dentro muco soportadas, que usan el conducto radicular ya tratado, de dientes remanentes, donde residen los ataches que brindarán estabilidad adicional a la prótesis. (Preiskel, 1998)

2.3.1 DESVENTAJAS DE LAS SOBREDENTADURAS

- Mayor tiempo de trabajo
- Mayor número de citas
- El aspecto económico es elevado, al ser una prótesis más elaborada
- La higiene y cuidados deben ser constantes (García et al., 2003)

2.3.2 VENTAJAS DE LAS SOBREDENTADURAS

- Brindan mayor retención, soporte y estabilidad
- Los componentes son fácilmente intercambiables
- Mantienen la altura del hueso alveolar

- Tienen gran campo dentro de la rehabilitación estética y funcional.
- Relación biomecánica favorable
- Mejor absorción de fuerzas masticatorias
- Aumento de la percepción sensorial. (García et al., 2003)

Otro de los problemas que ayuda a combatir el uso de una sobredentadura es que mejora significativamente la nutrición de los pacientes, ya que conforme va existiendo una pérdida dental, se pierde con ello la capacidad masticatoria, llevando al individuo a modificar hábitos alimenticios, dejando de lado alimentos que sean complicados de masticar. (Mallat, 2004)

Allen et al, (Citado en Mallat, 2004), realizaron una investigación en el año 2002, afirmando que las personas con sobredentadura, ampliaron significativamente la variedad de alimentos que consumen, añadiendo los que presentan mayor esfuerzo masticatorio y que había sido limitados al momento de perder sus dientes, asunto que no se dio en pacientes con prótesis totales, donde no hubo mejora significativa en su alimentación, puesto que, aunque las prótesis estén correctamente confeccionadas, siempre migran en sentido vertical y horizontal, en la fonación, masticación y deglución,

Karlsson et al, (Citado en Mallat, 2004), basados en investigaciones, refieren las siguientes conclusiones con respecto a la eficacia masticatoria con prótesis total mucosoportada:

- El 24% de los pacientes tienen dificultad para masticar alimentos variados.
- El 29% de pacientes solo puede masticar alimentos blandos.
- El 11% de pacientes se quita la prótesis inferior para comer.
- El 2% de los pacientes mayores de 70 años se quitan ambas prótesis para comer.

Existe gran carencia de estabilidad y retención en este tipo de prótesis, a diferencia de las sobredentaduras, que están mejor ancladas y se puede ejercer mayor fuerza al masticar, mejorando significativamente la calidad de vida del paciente, ampliando las opciones alimentarias y disminuyendo carencias nutricionales, que a futuro podrían provocar problemas severos de salud. (Mallat, 2004)

La mínima carga que los dientes anteriores pueden llegar detectar es hasta de un gramo y los dientes posteriores, un mínimo de cinco a diez gramos. Los pacientes portadores de prótesis totales, recién pueden llegar a sentir carga a partir de los 125 gramos, por lo que los pacientes que conservan remanentes dentarios debajo de la prótesis, tienen la ventaja de poder controlar de mejor manera la fuerza de masticación aplicada, sin que llegue a ser nociva para los tejidos (Preiskel, 1998)

El bienestar psicológico del paciente es un factor que se debe tener muy presente en la rehabilitación. Al confeccionar una sobredentadura dento muco soportada, se consigue una buena aceptación del tratamiento, ya que el individuo no se siente completamente mutilado, porque se usarán pilares que siguen siendo parte de las estructuras propias del paciente, lo cual brinda confort y mayor aceptación de la prótesis. (Mallat, 2004; Preiskel, 1998)

2.3.3 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LAS SOBREDENTADURAS

Indicado para:

- Cuando los dientes remanentes son pilares dudosos para una prótesis parcial removible, pero se encuentran en suficientes condiciones para no extraerlos. Se puede mejorar su supervivencia regulando la porción corona raíz y elaborando una sobredentadura. (Mallat, 2004, Preiskel, 1998)
- En pacientes donde la prótesis total no es aceptada y pudiendo conservar pilares. se retrasará el paso a una dentadura total, ayudando así al paciente a tener una mejor aceptación del tratamiento. (Mallat, 2004, Preiskel, 1998)
- Cuando el paciente, aunque sea firme candidato para una prótesis total, tiene dientes remanentes que pueden ayudar a la conservación ósea e intervenir en la mejora de la estabilidad y retención. (Mallat, 2004)
- Cuando el paciente, siendo candidato a una dentadura sobre implantes, prefiere realizarse una sobredentadura dento-muco soportada por facilidad económica y los dientes remanentes pueden ser usados como pilares por su buena proporción corona raíz. (Mallat, 2004)

- En defectos maxilofaciales congénitos o adquiridos que afectan al paladar o suelo de boca, donde la elaboración de una sobredentadura podrá reponer las estructuras perdidas y evitará el paso de alimento a otras zonas, así mismo en alteraciones con pérdida dental o mala calidad dental, que necesitan rehabilitación completa a temprana edad. (Mallat, 2004, Preiskel,1998)
- Cuando el paciente presenta una arcada casi edéntula y el antagonista presenta todos los dientes o la mayoría de ellos, haciendo más probable el apareamiento del síndrome combinado de Kelly y al conservar los pilares, se podrá retrasar esta condición. (Mallat, 2004)

2.3.3.1 SÍNDROME COMBINADO DE KELLY.

También llamado síndrome de la combinación. Determina cambios comunes en el sistema estomatognático de los pacientes, que se presenta luego de cierto tiempo de usar prótesis. Fue descrito por primera vez en el año 1972 en un estudio donde se observaron seis pacientes con prótesis totales maxilares, combinadas con prótesis parcial removible inferior, teniendo la categoría de Clasificación I de Kennedy. En los cuales se observaron cambios comunes descritos a continuación: (Telles, 2011)

- Reabsorción ósea en la región anterior del maxilar
- Crecimiento de las tuberosidades maxilares
- Hiperplasia inflamatoria en la región de la bóveda palatina y del fondo del vestíbulo
- Pérdida de soporte óseo bajo la base de la prótesis parcial removible, en la zona mandibular posterior.
- Extrusión de dientes naturales remanentes.
- Reposicionamiento espacial de la mandíbula anterior
- Alteraciones del periodonto. (Resende et al., 2014; Telles, 2011)

Contraindicado para

- Cuando los dientes que pueden ser tomados como pilares, no cumplen los requerimientos periodontales y endodónticos necesarios para la sobredentadura.
- Cuando el espacio interoclusal es muy reducido y no permite la elección del anclaje que mejor convenga para el caso. (Mallat, 2004)
- Es importante recalcar, que una higiene deficiente por parte del paciente, no es considerada una contraindicación absoluta, ya que mucho depende de la motivación y medidas de higiene que se enseñen al paciente. (Mallat 2004)

2.3.4 SISTEMA DE RETENCIÓN PARA SOBREDENTADURAS.

Para aprovechar la retención que brindan los pilares a la sobredentadura dentro de la muco soportada, se utilizan anclajes, que se dividen en dos grupos. Los primeros son los anclajes en barra, que ferulizan uno o más dientes y los segundos son los ataches axiales, los cuales se encuentran en dientes individuales y para el propósito de este caso clínico, a continuación se habla un poco más de ellos. (Mallat, 2004)

Los ataches axiales se han usado como mecanismo retentivo en la confección de sobredentaduras durante varias décadas, ya que son sencillos de usar. Su estructura se divide en dos partes, una denominada “Macho” y la otra “Hembra”, que actúan como medio de retención a través de una acción tipo broche. (Mallat, 2004)

2.3.4.1 TIPOS DE ATACHES AXIALES

Ataches supraradiculares:

Mayormente son de tipo anclaje en bola y el macho se encuentra en el pilar, mientras que la hembra, en la prótesis. (Cárdenas, 2007)

Ataches intraradiculares:

En estos casos, el macho está en la sobredentadura y la hembra en el pilar. (Cárdenas 2007).

2.3.4.2 CLASIFICACIÓN EN BASE A PRINCIPIOS MECÁNICOS

- Ataches rígidos:

No son diseñados para proveer resiliencia, están indicados para cuando existen varios pilares y los dientes pueden soportar todas las cargas, solo se usan en el maxilar donde existan raíces a nivel anterior y posterior, así como de manera bilateral, para que la sobredentadura tenga buena retención, gracias al paladar y bases mucosas, que limitarán la sobrecarga a los pilares. (Mallat, 2004)

- Ataches con resiliencia vertical, sin rotación:

Solo para cuando la sobredentadura se asienta sobre varios pilares anteriores y posteriores, sirven para brindar retención y resiliencia vertical, por lo que ayudan a evitar una sobrecarga en los pilares. Si estos ataches se usan cuando existen solo pilares anteriores, la sobredentadura rotará. (Mallat, 2004)

- Ataches con rotación, sin resiliencia vertical:

Solo permiten brindar rotación, lo que al momento de la masticación, puede repercutir en un giro indeseado de la sobredentadura, alrededor del anclaje. (Mallat, 2004)

- Ataches con resiliencia vertical y rotación

Son los anclajes más adaptativos, funcionan a modo de rótula y permiten movimientos rotacionales, así como verticales. Resultan en la mejor opción compatible con las necesidades de los pacientes portadores de prótesis totales dento-muco soportadas, donde la mayoría de los casos tan solo quedan dos o tres raíces anteriores y no hay pilares posteriores, asegurando así dar buen soporte y retención a la sobredentadura. (Mallat, 2004; Preiskel, 1998)

2.3.4.3 PARALELISMO Y NÚMERO ADECUADO DE ATACHES AXIALES

Existen parámetros que los ataches axiales deben cumplir para determinar que son buen anclaje, uno de estos es que siempre se debe lograr paralelismo y tomar en cuenta que, mientras más grande es el atache, más difícil será lograrlo. Esto es importante, ya que así, las fuerzas masticatorias se distribuirán de manera correcta hacia el reborde residual de las arcadas. (Mallat, 2004)

Así mismo los ataches deben estar alineados con el eje de inserción, para evitar forzar la los pilares en boca al momento de insertar y des insertar la prótesis. Otro parámetro importante es el número adecuado de ataches, sin embargo, varía mucho de un paciente a otro. Lo adecuado sería uno a cada lado de la arcada superior e inferior, alineados entre sí. (Preiskel, 1998)

2.3.4.4 NO SE DEBE PONER ATACHES EN CASOS DE:

- Cuando solo se quiera mantener el tejido radicular para preservar el hueso alveolar.
- Cuando el pronóstico del pilar sea dudoso y se requiere que se mantenga en observación durante un tiempo.
- Cuando el paciente es de edad avanzada y el nivel de higiene oral sea dificultoso de lograr.
- Económicamente el paciente no puede hacer frente a un trabajo más complejo (Mallat, 2004)

2.3.4.5 DESVENTAJAS AL USAR ANCLAJES

- Encarece, complica y alarga el tratamiento
- Dificulta la higiene correcta de los pilares, sobre todo si se trata de barras.
- El mantenimiento se complica, ya que se añaden más elementos. (Mallat, 2004)

2.4 CONSIDERACIONES PREPROTÉSICAS

2.4.1 CONSIDERACIONES QUIRÚRGICAS

Hoy en día, se procura no realizar intervenciones quirúrgicas, a no ser que sea absolutamente necesario para la rehabilitación del paciente. El objetivo es mejorar la base donde residirá y se asentará la prótesis. (Grunert, 2008) Para determinar la necesidad de algún tipo de intervención, a más del examen extra e intraoral que se realiza en la historia clínica, es importante el uso de exámenes complementarios que ayuden a determinar un correcto diagnóstico. (Telles, 2011)

Las radiografías, especialmente la panorámica, facilita el poder visualizar estructuras anatómicas de importancia y contribuye a realizar un adecuado plan de tratamiento, sin dejar de lado las radiografías periapicales, que de ser necesarias, brindan una adecuada visualización de los elementos dentarios y permiten un estudio más detallado de alguna zona en particular. (Telles 2011)

En algunos casos, estará indicada la extracción dentaria previa a la confección de una prótesis, por lo que es importante recordar realizar poca ostectomía de remodelación, de ser necesaria. Así no habrá gran pérdida del periostio que recubre al hueso, logrando un menor labrado óseo. Esta será la mejor profilaxis frente a la reabsorción ósea. (Koeck, 2007)

Sin embargo, cuando es necesario hacerlo, se debe seguir el protocolo y realizar el remodelado para dejar un terreno propicio para la confección de la prótesis, con una lima de hueso o una pieza de mano con adecuada irrigación, se puede eliminar bordes irregulares. Antes de culminar es importante la palpación de los contornos óseos para asegurar haber logrado el objetivo. (Rahn et al., 2009)

2.4.1.1 PRÓTESIS TEMPORAL INMEDIATA

Este tipo de prótesis son momentáneas y deberán ser rebasadas frecuentemente, ya que se la coloca después de las extracciones dentales. Su indicación más frecuente es cuando se realizan extracciones de dientes anteriores, por motivos de estética. (Mallat, 2004)

Este tratamiento confiere muchas ventajas como son brindar estética inmediata, facilita la cicatrización dirigida, ya que la prótesis rodea, cubre y protege por completo las heridas de las extracciones, ayuda al control de la hemorragia por la compresión que produce la propia prótesis y controla el edema posquirúrgico que normalmente existe después de la extracción dentaria. (Mallat, 2004)

2.4.2 ELECCIÓN DE LOS DIENTES PILARES

2.4.2.1 ESTADO PERIODONTAL

El cuidado higiénico, es de suma importancia para prevenir enfermedades periodontales, ya que la acumulación de biofilm produce gingivitis y posteriormente, periodontitis. En las consideraciones preprotésicas, es necesario analizar los dientes que podrán mantenerse en boca y los que no, por ser focos infecciosos sin buen pronóstico. (Preti 2008)

Se debe diagnosticar el estado periodontal de los dientes, que se planea, sean pilares de la prótesis, mediante la valoración del grado de inflamación gingival, profundidad de sondaje que indica todo el nivel de hueso alrededor del diente, grado de movilidad y afectación o no de la furca. (Mallat, 2004)

Si se van a colocar ataches para la sobredentadura, como es en el presente caso, será necesario que las raíces de los pilares tengan una longitud aproximada de 10mm, tomando en cuenta el sellado apical y la longitud del atache. Estas medidas son necesarias, ya que los pilares deben soportar cargas de inserción y desinserción de la prótesis, así como de cargas masticatorias. (Mallat, 2004)

En el caso de tener buenos dientes pilares, se deben dar los cuidados adecuados para su correcta manutención, dándole a conocer al paciente las correctas formas de higiene que requieren los dientes remanentes, ya que es fundamental realizar el tratamiento sobre un periodonto sano, para que dure el mayor tiempo posible. (Mallat, 2004)

Si existen problemas periodontales, se debe primero resolver el caso, puesto que, mientras no desaparezca la inflamación y sangrado, no se podrá continuar con el tratamiento protético y dentro de poco tiempo existirá movilidad, como consecuencia de las fuerzas. Es preferible rebajar el diente para que la proporción corona raíz se equipare y se reduzca el brazo de palanca. (Mallat, 2004)

Un diente unirradicular, puede reponerse de la movilidad, siempre y cuando tenga hasta el 50% de soporte óseo y se retire el estímulo que provoca dicha movilidad. En dientes multirradiculares, se podrá hacer lo mismo si se tiene, al menos un 30% de soporte. El ligamento periodontal podrá repararse siempre y cuando no exista una movilidad que llegue a ser clase III (Mallat, 2004; Preiskel, 1998)

Como el caso descrito en el trabajo de titulación utiliza ataches supragingivales, no se estará invadiendo el espacio biológico, con lo que se obtienen mayores ventajas y no habrá inflamación gingival. (Mallat, 2004)

(Mallat, 2004) refiere casos en los que la extracción de pilares será inminente y estos son, primero que exista menos de 5mm de hueso alrededor de la raíz y segundo, que se presente movilidad III aún después de la reducción oclusal y no se vaya a utilizar anclajes en barra.

2.4.2.2 ESTADO ENDODÓNTICO

Los pilares deben ser endodonciados, si se planea usar el soporte que su conducto radicular puede brindar, por esta razón, es importante determinar el plan de tratamiento a seguir, ya que si se planea usar los pilares sin anclaje, a veces la reducción oclusal, no incluirá un tratamiento de

endodoncia, como suele suceder en pacientes que presentan una importante atrición dentaria, secundaria al bruxismo. (Mallat, 2004)

Si los remanentes dentarios ya han sido endodonciados y no existe sintomatología o signos radiográficos de reacción apical, no será necesario un retratamiento, a diferencia de los casos que se presentan a continuación: (Mallat, 2004)

- El tratamiento endodóntico es cuestionable, como cuando el material de obturación ha quedado expuesto al medio oral.
- Hay presencia de lesión periapical y es sintomática.
- El tratamiento previo no ha sido satisfactorio respecto a la instrumentación u obturación. (Mallat, 2004)

Para conseguir el máximo rendimiento de los postes se debe tomar en cuenta:

- Si se arena el poste metálico con partículas de óxido de aluminio de 50 micras, mejora significativamente su retención.
- Hay que tener cuidado al colocar postes en conductos muy estrechos o curvos, ya que el riesgo de perforación y fractura es mayor.
- El llamado efecto férula lo aporta el mismo atache (Bertoldi, 2012; Mallat, 2004)

Se realizará la exodoncia de pilares por motivos endodónticos en los siguientes casos:

- El pilar es sintomático y no es posible endodonciar o realizar un retratamiento.
- La endodoncia o el retratamiento, no son capaces de resolver la lesión apical.
- Existe reabsorción radicular (Mallat, 2004)

2.4.2.3 NÚMERO Y LOCALIZACIÓN DE LOS DIENTES EN LA ARCADA

Mientras más dientes puedan ser pilares, es mucho mejor.

Si existe únicamente un pilar, se debe tener cuidado de que la prótesis no lo sobrecargue, ya que podría tener movilidad y acabar en extracción. (Mallat, 2004)

La situación más correcta, sería que se conste de pilares en las dos arcadas que estén situados simétricamente, logrando así, mayor estabilidad y la reabsorción ósea en ambos lados será similar. (Mallat, 2004)

2.4.2.4 FORMA DE LA RAÍZ

El máximo soporte se logra con pilares multirradiculares, mientras no sufran de lesión en furca, aunque las medidas de higiene son más complicadas de llevar. Los dientes unirradiculares con buen soporte óseo, son buenos pilares y permiten mantener una higiene más facilitada. (Mallat, 2004)

2.4.2.5 DISTANCIA ENTRE PILARES

Los pilares deben estar ubicados de manera que no exista dificultad en su higiene, aunque se pueden utilizar cepillos interproximales, una distancia demasiado corta presentará también dificultades de poder utilizar otro tipo de anclajes como los que son en barra. (Preiskel, 1998)

Si existen tres pilares unidos, lo recomendable es la extracción del diente de en medio, sobre todo si se busca usar un anclaje en barra, con lo cual se podrá colocar sin problema los dientes artificiales, evitando que un tramo muy grande de la prótesis quede debilitado. (Mallat, 2004)

2.4.2.6 CARACTERÍSTICAS DEL ANTAGONISTA

Es importante considerar los dientes antagonistas al momento de la elección de un pilar, ya que, por ejemplo si la arcada superior es edéntula y la arcada

mandibular tiene una clase I de Kennedy, la probabilidad de tener síndrome combinado de Kelly es mayor, por lo que se recomienda preservar algún pilar en la zona anterior. (Telles, 2011)

2.4.3 PREPARACIÓN DE LOS PILARES PARA EL USO DE ATACHES.

Al rebajar los dientes para la confección de muñones, no deben sobrepasar en más de 2-3mm el margen gingival, si existe menor cantidad de tejido dentario, la encía marginal crecerá hasta cubrirlos total o parcialmente, ocasionando que la sobredentadura pellizque la encía que quedará atrapada entre el pilar y la prótesis. (Mallat, 2004)

La confección del muñón no debe ser completamente plana, porque el atache abrazará la estructura remanente para conseguir un efecto férula, previniendo que la raíz se fracture por una sobrecarga de fuerzas y tracción. (Mallat, 2004)

Si el pilar es débil, se debe dejar solamente la raíz para que cumpla con mantener el reborde alveolar y no estará indicado el colocar un anclaje, pero sí el disminuir la relación corona raíz para mejorar la supervivencia del pilar. (Mallat, 2004; Preiskel, 1998)

Al momento de preparar el muñón, es importante dejar un espacio de 0,3 a 0,5mm para que logre ingresar el metal del atache. La preparación del margen ser tipo chamfer poco profundo ya que existe poco remanente dentario y no se debe mutilar en exceso. (Preiskel, 1998; Mallat, 2004)

La preparación del conducto, donde se asentará el perno, se lo realiza con fresas de desobturación, primero las denominadas Gates Glidden, que profundizan el conducto, para de ahí continuar con las fresas Largo Peeso que regularizan las paredes. Es importante tener en cuenta ingresar el instrumento de acuerdo al eje longitudinal del conducto, para evitar posibles perforaciones. (Turell, 1976)

Se debe redondear todos los ángulos, sobre todo los que se generan entre la superficie del muñón y el acceso al conducto, esto es para facilitar el ingreso del perno sin que existan interferencias. (Preiskel, 1998; Mallat, 2004)

2.5 IMPRESIONES

Las impresiones son la réplica en negativo de las estructuras bucales, que nos ayudan al correcto diagnóstico del caso personal del paciente, permitiéndonos reproducir la estructura anatómica. (Sánchez, s.f.)

2.5.1 TOMA DE IMPRESIONES DE LOS PILARES

La impresión del conducto preparado de los pilares debe ser independiente de la que se debe tomar para el soporte mucoso. Es necesario que el material sea tal, que reproduzca perfectamente los tejidos duros y que a su vez presente un comportamiento elástico, así como correcta estabilidad dimensional. (Mallat, 2004)

Se puede realizar las impresiones con la técnica directa o indirecta, en el primer caso, es necesario un previo aislamiento del conducto, preparación delacrílico autopolimerizable e introducción del material, se necesita ir controlando los pasos de polimerización delacrílico, introduciendo y sacando el material de impresión varias veces hasta que haya terminado de polimerizar. (Pradíes 1996).

En la segunda técnica, el material de elección son las siliconas de adición, puesto que presentan mayor recuperación elástica, tras la deformación y buena estabilidad dimensional, características que son de suma importancia, ya que con frecuencia, se toman impresiones de pilares que no son paralelos, debido a la distinta inclinación de las raíces. (Pradíes, 1996; Candela, 2010)

El comportamiento elástico, permitirá desinsertar de mejor manera la cubeta de la boca, sin que exista deformación de la impresión, gracias a que el material es capaz de recuperar la forma original, reduciendo el error de la propia impresión, este material lidera a otros que pueden usarse como hidrocoloides, siliconas de condensación y poliéteres. (Pradíes, 1996)

En la técnica indirecta, se usa la impresión en un solo paso, con silicona pesada y liviana. Se coloca la pasta pesada en la cubeta y se llevará la pasta liviana tanto a la cubeta, como a la superficie del diente pilar, ayudados del léntulo y pieza de mano.

Se insertará la cubeta y se espera a que transcurra el tiempo de fraguado. (Pradíes, 1996; Candela, 2010)

Es importante que el campo esté seco y que la impresión sea de la arcada completa, puesto que se permitirá al laboratorio, colocar el anclaje de manera que la vía de inserción y desinserción sea perpendicular al plano oclusal. (Pradíes, 1996)

2.5.2 IMPRESIONES PRELIMINARES

(Telles, 2011) afirma que para la confección de una sobredetadura se deben seguir los mismos criterios de una prótesis total convencional. Se deben considerar factores que comparten, como el sistema de retención proporcionado por el sellado periférico y la extensión de la base de la prótesis, que determina la estabilidad de la misma e impide una mayor reabsorción ósea.

Las impresiones preliminares contribuyen al correcto diagnóstico y plan de tratamiento, permitiendo un posterior vaciado del modelo primario superior e inferior, que contribuyen a estudiar la anatomía de tejidos duros y blandos, sin que sea necesaria la presencia del paciente. Estas impresiones nos proporcionarán la base para la correcta confección de cubetas individuales. (Rahn et al., 2009)

La impresión debe ser tomada, solo después de haber realizado todos los preparos radiculares y luego de haber confeccionado los attaches, sin que estos hayan sido cementados. Los elementos no deben estar en boca cuando se realice esta impresión, así se podrá planear el eje de inserción de la prótesis (Preiskel, 1998)

Para la toma de impresiones preliminares es recomendable el uso de hidrocoloides irreversibles por su fácil manejo y costo asequible. La inexactitud de los modelos no representa una barrera para el diagnóstico y plan de tratamiento, pero esta falla no es aceptable en la elaboración de las impresiones finales. (Rahn et al., 2009)

La cubeta ideal deja 5-6 mm de espacio entre los tejidos y la misma. Para la prueba, se la introduce en la boca del paciente, verificando que su borde posterior se ubique un poco más atrás del surco hamular en el maxilar superior y en el inferior sobre las

almohadillas retromolares. El mango de la cubeta debe estar alineado con el centro del rostro del paciente. (Rahn et al., 2009)

Antes de tomar la impresión se debe pedir al paciente que se enjuague la boca con agua y que trague la saliva, seguido de esto, se debe separar los carrillos para que el material de impresión, en este caso el alginato, llene por completo el vestíbulo, ayudando a prevenir la formación de burbujas de aire. Es prudente recordar el no recargar demasiado la cubeta con el material de impresión, puesto que puede generar arcadas y dificultar la respiración del paciente. (Rahn et al., 2009)

El asentamiento de la cubeta es de atrás hacia adelante, para que el material no obstruya la vía respiratoria. En el maxilar se lleva hacia afuera el labio superior para que se imprima la profundidad real del vestíbulo, en el maxilar inferior se pide al paciente que mueva la lengua hacia adelante para delimitar de la inserción del músculo milohioideo. Se retira la cubeta en un solo movimiento. (Rahn et al., 2009)

Posterior a la desinserción, se debe quitar todo tipo de restos o saliva con un chorro de agua. Se aconseja revisar que la impresión no tenga burbujas, zonas lisas sin impresionar o zonas de contacto con la cubeta, de ser así, se debe repetir el proceso. (Cantoni, 2004)

2.6 MODELOS DIAGNÓSTICO

La impresión debe ser vaciada con yeso piedra y para asegurar la distribución uniforme, se utiliza un vibrador que también evita la formación de burbujas. Una vez desmoldados, se deberá ver en los dos maxilares el tipo de arco esquelético, el tipo y cantidad de reborde residual, si existe o no exostosis y la inserción desfavorable de frenillos. (Cantoni, 2004)

En el maxilar superior se hallarán: Tamaño y forma de las tuberosidades, surco hamular (existencia y calidad), el eje de inserción y extracción de la impresión definitiva, zona del límite posterior, rugas palatinas y rafe medio. En cambio, en el maxilar inferior se encontrará: Zona del límite posterior, línea oblicua externa y que sea nítido el límite con el piso de boca en la zona lingual (Cantoni, 2004)

2.7 CONFECCIÓN DE CUBETAS INDIVIDUALES

Es indispensable la confección de una cubeta personalizada, para las impresiones definitivas, al igual que se realiza en prótesis totales muco soportadas. Se parte del modelo diagnóstico, donde previamente se delimitan los márgenes, tomando en cuenta las estructuras anatómicas anteriormente descritas. (Preiskel, 1998)

La única diferencia es que también se debe aliviar la zona de los preparos radiculares dando espacio para que se puedan imprimir y capturar los attaches, ya que, no estarán cementados todavía, lo que permite que sean arrastrados en la impresión y en el modelo definitivo se tendrá los attaches sobre los que se podrá confeccionar la sobredentadura. (Rahn 2009; Preiskel, 1998)

Para su elaboración, se utiliza resina acrílica autopolimerizable o activada por luz. La cubeta debe tener un mango, que será usado para una mejor sujeción de la cubeta durante la impresión funcional. Antes de colocar la cubeta en boca del paciente es importante pulir y formar bordes romos. (Grunert, 2008)

2.8 SELLADO PERIFÉRICO

El sellado periférico es muy importante, ya que ayuda a crear una correcta adaptación de la prótesis, donde se logra crear un efecto ventosa, con la mayor extensión posible, sin que cause molestias al paciente durante los movimientos funcionales y se consigue una adecuada adaptación de los tejidos a la prótesis. (Grunert 2008)

Para el sellado periférico se utiliza un material termoplástico llamado Godiva de baja fusión que tiene propiedades importantes y necesarias para un correcto sellado periférico, como son, fluidez para una mínima presión sobre los tejidos, buena adhesividad a la cubeta, rigidez tras el enfriamiento, estabilidad dimensional, resistencia y rapidez del proceso de impresión. (Telles 2011).

Para la colocación de la godiva en la cubeta, se necesita primero calentarla, ya sea mediante infusión en agua caliente o con el uso de una lámpara de alcohol. Ya en

boca, el material debe permanecer mínimo 15 segundos para lograr una rigidez suficiente sin que se deforme al retirar de la boca. (Rahn, 2009)

Se debe ir colocando la godiva por sectores en la cubeta y no todo de una sola vez. Se ubica la godiva caliente en una zona, se espera a que enfríe hasta que pueda ser tolerada por la mucosa del paciente y se introduce en la boca. Se realizan los movimientos, se espera a que enfríe y se procede al siguiente sector, así sucesivamente hasta que todo el filo de la cubeta quede recubierto. (Grunert, 2008)

En el maxilar superior se debe extender el labio hacia afuera, abajo y adentro, así la mejilla se mueve hacia atrás y adelante para simular el movimiento de frenillos superiores. El sellado posterior debe extenderse 2 mm más allá de la línea de vibración. Esto se lo logra pidiendo al paciente que diga “ah” mientras se realiza el sellado. (Zarb, 1994)

En el modelo inferior los movimientos de carrillos y labio inferior se hacen 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 la zona lingual, se debe pedir al paciente que saque la lengua para que se copie la parte anterior del piso de la boca con el frenillo lingual y las prominencias milohioideas. El paciente debe empujar la lengua hacia el paladar para el sellado en la zona lingual lateral a nivel de los premolares. (Zarb, 1994)

La zona de sellado posterior del maxilar, es una estructura importante al realizar una prótesis, ya que es un área de tejido compresible localizada por delante de la línea de vibración, la resiliencia del tejido en esta área es ocasionada por la presencia de glándulas mucosas envueltas en abundante tejido conectivo. La profundidad de este tejido compresible puede ser evaluado usando la palpación y debe ser notada para una futura referencia en la fabricación de la prótesis y ayudará a su retención. (Rahn et al., 2009)

El sellado posterior garantiza el cierre hermético en estos tejidos comprimibles, donde la prótesis puede aplicar presión y favorecer su retención, sin causar lesiones o dolor al paciente, así se permite un contacto continuo entre la mucosa y la prótesis evitando el ingreso de alimento e inestabilidad. (Preti, 2008)

2.8.1 ZONAS DEL SELLADO PERIFÉRICO

En el reborde superior se lista:

- 1 Espacio coronomaxilar
- 2 Fondo del vestíbulo bucal
- 3 Fondo de vestíbulo labial
- 4 Freno labial
- 5 Término posterior (Rahn, et al, 2009)

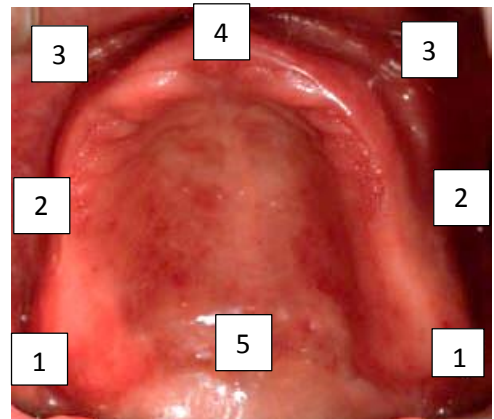


Figura 3 Zonas de sellado periférico

Fuente: Alberto, 2014

En el reborde inferior se lista:

- 1 Chanfradura del masétero
- 2 Fondo del vestíbulo bucal
- 3 Fondo del vestíbulo labial
- 4 Fosa distolingual o retroalveolar
- 5 Fosa sublingual
- 6 Freno lingual (Rahn et al, 2009)

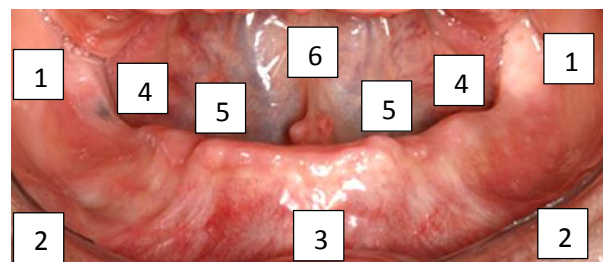


Figura 4 Zonas de sellado periférico

Fuente: Alves, 2011

2.9 IMPRESIÓN FUNCIONAL Y MODELOS MAESTROS

La meta de la impresión funcional es elaborar una copia exacta de tejidos duros y blandos, con extensión total de los tejidos de soporte y una mínima extensión a tejidos móviles y musculares que podrían sufrir irritación y dolor. Una impresión exacta, ayuda a crear una interface entre la prótesis y tejidos produciendo retención,

estabilidad y soporte, necesarios para la comodidad del paciente. (Rahn et al., 2009).

Existen algunos materiales de impresión, como la pasta zinc-enólica, que es a base óxido de zinc y eugenol, sin embargo, su manipulación es un tanto dificultosa y requiere de varios cuidados, a comparación de los elastómeros que, aparte de tener propiedades que favorecen para una correcta copia de los tejidos como son recuperación elástica, estabilidad dimensional, son limpios, también son muy fáciles de manejar, tienen amplio rango de tiempo de trabajo y fraguado, no se adhiere a la mucosa seca en caso de pacientes con xerostomía. (Telles, 2011; Rahn et al, 2009)

Existen dos maneras de tomar impresiones, la primera es la toma de impresión miostática que se define como la introducción de la cubeta consiguiendo un margen interno cerrado y la cubeta queda fija mientras se realiza la impresión, pero la desventaja es evidente, ya que no existirá una copia fiel de los frenillos, la extensión de la base será excesiva y los márgenes serán agudos. (Koeck, 2007)

Es por esto que se recomienda la segunda técnica, denominada impresión miodiámica, donde el paciente realiza movimientos resultando en una impresión activa y el odontólogo la completa separando los labios y las mejillas resultando en una impresión pasiva a la vez. Así se conseguirá una copia más fiel de los frenillos, la base estará adecuada a las inserciones musculares y los márgenes serán redondeados. (Koeck, 2007)

Al momento de realizar el vaciado, para el modelo definitivo, se debe verificar que se tenga un espesor adecuado, ausencia de burbujas o huecos y se debe tener la representación de todas las zonas anatómicas impresionadas, también bordes circundantes, para así determinar que el modelo maestro es aceptable (Rahn et al 2009)

Ningún atache debe ser cementado en boca, hasta que se haya completado el enfilado dentario y se corrobore un correcto eje de inserción. La cementación se realizará al momento de la entrega final de la prótesis. (Preiskel, 1998)

2.10 RODETES DE OCLUSIÓN

Para la confección de los rodetes es necesario primero realizar una placa base, tomando como partida el modelo definitivo, donde se realizarán alivios en zonas retentivas y en los dientes remanentes con cera para evitar la fractura del modelo definitivo. (Grunert, 2008)

En el maxilar el rodete va de una tuberosidad a la otra, con una altura de 22 mm en la parte anterior, decreciendo mientras avanza hacia la zona posterior hasta los 17 mm, el ancho es de 3mm en anterior y 6 mm en posterior. (Milano & Desiate, 2011).

La cara vestibular del rodete superior forma un ángulo de 60 a 70 grados ayudando a sostener el labio superior y mejorando la estética del paciente (Cacciacane, 2013). En el maxilar inferior, el rodete tiene forma de herradura, con altura de 18 mm en la zona anterior y se extiende de manera decreciente hacia la zona posterior donde alcanza los 15mm. El ancho es de 3 mm en la zona anterior y en las zonas posteriores 6mm. En la zona vestibular anterior debe haber cierta inclinación hacia vestibular que ayude a crear una concavidad vestibulolabial indicada para acoger el labio inferior. (Milano & Desiate, 2011).

2.11 OCLUSIÓN EN PRÓTESIS TOTAL

Oclusión se define como la relación de contacto dinámico y estático entre las superficies oclusales e incisales. El paciente aprende a tener movimientos masticatorios de elevación y depresión a lo largo de su vida. Cada persona tiene un patrón diferente de movimientos cíclicos a los que se llama “Marcha oclusal”. Cuando existe una pérdida dental importante, este ciclo masticatorio se ve afectado y los nuevos movimientos requieren aprendizaje, pero no serán iguales a los que tenía el paciente cuando era dentado. (Ozawa, 2010)

Al momento del cierre en pacientes dentados, existe una disminución de velocidad antes de tocarse los dientes entre sí, cosa que no pasa con pacientes desdentados, donde el uso de la prótesis y su pérdida de percepción hace que se mantenga una velocidad de cierre constante, por lo que todos estos factores deben tomarse en

cuenta al momento de realizar una prótesis, ya que el esquema oclusal deberá tratar de compensar cualquier pérdida de la capacidad de cerrar hasta una proporción precisa. (Ozawa, 2010)

Para la rehabilitación protética se debe determinar el tipo de oclusión que se quiere lograr, recordando que se busca dar estética, estabilidad protésica y función. El odontólogo debe analizar la plenitud del reborde, para determinar el tipo de esquema oclusal que requiere el paciente (Hidalgo & Vilcahuaman, 2009).

Existen varios tipos de oclusión y la oclusión balanceada bilateral, se ha promovido durante varios años. Nació como base para la rehabilitación con prótesis total. Tiene contactos de todos los dientes de manera simultánea en interdigitación, así como en movimientos de lateralidad y protrusión, es decir que existen contactos en el lado de trabajo y no trabajo para lograr estabilidad de la prótesis, logrando distribuir las cargas oclusales. (Ozawa, 2010).

Este tipo de oclusión tiene algunas ventajas, sin embargo no existe suficiente sustento bibliográfico que afirme que es la oclusión ideal. Sumado a esto, el desgaste normal de la prótesis, hace que esta relación intermaxilar no dure más de un año. (Telles, 2011)

El mayor problema radica en la interposición del bolo alimenticio, que crea desestabilización de la prótesis al momento de la masticación, ya que no existe espacio de compensación en el lado de no trabajo y cuando se interpone el bolo, se crea una interferencia desestabilizadora en uno de los lados de la prótesis. (Telles, 2011)

Actualmente se afirma que es mejor lograr establecer una oclusión balanceada unilateral, donde los movimientos de lateralidad tengan función de grupo en el lado de trabajo, mientras que en el lado de no trabajo no existirán contactos y tampoco en protrusión, creando así un espacio adecuado para la interposición del bolo alimenticio, sin que exista desestabilización. Además, como existe función de grupo, no habrá desgaste localizado. (Montes, 2010).

Es importante que en la confección de prótesis totales, no se deje de lado características básicas que ayudan a lograr una oclusión ideal. Dentro de estas se enumeran:

- Estabilidad en relación céntrica, se refiere a que la relación cúspide/fosa de los dientes artificiales, debe ser tal, que al contactarse, solo transmitan fuerza de manera perpendicular al reborde remanente. De no ser así, la repercusión inmediata es una distribución de fuerzas, fuera de la zona primaria de soporte, causando mayor reabsorción ósea. (Telles, 2011)
- Dientes con cúspides bajas, que ayudan a mejorar la estabilidad de la prótesis en la masticación, esto se logra con el uso de dientes semi anatómicos, ya que es importante también tener cierta cantidad de cúspides para que no se afecte la calidad de la masticación. (Telles 2011)
- Movimientos excéntricos facilitados, donde se ayuda al paciente a lograr una mejor adaptación a la prótesis, mediante el control neuromuscular. Así un movimiento lateral, que no implique movimientos verticales, resultará en menor cantidad de fibras musculares utilizadas para el movimiento, facilitando el uso de la prótesis y logrando una oclusión balanceada unilateral, donde los dientes contactan en función de grupo en el lado de trabajo. (Telles 2011)
- Dientes posicionados de acuerdo con el formato del reborde residual, se debe respetar la forma del reborde y los dientes deben estar ubicados justo en esta zona, que es la principal de soporte y recibe todas las cargas masticatorias ya que de no ser así, aumentan las cargas direccionadas hacia fuera del reborde, trasladándose a zonas secundarias de soporte que son vulnerables a fuerzas masticatorias y pasa a existir movimiento de la prótesis que, sumado a la presencia de cúspides, resulta en una inestabilidad protética. Así mismo, se puede llegar a invadir el espacio funcional de la lengua, lo que también causará inestabilidad. (Telles 2011)

La oclusión balanceada se basa en la teoría esférica de Monzón, donde se toma como base la curva de Spee de manera sagital y la de Wilson de manera transversal y se las proyecta hasta lograr un círculo en cada una de las líneas que tendrá un

radio de 10 cm. Monzón razonó, por lo tanto que la mandíbula se mueve sobre una base esférica para producir una oclusión balanceada. (Milano, 2011)

Así mismo se basa en la teoría de Bonwill que afirma la presencia de un triángulo equilátero donde el primer vértice está constituido por el punto más superior y central de los incisivos centrales inferiores, mientras que los otros dos vértices corresponden a la cresta de cada uno de los cóndilos mandibulares. (Milano, 2011)

Siempre se debe seguir la curva de Spee, que va desde la punta del canino inferior y sigue hacia atrás pasando por las cúspides vestibulares de premolares y molares, para continuar por el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior. (Rahn et al., 2009)

También debe seguirse la curva de Wilson que se da en el plano inferior y va desde la cúspide vestibular del molar, pasa por la cúspide lingual del mismo molar, para luego seguir hacia la cúspide lingual y vestibular del molar del otro lado. (Rahn et al., 2009)

Esta curva es importante, ya que determina la angulación hacia lingual de los molares inferiores, haciendo que las cúspides linguales estén más bajas que las vestibulares a diferencia del maxilar superior, donde las cúspides vestibulares se encuentran más arriba que las cúspides palatinas, haciendo que se cree una compensación entre cúspides estampadoras y de corte que darán mayor equilibrio en la oclusión balanceada. (Rahn et al., 2009)

2.11.1 ESTABILIDAD PROTÉTICA

La estabilidad protética se da cuando las cargas oclusales están correctamente repartidas a lo largo de toda la prótesis y no en un solo punto, lo que causaría dolor, ulceraciones y reabsorción ósea más marcada. La oclusión balanceada registrada en relación céntrica, es una buena ayuda para poder determinar una correcta estabilidad protética y los attaches crean aún mayor soporte y estabilidad. (Preti, 2008)

2.11.2 REGISTRO MAXILOMANDIBULAR

Los rodetes de oclusión ayudan a trasladar la localización horizontal y vertical de la mandíbula con respecto al maxilar, ayudando a abarcar la posición adecuada de los dientes protésicos anteriores y posteriores. (Rahn et al, 2009)

Los rodetes también ayudan a determinar el contorno facial, dependiendo del modelado del arco que se haya realizado. (Grunert 2008)

2.11.3 DETERMINACIÓN DEL PLANO DE OLCUSIÓN

Para determinarlo, se utiliza la platina de Fox que facilita la toma del plano antero-posterior, paralelo al plano de Camper que es una línea imaginaria que va desde el ala de la nariz al trago del pabellón auricular y también esta platina guía la determinación del plano anterior, que debe quedar paralelo a la línea interpupilar. Estas referencias son tentativas, pero útiles y cualquier ajuste se puede realizar en la prueba en cera. (Rahn et al, 2009)

2.11.4 MONTAJE DEL MODELO SUPERIOR

El articulador semiajustable es el elemento básico para lograr que los modelos colocados guarden la misma relación con los cóndilos del articulador, es decir que copie la misma relación de los maxilares con los cóndilos del paciente. (Ricci, Shvartz, 1984)

Para el montaje del modelo superior se necesita tomar el registro con el arco facial y la horquilla, donde se fija el rodete superior simétrico a la línea media, luego se coloca las olivas en los conductos auditivos del paciente, se ajusta el nasion en el punto cefalométrico del mismo nombre y se coloca la horquilla dentro de la boca del paciente. (Rahn et al., 2009)

Se ajustan los tornillos para tomar nota de la distancia intercondilar que va de 1 a 3 y replicar esa distancia en el articulador. Se retira el arco y se lo transfiere al articulador, asegurando que los pins externos de las cajas condilares del articulador estén en 30 grados para proceder al montaje. (Ricci, Shvartz, 1984)

2.11.5 DETERMINACIÓN DE LA DIMENSIÓN VERTICAL

La determinación de la dimensión vertical debe realizarse antes de la determinación de relación horizontal, ya que cualquier cambio futuro que se realice en la dimensión vertical alterará sin duda la dimensión horizontal. (Koeck, 2007)

Una correcta determinación de la dimensión vertical evita problemas fonéticos y futuras alteraciones. Si la dimensión vertical es excesiva, el paciente sentirá incomodidad en el labio superior por el esfuerzo que deberá realizar para contactar con el labio inferior, dando como resultado una deformación progresiva del rostro para acomodar la posición del labio. Con relación a la mandíbula, no se permitirá que los músculos elevadores trabajen de manera correcta, lo que causará una atrofia a largo plazo. (Milano, 2011)

En el caso de que la dimensión vertical esté disminuida, el paciente tendrá una apariencia de tener la nariz muy baja, un falso prognatismo, resultando en una apariencia más envejecida. Esta disminución de la dimensión causará problemas en la articulación temporomandibular y habrá disminución del tono muscular. (Milano, 2011)

Es por esto que es de suma importancia determinar correctamente la dimensión vertical del paciente, donde se toma como referencia puntos extraorales, el primero es en la punta de la nariz que es un punto fijo y el otro es en el mentón que es un punto móvil. (Milano 2011)

Se debe introducir los rodetes en la boca del paciente, donde el rodete superior debe sobresalir 2mm bajo el labio superior relajado y en apertura bucal no forzada, esto es necesario para determinar la ubicación del borde incisal de los incisivos centrales superiores. (Rahn et al, 2009)

La calidad de sonidos como “f” y “v” pueden verse afectados por la posición de los dientes anterosuperiores, el rodete superior es importante en la determinación de la línea media, una referencia para su señalización es el filtro labial, pero no es una referencia estética estricta. (Rahn et al, 2009)

2.11.5.1 DIMENSIÓN VERTICAL EN REPOSO

Es una medida que se obtiene cuando el paciente está en relajación, cuando no deglute ni habla, la medida va desde la punta de la nariz hasta el mentón, no es una medida fiable porque está sujeta a cambios que pueden producir medicamentos, estrés o enfermedades y no es transferible al articulador, pero si se considera un punto de partida para tomar la dimensión vertical oclusal. (Milano, 2011)

2.11.5.2 DIMENSIÓN VERTICAL EN OCLUSIÓN

Es la medida que se logra cuando el paciente tiene los rodetes de altura en su boca, la medida se consigue disminuyendo 2 o 3 mm de la distancia obtenida en la dimensión vertical en reposo (Milano, 2011)

2.11.5.3 ESPACIO LIBRE FISIOLÓGICO

Es la diferencia entre la dimensión vertical en reposo y la dimensión vertical oclusal. El resultado debe ser entre 2 a 3 mm (Rahn et al, 2009)

2.11.6 RELACIÓN CÉNTRICA

Se define como el estado que adopta la mandíbula, cuando los cóndilos se encuentran en una posición supero anterior, dentro de la cavidad glenoidea, con el disco interarticular correctamente alineado. Es determinada por la acción de músculos y ligamentos que actúan directamente en la función cóndilo-disco de la ATM y es independiente de los contactos dentarios. (Okenson, 1989; Telles, 2011)

Existen algunas técnicas para la determinación de esta posición, como son los métodos fisiológicos, que se basan, como su nombre lo indica, en una búsqueda de la determinación de relación céntrica con el uso de parámetros fisiológicos, como son la deglución o cuando se pide al paciente que toque la punta de la lengua con el paladar. (Telles, 2011)

El siguiente es el método mecánico donde se usan dispositivos como el Jig de lucía que funciona como punto de apoyo en la región anterior de la mandíbula,

impidiendo los contactos posteriores y llevan la mandíbula a una posición más protruida. Este método no se utiliza en pacientes desdentados, ya que se necesita de la presencia de estructuras anteriores para que se apoyen los dispositivos. (Telles 2011)

Los métodos gráficos son más elaborados y necesitan dispositivos especiales intra o extraorales, el más usado es el dispositivo intraoral, denominado arco gótico, que consiste en tres partes, una platina de registro, una de trazado y un tornillo de registro, localizado en la platina inferior del rodete y dibujará una flecha sobre la platina del rodete superior, el apéndice de la flecha, establece la relación céntrica. (Telles, 2011)

Se lleva las estructuras a la boca y en la platina superior, previamente cubierta por una delgada capa de cera, se registrarán los movimientos de lateralidad y protrusión del paciente, para luego fijar la posición en céntrica en el articulador. (Telles 2011)

Por último está el método de manipulación, donde se lleva la mandíbula del paciente a su posición más retraída con la ayuda manual del operador. Se debe mantener los rodetes en boca, manteniendo el rodete inferior apoyado sobre el reborde alveolar. El operador deberá llevar la mandíbula hacia abajo y hacia atrás con el paciente totalmente relajado y con sus músculos fatigados y desprogramados. (Telles, 2011)

Esta última maniobra descrita es la que mejor funciona clínicamente, ya que las otras que se utilizan para la confección de prótesis totales, no resultan adecuadas en pacientes parcialmente desdentados. (Ricci, 1984; Cantoni, 2010)

Con estos registros, ya se puede montar correctamente el modelo inferior en el articulador.

Para retirar el registro se deben fijar los rodetes en la oclusión ya determinada, bien sea calentándolos y pegándolos entre sí o con algún tipo de muesca, para que no se pierda lo obtenido. (Rahnet al., 2009)

2.11.7 MONTAJE DEL MODELO INFERIOR

El montaje se realiza en relación a la ubicación del modelo superior, después de haber realizado los registros, se lo fija en el articulador con yeso. (Grunert, 2008)

2.12 SELECCIÓN DE DIENTES ARTIFICIALES

El interés estético siempre ha estado en creciente demanda, en pacientes jóvenes y adultos por igual, por lo que el profesional debe incorporar la construcción de una prótesis funcional y estética que estén acordes al criterio y gusto del paciente. (Grunert, 2008)

Factores como el sexo, la edad y personalidad, son indicadores para la selección de los dientes, cabe recalcar que las formas delicadas, pequeñas y triangulares se consideran más femeninas, mientras que las formas cuadradas y anguladas, se consideran masculinas. (Grunert, 2008)

Para dar una estructura más realista, se debe tomar en cuenta que a medida que avanza la edad, los bordes incisales ya no son tan curvos y existe menor exposición de los dientes superiores anteriores. (Rahn et al., 2009)

Existen dientes artificiales de porcelana que son bastante estéticos poseen alta durabilidad, sin embargo, al ser tan resistentes provocan un mayor desgaste en las estructuras que soportan la prótesis en vez de ellos absorber estas fuerzas, a diferencia de los dientes artificiales hechos con resina, ya que se retienen de buena manera en la base acrílica de la prótesis, son altamente estéticos y son fáciles de reparar y tallar. Aunque se desgastan rápidamente, son los que menos efectos adversos producen en las estructuras anatómicas del paciente. (Koeck, 2007)

2.12.1 COLOR DE LOS DIENTES

Es importante que los dientes tengan concordancia con la edad, tono de piel, opinión del paciente y familiares así como del operador, de esta forma se logrará un efecto natural en la dentadura. Se debe recordar que a mayor edad, el diente pierde translucidez y brillo, debido a que, hay formación de dentina secundaria, atrofia de la cámara pulpar y abrasión, lo cual elimina el esmalte y la dentina se vuelve visible. (García, 2006; Ozawa, 2010).

Sin embargo, hay pacientes que no sufren tantos cambios como otros, es por esto que es importante que se elija un color conforme al del rostro del paciente en ese

momento. Existen colorímetros que ayudan dando una referencia del color, para la toma propiamente dicha, se debe humedecer los dientes del muestrario y observarlos bajo luz natural del día o primeras horas de la tarde o sino también bajo luz blanca. (García, 2006; Ozawa, 2010).

2.12.2 FORMA Y TAMAÑO DE LOS DIENTES

Williams (citado en Telles 2011) procuró relacionar la forma de los dientes, en relación a la del rostro de los pacientes y en conclusión, aunque no es un método exacto, si es una guía bastante aceptable a la hora de escoger la forma de los dientes para el paciente y de ese trabajo surgió un concepto que actualmente todavía se utiliza de las tres formas básicas de los dientes artificiales: Ovoide, triangular y cuadrado. Estas formas también se presentan en el reborde residual y de igual manera, sirven como guía para la elección de la forma de los dientes.

Se puede determinar la forma del rostro del paciente, trazando tres líneas imaginarias. La primera que va de un lado del nacimiento del cabello, al otro, la siguiente va de Articulación temporomandibular derecha, a la izquierda y la última que va de los ángulos de la mandíbula.

Si la línea del cabello es la más larga, el paciente tiene rostro triangular, si la línea de ATMs es la más larga, el paciente tiene un rostro oval y si la línea de los ángulos de la mandíbula es la más larga, el paciente tendrá el rostro cuadrado, (Telles 2011) Una vez verificada la forma, es importante determinar el tamaño de los dientes y gracias a las carta-molde de las casas comerciales, esto se facilita. Se debe medir la distancia en curva de las líneas de las comisuras usando una regla flexible, que determina la anchura de los seis dientes anteriores, de ahí se va a la carta-molde y en la forma deseada del diente se busca la longitud que más se acerque a la medida del paciente y se procede a elegir el grupo anterior. (Grunert, 2008)

En la cartilla estará determinada la longitud y ancho de los dientes que corresponden a la medida que se ha realizado. Para los dientes posteriores, se debe usar la misma carta-molde que tiene una tabla de articulación que determina para cada grupo anterior, los dientes posteriores. (Telles, 2011)

Por lo general el tamaño de los dientes posteriores acompañan el de los anteriores, sin embargo hay veces en que los límites para la colocación, determinadas anteriormente por la cara distal del canino inferior y posteriormente por la cara mesial de la papila piriforme, pueden ser mayores o menores y se deberá analizar esto para saber qué dientes poner en la zona posterior (Telles 2011)

Como se mencionó anteriormente en este trabajo, para llegar a la oclusión balanceada, se debe recordar usar dientes semianatómicos. Cabe recalcar que a mayor inclinación, mejor será la penetración del bolo alimenticio, pero la desventaja será que aumenta también la posibilidad de que se generen fuerzas oblicuas que tienden a crear inestabilidad en la prótesis. (Telles, 2011)

2.12.3 ENFILADO DENTARIO

El enfilado se realiza en base a los rodetes, con las marcas realizadas anteriormente, estas son línea media, formato del arco, contorno vestibular y demás (Telles 2011; Rahn 2009). El orden de enfilado más aceptado, comienza por los dientes anterosuperiores, luego anteroinferiores, seguido de los posterioinferiores y por último los postero superiores (Grunert 2008)

Los dientes deben ser colocados en la forma en la que va el reborde, sea este, cuadrado, ovoide o traingular, para que así la mayor concentración de fuerzas masticatorias se den en la zona 1 de soporte y se evitarán reabsorciones en zonas no deseadas. (Telles 2011)

2.12.3.1 DIENTES ANTEROSUPERIORES

Se comienza con la referencia de la línea media, se calienta la cera y se crea el espacio necesario para colocar el incisivo central, el borde incisal del incisivo central, debe acompañar la altura incisal del plano de cera y la cara vestibular debe posicionarse con la misma inclinación del plano vestibular del rodete. En una visión oclusal la porción incisal de los dientes, también debe acompañar el formato de plano de cera. (Telles, 2011)

Los incisivos centrales, deben acompañar al contorno vestibular de cera, en los incisivos laterales, el cuello queda más hacia adentro y en los caninos la cúspide se encuentra en el plano oclusal y el cuello va hacia vestibular, con ligera inclinación hacia distal, ayudando a aumentar el área de percepción visual de su anchura, equilibrándola con su altura, para suavizar la diferencia de dimensiones con los incisivos. (Rahn et al., 2009, Telles, 2011)

En el proceso de enfilado los dientes anteriores superiores e inferiores deben siempre coincidir con la línea media facial. Los incisivos centrales son la base para posicionar los dientes, controlan la línea media, la línea del habla, el soporte labial y la composición de la línea de la sonrisa. (Telles, 2011; Rahn et al., 2009).

El labio inferior es un buen indicador para comprobar la posición vertical de los dientes antero-superiores, se debe posicionar los incisivos centrales superiores de modo que toquen suavemente la línea inferior del labio. (Telles, 2011)

Los incisivos laterales pueden enfatizar o suavizar la presencia de los incisivos centrales, dependiendo de su posición: Los movidos hacia mesial dan más relieve a los centrales y los movidos a distal, suavizan la presencia de los centrales al mostrar sus caras mesiales. La forma e inclinación de su posicionamiento determinará el efecto moderador y expresividad de la sonrisa. (Telles, 2011)

2.12.3.2 DIENTES ANTEROINFERIORES

Para el enfilado de los dientes anteroinferiores se debe tomar en cuenta que su eje debe estar casi perpendicular al borde residual inferior y se debe hacer que coincidan con la línea media de los incisivos centrales superiores. (Ricci, Shvartz 1984)

Se enfilará siguiendo la curva de los dientes superiores y se recomienda realizar un overbite de 1mm y overjet de 2mm (Rahnet al., 2009; Telles, 2011)

El incisivo central va vestibularizado en incisal y su cuello va hacia lingual, el lateral se debe ubicar perpendicular al plano oclusal y el cuello debe estar ligeramente distalizado. El canino inferior debe tener su cúspide sobresaliendo

ligeramente del plano oclusal, el cuello va hacia vestibular con ligera inclinación hacia distal. (Rahn et al., 2009)

Con los caninos se debe formar la denominada llave canina, que consiste en que la vertiente distal del canino inferior ocluya con la vertiente mesial del canino superior, para lo que el eje del canino inferior debe estar mesializado. (Ricci, Shvartz 1984)

2.12.4 MONTAJE DE DIENTES POSTERIORES

Es importante recordar que los dientes deben montarse con el objetivo de neutralizar las fuerzas sobre el reborde residual, el plano oclusal debe estar paralelo a las bases. Para facilitar la ubicación vestibulolingual de los dientes, es útil trazar una línea denominada línea principal del esfuerzo masticatorio, que es la que define la cresta del reborde inferior y representará la localización de las fosas centrales de los premolares y molares inferiores. (Telles 2011)

2.12.4.1 DIENTES POSTERO SUPERIORES

Se debe respetar la longitud del rodete conforme se avanza hacia atrás, con el fin de que los dientes posteriores no queden más bajos que los dientes anteriores, provocando una sonrisa invertida muy poco estética, pero se debe de igual manera respetar las curvas de compensación, la de Spee y la de Wilson. (Telles, 2011)

2.12.4.2 DIENTES POSTERO INFERIORES

Los límites en la arcada inferior son, adelante la parte distal del canino y atrás la almohadilla retromolar, al igual que en el rodete superior, se debe trazar una línea de referencia justo por donde pasa la línea del reborde y se debe dividir la zona en tres tercios. (Moreno, 2011)

Las cúspides vestibulares de los dientes deben estar en el área lateral de la cresta residual, los surcos centrales de molares y premolares deben estar alineados a la línea de referencia trazada. (Moreno 2011)

2.13 PRUEBA EN CERA

Se considera el último paso para que el profesional se asegure de que las prótesis satisfacen al paciente y cumplen con las necesidades estéticas, fonéticas y funcionales. Es importante que no existan molestias que después puedan generar malestar al paciente (Rahn et al., 2009)

Es el método utilizado para corregir los últimos posibles errores antes de la confección definitiva de la prótesis, se tomará en cuenta la estética, por lo que es importante que el paciente asista acompañado. (Grunert, 2004)

A nivel estético se debe controlar el perfil labial, la exposición de dientes y línea de sonrisa. También se controla la fonética, pidiendo al paciente que pronuncie la letra “S” para verificar la dimensión vertical, así mismo la punta de la lengua debe contactar suavemente con los incisivos superiores al pronunciar la letra “D” (García, 2006)

En el aspecto funcional, se debe controlar la oclusión, que esté en relación céntrica y se debe lograr un máximo contacto entre los dientes. Así mismo se debe verificar los movimientos de lateralidad y protrusión. (García, 2006)

2.14 INSTALACIÓN Y CUIDADOS DE LA PRÓTESIS

Como se mencionó anteriormente, los ataches de la sobredentadura no serán instalados, sino hasta la entrega final, en este paso es importante que los ataches hayan sido previamente probados y verificados, se controla la relación entre el margen gingival y el capuchón, si falta adaptación, que no es lo deseado, se podrá verificar donde es necesario un ajuste mediante una impresión de precisión realizada con pasta liviana de adición. (Preti, 2008)

Se debe preparar el metal, rociando los ataches con partículas de óxido aluminio y se procede a su cementación, previa desinfección. Se cementa con ionómero de vidrio para cementación, se lo coloca en el conducto con la ayuda de un lentulo y lo demás en el poste del atache y se procede a colocar dentro del diente, mediante

una técnica pasiva. No se necesita fotocurado, ya que es de autopolimerización. (Bertoldi, 2012)

Con respecto a la sobredentadura, es importante enseñar al paciente qué esperar sobre su prótesis, aconsejarle sobre su uso, higiene y hacerle saber que deberá aprender y adaptarse poco a poco a masticar y hablar de nuevo. (Rahn et al., 2011) Se debe realizar una inspección minuciosa de la base de las prótesis para comprobar el correcto pulido y que no existan superficies que puedan lesionar al paciente. Los bordes deben estar redondeados, sobretodo en el área de frenillos. (Rahn et al., 2009)

Se debe colocar la prótesis previamente humedecida en la boca del paciente y se debe observar si existen zonas de discomfort, de ser así, se puede adaptar la prótesis, pero sin rebajar mucho, puesto que se puede perder retención,

Por último se deben comprobar los contactos oclusales, (Rahn et al., 2009)

2.15 INSTRUCCIONES AL PACIENTE

Se recomienda que se tenga un descanso de la prótesis por lo menos tres horas al día. De no ser posible, se deberá higienizar la sobredentadura, lo mejor posible. Se recomienda conservar las prótesis en un vaso con agua, con el fin de que se evite una desecación que pueda causar cambios volumétricos. En los primeros días se recomienda ingerir alimentos blandos y masticar despacio. (Corona et al., 2007)

Es importante hacerle conocer al paciente que el habla puede alterarse, por lo que debe practicar en voz alta. El exceso de saliva es normal, ya que existe un estímulo de las glándulas por el cuerpo extraño presente en boca, pero volverá a la normalidad en poco tiempo. La lengua se demora aproximadamente de 4 a 5 semanas en volver a su posición normal. (Corona et al., 2007)

El espesor del material protésico en el paladar puede alterar las ondas sonoras que llegan al mecanismo auditivo del paciente, pero esto desaparecerá de igual manera en horas o días. (Carpio, Rey, Arias & Núñez, 2007)

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

3.1 HISTORIA CLÍNICA

Se procede a describir la información que es brindada por el paciente y registrada en la Historia Clínica, tomando en cuenta el registro de la primera admisión, motivo de consulta, enfermedad o problema actual, examen clínico y exámenes complementarios, diagnóstico y plan de tratamiento, seguido de la presentación del caso clínico en forma detallada.

3.1.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- **Apellidos y Nombres:** NN
- **Lugar y fecha de nacimiento:** Loja-Ecuador, 22 de Febrero, 1967
- **Nacionalidad:** Ecuatoriano
- **Grupo cultural:** Mestizo
- **Edad actual:** 47 años
- **Género:** Masculino
- **Estado civil:** Soltero
- **Ocupación:** Guardia

3.1.2 MOTIVO DE LA CONSULTA

Paciente de género masculino de 47 años de edad, acude a la Clínica de Especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador, en Octubre del 2014. Se le pregunta el motivo de su consulta, a lo que él refiere: “Quiero hacerme una prótesis, porque tengo pocos dientes y tengo dolor en la boca”

3.1.3 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

El paciente acude a la consulta refiriendo odontalgia en dientes cariados, presente desde hace 2 meses y ha ido en aumento, edentulismo parcial, caries profundas y un marcado problema fonético, así como en la función masticatoria.

3.1.4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

El paciente refiere Psoriasis Vulgaris controlada por medicamentos. Por vía oral, consumo de antihistamínicos y uso tópico de crema a base de Betametasona y Calcipotriol.

3.1.5 SIGNOS VITALES

Se le realizó al paciente control de los signos vitales (Tabla 1)

Presión arterial	Frecuencia	Temperatura	Frecuencia
mmHg	cardiaca	°C	respiratoria
	/min		/min
120/70	75	36	19

Tabla 1 Signos Vitales. Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

3.1.6. EXAMEN FÍSICO

Se aprecia que la apariencia del paciente no coincide con su edad, no existe alteración en glándulas o en su articulación temporomandibular. No se palpan ganglios linfáticos.

3.1.7 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

Se procedió con el análisis del examen clínico extraoral e intraoral.

3.1.7.1 EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL

Al examen extraoral se observó un paciente dolicocefalo, de perfil cóncavo; sus tejidos están caídos, tiene aumento aparente de la prominencia de la nariz y apariencia de vejez prematura, se tiene un perfil de bajo prognatismo, surcos acentuados, labios invaginados y poco visibles, con poca tonicidad. (Figura 5)



Figura 5 A) Exámen extraoral de frente y B) Perfil

Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

El filtrum, tubérculo labial y el surco labial se presentan normales, sin embargo el surco nasolabial se nota acentuado por falta de tonicidad muscular. (Ver figura 6).



Figura 6 Examen extraoral, estructuras anatómicas

Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

3.1.7.2 EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL

Se realizó un minucioso examen del sistema estomatognático, que incluye labios, carrillos, maxilar superior e inferior, lengua, paladar, piso de boca, glándulas salivales, oro faringe, ATM y ganglios. Las estructuras mencionadas se encontraron sin patología aparente. El tipo de saliva es mucosa, es decir espesa y viscosa.

Se procedió, a la revisión de estructuras dentales y se pudo encontrar lesiones cariosas, edentulismo parcial en el maxilar y mandíbula, con rebordes residuales.

Se detallará más adelante en el odontograma. (Figura 7)

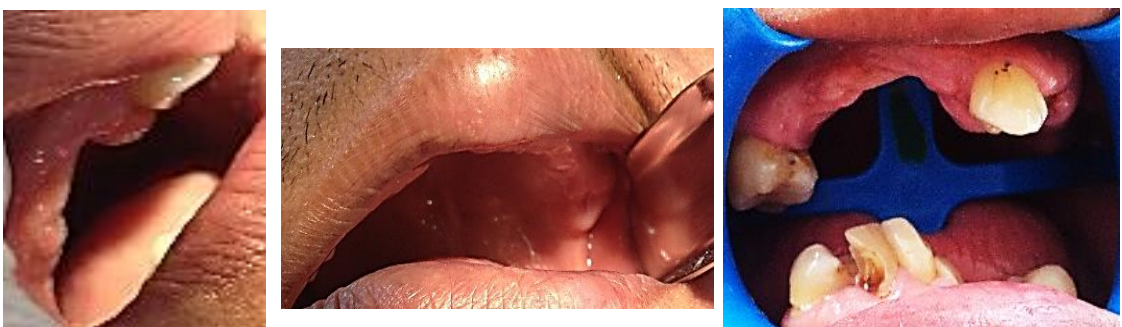


Figura 7 Exámen intraoral, estructuras anatómicas.

Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

3.1.8 ODONTOGRAMA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

Se observa, en el maxilar superior, necesidad de extracción del diente 1.8, ausencia del diente 1.7, caries en ocluso-mesial del diente 1.6 y ausencia de dientes 1,5; 1,4; 1,3; 1,2; 1,1, así también de los dientes 2,1; 2,2; necesidad de extracción del diente 2,4 que presenta movilidad, ausencia de los dientes 2.5; 2.6; 2.7 y necesidad de extracción del diente 2,8.

En el maxilar inferior se observa ausencia de los dientes 3.8; 3.7; 3.6; 3.5; 3.3 y 3.2, así como necesidad de extracción de dientes 3.1; 4.1; 4.2 y finalmente ausencia de los dientes 4.3; 4.5; 4.6; 4.7 y 4.8. (Figura 8)

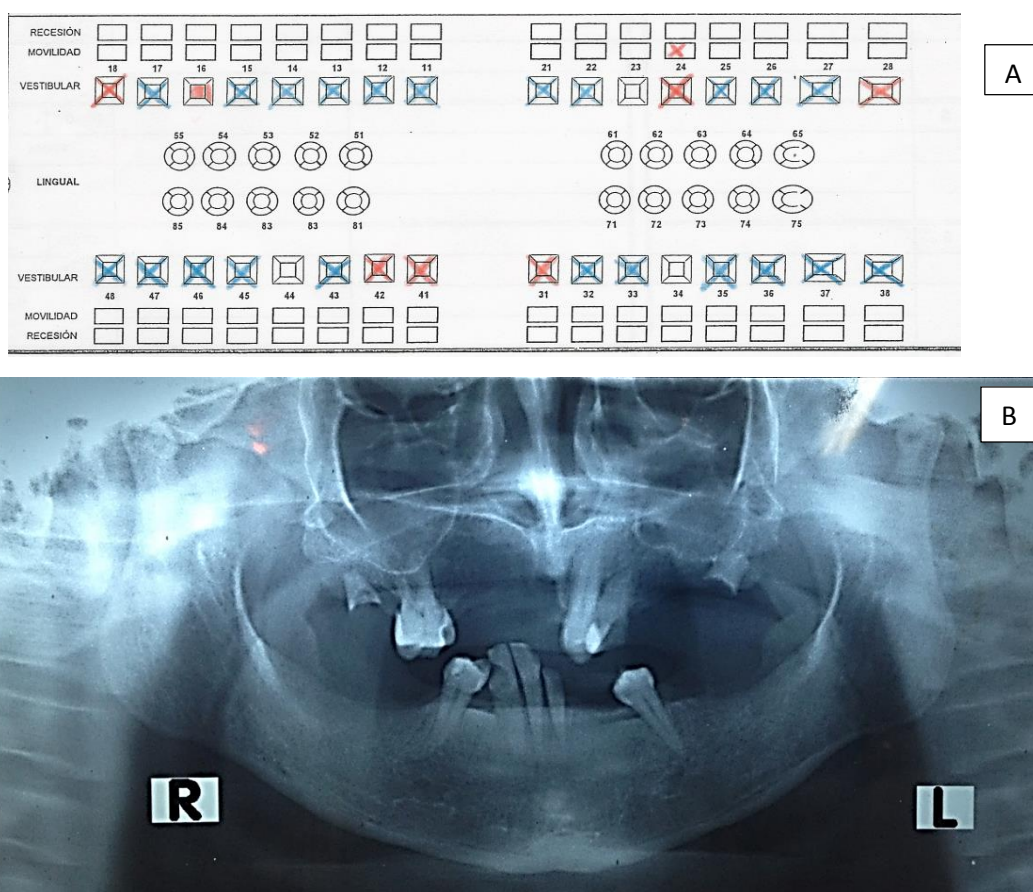


Figura 8 A) Odontograma, B) examen radiográfico, estructuras anatómicas.

Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

3.1.9 INDICADORES DE SALUD BUCAL

Conforme a la historia clínica se realizó los indicadores de salud bucal, donde se pudo observar un promedio de 0,83% en cuanto a biofilm, 0,5% de cálculo y 0,33% de gingivitis (Tabla 2)

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL									
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA									
PIEZAS DENTALES					PLACA 0-1-2-3-	CÁLCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1		
16	✓	17		55	2	1	1		
11		21		51	—	—	—		
26		27		65	—	—	—		
36		37		75	—	—	—		
31	✓	41		71	3	2	1		
46		47		85	—	—	—		
Índice total					0,83%	0,5%	0,33%		

Tabla 2 Indicadores de salud bucal. Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

El paciente presentó un índice CPOD de 29 (Tabla 3).

8 ÍNDICES CPO-ceo				
	C	P	O	TOTAL
D	7	22	0	29
	c	e	o	TOTAL
d	—	—	—	—

Tabla 3 Indicadores de salud bucal. Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

Los exámenes radiográficos solicitados al paciente fueron, la radiografía panorámica y una serie de radiografías periapicales.

En la radiografía panorámica, se observaron estructuras óseas aparentemente normales, senos maxilares bien neumatizados, pero asimétricos. En ambos maxilares se denota pérdida ósea en las áreas edéntulas. En las zonas dentadas no

existe soporte óseo adecuado en todas las áreas. Se observa mejor soporte en los dientes 1.3; 2.6; 3.4 y 4.4, también se aprecia las coronas y raíces de los demás dientes en mala condición y dos restos radiculares correspondientes a los dientes 1.8 y 2.8. (Ver figura 5).

Las radiografías periapicales se tomaron de los dientes más sanos de las arcadas.

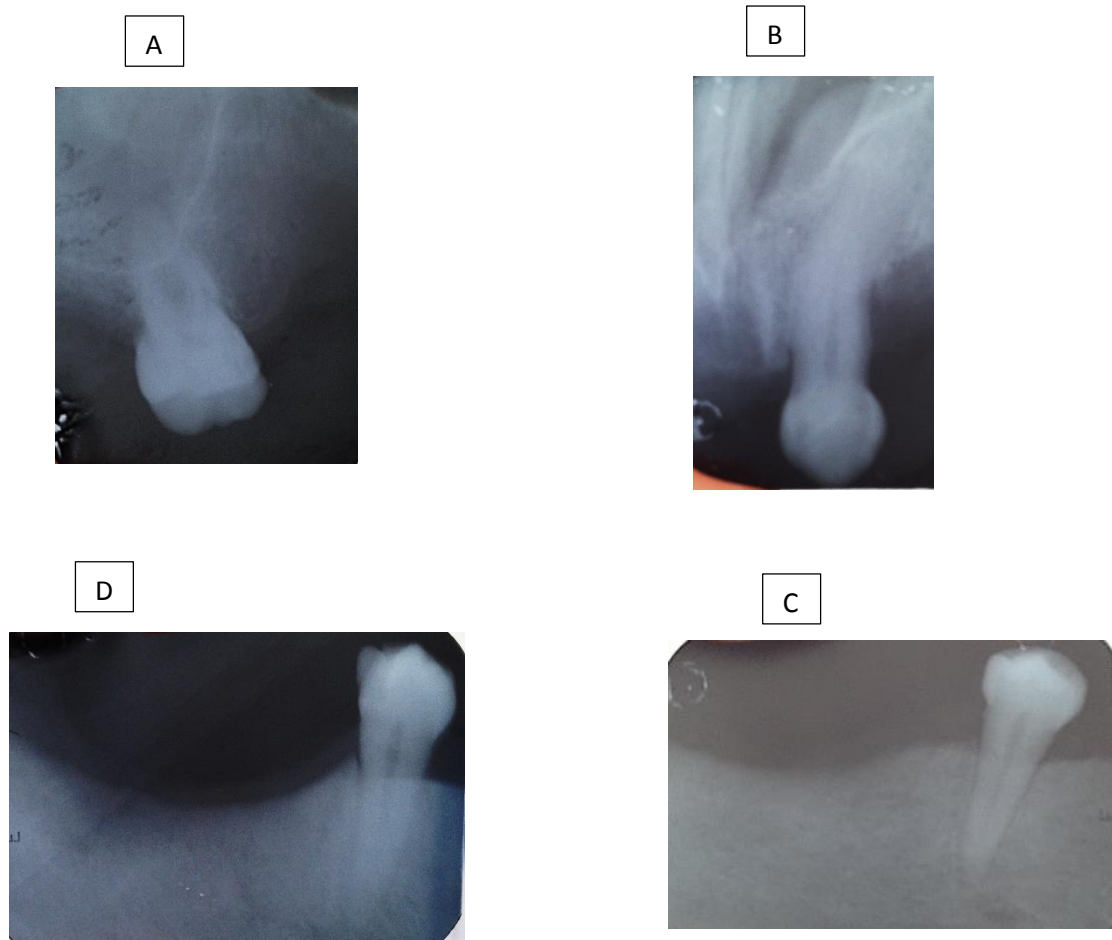


Figura 9 Rx periapicales. A) Diente 1.6 B) Diente 2.3 C) Diente 3.4D) Diente 4.4

Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

En las radiografías periapicales se logra ver con más detalle la pérdida ósea en zonas edéntulas, así como el buen soporte óseo en las zonas dentadas y su estado.

Los exámenes de laboratorio son fundamentales en la consulta, ya que son elementales para el diagnóstico y prevención antes de iniciar el tratamiento, para así asegurar que el paciente no se encuentre cursando alguna infección o alteración.

El paciente se realizó exámenes de química sanguínea que se pueden observar en los anexos y forman parte de los exámenes complementarios.

3.2 DIAGNÓSTICO

3.2.1 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Paciente presenta edentulismo parcial superior e inferior, necesidad de extracción de dientes en mal estado 2.4; 3.1; 4.1; 4.2 y restos radiculares 1.8 y 2.8, lesión cariosa ocluso mesial del diente 1.6 y alteración estética en el sector anterior.

3.2.2 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Tras haber analizado la historia clínica y los exámenes complementarios realizados, se llegó al diagnóstico definitivo: Paciente género masculino de 47 años de edad presenta edentulismo parcial superior e inferior clase I modificación 1 de Kennedy, necesidad de extracción de dientes 2.4; 3.1; 4.1; 4.2 por encontrarse en mal estado, con movilidad y poco soporte óseo, así como de los restos radiculares de los dientes 1.8 y 2.8. Presenta también caries ocluso mesial en diente 1.6 y alteración de estética en el sector anterior por pérdida de dientes y colapso óseo.

3.2.3 PRONÓSTICO

El pronóstico del paciente es favorable, puesto que su caso fue analizado minuciosamente antes de iniciar el tratamiento; se siguieron los protocolos establecidos de acuerdo a sus condiciones.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

El consentimiento informado integra la explicación al paciente del plan de tratamiento a realizar, incluyendo los procedimientos planificados, beneficios y riesgos, junto con su autorización a la publicación de fotografías en el presente trabajo de titulación. Conjunto a esto se encuentran los protocolos de los trabajos

realizados, como son extracciones, prótesis acrílicas inmediatas superior e inferior, endodoncias, ataches o-ring y sobredentaduras superior e inferior, con sus respectivas firmas de autorización y procedimientos. (Ver anexos de Historia Clínica)

3.4 PLAN DE TRATAMIENTO

Se propuso al paciente algunas opciones, una ideal y algunas alternativas. Por motivos de preservación dental y edad del paciente, él mismo optó por el primer tratamiento recomendado. A continuación se describen:

Como tratamiento ideal, se planteó al paciente una profilaxis, extracción de los dientes en mal estado 2.4; 3.1; 4.1; 4.2 y restos radiculares 1.8 y 2.8, colocación de prótesis inmediata, endodoncia de los dientes 1.6; 2.3; 3.4; y 4.4, que tienen su pulpa normal y completamente sana, pero deben ser tratados por motivos protéticos donde se utilizará la retención que brindan las raíces para la posterior colocación de ataches o ring y sobredentadura dento-muco soportada. (Mallat, 2004)

Dentro de las opciones alternativas está el realizar la profilaxis y evaluar pilares para realizar una prótesis parcial removible superior e inferior, ya que se consta de espacios desdentados muy amplios, donde la prótesis fija no tendría éxito. (Preti, 2008)

La siguiente opción es el uso de implantes, siempre y cuando las circunstancias con el paciente lo permitan, ya que se necesita una gran inversión, cantidad y calidad ósea, así como la ventaja de tener a un paciente sistémicamente apto y de edad adecuada para someterse a tal tratamiento, sin dejar de lado las habilidades necesarias del operador. (Mallat, 2004; Telles, 2011)

El siguiente tratamiento alternativo, resulta ser mucho más invasivo, ya que, después de la profilaxis, consiste en extraer todos los dientes de la boca, para la posterior confección de prótesis totales muco soportadas. (Preti, 2008)

ETAPAS EN LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO		
Resolución de Urgencias	Traumatismos. Control del dolor y de la infección agudos	Ibuprofeno 600mg 1cada 8horas por tres días. Profilaxis
Control de la Infección y reinfección bucal	Inactivación de lesiones de caries, Acondicionamiento del medio Bucal, Control mecánico y químico del biofilm	Ninguno
Control del medio condicionante	Asesoramiento dietético, uso de sustitutos	Charla con el paciente sobre su dieta e higiene oral
Refuerzo o modificación de Huésped ALTA BÁSICA	Estructural Morfológico Saliva	Ninguno
Control de las infecciones no resueltas como urgencias	Tratamientos pulpares, periodontales y quirúrgicos	Exodoncia de dientes 1.8; 2.8; 2.4; 3.1; 4.1 y 4.2. Prótesis inmediata Endodoncias en 1.6; 2.3; 3.4; 4.4
Rehabilitación	Restitución de la integridad de la corona dentaria y de la oclusión.	Toma de impresiones para ataches y terreno protético, modelos diagnóstico. Montaje primario. Confección de pernos colados para ataches en 1.6; 2.4; 3.4 y 4.4. Confección de cubetas individualizadas, sellado periférico e impresiones y modelos definitivos. Confección y prueba de rodetes. Enfilado dentario. Instalación.
ALTA INTEGRAL Monitoreo	Inmediato y Mediato.	Monitoreo a los 7 y 15 días, y controles cada 3 meses.

Tabla 4 Plan de tratamiento. Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

3.5 DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS EJECUTADOS

Es importante aliviar al paciente de toda molestia urgente y acondicionar el medio bucal para la prótesis, cuestiones fundamentales en la odontología integral.

3.5.1 RESOLUCIÓN DE URGENCIAS

Después de haber completado la historia clínica y con previo consentimiento del paciente, se procedió a la fase higiénica, donde se eliminó el biofilm de los dientes, ya que es fundamental para el mantenimiento y prevención de todo tratamiento a realizar, así como la salud del paciente. Se envió medicación antiinflamatoria y analgésica. Ibuprofeno de 600mg 1 tableta cada 8 horas por tres días.

3.5.2 PRÓTESIS INMEDIATAS

Se realizó las impresiones utilizando alginato y yeso para el vaciado de modelos, se diseñó la prótesis y se la confeccionó con la mordida habitual del paciente.

3.5.3 EXTRACCIONES SERIADAS

Se procedió a la fase sistémica, se le pidieron exámenes de laboratorio para corroborar que el paciente esté en adecuadas condiciones para las extracciones (Anexos de Historia Clínica)

Seguido de la verificación y bajo las normas establecidas, se comprobó que el paciente podía tolerar el tratamiento y se extrajeron los dientes en mal estado y focos infecciosos que causaban dolor al paciente. Primero se realizó la extracción de los restos radiculares correspondientes a los dientes 1.8 y 2.8, así como también el diente 2.4. Se esperó el tiempo prudente para recuperación normal del paciente y en la siguiente cita se procedió a extraer los dientes 3.1; 4.1 y 4.2. Se procedió a la colocación de las prótesis inmediatas. En las dos sesiones se utilizó anestésico con vasoconstrictor, en el maxilar con técnica infiltrativa para anestesiarse los nervios dentarios medios y posteriores, así como el nervio palatino mayor. En la mandíbula se utilizó la técnica troncular para anestesiarse al nervio mentoniano. (Figura 10)

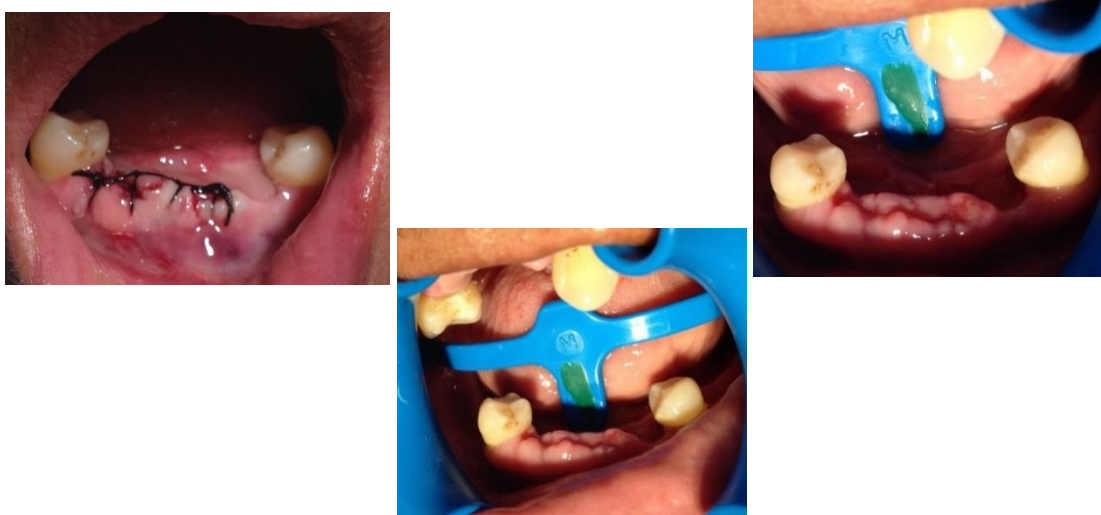


Figura 10 Extracciones seriadas. Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

3.5.4 EVALUACIÓN DE PILARES PROTÉSICOS

3.5.4.1 CONSIDERACIONES PERIODONTALES

Se realizó el diagnóstico periodontal de los cuatro dientes restantes en la boca del paciente, valorando el grado de inflamación gingival y la profundidad de sondaje con la utilización de la sonda periodontal CP12, sumado a esto se realizaron las radiografías periapicales necesarias que nos indicaron buena cantidad de nivel óseo, resultando tener ausencia de enfermedad periodontal y de movilidad, por lo que se procedió a recomendar los cuidados necesarios al paciente, como la correcta higiene, para la manutención de estas piezas.

Agregado a esto se verificó la longitud de las raíces de los dientes para probar que sean buenos pilares para los attaches, donde serán necesarias raíces de al menos 10mm (Mallat 2004), lo cual se cumple en este paciente.

3.5.4.2 NÚMERO Y POSICIÓN DE LOS DIENTES EN LA ARCADA

Fue importante conocer también que el número de dientes en la arcada era considerablemente bueno y estaban situados de manera simétrica.

3.5.4.3 FORMA DE LA RAÍZ

Se verificó la presencia de tres dientes unirradiculares y un primero molar superior, siendo ventajosa la presencia de este último porque se logra mayor soporte con dientes multirradiculares sin problemas en furca.

3.5.4.4 DISTANCIA ENTRE PILARES

Los dientes estaban localizados de manera ventajosa, ya que no se encontraban apiñados y su higiene era fácil de lograr, mejorando el pronóstico de utilización de anclajes de manera correcta y fácil colocación de dientes artificiales.

3.5.4.5 CARACTERÍSTICAS DEL ANTAGONISTA

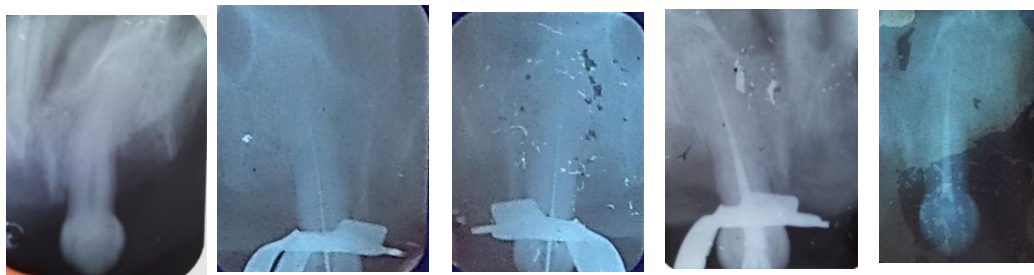
Los pilares se daban buen soporte entre sí lo que no contribuía a pérdidas óseas focales, evitándose problemas como el síndrome de la combinación

3.5.5 TRATAMIENTO ENDODÓNTICO PREPROTÉSICO

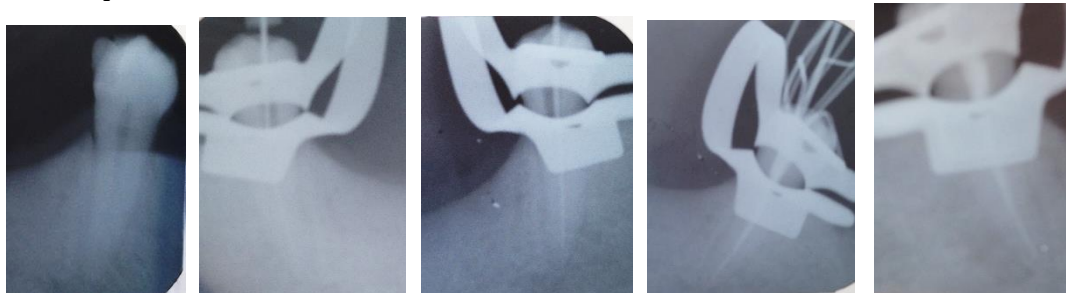
En el caso presentado, se necesitó realizar tratamiento de endodoncia, ya que en la confección de la sobredentadura se utilizaron ataches para aprovechar la retención que brindan los conductos radiculares de los pilares.

Se realizaron endodoncias en los dientes 1.6; 2.3; 3.4 y 4.4 que tenían pulpa sana, pero se ameritaba el tratamiento por motivos protésicos. Se puede observar el tratamiento de biopulpectomía a continuación. (Figura 11)

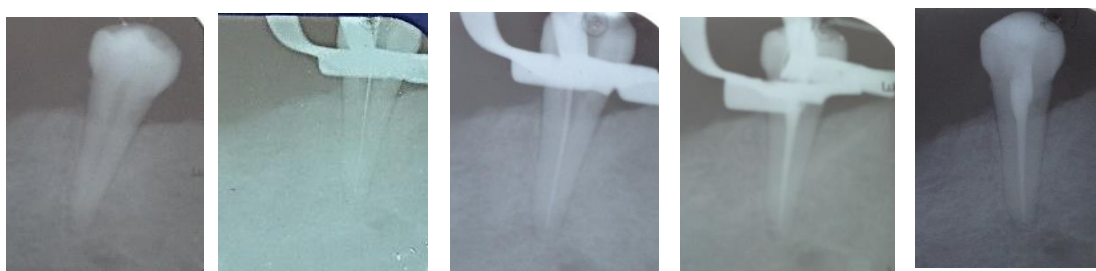
Bloque A



Bloque B



Bloque C



Bloque D



**Figura 11 Tratamiento de conducto. A) Diente 1.6 B) Diente 2.3 C) Diente 3.4
Diente**

Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

En el diente 1.6 se realizó la endodoncia en dos citas al ser un diente multirradicular, para los dientes 2.3; 3.4; y 4.4 se necesitó de una sola cita. La técnica endodóntica fue la ápico coronal y se utilizó hipoclorito de sodio como irrigante.

3.5.6 PREPARACIÓN DE LOS PILARES

Se esperó el tiempo indicado después de realizadas las endodoncias para la desobturación de los conductos. Primero se utilizaron fresas Gattes Glidden que profundizaron el conducto y se continuó con las fresas Peeso que regularizaron las paredes y se evitó la presencia de angulaciones para facilitar el ingreso del perno.

En el diente 1.6, se desobturó el conducto palatino, por ser el más potente y recto, teniendo una longitud de 19mm, se desobturó 15mm, para dejar 4mm de material obturador en el ápice. En el diente 2.3 se desobturó su único conducto, teniendo una longitud de, 28mm se desobturó 10mm y se dejó 18mm de material de obturación. El diente 3.4 con una longitud de 20,5mm se desobturó 16,5mm, dejando 4mm de material de obturación y por último el diente 4.4 con una longitud de 22mm se desobturó 18mm, dejando 4mm de material de obturación.

Para la utilización de ataches, se redujo la porción coronal, para atenuar el brazo de palanca y mejorar la supervivencia del pilar. Los muñones no sobrepasaron en más de 2-3mm el margen gingival, se realizó una preparación no completamente plana, para que el atache abrace la raíz. La preparación del margen se la hizo tipo chamfer poco profundo. (Preiskel, 1998; Mallat 2005)

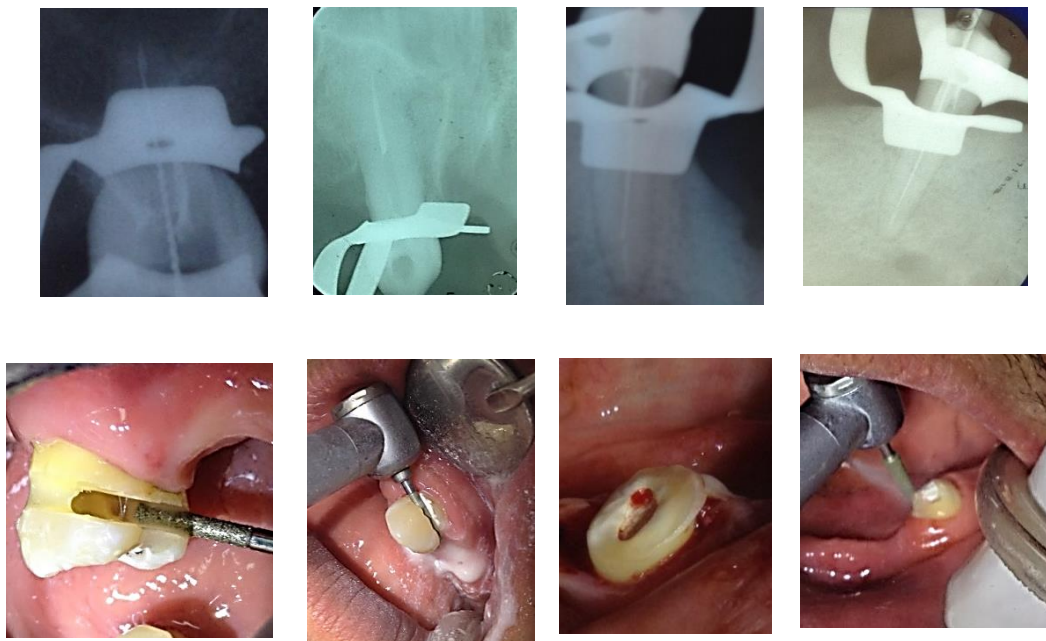


Figura 12 Bloque A y B preparación de pilares.

Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

3.5.7 TOMA DE IMPRESIONES DE LOS PILARES

Se tomaron las impresiones para los ataches, usando la técnica indirecta con siliconas de adición. Se realizó la técnica única utilizando silicona de adición de consistencias pesada y liviana. Se colocó pasta pesada en la cubeta, previamente preparada y al mismo tiempo se llevó la pasta liviana sobre la pesada en la cubeta y al conducto del diente pilar, ayudándonos con un léntulo colocado en la pieza de mano.

Se introdujo la cubeta y se esperó el tiempo necesario para el endurecimiento del material de impresión, para luego retirarla con cuidado, se la desinfectó y se entregó al laboratorio para proceder con la confección de los ataches. (Pradíes, 1996; Candela 2010)

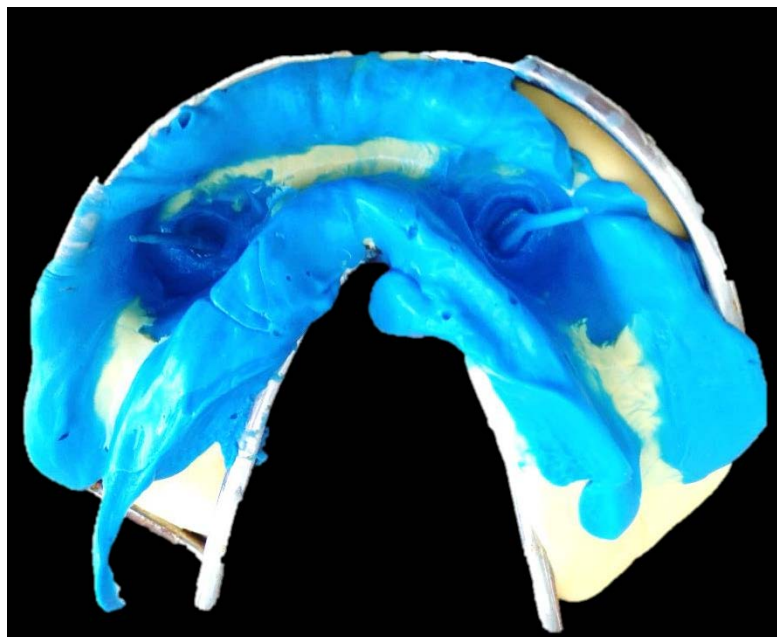


Figura 13 Impresión para ataches o-ring.

Fuente y elaborador: Karina Viteri

3.5.8 IMPRESIONES PRELIMINARES

Primero, se debe tomar en cuenta que los ataches no estuvieron en boca para esta impresión, ya que así se podrá planear el eje de inserción de la prótesis. (Preiskel 1998)

Se le pidió al paciente que se enjuague la boca y que trague la saliva. Se colocó alginato en la cubeta inferior, previamente seleccionada y probada. Se la colocó en la boca del paciente separando carrillos y presionando de atrás hacia adelante la cubeta. Se le pidió al paciente que mueva la lengua hacia adelante, se esperó el tiempo adecuado y se retiró la cubeta en un solo movimiento.

Para la impresión del maxilar superior se realizaron las mismas maniobras, sin embargo no se necesitó la participación de movimientos linguales, pero si se llevó el labio hacia afuera y de manera horizontal para que se imprima la profundidad real del vestíbulo. Se procedió a retirar la cubeta y lavarla.

3.5.9 MODELOS DIAGNÓSTICO

La impresión que se tomó fue vaciada con yeso piedra, usando métodos vibratorios para la correcta distribución del material. Se esperó el tiempo de fraguado y se desmoldaron obteniendo lo que se aprecia en las figuras.

Estas impresiones son la base diagnóstica y se pudo determinar que en el maxilar existe un reborde reabsorbido de forma cuadrada y sin presencia de torus, así también se aprecia una inserción de frenillos baja, así como paladar ojival.

En el maxilar inferior existe un reborde gingival reabsorbido, inserción de frenillos baja, no existe presencia de torus.

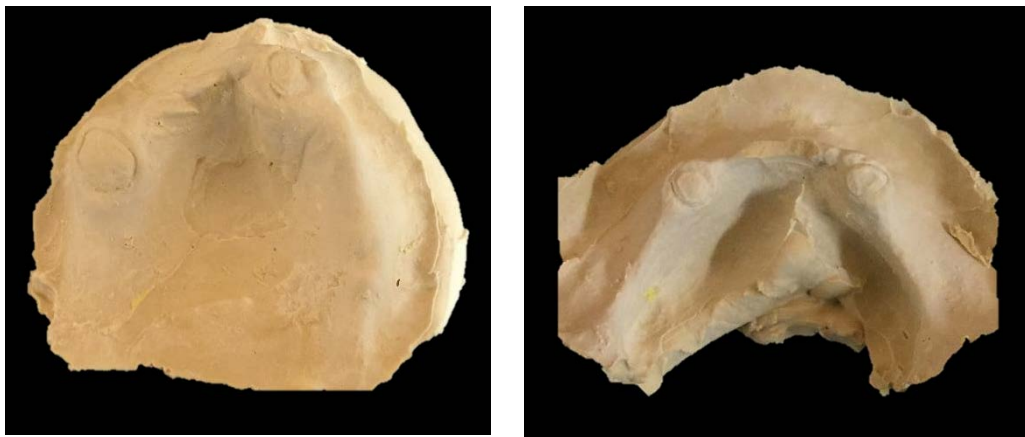


Figura 14 Modelos diagnóstico.

Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

En el maxilar superior se hallarán: Tamaño y forma de las tuberosidades, surco hamular (existencia y calidad), el eje de inserción y extracción de la impresión definitiva, zona del límite posterior, rugas palatinas y rafe medio.

En el maxilar inferior se encuentra: Zona del límite posterior, incluir la línea oblicua externa, que sea nítido el límite con el piso de boca en la zona lingual (Cantoni, 2010)

3.5.10 CONFECCIÓN DE CUBETAS INDIVIDUALES

Utilizando los modelos diagnóstico, se procedió a realizar la cubeta a base de acrílico autopolimerizable, con previo alivio, usando cera rosada en zonas retentivas o que necesitan menos compresión, además de cubrir los pilares previamente tallados. Se delimitó el terreno protético y se procedió a la confección de las cubetas. (Grunert 2008)

Después de transcurrido el tiempo de fraguado, se retiraron las cubetas de los modelos y se procedió a su pulido y formación de bordes romos.

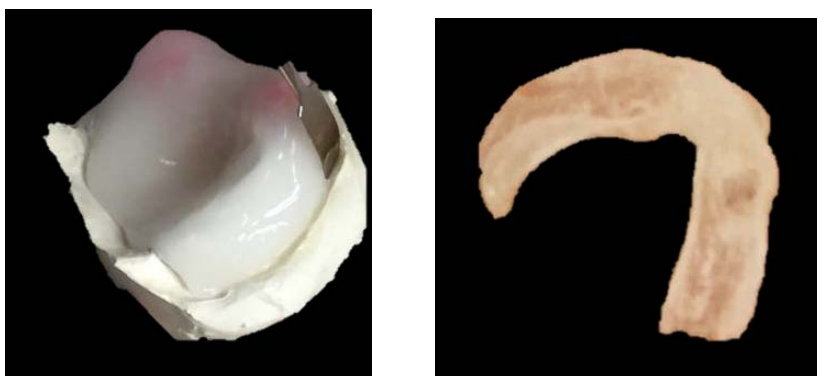


Figura 15 Cubetas personalizadas

Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

3.5.11 SELLADO PERIFÉRICO

Se realizó el sellado periférico usando godiva de baja fusión, que previamente se calentó con el uso de lámpara de alcohol y se colocó en la primera zona, se manipularon los tejidos blandos y se mantuvo por 15 segundos para que el material endurezca, se fue realizando esto en cada zona nueva que se colocaba la godiva, hasta haber cubierto todo el filo de la cubeta.

En el maxilar superior se extendió el labio hacia afuera, abajo y adentro. También se le pidió al paciente que articule el fonema “ah” para ayudar al sellado posterior.

En el maxilar inferior se realizaron movimientos del labio inferior y se los hizo hacia afuera, arriba y adentro, mientras que en los carrillos el movimiento fue de adelante hacia atrás. Para la zona lingual se le pidió al paciente que saque la lengua para copiar la zona interior del piso de la boca junto con el frenillo lingual. Así mismo se le pidió al paciente que empuje la lengua hacia el paladar para el sellado en la zona lingual lateral. (Zarb 1994)

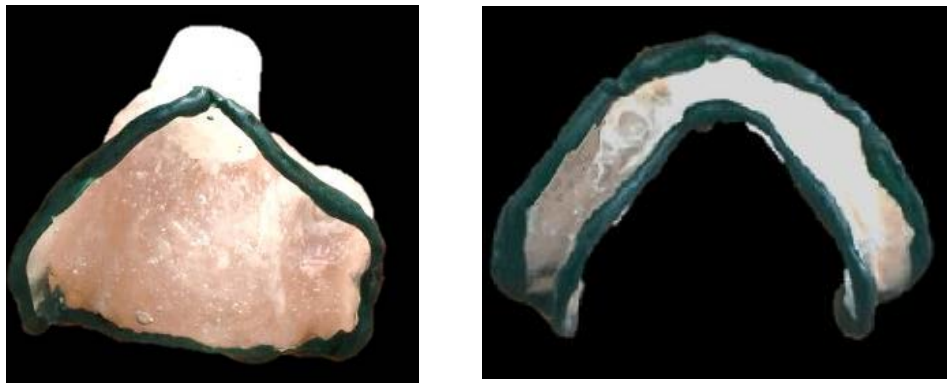


Figura 16 Sellado periférico.

Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

3.5.12 IMPRESIÓN FUNCIONAL Y MODELOS MAESTROS

Se necesitó de las cubetas previamente elaboradas y se colocó material de impresión, la de elección fue la silicona de adición.

Se le pidió al paciente que se enjuague la boca y que trague saliva, se colocó el material de impresión en la cubeta inferior y se procedió a realizar una impresión miodinámica, se esperó el tiempo de secado y se retiró la cubeta, lo mismo se realizó con la impresión del maxilar inferior. Después se efectuó el vaciado, verificando que el modelo haya copiado todas las zonas anatómicas impresionadas.

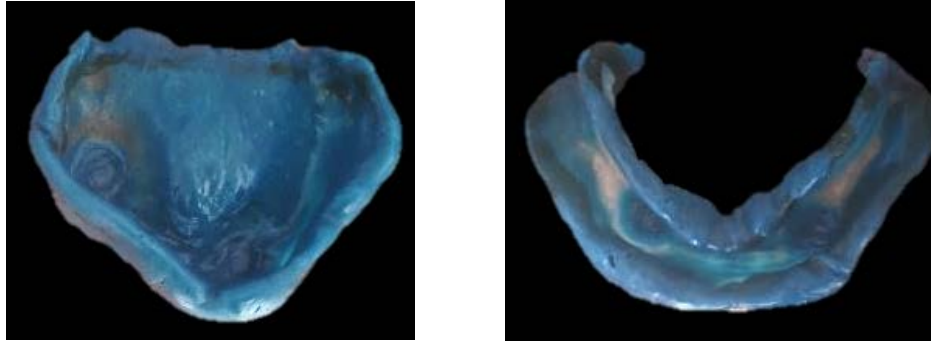


Figura 17 Impresiones definitivas.

Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

3.5.13 RODETES DE OCLUSIÓN

Se ejecutó una placa base de acrílico autopolimerizable, esta vez sin el mango, pero con todas las demás características de la cubeta personalizada y sobre estas, se procedió a realizar los rodets de cera para el maxilar superior e inferior.

En el maxilar superior el rodete se hizo en forma de herradura que va de una tuberosidad a la otra con altura de 22mm y ancho de 3mm, en la zona anterior y va decreciendo hacia la zona posterior que llega a 17mm de altura, con un ancho de 6mm. Así mismo se formó un ángulo entre 60 y 70° para que optimice el soporte labial, mejorando la estética del paciente. (Cacciacane, 2013)

En el maxilar inferior el rodete se hizo de igual manera, con una altura en la zona anterior de 18mm, con un ancho de 3mm y la zona posterior que decrece hasta los 15mm, con un ancho de 6mm. (Milano & Desiate, 2011).

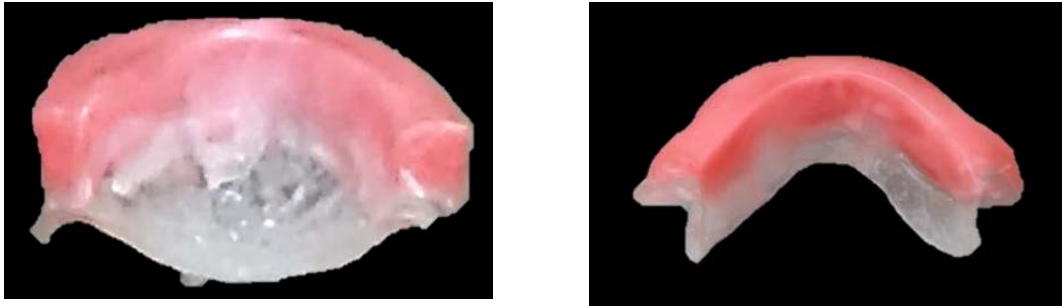


Figura 18 Rodetes de altura.

Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

3.5.14 ORIENTACIÓN DEL PLANO DE OCLUSIÓN

Se colocó el rodete superior en la boca del paciente, verificando que, con el labio superior relajado, el rodete sobresalga aproximadamente 2 mm y se utilizó la Platina de Fox para comprobar que exista paralelismo entre el plano de camper, que va del ala de la nariz al tragus, con el plano de oclusión y de frente se verificó el paralelismo entre el plano oclusal y la línea imaginaria bipupilar, así mismo se determinó la línea media y líneas caninas.



Figura 19 Determinación del plano de oclusión.

Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

3.5.15 MONTAJE DEL MODELO SUPERIOR EN EL ARTICULADOR

Se fijó el rodete de cera a la horquilla del arco facial, se aflojaron los tornillos del arco y se pidió al paciente que se colocara las olivas dentro del conducto auditivo. Se ajustó la dimensión intercondilar y el nasion. Se colocó el rodete en boca y se ajustó la horquilla, logrando que el arco se sostenga solo y fijo en el rostro del paciente. Se procede a aflojar los tornillos de los meatos y el nasion, para transferir la posición copiada y realizar el montaje en el articulador semiajustable.



Figura 20 Montaje en articulador.
Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

3.5.16 DETERMINACIÓN DE LA DIMENSIÓN VERTICAL

Se colocó, esta vez, los dos rodetes, superior e inferior en boca y se marcó la línea media y de los caninos, en relación al ala de la nariz. Se procedió también a la toma de la dimensión vertical, comenzando por la medición de la distancia entre la base de la punta de la nariz y el mentón, mientras el paciente estaba en reposo emitiendo el sonido “m”, para así determinar la dimensión vertical en reposo. De esta medida se restó 2 mm para la obtención de la dimensión vertical en oclusión del paciente.



Figura 21 Determinación de Dimensión Vertical.

Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

3.5.17 DETERMINACIÓN DE LA RELACIÓN CÉNTRICA

Se llevó al paciente a relación céntrica utilizando el método de manipulación, donde después de realizada la desprogramación de los músculos mediante la fatiga de los mismos, se procedió a llevar la mandíbula hacia abajo y hacia atrás con el paciente totalmente relajado. (Telles, 2011).

Teniendo ya el registro, se fijaron los rodets calentándolos y pegándolos entre sí en la posición lograda. Se procedió a retirar de la boca del paciente, para luego ser montados en el articulador. (Rahn et al., 2009)

3.5.18 MONTAJE DEL MODELO INFERIOR

Después de haber determinado todas las relaciones intermaxilares, se procedió a montar el modelo inferior, con los rodets ya fijados.



Figura 22 Montaje del modelo inferior.

Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

3.5.19 SELECCIÓN DE DIENTES

Se seleccionó el color 1C de Duratone y dientes cuadrados, tomando en cuenta la edad, género, forma de rebordes y su apariencia.

.

3.5.20 PRUEBA EN CERA

Se colocaron las prótesis en cera dentro de la boca del paciente y se verificó la tonicidad de los labios, adaptación de las estructuras a la prótesis y se revisó que no existiera sobre extensión de la base protética.

La estabilidad de la prótesis se comprobó realizando los movimientos de lateralidad y protrusión, así mismo se le pidió al paciente que pronuncie palabras con el fonema “S” como “Mississippi”, para comprobar la dimensión vertical.

Se le permitió al paciente observarse en el espejo y familiarizarse con la prótesis, viendo todo en su conjunto. El paciente refirió gran satisfacción.

La prueba en cera se considera el último paso para que el profesional se asegure de que las prótesis satisfagan al paciente y cumplan con las necesidades estéticas, fonéticas y funcionales necesarias. Es importante que no existan molestias que después puedan generar malestar al paciente (Rahn et al., 2009)

Es el método utilizado para corregir los últimos posibles errores antes de la confección definitiva de la prótesis, se tomará en cuenta también la estética, por lo que es importante que el paciente asista acompañado. (Grunert, 2008)

Se debe controlar el perfil labial, la exposición de dientes y línea de sonrisa. También se verifica la fonética, pidiendo al paciente que pronuncie la letra “S” para confirmar la dimensión vertical, así mismo la punta de la lengua debe contactar suavemente con los incisivos superiores al pronunciar la letra “D”

En el aspecto funcional, se debe controlar la oclusión, que esté en relación céntrica y se debe lograr un máximo contacto entre los dientes. De igual manera se probaron los attaches antes de la cementación. (García, 2006, Mallat, 2004)



Figura 23 Prueba en cera

Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

3.5.21 INSTALACIÓN Y CUIDADOS DE LA PRÓTESIS

Este es el momento donde los ataches de la sobredentadura fueron cementados definitivamente, con las pruebas de adaptación previamente realizadas.

Se colocó el abrebocas al paciente y con aislamiento relativo, se procedió a la cementación, que consistió en arenar los ataches con óxido de aluminio, se los desinfectó y se mezcló el ionómero para cementación, ayudándonos de un léntulo, se colocó material en el conducto y en el atache para luego colocarlo dentro del diente. (Bertoldi, 2012)

Se realizó lo mismo con los 3 ataches restantes y se procedió enseñar al paciente su nueva prótesis, se le aconsejó sobre su uso e higiene y se hizo una revisión de las bases de las prótesis verificando su estado, correcto pulido y bordes redondeados. (Rahnet al., 2009)

Se humedeció la prótesis y se la colocó en la boca del paciente. Por último se comprobó los contactos oclusales y que el paciente esté cómodo y satisfecho, ya que al comienzo, la oclusión se le dificultó, hasta acostumbrarse. Se verificó la línea media y que los frenillos e inserciones musculares se encuentren libres. Se le pidió al paciente que hable para asegurar la dimensión vertical usando de nuevo el fonema “S” y verificando que no exista dificultad en el habla.

Ya entregadas las prótesis, se dieron las recomendaciones necesarias al paciente, donde se le indicó que la primera noche utilice la prótesis mientras duerme, pero en los siguientes días ya no.

Los primeros días tiene que verse en un espejo y hablar en voz alta para que se vaya acostumbrando a sus nuevas prótesis. Se indicó al paciente que debe lavar sus prótesis después de cada comida, al igual que las estructuras de su boca que son las mucosas, lengua, carrillos y ataches presentes, así como usar colutorios.

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

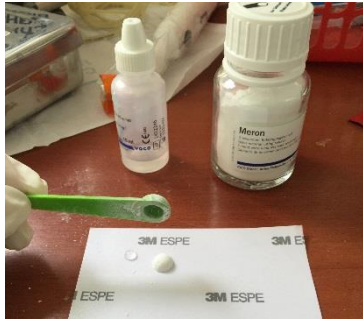


Figura 24 Entrega y cuidados de la prótesis.

Fuente y elaborador: Karina Viteri M.

CAPÍTULO IV

4.1 DISCUSIÓN

Dentro del campo de la rehabilitación, existen diversos criterios sobre conceptos y técnicas a utilizarse para lograr la mejor adaptación de la prótesis en cada paciente, es así que, en desdentados parciales, existen varios criterios sobre el tipo de prótesis a utilizar, ya que Grunert (2008) señala que la prótesis total mucosoportada, estará siempre en uso y lo que se buscará es mejorar cada vez más hasta llegar a su perfeccionamiento, mientras que Telles (2011) asegura que la prótesis total no debe quedarse estancada en lo que era anteriormente, asegurando que el futuro es el uso de sobredentaduras sobre implantes.

Sin embargo Mallat (2004), asegura que lo más importante es conservar los dientes remanentes, así sea solo la estructura radicular, ya que las ventajas son mucho mayores, citando investigaciones que demuestran que la sobredentadura brinda mayor confort y es menos agresivo el tratamiento, ya que se mantienen estructuras propias del paciente, lo cual lleva a una mayor aceptación del tratamiento. El presente trabajo se basó en esta filosofía de Mallat, ya que siempre el objetivo ha sido dar mayor comodidad al paciente en todos los ámbitos posibles.

Ya en el campo práctico, existe también controversia sobre cual es mejor opción para brindar soporte, retención y estabilidad a la sobredentadura. Mallat (2004) habla sobre los tipos de anclajes dividiéndolos en dos grupos, los que son en barra y los anclajes axiales.

Los anclajes en barra, según Mallat (2004), se recomiendan en casos donde se tenga pilares débiles, con menor soporte y se necesite ferulizar los dientes, así como en zonas donde exista el adecuado espacio para colocar la barra sin que se dificulte la colocación de los dientes artificiales y donde la higiene sea rigurosamente buena, de no ser así se puede optar por usar anclajes axiales, que en el caso de este trabajo se usó los extracoronarios, ya que el reborde residual disminuido del paciente, no ayudaría en brindar un adecuado soporte. Se utilizaron ataches tipo o-ring, por su simplicidad, por presentar resiliencia adecuada, mayor facilidad higiénica, bajo

costo y disponibilidad, así como el hecho de que no era necesaria la ferulización de los pilares, ya que estaban en adecuadas condiciones y el espacio para los dientes artificiales era el necesario. Así mismo se tomó en cuenta que en dientes divergentes es imposible el uso de anclajes en barra, ya que estos deben ser paralelos para el eje de inserción, cuestión que con anclajes axiales, los mismos ayudan a compensar la falta de paralelismo. Mallat (2004)

Preiskel (1998), recomienda la utilización de ataches opuestos en cada arcada, mientras que Mallat (2004), resalta que, los caninos, aunque sean buenos pilares, presentan un resalte excesivo, por lo que en este caso clínico, al usar un canino superior, se tomó cuidado en lo que respecta a espacio disponible para el anclaje y la prótesis acrílica.

Para la impresión de los ataches es importante que el material a ser utilizado, reproduzca una correcta copia de los tejidos duros, según Pradíes (1996), existen dos formas para la impresión de los ataches, la primera, es la técnica directa que necesita previo aislamiento del conducto, preparación del acrílico autopolimerizable e introducción en el conducto, se necesita ir controlando los pasos de polimerización del acrílico, introduciendo y sacando del conducto varias veces hasta que el material haya terminado de polimerizar. (Pradíes 1996).

La técnica indirecta, se utiliza como material de primera elección las siliconas de adición, ya que presentan mayor recuperación elástica tras la deformación y mayor estabilidad dimensional. Mallat (2004); Pradies (1996)

En este caso se realizó la técnica indirecta descrita por Mallat (2004) y Pradíes (1996), ya que los dientes estaban divergentes, por lo que el comportamiento elástico contribuía a una adecuada desinserción de la cubeta, sin que exista daño en la impresión. A diferencia del acrílico que tiene muy poca capacidad elástica.

Dentro de lo que determina qué material usar para las impresiones anatómicas, Telles (2011), refiere que depende mucho del tipo de mucosa, mientras que Rahn et al., (2009) afirma que el material de elección para las impresiones primarias es el alginato.

La dimensión vertical es un tema bastante discutido en lo que respecta a maneras de obtenerla y cómo evitar su pérdida, especialmente después de extracciones dentarias seriadas, por lo que, autores como Rodrigues Alves & Firmino, (2011) refieren que se sugiere la utilización de prótesis inmediatas, provisionales para evaluar la adaptación del paciente, lo cual se realizó en este caso clínico, por sus beneficios estéticos y confortables para el paciente.

Otro tema que tiene varios puntos de vista, es el tipo de oclusión que mejor le va a un paciente con prótesis total, donde Hidalgo & Vilcahuaman (2009) afirma que el tipo de oclusión que se quiere tener, depende de analizar la plenitud del reborde y relación del mismo para determinar el tipo de esquema oclusal del paciente. García (2006) promueve el uso de la oclusión balanceada bilateral, buscando determinar estabilidad en la prótesis, sin embargo, existen pocos estudios de que esta oclusión sea la adecuada.

El mayor problema con este tipo de oclusión es cuando existe la interposición del bolo alimenticio, ya que crea desestabilización de la prótesis en la función masticatoria, puesto que no existe espacio de compensación en el lado de no trabajo y cuando se interpone el bolo, se crea una interferencia desestabilizadora en uno de los lados de la prótesis. (Telles, 2011)

Montes (2010) por su parte afirma que actualmente es mejor lograr establecer una oclusión balanceada unilateral, con función de grupo, creando así un espacio adecuado para la interposición del bolo alimenticio en la masticación, sin que exista desestabilización y como existe función de grupo, no habrá desgaste localizado.

Otro tema de controversia es la manera en la que se puede lograr llegar a relación céntrica, donde los métodos son varios, como se mencionaron anteriormente en este trabajo, sin embargo las conclusiones a las que llega Orozco (2008) nos llevan a confirmar que entre el método tan conocido de la punta inscriptora y el método manual, este último es el que menor error o discrepancia presenta a diferencia de todos los demás métodos.

Es sabido que la adaptación a nuevos aditamentos en la boca por parte de los pacientes, es muy variable, Koeck (2007) por ejemplo señala que unos pacientes

son más susceptibles que otros y la edad influye en esta situación, por lo que en el caso de nuestro paciente, siendo un adulto relativamente joven, no tuvo problemas en la adaptación y las prótesis fueron muy bien acogidas.

4.2 CONCLUSIONES

- Se rehabilitó la función fonética y masticatoria del paciente, mediante la confección de una sobredentadura superior e inferior dento – mucosoportada
- Se reemplazaron los dientes faltantes y los dientes remanentes fueron incorporados como soporte de las sobredentaduras.
- Se pudo conseguir dar función a las arcadas, dando correcta retención y soporte a las sobredentaduras dento – mucosoportadas, ayudándonos de ataches o-ring.
- Se logró conservar la mayor cantidad de dientes remanentes, retrasando la reabsorción ósea.
- El mantenimiento de los dientes ayudó significativamente a conservar la propiocepción del paciente
- Se pudo mejorar la estética del paciente, con entera satisfacción del mismo.
- Se obtuvo una rehabilitación total y agradable para el paciente, aplicando conocimientos científicos y técnicos obtenidos, gracias a la formación de nuestros profesores.
- La confección de ataches, logró mejorar notablemente los tres aspectos básicos ideales de una prótesis total, soporte, retención y estabilidad, dando seguridad y confianza al paciente al articular palabras y masticar alimentos, evitando así irritación o aparecimiento de lesiones que podrían ser muy molestas para el paciente.

4.3 RECOMENDACIONES

- Acabado el tratamiento, es necesario hacer saber al paciente que debe asistir a la clínica de especialidades odontológicas, para cualquier tipo de ajuste mientras se va acostumbrando a la prótesis.
- Los ataches deben tener mantenimiento anual, donde se realizarán cambios de los o-ring.
- Educar al paciente sobre la higiene y conservación en buen estado de la prótesis, indicándole que después de cada comida debe lavar sus prótesis, al igual que las estructuras en su boca, estos son ataches, lengua, carrillos, mucosas.
- Es importante indicarle al paciente que debe retirarse las prótesis por las noches, para evitar presencia de candida o desgastes por posibles movimientos bruxistas.
- Se debe concientizar al paciente de que todavía existen dientes naturales en su boca y que el tiempo y mala higiene puede provocar caries o enfermedad periodontal, que resultaría en posible pérdida de algún pilar. El paciente debe estar consciente de esto, por lo que la limpieza y asistir a controles periódicos retrasará cualquier problema que podría presentarse.
- El odontólogo tiene la responsabilidad de realizar su trabajo ética y responsablemente. Es recomendable, que para ello se sigan todos los protocolos de diagnóstico, plan de tratamiento y el tratamiento propiamente dicho, incluyendo la historia clínica y exámenes complementarios.
- Es importante siempre recordar que no se puede realizar ningún tipo de procedimiento previo al consentimiento del paciente, donde es nuestra responsabilidad informarlo de todas las alternativas de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bertoldi, H. (2012). Rehabilitación posendodóntica base racional y consideraciones estéticas. Editorial Panamericana. Buenos aires.
2. Candela, A. (2010). *Retenedores intrarradiculares biomecánica*. Recuperado de:
3. <http://es.slideshare.net/candelagonzalez/retenedores-intraradiculares-2>
4. Cantoni, H. F. (2004). *Prótesis Total Removible*. Madrid: Hachehace.
5. Cárdenas, J. (2007) Sobredentaduras (Disertación doctoral, Universidad Peruana Cayetano Heredia). Lima: Servicio de Publicaciones de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Estomatología Roberto Beltran Neira.
6. Corona Carpio; Blanca Rey Prado; Dra. ; Zulema Arias Arañó & Dr. Leonardo Núñez Antúnez (oct.-dic. 2007). Rev Cubana Estomatol. Manual instructivo de instalación y control de prótesis totales. Vol. (44) No. 4 Ciudad de La Habana
7. De Oliviera, F., Alves, A., Pereira, R., Chávez, G., Arioli, J. (2011). Rehabilitación oral sobre implantes instalados por medio de la técnica sin colgajo (Flapless) y carga inmediata. (Figura). Recuperado de: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/3/art17.asp>
8. Ecuador ocupa el noveno puesto regional en consumo de alcohol, según la OMS. (2014, Mayo, 12). El Comercio poner la sección donde esta publicado y las páginas Recuperado el 20 de Agosto de 2015, de <http://www.elcomercio.com/tendencias/ecuador-ocupa-noveno-puesto-regional.html>
9. Ediciones de la OMS. (2011). *Estadísticas sanitarias mundiales* (Organización mundial de la salud Clasificación NLM: WA 900.1). Francia. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2011_Full.pdf?ua=1

10. Figuero, E., Carretero, A., Cerero, R., Esparza, G., Moreno, A. (2004). Efectos del consumo de alcohol etílico en la cavidad oral: Relación con lo cáncer oral. Scielo, Vol. 9. Valencia.
11. García, G., Muguercia, D., Gutiérrez, E., Áreas, O., Quintana, M. (2003). *La sobredentadura, una opción válida en Estomatología*(Instituto superior de ciencias médicas de la habana). Cuba; Rev Cubana Estomatol. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_3_03/est04303.htm
12. García J.L (2006). *Enfilado dentario, bases para la estética y la estática en prótesis totales*. Colombia. Amolca.
13. Giulio Preti. (2008). Rehabilitación Protésica, Tomo 2. Venezuela: AMOLCA
14. Gonzalez, F. (2005). *Evolución del sistema estomatognático en el linaje Hominido*. Recuperado de: <http://docencia.med.uchile.cl/evolucion/ppt2005/CLASEEVOSE2005fermin.pdf>
15. 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.
16. Hidalgo-López I, Vilcahuaman-Bernaola J.(2009) Oclusión en prótesis total. *Rev Estomatol Herediana*.; 19 (2):125-130
17. Hovsepian, M. (s.f.). Anatomía protética de la superficie de asiento. Universidad Central de Venezuela. Recuperado de: http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_odontologia/Imagenes/Portal/Dentaduras_Totales/ANATOMiA_PROTETICA_DE_LA_SUPE RFICIE_DE_ASIENTO.pdf
18. Iruretagoyena (2014). Diagnóstico diferencial de problemas post instalación de la prótesis total removible. (Figura). Recuperado de: <http://www.sdpt.net/completa/pcpi.htm>
19. Koek, Bernard. (2007). *Prótesis Completas*. Cuarta Edición. España. Editorial Elsevier.
20. Mallat, E. (2004). *Prótesis Parcial Reemovible y sobredentaduras*. Madrid: Elsiever.

21. Megapost (s.f.). 1001 Curiosidades – Parte 3. (Figura). Recuperado de:
<http://www.taringa.net/posts/imagenes/4826662/Megapost-1001-Curiosidades---Parte-3.html>
22. Milano, V., Desiate, A. (2011). *Prótesis Total Aspectos gnatologicos conceptos y procedimientos*. Italia. Amolca.
23. Montes, L. (2010). Escuelas de la Oclusión. Scribid. Universidad Científica del Sur. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/41301926/Escuelas-de-La-Oclusion#scribd>
24. Moreno, M. (2011). *El ABC de la Prostodoncia Total*. México. Editorial Trillas.
25. Okeson, J. P. (2013). *Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares* (7 ed.). Barcelona, España: Elsevier.
26. Orozco, V., Arroyo, G., Martínez, R., Ventura, J., Cañadas, D., Jiménez, E., (2008). Relación céntrica: revisión de conceptos y técnicas para su registro. Parte II. Vol. 24. Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v24n6/original3.pdf>
27. Osvaldo Tomás Cacciaccane, (2013). *Prótesis bases y fundamentos*. Madrid, España. Edit Ripano
28. Ozawa, Jose. (1995). *Prostodoncia Total*. México. Universidad Autónoma de México.
29. Palma, A., Sánchez, Fátima. (2007), *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. Editorial Paraninfo.
30. Pradiés, G.J. (1996). Estudio experimental con “analizador de imagen”, del ajuste de espigas coladas realizadas mediante técnica directa e indirecta de confección de patrones. Disertación doctoral de Prótesis Bucofacial. Servicio de publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid. España.
31. Preiskel, H. (1998). *Fácil Ehecución de Sobredentaduras Soportadas por Implantes y Raíces*. Barcelona: Espaxs.
32. Propdental (s.f.). Cambios óseos después de la pérdida de dientes. Recuperado de: <https://www.propdental.es/blog/implantes-dentales/cambios-oseos-despues-de-la-perdida-de-dientes/>

33. Rahn, Arthur. (2009). *Textbook of Complete Dentures*. Sexta Edición. Estados Unidos. People's Medical Publishing House.
34. Resende, C., Ribeiro, J., Dias, K., Carreiro, A., Rego, M., Queiros, J., Barbosa, G., Oliveira, A. (2014). Signs of Combination Syndrome and removable partial denture wearing. *Revista de Odontología UNESP*. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v43n6/1807-2577-rounesp-43-06-0390.pdf>
35. Ricci JC., y Shvartz T. (1984). *Prótesis Completa*. CEFO Secretaria de apuntes y publicaciones Universidad de Buenos Aires; 1-38
36. Rodrigues Alves, M., & Firmino, D. (2011). O uso da resina Bis-acrílica no processo de restauração da dimensão vertical. *Dentística Restauradora*, 6-7.
37. Sánchez, L., Pimentel, J. (s.f.). *Técnicas y materiales de impresión*. Recuperado de: http://www.odonto.unam.mx/pdfs/unidad_viii.pdf
38. Telles, D. (2011). *Prótesis Total: convencional y sobreimplantes*. Brasil. Livraria Santos Editora.
39. Turell J. (1976) *Rehabilitación dentarias, Anclajes Coronarios y Endodónticos para restauraciones individuales Puentes y Férulas*. Buenos Aires: Ed. Mundi.
40. Zarb, G.A. (1994). *Prostodoncia Total de Boucher*. México. Décima Edición. Nueva Editorial Interamericana S.A.

Anexo 1 Historia clínica
Fuente: Karina Viteri M.

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDOS		SEXO	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA
U.D.E.		Homero José		Rincón Maldonado		M	47	7210

EDAD DE LA O	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20-29 AÑOS	30-39 AÑOS	40-49 AÑOS	50-59 AÑOS	60-69 AÑOS	70-79 AÑOS	80-89 AÑOS	90-99 AÑOS

1 MOTIVO DE CONSULTA
 Quiero hacerme una prótesis porque tengo pocos dientes y tengo dolor en la boca

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
 Ausencia de varios dientes, caries profunda, existe dolor en dientes cariados, problema fonética y al comer.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
 1) TUBOS AF
 10) Dermatitis AP (Antihistamínicos)

4 SIGNOS VITALES
 Tensión arterial: 129/70 mmHg Frecuencia cardíaca: 75 bpm Temperatura: 36°C Frecuencia respiratoria: 19 rpm

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO
 3) Edéntulo parcial
 4) Edéntulo parcial

6 ODONTOGRAMA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA			
PIEZAS DENTALES	PLACA	CÁLCULO	GRANITE
	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
15	1	1	1
11	1	1	1
26	1	1	1
31	1	1	1
46	1	1	1
TOTALES			

8 INDICES CPO-geo

	C	P	O	TOTAL
0	7	22	0	29
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
TOTAL	7	22	0	29

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* RES: RELINTE PERMANENTE	⊗: FÓRIDA (OTRA CAUSA)	—: PROTÉSIS TOTAL
* RES: RELINTE REALIZADO	△: BRILLO PERMANENTE	□: CORONA
* RES: EXTRACCIÓN INDICADA	○: PROTÉSIS Fija	○: DENTADO
* RES: FÓRIDA POR CARIES	—: PROTÉSIS REMOVIBLE	○: PUJO

Anexo 2 Historia clínica

Fuente: Karina Viteri M.

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL									
BANDERA		SÍMPTOMAS		RACIO		CÓDIGO			
Paciente sexo masculino de 47 años presenta caries y pérdida de varios dientes; dolor general en su boca, presencia de biotilm duro y blando. Existe problema fonético y al comer.									

11 DIAGNÓSTICO									
PACIENTE		HISTORIA		CIE		PRT		DEC	
1. Pérdida de varios dientes.		3. Biotilm duro y blando.							
2. Problema fonético y al comer.		4.							

12 TRATAMIENTO									
SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES		PROCEDIMIENTOS		PRESCRIPCIONES		CÓDIGO Y FIRMA	
SESIÓN	1								
FECHA									
	23-10-14	Caries en dientes 1.3, 2.3 y 3.4		Extracción simple con anestesia infiltrativa		Ibuprofeno 400mg. 10 días. con paracetamol		CÓDIGO FIRMA	
SESIÓN	2								
FECHA	30-10-14	Caries en 3.1, 4.1, 4.2		Extracción simple con anestesia infiltrativa		Ibuprofeno 400mg. cada 6h por 5 días		CÓDIGO FIRMA	
SESIÓN	3			Biopulpectomía				CÓDIGO FIRMA	
FECHA	05-11-14	Pulpitis irreversible K04.0						CÓDIGO FIRMA	
SESIÓN	4			Resina compuesta y simple				CÓDIGO FIRMA	
FECHA	17-11-14	Caries en 2.3, 1.6, 4.4, 3.4						CÓDIGO FIRMA	
SESIÓN	5			Protelapso				CÓDIGO FIRMA	
FECHA	21-10-14	Caries: K03-0		Resina				CÓDIGO FIRMA	
SESIÓN	6			Retiro de puntos				CÓDIGO FIRMA	
FECHA	06-10-14	Puntos de sutura por pequeña extracción						CÓDIGO FIRMA	
SESIÓN	7			Biopulpectomía				CÓDIGO FIRMA	
FECHA	28-11-14	Pulpitis irreversible K04.0						CÓDIGO FIRMA	
SESIÓN	8			Biopulpectomía				CÓDIGO FIRMA	
FECHA		Pulpitis irreversible K04.0						CÓDIGO FIRMA	
SESIÓN	9			Biopulpectomía				CÓDIGO FIRMA	
FECHA	05-01-15	Pulpitis irreversible K04.0						CÓDIGO FIRMA	

SNS-MSP/HCU-form.033/2008

ODONTOLOGÍA (2)

Anexo 3 Historia clínica

Fuente: Karina Viteri M.

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA	
SESIÓN	10				CÓDIGO	
FECHA					FIRMA	
	15-01-15	Pulpitis Irreversible. K04.0	Broquelpectoma.			
SESIÓN	11				CÓDIGO	
FECHA		Elaboración	Tallado.		FIRMA	
	23-11-14	prótesis total K06	provisiónes provisionales removible acrílica.			
SESIÓN	12				CÓDIGO	
FECHA		Elaboración	tallado: prótesis		FIRMA	
	10-02-15	prótesis total K06	removible acrílica.			
SESIÓN	13				CÓDIGO	
FECHA			Tallado y desbaste		FIRMA	
	12-05-15	Elaboración prot. total. K06	rasado.			
SESIÓN	14				CÓDIGO	
FECHA		Biopel duro y blando.	Profilaxis.		FIRMA	
	12-06-15		Pedra para recubrir de placa, hilo dental.			
SESIÓN	15				CÓDIGO	
FECHA		Dg. de lectura.			FIRMA	
	19-01-15		Alargamiento de corona.			
		K02.5.				
SESIÓN	16				CÓDIGO	
FECHA		Biopel duro y blando.	Profilaxis.		FIRMA	
	19-01-15					

ODONTOLÓGIA (3)

Anexo 4 Historia clínica

Fuente: Karina Viteri M.

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA	
SESIÓN	17				CÓDIGO	FIRMA
FECHA	14-07-15	Elaboración Prótesis total K.O.B.	Toma de impresión D-ring			
SESIÓN	18				CÓDIGO	FIRMA
FECHA	16-07-15	Elaboración Prótesis total K.O.B.	Impresión para adatos personalizada confección de adatos personalizados			
SESIÓN	19				CÓDIGO	FIRMA
FECHA	21-07-15	Elaboración Prótesis total K.O.B.	Toma de impresión definitiva: pasta de adhesión - Sellado periferico, goma			
SESIÓN	20				CÓDIGO	FIRMA
FECHA	23-07-15	Elaboración prótesis total K.O.B.	Confección de rodets eliminación de almag sías vertical, relación crántica, platina de base			
SESIÓN	21				CÓDIGO	FIRMA
FECHA	25-07-15	Elaboración Prótesis total K.O.B.	Montaje en articulador - yeso media			
SESIÓN	22				CÓDIGO	FIRMA
FECHA	04-08-15	Elaboración prótesis total K.O.B.	Prueba en cera			
SESIÓN	23				CÓDIGO	FIRMA
FECHA	24-08-15	Elaboración prótesis total K.O.B.	Entrega definitiva			

ODONTOLÓGIA (4)

Anexo 5 Historia Clínica

Fuente: Karina Viteri M.

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	SESIÓN No.	FACTURA No.	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	SALA DE MATERIALES
21-10-14	1	27563	resina simple: pulido, resina, agua corte, anestesia con vaso pinado, bonding resina	Dr. Darwin Naranjo	HP
21-10-14	1	27563	resina compuesta: anestesia con vaso, agua, bonding resina	Dr. Darwin Naranjo	HP
21-10-14	1	27560	Prot. tipo: tipo, pasta protelástica, sustituto de placa	Dr. Darwin Naranjo	HP
23-10-14	2	27610	Extracción simple: Egoal, anestesia con vaso, agua, agua, Egoal, agua, agua, agua, agua	Dr. Darwin Naranjo CIRUJIA DENTARIA MIRA LINDO 10 FOLIO 14 10 40	
30-10-14	3	27610	Extracción simple: Egoal, anestesia con vaso, agua, agua, Egoal, agua, agua, agua, agua	Dr. Darwin Naranjo CIRUJIA DENTARIA MIRA LINDO 10 FOLIO 14 10 40	
05-10-14	4		Paciente no vino		
06-10-14	5		Retiro de pasta: agua, agua, agua	Dr. Darwin Naranjo	ENTRADA 06 NOV 2014 HP
08-11-14	6	28218	Endodoncia multirradial		ENTRADA 08 NOV 2014 ADP
10-12-14	7	28218	Endodoncia multirradial: tipo, agua, anestesia, agua, agua, agua, agua, agua, agua, agua, agua		ENTRADA 10 DIC 2014 ADP
05-01-15	8	167	Endodoncia multirradial: tipo, agua, anestesia, agua, agua, agua, agua, agua, agua, agua, agua		ENTRADA 05 ENE 2015 ADP
08-01-15	8	167	Endodoncia multirradial: tipo, agua, anestesia, agua, agua, agua, agua, agua, agua, agua, agua		ENTRADA 08 ENE 2015 ADP
12-01-15	9		Paciente no vino		
15-01-15	10	27812	Extracción: tipo, agua, anestesia, agua, agua, agua, agua, agua, agua, agua, agua	Dr. Darwin Naranjo ENDODONCISTA	ODONTOLOGÍA (6) FIRMA

Anexo 6 Historia clínica

Fuente: Karina Viteri M.

FORMULARIO DE EXPLICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO

Homero Roldán 7210
Nombre del Paciente No. De Historia Clínica
Edentula parcial
Diagnóstico
Sobredentadura dental - mucosa sobredentada con Co-ring
Tratamiento Propuesto
Rehabilitación de dentado artificial y función con prótesis dental - mucosoperforada,
Beneficios del Tratamiento conservando estructura dental remanente.

- Mejora de estética.
- Mejora de función
- Brindar comodidad
- Conservar estructura dental remanente.

Riesgos:
Exacerbación: Fracturas, hemorragia,
alergia a la acrílica
Endodamia y desobstrucción: Retención,
accidente por hipótesis de fractura
de instrumentos.

OBSERVACIONES:

Todo procedimiento médico conlleva riesgo de riesgo. Se me explicó el procedimiento y las posibles complicaciones.
Autorizo a mi médico u otro especialista realizar los procedimientos necesarios a interconsultas y las circunstancias lo ameriten, así como la toma de fotos y a filmación con fines docentes.

Quito, 23-October-2014

Homero Roldán
Firma del familiar responsable o representante

Quinn Pineda
Firma del Médico tratante

Quinn Pineda
Firma del Testigo

Anexo 7 Consentimiento informado

Fuente: Karina Viteri M.

**CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CIRUGIA BUCAL**

Nombre de Paciente: Homero Rodio No Historia Clínica: 3210
Nombre del Estudiante tratante: Karina Viteri
Dientes a extraer: 1.8 y 2.8 y 2.4
Fecha: 23-10-14

ENFERMEDAD ACTUAL: (Síntomas locales, generales, dominantes, empezar con los síntomas más cercanos que el paciente pueda relatar. Poner los síntomas en orden cronológico. Fecha de iniciación del proceso, anamnesis relativa al dolor. Tratamiento previo)
Paciente género masculino de años presenta dolor en zona de terceros molares superiores. Al examen extraoral fuertes tumores al examen intraoral presenta pérdida de varios dientes por caries y enfermedad dental, al examen radiográfico comprobamos presencia de dientes 1.8 y 2.8 por lo que se decide su extracción.

HISTORIA DENTAL ANTERIOR
¿Recibe atención dental periódicamente? NO
Tiempo Transcurrido de la última extracción Más de 3 años
Indique las razones para extracciones previas Caries
¿Ha tenido alguna reacción a la anestesia local? NO
¿Ha sufrido hemorragias después de la Extracción? NO
¿Ha tenido alguna complicación después de la Extracción? NO

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR
¿Está bajo tratamiento médico? Para Uagui en los riñones.
Historia de Intervenciones quirúrgicas Extracciones por caries.
¿Padece o ha padecido de? NO refiere
Enfermedades Cardiovasculares NO refiere Hipertensión NO refiere
Hígado NO refiere Riñón NO refiere Sangre NO refiere
Semana de Gestación NO refiere ¿Que semana? Quinta T.A. 180/70
Temperatura 36°C Pulso 70/min Rap 100/min Dr. Luis F. Navarro y Peso
¿Toma medicación? Para Uagui en riñones

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF. Y CODIGO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

RX-Tirón panorámica
Laboratorio Clínico: Tiempo de coagulación, TP y TTP

Diagnóstico: Caries en dentadura superior de dientes 1.8 y 2.8

Tratamiento (Anestesia empleada, Complicaciones, Post Operatoria Inmediato)
Anestesia con técnica infiltrativa con vasoconstrictor para anestesia nervio palatino mayor y dentales inferiores.

Evolución:

Karina Viteri
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

Dr. Luis F. Navarro y
CIRUGIA MAXILOFACIAL
Méd. Libro 10 Folio 14 N° 40
NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.
Dr. Luis Navarro y

		UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLÓGIA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS				
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE						
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UC	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
UIDE	Clínica H.I.		EXTERIORES	CANTÓN	PROVINCIA	
APellidos y Nombres	APellidos Materno	FECHA DE NACIMIENTO	SIGLAS DEL NOMBRE		NÚM. CARNÉ DE CIUDADANÍA	
Ricardo	Maldonado	16/06/1981	Jesús		1102640081	
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE PARA EL ASESORAMIENTO DE LA CONFIDENCIALIDAD.						
1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO						
PROPÓSITOS			TERMINA Y FALGADO DEBENTOS PROCELOS			
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES Y ENECAS			
NÚMERO DEL PROFESIONAL TRATANTE			ESPECIALIDAD		FIRMA	
2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL QUIRÓFANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA						
PROPÓSITOS			INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
NÚMERO DEL QUIRÓFANO			ESPECIALIDAD		FIRMA	
3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA						
PROPÓSITOS			ANESTESIA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			
NÚMERO DEL ANESTESIOLOGO			ESPECIALIDAD		FIRMA	
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE						
A. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SOBRE LA NATURALEZA, ALICIA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PROPUESTO PARA MI ENFERMEDAD.			FIRMA DEL PACIENTE			
B. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES QUE DEBERÉ REALIZAR DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD.			FIRMA DEL PACIENTE			
C. CONSENTIR A QUE SE REALICEN LOS INTERVENIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD.			FIRMA DEL PACIENTE			
D. CONSENTIR A QUE ME ANESTESIE EN LA ANESTESIA PROPUESTA.			FIRMA DEL PACIENTE			
E. HE ENTENDIDO QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ASUMIR DE LOS RESULTADOS.			FIRMA DEL PACIENTE			
F. HE COMPRENDIDO FIRMEMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES QUE SE ASOCIAN AL TRATAMIENTO.			FIRMA DEL PACIENTE			
G. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE MI VIDA, A MI INTEGRIDAD, A MI SALUD Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUIENDO LOS CASOS DE EMERGENCIA).			FIRMA DEL PACIENTE			
H. HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE SANCIONAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EL CONSENTIMIENTO QUE YO LO ENTREGUE A OTRAS PERSONAS.			FIRMA DEL PACIENTE			
I. DECLARO QUE HE ENTENDIDO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y CORRECTA SOBRE LOS ANTES MENCIONADOS PERSONALES Y MATERIALES DE MI ESTADO DE SALUD, ASÍ COMO CONSENTIR DE TODA MI CONCIENCIA.			FIRMA DEL PACIENTE			
5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE						
COMO REPRESENTANTE DEL PACIENTE, QUE HE ENTENDIDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN PARA TOMAR LA DECISIÓN AUTÓNOMA DE CONSENTIR O NO A LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES EN LA CLÍNICA DE ESTE DOCUMENTO.						
NÚMERO DEL PROFESIONAL TRATANTE			ESPECIALIDAD		FIRMA	

Anexo 9 Consentimiento informado cirugía

Fuente: Karina Viteri M.

**CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CIRUGIA BUCAL**

Nombre de Paciente: Hernán Riquelme No Historia Clínica: 4215

Nombre del Estudiante Interno: Karina Viteri

Dientes a extraer: 3.1, 4.1 y 4.2

Fecha: 30-10-14

ENFERMEDAD ACTUAL: (Si varios locales, generales, dominantes, empezar con los síntomas más cercanos que al padecimiento pueda existir. Poner los síntomas en orden cronológico. Fecha de inicio de dolor o caso, síndrome relativo al dolor. Tratamiento previo)
Se refiere dolor en la zona de 4.1, 4.2 y 3.1 desde hace unos días, por lo que se acude a la clínica para extraerlos. El dolor es de tipo punzante, se incrementa al comer y al beber. No hay inflamación visible en la zona. El paciente refiere que el dolor comenzó hace unos días, por lo que se acude a la clínica para extraerlos.

HISTORIA DENTAL ANTERIOR

¿Recibe atención dental periódicamente? No
¿Cuándo tuvo su última extracción? Nunca
Indique las razones por las extracciones a extraer: Caries
¿Le entorpeció alguna reacción a la anestesia local? No
¿Ha sufrido hemorragias después de la extracción? No
¿Ha sufrido alguna complicación después de la extracción? No

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR

¿Está bajo tratamiento médico? Cardiopatía - típica para la piel y antibióticos
Historia de intervenciones durante las: Extracción de dientes
¿Padecer o ha padecido de? No
¿Enfermedades Cardiovasculares? No Hipertensión No
Hígado No Riñón No Sangre No
Semana de Gestación: No aplica ¿Qué semana? Nada T.A. 120/70
Temperatura: 37.5°C Pulso: 60 Respiración: 16 Peso: 60kg
¿Toma medicación? Cardiopatía - típica para la piel y antibióticos

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF. Y COD. Dr. Luis E. Naranjo Y.
Dr. Luis E. Naranjo Y. COD. 1011

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

RX: Periapical
Laboratorio Clínico: Temperatura corporal

Diagnóstico: Caries y dolor en la zona de 3.1, 4.1 y 4.2

Tratamiento (Anestesia empleada, Complicaciones, Post Operación inmediata): Extracción de dientes 3.1, 4.1 y 4.2 con anestesia local y sedación para el dolor.

Evolución:

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO
Karina Viteri

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.
Dr. Luis E. Naranjo Y.
Dr. Luis E. Naranjo Y. COD. 1011

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR		ESCUELA DE ODONTOLOGÍA		CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	DOC. UNO	DOC. LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
UIDE	Clínica #1		PARRQUIA	CANTÓN	PROVINCIA
				Achuala	7210
PRIMER NOMBRE	APELLIDO MATERNO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑO DE NACIMIENTO	
Rafael	Malderado	Homero	José-Lito	1102640051	
1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO PROPOSITOS: TÉRMINO Y PROCEDIMIENTO PROPUESTOS: RESULTADOS ESPERADOS: RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS: FECHA DEL ANESTESIOLOGO: FIRMA:					
2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL QUIRURANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROPOSITOS: INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROPUESTA: Extracción de diente en mal estado para Extracción con fórceps y elevador de los condiciones postales mandibular 2.142.111 dientes 3.1 4.2 4.1 en anestesia infiltrativa Extracción de muela 4.1 y Fractura de diente, alergia a anestesia característica de caries profunda hemorragia FECHA DEL ANESTESIOLOGO: FIRMA:					
3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA PROPOSITOS: ANESTESIA PROPUESTA: RESULTADOS ESPERADOS: RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS: FECHA DEL ANESTESIOLOGO: FIRMA:					
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE A. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SUCESAL Y EXHAUSTIVAMENTE SOBRE LOS EFECTOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PROPUESTO PARA MI INTERVENCIÓN B. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ALTERNATIVAS QUE PUEDAN SER ME REALIZANDO DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI INTERVENCIÓN C. CONSENTIR A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIÓNES QUE SON NECESARIAS, PROCEDIMIENTOS, EXAMENES Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI INTERVENCIÓN D. CONSENTIR A QUE MI NOMBRE APAREZCA EN LA HISTORIA CLÍNICA E. ME INFORMARON SOBRE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS QUE PUEDAN SER REALIZADOS DURANTE EL TRATAMIENTO, POR LO QUE ME INFORMARON DE LOS RESULTADOS F. ME INFORMARON SOBRE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS QUE PUEDAN SER REALIZADOS DURANTE EL TRATAMIENTO G. EL PROFESIONAL TRATANTE ME INFORMÓ QUE DEBE GUARDAR LA HISTORIA CLÍNICA, LAS CARTAS DE REFERENCIA Y LA CORRESPONDENCIA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE MI INTERVENCIÓN H. ME INFORMARON QUE DEBE GUARDAR LA HISTORIA CLÍNICA, LAS CARTAS DE REFERENCIA Y LA CORRESPONDENCIA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE MI INTERVENCIÓN I. DECLARO QUE HE ENTENDIDO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN CORRECTA Y COMPLETA SOBRE LOS EFECTOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PROPUESTO PARA MI INTERVENCIÓN					
5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE DECLARO QUE HE ENTENDIDO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN CORRECTA Y COMPLETA SOBRE LOS EFECTOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PROPUESTO PARA MI INTERVENCIÓN FECHA DEL ANESTESIOLOGO: FIRMA:					

Anexo 11 Consentimiento informado cirugía

Fuente: Karina Viteri M.

UIDE

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA

Historia Clínica No. 72.10

Nombre del paciente: Hamero Rolo Diente: 83

Fecha: 21-11-17 Estudiante: Karina Viteri

MOTIVO DE LA CONSULTA

Motivo protésico (sobre dentadura)

ANTECEDENTES SISTÉMICOS DE IMPORTANCIA

Alergia dermatitis

EXAMEN FÍSICO

Examen Extraoral:

Normal ☒ Tumefacción ☐ Fiebre ☐
Linfadenopatía ☐ Fístula ☐ ATM ☐

Examen Intraoral:

*Mucosas y Encías

Normal ☒ Afectada ☐
Edema ☐ Duro ☐ Blando ☐

*Diente

Integro ☒ Restaurado ☐ Caries ☐ Fractura ☐

*Percusión Vertical

Positiva ☒ Negativa ☐

*Pruebas Térmicas:

Frío: Positivo ☒ Negativo ☐
Calor: Positivo ☐ Negativo ☐

*Exámenes Complementarios:

RX: Espacio periodontal engrosado ☐

Radio lucidez: Circunscrita ☐ Difusa ☐

FORMULARIO UIDE-CEO-001

Anexo 12 Protocolo endodoncia

Fuente: Karina Viteri

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Filipo Sano (Molva protésica).

TRATAMIENTO

BIOPULPECTOMIA ☒ NECROPULPECTOMIA I NECROPULPECTOMIA II

OTRO.....

GRUPO DENTAL	CONDUCTOS	CONDUCTOMETRÍA		REFERENCIA	LIMA APICAL MAESTRA	TÉCNICA DE INSTRUMENTACIÓN	MEDICACIÓN INTRACONDUCTO
		INTENTATIVA	DEFINITIVA				
ANTERIOR	UNICO SUPERIOR	27mm	25mm	C.V.	30 h	aproximada	
PRE-MOLAR	V						
	S						
MOLAR	INFERIOR UNICO						
	SUPERIOR						
	Me						
	MP						
	ML						
	P						
	INFERIOR						
	Me						
	ML						
	D						
Condiciones "C"							

MEDICACIÓN SISTÉMICA

.....

.....

EVOLUCIÓN

FECHA	ACCIÓN CLÍNICA	SIRMA TUTOR
Exposición 21-11-14	Apertura	<i>[Firma]</i>
21-11-14	Conductometría	<i>[Firma]</i>
12-12-14	Obtusión	<i>[Firma]</i>

RECOMENDACIONES Y ADVERTENCIAS

.....

.....

USO DE RADIOGRAFIAS ☐

FORMULARIO UDE-GE0-JA1

Anexo 13 Protocolo endodoncia

Fuente: Karina Viteri M.

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	SESIÓN No.	FACTURA No.	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	SALE DE MATERIALES
21-11-14	5		Alambres, resina, clorhexidina, resinas, anestesia con lupa, Epidural.		ENTREGA 21 NOV 14 HP FIRMA
27-11-14	6	27512	Tallado, parafina, resinas temporales, pasta para pasta.	No se registró	
27-11-14	7	310	Resina, resina bonding, denturación, resina, luz, alfileres, papel de articulación.		
16-11-14	8	27512	Alginato, yeso, Formate acrílica.		ENTREGA 10 FEB 15 HP FIRMA
02-05-15	9		Desobstrucción, clorhexidina, digestión, anestesia con lupa, aguja cortante, punta.	CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS UIDE Dr. Dora María Narváez ENDOODONTOLÓGICA	HP FIRMA
12-05-15	10	1297	Profilaxia, rellenos de placa, pasta profiláctica, dental, piedra para.		ENTREGA HP FIRMA
12-05-15	10		Desobstrucción, tallado.		HP FIRMA
19-05-15	11	1401	Alargamiento de corona, anestesia con lupa, aguja cortante, gasas, resina, cirugía, sutura, anestesia.		ENTREGA HP FIRMA
19-05-15	11	1402	Profilaxia, rellenos de placa, pasta profiláctica, dental, piedra para.		ENTREGA HP FIRMA
14-07-15	12	2686	Encaje de impresiones, O-ring.		
16-07-15	13	2683	Toma de impresión para confección de cubetas y confección cubetas personalizadas.		

ODONTOLOGÍA (6)

Anexo 14 Historia clínica

Fuente: Karina Viteri M.

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	SÉÑALINA	FACTURA No.	MATERIAL	ALINEACIÓN DENTARIA	OTROS DATOS
21-07-14	14	2683	Sellado definitivo gaciva, limpieza de alcohol.		
21-07-14	14	2683	Toma de impresión definitiva, pasta de adhesión.		
22-07-14	15	2683	colocación de rodete, toma de impresión vertical y relación céntrica, plástico de wax.		
23-07-14	16	2683	Montaje en articulador		
07-08-14	17	2683	Prueba en cera		
14-08-14	18	2683 2686	Entrega definitiva		
25-08-14	19	2683 2686	corrección de Inclusión 2 pudran		

ODONTOLÓGICA [a]

Anexo 15 Historia clínica

Fuente: Karina Viteri M.

SESION Y FECHA		INDICADORES Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PROBLEMAS	COMENTARIOS
SESION	10	Elaboración prótesis total K.O.6	Cementación 4 a-ring e instala ción de 2 prótesis totales		COMEN FECHA <i>[Signature]</i> 15-03-18
FECHA					
SESION	11				COMEN FECHA
FECHA					
SESION	12				COMEN FECHA
FECHA					
SESION	13				COMEN FECHA
FECHA					
SESION	14				COMEN FECHA
FECHA					
SESION	15				COMEN FECHA
FECHA					
SESION	16				COMEN FECHA
FECHA					

CÓDIGO: 0016 (3)

Anexo 17 Historia clínica

Fuente: Karina Viteri M.

UIDE
Universidad Internacional del Ecuador
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA

Historia Clínica No. 7010
Nombre del paciente: Homero Rioño Diente: 16
Fecha: 23-11-19 Estudiante: Karina Viteri M.

MOTIVO DE LA CONSULTA
Rotura fractura (sobre dentadura)

ANTECEDENTES SISTÉMICOS DE IMPORTANCIA
sin patología aparente. Dermatitis. de inflamación de mano.

EXAMEN FÍSICO

Examen Extraoral:
Normal ☒ Tumefacción..... Fiebre.....
Linfadenopatía..... Fístula..... ATM.....

Examen Intraoral:
*Mucosas y Enclas
Normal ☒ Afectada.....
Edema..... Duro..... Blando.....
*Diente
Integro..... Restaurado..... Caries..... Fractura.....
*Percusión Vertical
Positiva ☒ Negativa.....
*Pruebas Térmicas:
Frio: Positivo ☒ Negativo.....
Calor: Positivo ☒ Negativo.....
*Exámenes Complementarios:
RX: Espacio periodontal engrosado.....
Radio lucidez: Circunscrita..... Difusa.....

FORMULARIO UIDE-OCO-001

Anexo 18 Protocolo endodoncia

Fuente: Karina Viteri M.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

pulpa viva (Motivo protésico)

TRATAMIENTO

BIOPULPECTOMIA NECROPULPECTOMIA I NECROPULPECTOMIA II

OTRO

GRUPO DENTAL	CONDUCTOS	CONDUCTOMETRÍA		REFERENCIA	LIMA APICAL MAESTRA	TÉCNICA DE INSTRUMENTACIÓN	MEDICACIÓN INTRACONDUCTO
		TENTATIVA	DEFINITIVA				
ANTERIOR	UNICO						
PRE-MOLAR	SUPERIOR						
	V						
	P						
	INFERIOR						
MOLAR	UNICO						
	SUPERIOR						
	MV	80	175	CMV	30K		
	MP						
	DV	80	105	CPV	40K		
	P	80	150	CP	35K		
	INFERIOR						
	MV						
	ML						
	D						
Conducto en "C"							

MEDICACION SISTÉMICA

.....

.....

EVOLUCIÓN

FECHA	ACCIÓN CLÍNICA	FIRMA TUTOR
28/11/14	Apertura	Dra. Ma. Soledad Pacheco M. Cordero
28/11/14	Tratamiento de conducto	ENDODONCIA MSP L. 2560 No 27 Cordero
28/11/14	Obturacion	

RECOMENDACIONES Y ADVERTENCIAS

.....

.....

USO DE RADIOGRAFIAS

--	--	--	--

FORMULARIO UNDE-GE3-001

Anexo 19 Protocolo endodoncia

Fuente: Karina Viteri M.

UÍDE
Universidad Internacional del Ecuador
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA

Historia Clínica No. 2210

Nombre del paciente Homero Prohija Diente: 4.7

Fecha: 05-01-15 Estudiante: Karina Viteri

MOTIVO DE LA CONSULTA
Motivo protésico (sobredentadura)

ANTECEDENTES SISTÉMICOS DE IMPORTANCIA
Dermatitis

EXAMEN FÍSICO

Examen Extraoral:

Normal..... Tumefacción..... Fiebre.....

Linfadenopatía..... Fístula..... ATM.....

Examen Intraoral:

*Mucosas y Encías

Normal..... Afectada.....

Edema..... Duro..... Blando.....

*Diente

Integro..... Restaurado..... Caries..... Fractura.....

*Percusión Vertical

Positiva..... Negativa.....

*Pruebas Térmicas:

Frio: Positivo..... Negativo.....

Calor: Positivo..... Negativo.....

*Exámenes Complementarios:

RX: Espacio periodontal engrosado.....

Radio lucidez: Circunscrita..... Difusa.....

FORMULARIO IUDF-CFO-001

Anexo 20 Protocolo endodoncia

Fuente: Karina Viteri M.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Motivo protésico

TRATAMIENTO

BIOPULPECTOMIA NEGROPULPECTOMIA I NECROPULPECTOMIA II

OTRO: ☒

GRUPO DENTAL	CONDUCTOS	CONDUCTOMETRÍA		REFERENCIA	LIMA APICAL MAESTRA	TÉCNICA DE INSTRUMENTACIÓN	MEDICACIÓN INTRACONDUCTO
		TENTATIVA	DEFINITIVA				
ANTERIOR	UNICO						
	SUPERIOR						
PRE-MOLAR	V						
	P						
	INFERIOR						
	UNICO	26	2200	CV	30k	4mm (1mm)	
MOLAR	SUPERIOR						
	MV						
	MP						
	IV						
	P						
	INFERIOR						
	MV						
	ML						
	U						
	Conducto en "C"						

MEDICACION SISTÉMICA

EVOLUCIÓN

FECHA	ACCIÓN CLÍNICA	FIRMA TUTOR
05-01-15	Apertura	
05-01-15	Instrumentación	
05-01-15	Oclusión	

RECOMENDACIONES Y ADVERTENCIAS

USO DE RADIOGRAFIAS

--	--	--	--

FORMULARIO UDE SEO 001

Anexo 21 Protocolo endodoncia

Fuente: Karina Viteri M.

UÍDE
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA

Historia Clínica No. 82.10

Nombre del paciente: Honorio Peña Diente: 3.4

Fecha: 15-01-15 Estudiante: Karina Viteri

MOTIVO DE LA CONSULTA
Motivo protésico (sacar dentadura)

ANTECEDENTES SISTÉMICOS DE IMPORTANCIA
Perma. H113

EXAMEN FÍSICO

Examen Extraoral:

Normal ☒ Tumefacción..... Fiebre.....
Linfadenopatia..... Fistula..... ATM.....

Examen Intraoral:

*Mucosas y Encías
Normal ☒ Afectada.....
Edema..... Duro..... Blando.....

*Diente
Integro..... Restaurado..... Caries..... Fractura.....

*PerCUSión Vertical
Positiva ☒ Negativa.....

*Pruebas Térmicas:
Frio: Positivo..... Negativo.....
Calor: Positivo..... Negativo.....

*Exámenes Complementarios:
RX: Espacio periodontal engrosado.....
Radio lucidez: Circunscrita..... Difusa.....

FORMULARIO UÍDE CED 001

Anexo 22 Protocolo endodoncia

Fuente: Karina Viteri M.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Pulpa vital, motivo protésico (sobredentadura)

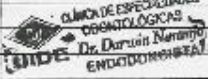
TRATAMIENTO

BIOPULPECTOMIA */* NECROPULPECTOMIA I NECROPULPECTOMIA II
OTRO */ motivo protésico*

GRUPO DENTAL	CONDUCTOS	CONDUCTOMETRÍA		REFERENCIA	LIMA APICAL MAESTRA	TÉCNICA DE INSTRUMENTACIÓN	MEDICACIÓN INTRACONDUCTO
		INTENTATIVA	DEFINITIVA				
ANTERIOR	UNICO						
PRE-MOLAR	SUPERIOR						
	V						
	P						
	INFERIOR						
MOLAR	UNICO	<i>25mm</i>	<i>20.5mm</i>	<i>C.V</i>	<i>30*</i>	<i>Apico corona</i>	
	SUPERIOR						
	MV						
	MP						
	TV						
	P						
	INFERIOR						
	MV						
	NL						
	U						
	Conducto en "C"						

MEDICACIÓN SISTÉMICA

EVOLUCIÓN

FECHA	ACCIÓN CLÍNICA	FIRMA TUTOR
<i>20-12-15</i>	<i>Apertura</i>	
<i>15-01-16</i>	<i>Instrumentación</i>	
<i>15-01-16</i>	<i>Obturbado</i>	

RECOMENDACIONES Y ADVERTENCIAS

USO DE RADIOGRAFIAS

--	--	--	--

FORMULARIO UICE-CEC-001

Anexo 23 Protocolo endodoncia

Fuente: Karina Viteri M.

PROTOCOLO DE PRÓTESIS ACRILICA

Nota: No se realizará ningún procedimiento de prótesis sin la previa realización de tratamientos de otras especialidades, de acuerdo con el plan de tratamiento establecido.

NOMBRE DEL PACIENTE: Homero Riquia No. HISTORIA: 7210
NOMBRE DEL TUTOR: Dr. Juan García
Trabajo a realizar: Prótesis total (Sobredentadura)
No. de diente/dientes: 12
Clasificación de Kennedy Preliminar: Clase I mod 1 Definitiva: Clase I mod 4
Características clínicas de reborde: Resinart

FECHA	No.	PASO CLINICO	FIRMA
17-11-14	1	Inspección Diagnóstica.	
17-11-14	2	Radiografías y modelos de estudio (duplicados)	
20-11-14	3	Impresión definitiva en yeso negro	
20-11-14	4	Modelo maestro (con diseño dentario)	
20-11-14	5	Registro intermaxilar en "C" o "M.C."	
20-11-14	6	Color de dientes.	
25-11-14	7	Instalación de la prótesis terminada.	
26-11-14	8	Primer control (24 horas)	
28-11-14	9	Segundo control (72 horas)	
02-12-14	10	Tercer control (90 días)	

Recibi el trabajo a entera satisfacción.

Homero Riquia
FIRMA DEL PACIENTE
C.I.

ESTUDIANTE

NOMBRE: Karina Viteri

FIRMA: Karina Viteri

TUTOR

NOMBRE: Dr. Juan García

FIRMA: Juan García

Anexo 24 Protocolo rehabilitación

Fuente: Karina Viteri M.

PROTOCOLO DE PRÓTESIS ACRÍLICA

Nota: No se realizará ningún procedimiento de prótesis sin la previa realización de tratamientos de otras especialidades, de acuerdo con el plan de tratamiento establecido.

NOMBRE DEL PACIENTE: Hernero Rialto No. HISTORIA: 7215
NOMBRE DEL TUTOR: Dr. Juan García
Trabajo a realizar: Prótesis total (sobredentadura)
No. de diente/dientes: 10
Clasificación de Kennedy Preliminar: Clase I, Mod 1 Definitiva: Clase I, mod 1
Características clínicas de rebordo: Fibroso

FECHA	No.	PASO CLÍNICO	FIRMA
17-11-14	1	Impresión Diagnóstica.	
17-11-14	2	Trading rifles y molde de resina (plastomax).	
17-11-14	3	Impresión definitiva con algrato.	
20-11-14	4	Modelo maestro (con diseño definitivo).	
20-11-14	5	Región mínima-resina en O.C. a V.C.	
20-11-14	6	Color de dientes.	
25-11-14	7	Verificación de la prótesis terminada.	
26-11-14	8	Primer control (24 horas).	
28-11-14	9	Segundo control (72 horas).	
09-11-14	10	Tercer control (5 días).	

Recibi el trabajo a entera satisfacción.

Karina Viteri
FIRMA DEL PACIENTE
CI. 1402640071

ESTUDIANTE

NOMBRE: Karina Viteri

FIRMA: Karina Viteri

TUTOR

NOMBRE: Dr. Juan García

FIRMA: Juan García

Anexo 25 Protocolo rehabilitación

Fuente: Karina Viteri M.



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
PROTOCOLO DE ENDOPOSTES (COLADO)

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. Juan García No Historia: 7910

Nombre del paciente: Homero Robles

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
27-03-11	1	Radiografía Control inicial.	
28-03-11	2	Medida obturación endodóntica -mm. <u>23</u>	
29-03-11	3	Desobturación -mm. <u>24</u>	
07-04-11	4	Radiografía de control.	
08-04-11	6	Técnica Directa ☐ <u>1</u> Técnica Indirecta ☐ <u>1</u>	
19-03-11	7	Desinfección del perno y diente.	
19-03-11	8	Cementación ionómero de vidrio.	

Recibí el trabajo a entera satisfacción

FIRMA DEL PACIENTE

Nombre del estudiante

Nombre del Tutor

Karina Viteri
Firma

Dr. Juan García
Firma

Anexo 26 Protocolo rehabilitación

Fuente: Karina Viteri M.



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
PROTOCOLO DE ENDOPOSTES (COLADO)

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. Juan García No Historia: 7210

Nombre del paciente: Hernán P. Páez

FECHA	No	PASO CLÍNICO	FIRMA
07-02-15	1	Radiografía / Control inicial.	
07-02-15	2	Medida obturación endodóntica - mm. <u>19</u>	
07-02-15	3	Desobturación - mm. <u>15</u>	
07-02-15	4	Radiografía de control.	
07-02-15	5	Técnica Directa ☐ Técnica Indirecta ☒	
07-02-15	7	Desinfección del perno y diente.	
07-02-15	8	Cementación ionómero de vidrio.	

Recibí el trabajo a entera satisfacción

[Firma]
FIRMA DEL PACIENTE

Nombre del estudiante

Nombre del Tutor

[Firma]
Firma

[Firma]

[Firma]
Firma

Anexo 27 Protocolo rehabilitación

Fuente: Karina Viteri M.



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
PROTOCOLO DE ENDOPOSTES (COLADO)

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. Teresa García No Historia 7210

Nombre del paciente: Homero Roldán

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
17-02-15	1	Radiografía Control Inicial.	
18-02-15	2	Med de obturación endodóntica -mm. <u>22</u>	
18-02-15	3	Desobturación -mm. <u>18</u>	
18-02-15	4	Radiografía de control.	
18-02-15	6	Técnica Directa ☐ Técnica Indirecta ☒	
19-02-15	7	Desinfección del perno y diente.	
19-02-15	8	Comentación ionómero de vidrio.	

Recibí el trabajo a entera satisfacción

FIRMA DEL PACIENTE

Nombre del estudiante

Nombre del Tutor

Teresa García
Firma

Dr. Teresa García
Firma

Anexo 28 Protocolo rehabilitación

Fuente: Karina Viteri M.



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
PROTOCOLO DE ENDOPOSTES (COLADO)

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. Juan García.....No Historia: 7210.....
Nombre del paciente: Hernán Ríos.....

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
<u>12-02-15</u>	1	Radiografía /Control inicial.	
<u>12-02-15</u>	2	Medida obturación endodóntica mm. <u>20,5</u>	
<u>12-02-15</u>	3	Desobturación mm. <u>16,5</u>	
<u>12-02-15</u>	4	Radiografía de control.	
<u>12-02-15</u>	5	Técnica Directa ☐ Técnica Indirecta ☒	
<u>12-02-15</u>	7	Desinfección del perno y diente.	
<u>12-02-15</u>	8	Cementación ionómero de vidrio.	

Recibí el trabajo a entera satisfacción

FIRMA DEL PACIENTE

Nombre del estudiante

Nombre del Tutor

Karina Viteri
Firma

Dr. Juan García
Firma

Anexo 29 Protocolo rehabilitación

Fuente: Karina Viteri M.



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

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

Paciente apto para tratamiento protésico. *Indicador*

Nombre del Profesor: *Dr. Juan Garcia* No Historia *7210*

Nombre del Paciente: *Horacio Rubio*

Desde cuando usa prótesis total?

NO usa

La última prótesis hace que tiempo le

pusieron? *NO se tiene*

Le hicieron algún rebase? SI ☒ NO ☐ Hace que tiempo:

Le lastima? Si ☐ No ☒ Esta floja? Si ☐ No ☒ Usa pega? Si ☐ No ☒

EXAMEN CLINICO DE LA BOCA

LABIOS:

Normal, delgados

CARRILLOS:

Normal

SALIVA:

Mucosa: Espesa y húmeda

MOVIMIENTOS

MANDIBULARES *Normal*

EXAMEN CLINICO DEL AREA PROTESICA

MAXILAR SUPERIOR

Anexo 30 Protocolo rehabilitación

Fuente: Karina Viteri M.

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... 2 mm.....
 Paciente: Receptivo.....✓..... Indiferente..... Con problemas.....
 Observaciones:

Otras patologías: Distancia de ATM..... 2.....

PRONOSTICO: Favorable.....✓..... Desfavorable.....

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
Stefania D. Infante.....

FECHA: 12-05-15.....

Anexo 31 Protocolo rehabilitación

Fuente: Karina Viteri M.

DATOS CLINICOS

DV REPOSO 6,5 OCCLUSION 5
 DIC 2

DIENTES:
 COLOR L.C. de Pucallpa FORMA Cuadrados TAMANO ant N14 sup - inf
 post N13 sup - inf
 ENCIAS: COLOR rosado

PROTOCOLO CLINICO

FECHA	TRABAJO REALIZADO	MATERIALES USADOS	FIRMA TUTOR
12-05-15	1. ELABORACION HISTORIA CLINICA CENTRAL Y DENTAL	Historia Clinica Equipo de Diagnostico	[Firma]
16-06-15	2. DIMENSIONES ANATOMICAS	Alginate Yeso	[Firma]
16-07-15	3. MODULOS DE ESTUDIO Y DELIMITACION DEL TERMINO PROTESICO	Yeso	[Firma]
21-07-15	4. CUBETAS INDIVIDUALES SUP-INF	Acilica transparente y ligada aislada	[Firma]
21-07-15	5. ILDCORTE MUSCULAR Y SELLADO PERIFERICO	Godiva	[Firma]
21-07-15	6. IMPRESIONES FUNCIONALES	Silicona de adiccion	[Firma]
21-07-15	7. MODELOS DEFINITIVOS	Yeso	[Firma]
23-07-15	8. ROTORES DE ALTURA SUPERIOR-INFERIOR	Cera rosada	[Firma]
23-07-15	9. PLANO DE ORIENTACION	Platina de Fox	[Firma]
23-07-15	10. MONTAJE EN ARTICULADOR MODELO SUPERIOR	Articulador semi-ajustable, yeso	[Firma]
23-07-15	11. DIMENSION VERTICAL	rodetes	[Firma]
28-07-15	12. ROTACION CENTRICA CON PUNTA INFERIOR	Punta inscripta	[Firma]
28-07-15	13. MONTAJE MODELO INFERIOR	Yeso	[Firma]
28-07-15	14. ENPLACADO DE DIENTES SUP-INF		[Firma]

Anexo 32 Protocolo rehabilitación

Fuente: Karina Viteri M.

	15. AJUSTE OCULAR		
	16. PRUEBA EN CLINICA DE MOTRIS		
04-08-15	17. ASIMILIZACION		
06-08-15	18. COLOCACION DEFINITIVA		
04-08-15	19. CONTROL EN 24 HORAS		
05-08-15	20. CONTROL EN 5 DIAS		

Recibí el trabajo a entera satisfacción _____

Nombre del Alumno

Karina Viteri

Nombre del Tutor

Dr. Juan García

Firma

Karina Viteri

Firma

Juan García

Anexo 33 Protocolo rehabilitación

Fuente: Karina Viteri M.

LABORATORIO CLINICO CEDMEF
LA GASCA

Rither N24-133 y La Gasca

Telf. 2525-404

Nombre: HOMERO RIOFRIO

Médico:

Fecha: 2015-10-19

RESULTADOS

Sedimentación mm/H: 15
Hemoglobina g% : 15,3
Hematocrito % : 46,4
Leucocitos/mm³ : 5.000
Hematies/ mm³ : 4 860.000
V C M u m³ : 95,5 (80-98)
H C M pg : 31,4 (25-33)
C H C M g/dl : 32,9 (31-37)

Segmentados % : 62
Linfocitos % : 37
Monocitos % : 01
Eosinófilos % : 00
Basofilos % : 00

Características celulares: : sin patología aparente

Plaquetas /mm³ : 280.000 (150.000 – 350.000)

T P : 12,7 seg 86,1 % INR: 1,1

GLUCOSA: 81,6 (60-110 mg%)

Dra. Ximena Galarza
Bioquímica Farmacéutica

CEDMEF
LA GASCA

Anexo 34 Examen de laboratorio

Fuente: Karina Viteri M.

Universidad Central - Hospital del Día - Laboratorio Clínico

Pac: HOMERO RIOFRIO

Sexo: Homb Eda: 47Año

Tip sang: ID mues: 21

Muest: Suero

NHM.: PARTICULAR

Zon: N cama:

Remit:

Env des:

Priorid: No

Caracter:

Diagnó:

Test	Nombre completo	Concentrac	Unidad	Resultado	Observac	Referencia
UREA	UREA	33.73	mg/dL	Normal		15.00-45.00
CREA	CREATININA	1.08	mg/dL	Normal		0.70-1.40

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR SERVICIO MÉDICO UNIVERSITARIO - HOSPITAL DEL DÍA LABORATORIO DE ANÁLISIS BIOQUÍMICOS

Calle Gerónimo Leiton s/n, Edificio ex Residencia Universitaria - Teléfonos: 2524-917 - Fax: 2548-452

NOMBRE: HOMERO RIOFRIO

MÉDICO: 126788

MUESTRA: PLASMA

EXAMEN: PRUEBAS DE COAGULACIÓN

RESULTADO:

TP: 13,10 seg. 63%

INR: 1,26

Anexo 35 Examen de laboratorio

Fuente: Karina Viteri M.

P.S.R (REGISTRO PERIODONTAL SIMPLICADO)

MAXILAR SUPERIOR															
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
MAXILAR INFERIOR															

5 dígitos Adicionales: **MOVILIDA (M)** **FURCA (F)** **RECESION GINGIVAL (RG)**

INDICE DE PLACA

Reyna L. L. L.

Anexo 36 P.S.R
Fuente: Karina Viteri M.

Análisis estético de Fradeani



Anexo 37 Análisis frontal

Fuente: Karina Viteri M.



Anexo 38 Análisis frontal

Fuente: Karina Viteri M.



Anexo 39 Análisis lateral

Fuente: Karina Viteri M.



Anexo 40 Análisis lateral

Fuente: Karina Viteri M.



Anexo 41 Análisis lateral

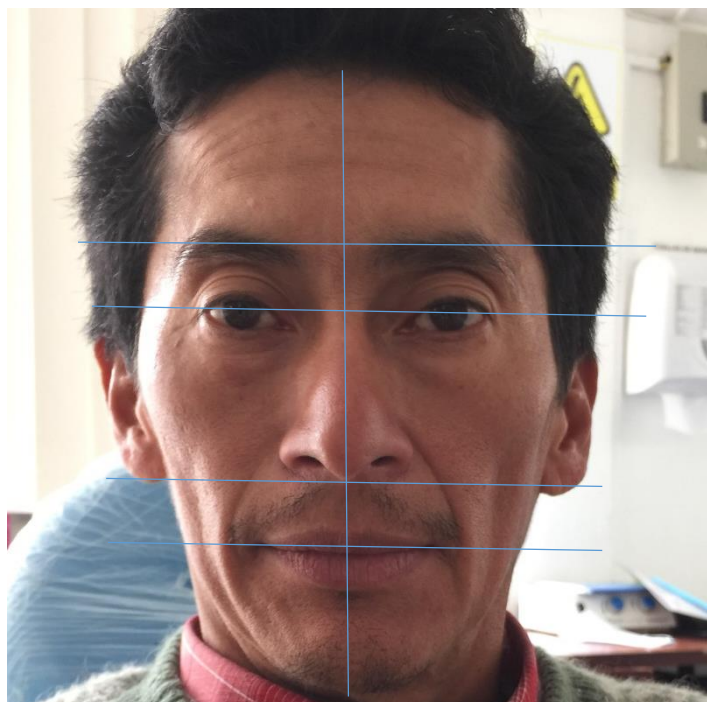
Fuente: Karina Viteri M.

Análisis frontal	Asimétrico
Análisis frontal. (Altura facial)	Último tercio disminuido
Análisis de perfil	Cóncavo 180°
Análisis de perfil	Normal. Labios posterior a la línea E.
Análisis de perfil	Normal 115°

Anexo 42 Análisis de Fradeani

Fuente: Karina Viteri M.

Análisis estético de Fradeani al terminar el tratamiento



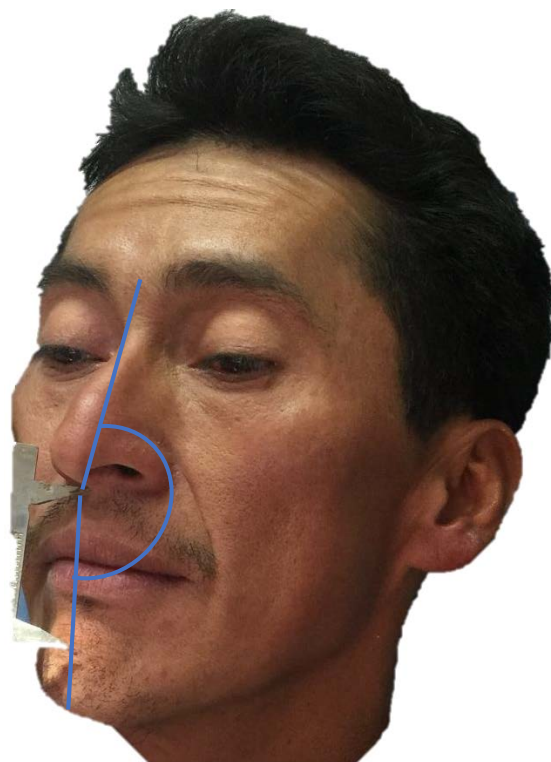
Anexo 43 Análisis frontal

Fuente: Karina Viteri M.



Anexo 44 Análisis frontal

Fuente: Karina Viteri M.



Anexo 45 Análisis lateral

Fuente: Karina Viteri M.



Anexo 46 Análisis lateral

Fuente: Karina Viteri M.



Anexo 47 Análisis lateral

Fuente: Karina Viteri M.

Análisis frontal	Simétrico
Análisis frontal. (Altura facial)	Normal
Análisis de perfil	Normal 170°
Análisis de perfil	Normal. Labios posterior a la línea E.
Análisis de perfil	Normal 115°

Anexo 48 Análisis de fradeani

Fuente: Karina Viteri M.