

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR



UIE

Universidad Internacional del Ecuador

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

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

TEMA: REHABILITACIÓN ORAL DE UN PACIENTE  
EDÉNTULO PARCIAL UTILIZANDO SUS DIENTES  
COMO DOMOS O-RING PARA UNA SOBREDENTADURA  
SUPERIOR Y UNA PRÓTESIS TOTAL INFERIOR

ESTUDIANTE: JOSÉ DAVID AGUAYO ALBÁN

TUTORA: DR. GABRIELA BALAREZO

QUITO – ECUADOR

OCTUBRE 2015

## AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios, él es quien me da una oportunidad de estar en este mundo, me ha brindado salud y trabajo a mis padres quienes son el escudo de mi vida y el paraíso de mi alma. Con el apoyo y la guía de ellos he podido establecer mi personalidad, mis principios y mis costumbres.

Agradezco a mis amigos y familiares que buscando salud, se han prestado como mis primeros pacientes a la vez que me han ayudado a adquirir destrezas en esta profesión.

Un agradecimiento a cada docente que sin egoísmo, prejuicio ni compromiso logran transmitir un conocimiento claro a través de sus experiencias y años de preparación.

Termino agradeciendo a mis compañeros y amigos de décimo semestre por los momentos de apoyo incondicional ya que este proyecto de titulación no hubiera podido ser evidenciarlo sin la ayuda de ellos.

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Los procedimientos relatados en el trabajo de titulación fueron realizados por el autor, **José David Aguayo Albán**, sin plagio alguno. Bajo la supervisión de la tutora **Gabriela Balarezo**.

---

José David Aguayo Albán

---

Dra. Gabriela Balarezo

# INDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS .....	2
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD .....	3
TABLA DE ILUSTRACIONES .....	6
1. TEMA.....	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
3. JUSTIFICACIÓN .....	7
4. RESUMEN .....	8
5. ABSTRACT.....	8
6. INTRODUCCIÓN.....	9
7. OBJETIVO GENERAL.....	10
8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
9. MARCO TEÓRICO .....	11
CAPITULO I .....	11
9.1 PACIENTE EDÉNTULO .....	11
9.1.1 CONSECUENCIAS.....	12
9.1.2 REABSORCIÓN ÓSEA .....	12
9.1.3 SÍNDROME DE LA COMBINACIÓN.....	14
CAPITULO II .....	15
9.2 PRÓTESIS TOTAL CONVENCIONAL .....	15
9.2.1 HISTORIA CLÍNICA .....	15
9.2.2 ANAMNESIS.....	15
9.2.3 EXÁMEN FÍSICO.....	16
9.2.4 PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS.....	18
9.2.5 IMPRESIÓN PRIMARIA.....	18
9.2.6 CUBETA INDIVIDUAL .....	19
9.2.7 SELLADO PERIFÉRICO .....	20
9.2.8 IMPRESIÓN DEFINITIVA.....	21
9.2.9 RODETES DE ALTURA .....	21
9.2.10 PLANOS DE ORIENTACIÓN .....	22
9.2.11 RELACIÓN INTERMAXILAR.....	23

9.2.12 TRANSFERENCIA AL ARTICULADOR.....	25
9.2.13 SELECCIÓN DE DIENTES.....	26
9.2.14 PRUEBA EN CERA .....	26
9.2.15 INSTALACIÓN.....	27
CAPITULO III .....	28
9.3 SOBREDENTADURA .....	28
9.3.1 TIPOS DE SOBREDENTADURAS.....	28
9.3.2 VENTAJAS DE UNA SOBREDENTADURA .....	29
9.3.3 DESVENTAJAS DE UNA SOBREDENTADURA.....	30
9.3.4 INDICACIONES.....	30
9.3.5 CONTRAINDICACIONES .....	31
9.3.6 CONSIDERACIONES .....	31
9.3.7 PREPARACIÓN DE LOS PILARES.....	32
9.3.8 TOMA DE IMPRESIONES.....	32
9.3.9 TIPOS DE ANCLAJES.....	32
9.3.9.1 BARRA .....	32
9.3.9.2 ANILLOS DE RETENCIÓN.....	33
9.3.9.3 MAGNETOS .....	33
10.    PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	34
11. HISTORIA CLÍNICA .....	34
11.1 DATOS PERSONALES .....	34
11.2 MOTIVO DE CONSULTA.....	35
11.3 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL.....	35
11.4 ANTECEDENTES MÉDICOS.....	35
11.5 ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS.....	35
11.6 SIGNOS VITALES .....	35
11.7 EXAMEN EXTRAORAL .....	36
11.8 EXAMEN INTRAORAL.....	36
11.9 EXAMEN RADIOGRÁFICO .....	36
11.10 DIAGNÓSTICO .....	37
11.11 PLAN DE TRATAMIENTO .....	37
11.12 PRONÓSTICO .....	37

12.	PROCEDIMIENTO CLÍNICO.....	37
12.1	PRIMERA SESIÓN.....	37
12.2	SEGUNDA SESIÓN.....	41
12.3	TERCERA SESIÓN .....	42
12.4	CUARTA SESIÓN .....	43
12.5	QUINTA SESIÓN.....	45
12.6	SEXTA SESIÓN.....	46
12.7	SEPTIMA SESIÓN .....	47
12.8	OCTAVA SESIÓN .....	47
12.9	NOVENA SESIÓN .....	49
12.10	DÉCIMA SESIÓN .....	50
13.	DISCUSIÓN .....	51
14.	CONCLUSIONES.....	52
15.	recomendaciones.....	52
16.	BIBLIOGRAFÍA.....	53

## TABLA DE ILUSTRACIONES

Figura 1.	Modelos de Estudio.....	38
Figura 2.	Fotos Extraorales.....	39
Figura 3.	Fotos Intraorales.....	40
Figura 4.	Radiografía Periapical 4.7 .....	40
Figura 5.	Radiografía Panorámica .....	41
Figura 6.	Extracción del diente 4.7.....	42
Figura 7.	Endodoncia de Caninos 1.3 y 2.3.....	42
Figura8.	Desobturación .....	43
Figura 9.	Tallado .....	44
Figura 10.	Modelos Definitivos.....	45
Figura 11.	Planos Guías.....	46
Figura 12.	Rodetes de Altura en Articulador.....	47
Figura 13.	Desinfección de pernos con domos o´rings .....	48
Figura 14.	Cementación Definitva de pernos con domos o´rings.....	49
Figura 15.	Sobredentadura superior y Prótesis total infeior .....	49
Figura 16.	Fotografías finales extraorales .....	50

## 1. TEMA

Rehabilitación oral de un paciente edéntulo parcial utilizando sus dientes como domos o-ring para una sobredentadura superior y una prótesis total inferior.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con frecuencia ante la ausencia de dientes el hueso es reabsorbido y sustituido por tejido fibroso, esto se traduce en rebordes flácidos que generalmente encontramos en la parte anterior del maxilar superior, esto puede causar que la prótesis total convencional no siempre brinde una estabilidad y un confort al paciente edéntulo, Es por eso que para evitar estas futuras molestias para el paciente se rehabilitará con una sobredentadura usando los dientes como domos o'rings para evitar o disminuir la reabsorción del reborde.

## 3. JUSTIFICACIÓN

Es importante presentar este caso clínico con la intención de fortalecer ciertos conocimientos elementales que puedan guiar una rehabilitación oral con sobredentadura usando los dientes como domos o'rings brindando mayor estabilidad seguridad y confort al paciente.

## 4. RESUMEN

Las sobredentaduras, son prótesis realizadas sobre implantes situados en el reborde o sobre dientes residuales que sirven de pilares para proporcionar una mejor retención a la prótesis además de conservar la altura ósea y evitar que esta se reabsorba. El siguiente caso clínico trata de un paciente de sexo masculino de 69 años de edad, edéntulo parcial superior e inferior el cual ha perdido la mayoría de sus dientes por diferentes causas quedando en boca únicamente dos, caninos superiores (1.3 y 2.3) y un segundo molar inferior derecho (4.7). Para la rehabilitación oral se realizará una sobredentadura superior usando sus dientes superiores como pilares y una prótesis convencional inferior realizando la extracción único diente inferior.

**Palabras Claves:** Rehabilitación Oral, Prótesis total, Sobredentadura, domos, O' rings.

## 5. ABSTRACT

Over dentures are prosthetic devices made over implants located over the toothless gum or over residual teeth which work as a pillars to provide a better retention to the protheses as well as maintain bone density and avoid recession of it. The following case presents a partial toothless 69 year old male, who has lost most of his teeth for various reasons, leaving him with two remaining superior teeth (1.3 and 2.3) and one inferior tooth (4.7). For the prosthetic rehabilitation an over denture will be made using the remaining superior teeth as pillars, and a conventional total denture for the inferior part, making the extraction of the only remaining tooth.

**Keywords:** Oral rehabilitation, total protheses, Overdenture, O'rings domes.

## 6. INTRODUCCIÓN

Las prótesis totales superiores e inferiores han sido el estándar tradicional de atención para los pacientes desdentados durante más de un siglo, con la desventaja de que en ocasiones no proporcionan la suficiente retención y se desestabiliza constantemente dentro de la cavidad bucal, dando como resultado incomodidad y poca funcionalidad a los pacientes portadores de estas. La causa principal de este desalojamiento se debe en parte a la gran reabsorción ósea que se produce debido a la ausencia de órganos dentarios que fueron extraídos anteriormente por enfermedades cariosas, periodontales, traumatismos etc. Es por eso que desde hace más de 100 años, el profesional de la salud oral busca evitar dicha reabsorción y mantener la retención mediante aditamentos de semiprecisión o precisión colocándolos ya sea mediante implantes o sobre las raíces de los órganos dentarios que aún mantenga el paciente. Las sobredentaduras, son prótesis realizadas sobre implantes situados en el reborde o sobre dientes residuales que sirven de pilares para proporcionar una mejor retención a la prótesis además de conservar la altura ósea y evitar que esta se reabsorba.

El momento en que se pierden las raíces la reabsorción ósea es irreversible y esto depende de tres factores que son: salud del individuo, tipo de hueso y el tipo de trauma al que está sometido. El objetivo de una sobredentadura es conservar las piezas dentales del paciente, la cantidad de hueso y dar mayor estabilidad a la prótesis, brindando al paciente mayor propiocepción lo cual hace que las sobredentaduras sean más cómodas que una dentadura total convencional.

## 7. OBJETIVO GENERAL

Devolver la función masticatoria y estética mediante una sobredentadura asentada sobre caninos.

## 8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer un plan de tratamiento no invasivo
- Preservar hueso alveolar de maxilar superior
- Mejorar significativamente la retención, estabilidad y soporte de la sobredentadura con el uso de aditamentos protésicos o rings
- Ofrecer bienestar al paciente en el aspecto psicológico

## 9. MARCO TEÓRICO

### CAPITULO I

#### 9.1 PACIENTE EDÉNTULO

Edéntulo, es un término que se utiliza para describir la pérdida parcial o total de los dientes. Las causas de esta pérdida pueden ser congénitas o adquiridas. La pérdida congénita puede asociarse a la manifestación de algún tipo de síndrome o generalmente a una expresión genética hereditaria. La pérdida adquirida es un hecho más común y suele ser producido por caries, patología periodontal o traumatismos (Vito Milano, 2011).

La transición de la dentición completa a la etapa edéntula es un proceso gradual que normalmente se extiende por muchos años. Es decir que existe una relación específica de la ausencia de dientes con el incremento de la edad, afectando el edentulismo a las personas mayores. (Margareta Molin Thorén, 2014).

La pérdida de dientes no constituye solamente un problema físico, sino también representa una carga social y psicológica severa que afecta en cierta medida la calidad de vida del paciente. Por esto los planes de tratamiento que incluyen prótesis requieren un grado de adaptación y aceptación por parte del paciente (Margareta Molin Thorén, 2014).

Varios años el principal motivo de la consulta odontológica era por fines protésicos. En la mayoría, si no es todos los aspectos, las prótesis no reemplazan la dentición natural. Estas deficiencias pueden ser de naturaleza biomecánica, física o psicosocial. Por lo general, se relacionan con el número de dientes perdidos (Alan B. Carr, 2006).

Aunque el porcentaje de pacientes edéntulos va en descenso y estudios indiquen que las personas conservan más tiempo sus dientes, el requerimiento de dientes es una necesidad común en la consulta odontológica, sobre todo en edades avanzadas (Alan B. Carr, 2006). Los planes de tratamiento actuales incluyen el uso de implantes pero a pesar de tener esta opción, no todos pueden acceder un tipo de tratamiento ya sea por

cuestión económica o porque presenten alguna limitación sistémica, es así, que, la prótesis total convencional sigue siendo un tratamiento de elección al momento de rehabilitar un paciente que ha perdido sus dientes y desde una perspectiva global, son la única alternativa realista para la mayoría de los individuos edéntulos del mundo (Margareta Molin Thorén, 2014).

#### 9.1.1 CONSECUENCIAS

Al perder un diente la cresta residual pierde el estímulo funcional que recibía y como consecuencia se produce una pérdida del volumen de la cresta tanto en altura como en anchura. Los cambios anatómicos son muy variables en diversos grupos de pacientes por lo que este hallazgo no es predecible (Alan B. Carr, 2006).

Se ha observado que “se pierden antes los dientes maxilares que los mandibulares y a su vez pierden primero los dientes posteriores antes que los anteriores; en consecuencia, se produce una arcada mandibular más ancha con una arcada maxilar constreñida” (Alan B. Carr, 2006). Junto con esta pérdida de dientes aparece una transformación de la mucosa oral. La encía adherida del hueso alveolar se reemplaza por tejido fibroso mucosa desplazable y fácilmente traumatizable. Estos cambios anatómicos son un desafío para la confección de las prótesis (Margareta Molin Thorén, 2014).

La sociedad actual generalmente percibe la ausencia de dientes visibles, especialmente los anteriores, como un estigma social. Con la pérdida de los dientes y la disminución del reborde residual pueden aparecer cambios secundarios en las características faciales, dando como resultado de la disminución de la dimensión vertical. Al restaurar y tomar decisiones a nivel protésico deberán ser dirigidas a la estética facial manteniendo un aspecto apropiado (Alan B. Carr, 2006).

#### 9.1.2 REABSORCIÓN ÓSEA

Desde el punto de vista clínico es más importante conocer la reducción gradual de la altura de los rebordes alveolares en el tiempo, y que esto causa una reducción de la

dimensión vertical. Si la reducción se torna severa, puede tener efectos dramáticos en la fisionomía del paciente. (Margareta Molin Thorén, 2014)

Al realizar una extracción dental, una cascada de respuestas inflamatorias es inmediatamente activada, y el alveolo se llenan temporalmente de un coagulo sanguíneo. Este coagulo será convertido progresivamente por un nuevo de tejido óseo cerca de los seis meses. Con ese patrón de deposición ósea, el tamaño del reborde residual es reducido más rápidamente en los primeros seis meses, pero la remodelación ósea continua por toda la vida, lo que puede resultar en grandes pérdidas de estructura en el reborde remanente. Este es un fenómeno fácilmente observado en la práctica clínica, pero la secuencia de los eventos biológicos implicados todavía no se comprende bien (Telles, 2011).

#### *Cambios en el Maxilar Superior y la Mandíbula*

La bóveda palatina se vuelve menos pronunciada y los tejidos blandos parecen ser más abundantes en la cara vestibular de la cresta alveolar. El soporte del labio superior se pierde a medida que se pierde el tamaño del maxilar. La espina nasal anterior puede quedar el mismo nivel que la cresta alveolar (LAUZARDO GARCIA DEL PRADO, 2003).

La reabsorción de la mandíbula ocurre de vestibular hacia lingual. La disminución en la altura y en el ancho de la mandíbula edéntula produce un movimiento de la cresta ósea hacia delante. La rotación de la mandíbula mueva toda ella hacia delante y hacia arriba, produciendo una disminución de la dimensión vertical total. La pérdida ósea ocasiona en muchos casos un reborde alveolar extremadamente delgado conocido como “reborde en filo de cuchillo” (LAUZARDO GARCIA DEL PRADO, 2003).

La reabsorción del paciente geriátrico se calcula un promedio de 2.5 a 3 mm en el maxilar y de 9 a 10 mm en la mandíbula en los primeros 25 años de edéntulo. Esto es manera de crónico, aumentando el ritmo en los primeros seis meses después de la primera extracción, sin embargo existen factores que puede agravar esta reabsorción

como es: estado sistémico del paciente, el tipo de hueso y el trauma al que esté sometido el hueso (José Yoshinori Ozawa Deguchi, 2010).

Los pacientes geriátricos son los más afectados por el edentulismo, y generalmente presentan enfermedades sistémicas crónicas y agudas. Son sometidos al consumo de medicamentos o elementos terapéuticos para controlar diferentes alteraciones que también pueden agravar la reabsorción del paciente (José Yoshinori Ozawa Deguchi, 2010)

### 9.1.3 SÍNDROME DE LA COMBINACIÓN

De los pacientes edéntulos que usan o no una prótesis se estima que de esos pacientes representan alrededor del 26% de los pacientes rehabilitados con prótesis total del maxilar. De este porcentual, un 24% presentan alteraciones específicas, las cuales Kelly denominó síndrome de la combinación que son las siguientes (Telles, 2011).

- Reposicionamiento espacial de la mandíbula anterior
- Pérdida de soporte óseo bajo la base de una prótesis
- Reabsorción ósea en la porción anterior de la maxila
- Hiperplasia inflamatoria en la región de la bóveda palatina
- Crecimiento de tuberosidad del maxilar
- Alteraciones del periodonto. (Telles, 2011)

## CAPITULO II

### 9.2 PRÓTESIS TOTAL CONVENCIONAL

Son dentaduras enteras que reemplazan todos los dientes de una arcada superior o inferior, o de las dos; es lo que comúnmente llamamos “dentadura postiza”.

El objetivo de la prótesis total es recuperar la funcionalidad del aparato estomatognático; una masticación eficaz (eficiente trituración de los alimentos), sin que la prótesis interfiera en la ingestión, segundo una pronunciación adecuada que va a permitir al paciente una apropiada comunicación y la tercera, devolver la estética lo que mejorará su autoestima y el aspecto social (LAUZARDO GARCIA DEL PRADO, 2003).

#### 9.2.1 HISTORIA CLÍNICA

Es un documento médico-legal que nace de la interacción entre el odontólogo y el paciente, que reúne toda la información necesaria para una correcta atención.

#### 9.2.2 ANAMNESIS

Esta interacción empezará con un interrogatorio emitido por parte del odontólogo donde el paciente deberá explicar los motivos por los cuales acude a la consulta, antecedentes personales y familiares, sus problemas sistémicos de relevancia y deberá constar información respecto a su estado psicológico, clínico y radiográfico; lo cual ayudará a establecer un correcto diagnóstico y un adecuado plan de tratamiento (Margareta Molin Thorén, 2014).

Toda esta información debe estar detallada en un documento, ya que forma la base para el tratamiento apropiado, e informa al paciente de las posibilidades, limitaciones y otras circunstancias inherentes a la restauración sugerida; de modo que las expectativas pueden ajustarse a un nivel realista, (Margareta Molin Thorén, 2014)

### 9.2.3 EXÁMEN FÍSICO

#### 9.2.3.1 Extra Oral

El examen extra oral del paciente edéntulo inicia desde el momento que de la primera consulta, mientras se realiza la anamnesis puede revelar ciertos cambios en el perfil facial, especialmente en la edad avanzada. Se observa su aspecto, buscando verificar características tales como dimensión vertical, soporte del labio, línea de sonrisa y altura incisal (Telles, 2011).

Es importante incluir la palpación de la articulación temporomandibular (ATM), de algún tipo de dolor oro facial y hacer una evaluación de la musculatura (masétero, temporal, músculos cervicales etc.). La inflamación, el chasquido, la apertura o movilidad limitada de la mandíbula, la desviación durante el movimiento mandibular o sensibilidad de los músculos de cierre pueden indicar la presencia de una disfunción (Margareta Molin Thorén, 2014).

La mandíbula tiende a aproximarse al maxilar, dando al rostro un aspecto fruncido, de sobrecierre. Además, los labios y las mejillas tienden a colapsar debido a que los dientes y el hueso alveolar ya no están. Los ángulos de la boca están descendidos, los surcos nasolabiales son más acentuados y el surco mentolabial tiende a desaparecer (Margareta Molin Thorén, 2014).

Los posibles hallazgos de importancia para las evaluaciones estéticas subsecuentes como asimetrías faciales, color de piel, movilidad de los labios durante el habla y la sonrisa, deben observarse y tomarse en consideración de construir una prótesis. Si estos aspectos no son advertidos o son ignorados, la probabilidad de que la prótesis futura de integre armoniosamente con los demás rasgos faciales reduce significativamente (Margareta Molin Thorén, 2014).

#### 9.2.3.2 Intra Oral

El examen debe incluir todos los tejidos orales, entre los más importantes son:

Rebordes: El grado de resorción debe ser evaluado y posiblemente clasificado. Esto es importante debido a su efecto en la retención y la estabilidad para la prótesis.

Deben identificarse los torus maxilares o mandibulares, u otras exostosis. Estas condiciones a menudo crean problemas para la construcción y utilización de las prótesis, por esta razón se indica en ocasiones su reducción o eliminación quirúrgica (Margareta Molin Thorén, 2014).

Mucosa: también debe ser evaluada, verificando que no tenga una patología. Generalmente pacientes que usan prótesis mal adaptadas o mal higienizadas son candidatos a presentar una o varias de estas patologías bucales como candidiasis, estomatitis protésica, queilitis angular etc.; que pueden inducir a una reacción hiperplasia que complicará un poco el tratamiento protésico (Margareta Molin Thorén, 2014).

Lengua y músculos: En la revisión de la lengua debemos tomar en cuenta, el tamaño, forma y color. Generalmente la hipertrofia es influye al momento de colocar nuevas prótesis. En cuanto a los músculos revisaremos que no estén hipertrofiados o presenten una función anormal (Margareta Molin Thorén, 2014).

Saliva: Es el principal agente de retención de la prótesis total también remueve restos de alimentos, tiene acción antibacteriana, ayuda a la masticación, lubricación y protege a la mucosa. Por eso se debe evaluar la cantidad y la calidad del flujo salival para evitar o tratar complicaciones que afecten el tratamiento con una prótesis total (Telles, 2011).

#### 9.2.3.3 Examen Radiográfico

“Ningún examen bucal en el paciente edéntulo debe considerarse adecuado o completo sin un estudio radiográfico previo a la rehabilitación completa” (José Yoshinori Ozawa Deguchi, 2010, pág. 117).

Para este estudio solicitaremos al paciente radiografías panorámica y periapical.

La radiografía panorámica proporciona una imagen general inicial de las dimensiones óseas en sentido vertical del maxilar superior y la mandíbula, también brinda información preliminar de los senos maxilares, cavidad nasal, agujero

mentoniano, dientes presentes o posibles diagnósticos de alteraciones patológicas (Telles, 2011).

La radiografía periapical brinda una imagen más detallada de aspectos de interés observados previamente en la radiografía panorámica. La ventaja de este tipo de imagen es que son de bajo costo y de fácil obtención (Telles, 2011).

Sin embargo las radiografías mencionadas son de precisión limitada y para tratamientos más complejos, donde involucren implantes por ejemplo, deberán ser manejados con tomografía ya que se necesitará medidas más exactas y precisas (Telles, 2011).

#### 9.2.4 PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS

##### 9.2.5 IMPRESIÓN PRIMARIA

El propósito de esta impresión es reproducir los tejidos de soporte y modelar la periferia con la mayor precisión posible para obtener modelos de estudio (Margareta Molin Thorén, 2014). Debe replicar la situación de los frenillos de labios, paladar duro, tuberosidades y carrillos a través de una cubeta metálica estándar o de stock exclusiva para personas edéntulas (Ingrit Grunert, 2008). El material de elección para obtener esta replica en negativo es el alginato, material hidrocoloide irreversible, que por sus propiedades de viscosidad y de fácil manipulación permite el desplazamiento al momento de la impresión sin presionar los tejidos blandos (Telles, 2011).

##### Pasos

- Seleccionar la cubeta y comprobar en boca del paciente. Se puede usar un compás de punta seca que facilite esta selección. La cubeta debe tener retenciones para que le material se retenga (Telles, 2011).
- El paciente se enjuagará con un colutorio para disminuir la tensión superficial, lo cual permitirá mayor fluidez del material y la eliminación de sangre y saliva
- Se mezcla el alginato con agua en una taza de caucho y con una espátula.

- Una vez mezclado y espatulado se coloca el material en la cubeta y se lo lleva a la boca del paciente (Ernest Mallat Desplats, 2004).
- Se moldea el alginato masajeando las mejillas desde afuera y en caso de que fuera una impresión de la mandíbula, se le pide que mueva su lengua (Ingrit Grunert, 2008).
- Después de solidificarse el material, retira en un solo movimiento, se aclara con agua y se revisa si no hay burbujas. Si presentara burbujas se podría tomar otra impresión, con alginato más fluido sobre la misma impresión.
- Una vez tomado la impresión se puede desinfectar con hipoclorito de sodio al 1% y posteriormente será vaciado con yeso para obtener los modelos que servirán para estudio (Telles, 2011).

#### 9.2.6 CUBETA INDIVIDUAL

La cubeta individual debe ser confeccionada a partir de los modelos obtenidos en la impresión primaria, sirve para optimizar la impresión definitiva y esta reproducirá dimensionalmente la prótesis definitiva (Giulio Preti, 2008).

En el modelo de estudio se debe diseñar con un lápiz por donde va ir los bordes de la cubeta individual analizando áreas de posible retención, frenillos labiales, inserciones musculares etc. Una vez diseñado debe fabricarse con un material rígido para resistir fuerzas de distorsión como el acrílico que a diferencia de materiales termoplásticos no lo hacen (Margareta Molin Thorén, 2014).

Si hubiese zonas retentivas deberán ser aliviadas con cera para que facilite el retiro de la cubeta individual del modelo, La cubeta individual debe tener el suficiente espacio para ser llenado por el material de impresión. También, deben tener un mango que no interfiera con los labios y no dificulte la entrada y salida al momento de ser usada en boca (Telles, 2011).

Una vez ya fabricada se debe comprobar la adaptación en la boca del paciente evaluando su ajuste y retención. Si los modelos de estudio fueron hechos correctamente la cubeta no debería presentar ningún problema al llevar, sin embargo

cuando hay problemas entre los más comunes tenemos la sobreextensión o y al subextensión. Para revisar estos problemas se debe colocar la cubeta en la boca y retraer los labios, las mejillas y en caso de ser cubeta para mandíbula movimiento de la lengua. Así se observara si hay algún tipo de resistencia o dislocación, se deberá rebajar en las zonas de sobreextensión, si esta corta (subextendida) se deberá rellenar de nuevo con el material. Una de las pruebas finales que garanticen la adaptación es dejar la cubeta en la boca relajada y observar si permanece en el lugar (Margareta Molin Thorén, 2014).

#### 9.2.7 SELLADO PERIFÉRICO

Es un procedimiento que tiene como propósito lograr un íntimo contacto del borde protésico con los tejidos limitantes, fijando un material en los bordes de la cubeta individual para asegurar y facilitar la impresión definitiva (Margareta Molin Thorén, 2014).

El material de elección es la godiva de baja fusión en bastón ya que presenta varias ventajas como una adecuada fluidez al momento de comprimir los tejidos, buena adhesividad a la cubeta, rigidez al enfriarse y buena estabilidad dimensional en la boca. Para colocar la godiva en los bordes la cubeta debemos calentarla en un mechero por pocos segundos y colocarla de a poco en las zonas periféricas de la cubeta, luego de haber cubierto una sección, se llevara la cubeta junto con la godiva ya colocada a un recipiente con agua caliente para disminuir ligeramente la rigidez que esta haya tomado y luego se la llevara en boca para que se moldee de acuerdo a movimientos pasivos y activos que realice el paciente; finalmente esperaremos unos segundos hasta que la godiva tome rigidez y podamos retirarla de la boca del paciente. Se evaluará el sellado periférico correcto cuando la godiva presente tenga un adecuado espesor, contorno redondeado sin dobladuras o rugosidades y que no se encuentre en la parte interna de la cubeta. Si la godiva presenta un aspecto afilado indica que falta material para rellenar el fondo de vestíbulo en cambio si la godiva queda desplazada hacia la parte externa de la cubeta dejando un pequeño espesor de material en la cubeta, puede que la cubeta este sobreextendida (Telles, 2011).

Una vez conformada la cubeta individual con un buen sellado periférico se tomará la impresión definitiva

#### 9.2.8 IMPRESIÓN DEFINITIVA

El propósito de esta impresión es que posea la capacidad de reproducción exacta compatible con los detalles de la mucosa donde se vaya a confeccionar la prótesis (Telles, 2011). Para tomar impresión se prepara el material que vayamos a usar, entre los más utilizados son las pastas zinc-enólicas (base de óxido de zinc) y las siliconas (elastómeros) que tienen una buena viscosidad y son de fácil manipulación; este material se coloca dentro de la cubeta individual y el sellado periférico y luego se lo lleva a la boca del paciente: Asentamos la cubeta lentamente con movimientos laterales para facilitar el fluido del material en el caso de ser cubeta inferior indicamos al paciente que mueva la lengua suavemente hacia todos los lados a la vez que nosotros estabilizamos la cubeta con los dedos. Al terminar revisaremos que no haya defectos en la superficie interna y/o externa. Si ocurriera esto la cubeta debe ser examinada y la impresión debe ser nuevamente tomada (Margareta Molin Thorén, 2014).

#### 9.2.9 RODETES DE ALTURA

Se confeccionan sobre una cubeta individual realizada en los modelos obtenidos de las impresiones funcionales, simulando los procesos alveolodentarios que se han perdido, estos ayudarán a establecer los planos guías y las relaciones intermaxilares (Vito Milano, 2011). El material utilizado para la elaboración de rodetes es la cera y deberán ser estables para posteriormente ser evaluados en la boca (Margareta Molin Thorén, 2014).

La morfología del rodete en el maxilar superior debe simular la posición de los dientes. El espesor de cera en la parte anterior debe simular los márgenes incisales y en el sector distal, el de la superficie oclusal (Giulio Preti, 2008). La altura de este rodete por el sector vestibular anterior es de 22mm distancia que se mide desde el fondo del saco vestibular y el borde incisal. En cambio la altura del rodete en el maxilar inferior en el sector vestibular anterior es de 18mm. Estos deben ir

disminuyendo hasta alcanzar unos 8mm en la zona de molares del maxilar y en los rodetes inferiores hasta que estén a nivel del trígono retromolar (Ingrit Grunert, 2008).

#### 9.2.10 PLANOS DE ORIENTACIÓN

Son parámetros estéticos trazados en el rodete de altura superior que nos ayudan a recuperar el contorno adecuado del tercio inferior de la cara como son el plano oclusal, soporte labial, altura incisal, línea de sonrisa, corredor bucal y línea media (Telles, 2011).

La orientación correcta del plano oclusal debe ser paralelo al plano de Camper (línea desde el ala de la nariz al trago de la oreja) y a la línea bipupilar (Telles, 2011). Este paralelismo se debe ser realizado con una platina de Fox, en caso de que no hubiera paralelismo se deberá aumentar o disminuir la altura de la cera del rodete (Giulio Preti, 2008).

En el soporte labial se recupera la estética a través del posicionamiento de los músculos orbiculares aumentando la inclinación del rodete en la parte anterior con el objetivo de que los labios tomen un mejor perfil (Telles, 2011).

La altura incisal es la que determinará el número y la altura de los dientes que expondrá el paciente. Esta cantidad de exposición dental varía considerablemente de una persona a otra pero como guía puede quedar 1-2 mm expuesto por debajo del labio superior relajado. Generalmente en esta etapa se puede evaluar la sonrisa y el habla pero el rodete suele ser más ancho y dificulta estas acciones (Margareta Molin Thorén, 2014).

La línea de la sonrisa corresponde a una curvatura guiada por el borde superior del labio inferior, para esto le pediremos al paciente que sonría y una vez que lo haga trazaremos con un instrumento la línea que se forme por el borde superior del labio inferior en el rodete (Telles, 2011).

El corredor bucal es el espacio que hay entre la superficie vestibular de los dientes posteriores y la mucosa interna de la mejilla, que brinda un nivel de naturalidad a la

sonrisa a través de un efecto de gradación de los dientes antero posterior. Se pide al paciente que sonría para equilibrar estos espacios y delimitar el segmento anterior (Telles, 2011).

Generalmente la línea media imaginaria facial coincide con el frenillo medio del maxilar superior, colocaremos el rodete y con un instrumento trazaremos ésta línea que dividirá los dos incisivos centrales en la futura prótesis (Vito Milano, 2011).

### 9.2.11 RELACIÓN INTERMAXILAR

Una vez modificado el rodete de altura superior tenemos que establecer una relación intermaxilar con el rodete inferior restableciendo la posición de la mandíbula tanto en el plano vertical como en el horizontal (Telles, 2011).

#### Dimensión Vertical

Es la distancia vertical del tercio inferior de la cara determinada por la cantidad de separación del maxilar y la mandíbula (José Yoshinori Ozawa Deguchi, 2010).

Para determinar el plano vertical hay varios métodos:

- Método métrico se basa en la distancia del canto externo del ojo hasta la comisura labial debe ser igual a la distancia del punto subnation al gnation. A pesar de ser un método muy utilizado, solo pocas personas tienen esta relación y no suele coincidir dicha medición (Telles, 2011).
- Método fisiológico mantiene la posición de la mandíbula en reposo, para esto el paciente deberá sentarse en posición vertical, tragar saliva y después de hacerlo deberá quedarse en esa posición por un par de minutos, aquí el paciente se encontrará relajado y con una regla milimetrada medimos el tercio inferior disminuyendo los 2 a 4 mm de espacio funcional libre (Margareta Molin Thorén, 2014).
- Método estético se basa en la reconstrucción del tercio inferior modelando las superficies labiales de los rodetes de tal forma que reproduzcan la posición de los dientes de manera natural. Si hubiese algún tipo de alteraciones serían perceptibles fácilmente por el operador. Para este método se necesita

experiencia para esperar buenos resultados (José Yoshinori Ozawa Deguchi, 2010).

- Método fonético se basa en la pronunciación de palabras con letras s, v o t esto hace que las arcadas de la relación se aproximen en la parte anterior. Si al momento de pronunciar estas letras la separación entre los rodetes es muy amplio, significa que tenemos un plano vertical pequeño. Si las en cambio topan al emitir los sonidos indica un plano vertical grande (José Yoshinori Ozawa Deguchi, 2010).

Independiente del método que se ocupe para el ajuste o modificación se deberá aumentar o disminuir la cera de los rodetes con una plancha metálica calentada por un tipo mechero (Vito Milano, 2011).

### Relación Céntrica

Es la posición más posterior de la mandíbula en donde los cóndilos están en posición superior anterior, que sirve para establecer una referencia intermaxilar en el plano horizontal (José Yoshinori Ozawa Deguchi, 2010).

Para determinar el plano horizontal hay varios métodos:

- Método de manipulación consiste en llevar la mandíbula a la posición más retraída con las manos. No importa la técnica que se use, lo importante es no guiar sin presionar ni forzar al momento de manipulación (Telles, 2011).
- Método fisiológico utiliza la manipulación de la mandíbula guiándose por parámetros fisiológicos del paciente como pedirle que ponga la punta de la lengua en el paladar o pedirle al paciente que trague saliva asumiendo que la posición que toma la mandíbula en esos momentos será la posición de registro (Telles, 2011).
- Métodos mecánicos y gráficos son procedimientos que utilizan dispositivos para el registro de la actividad funcional de los movimientos mandibulares como el arco gótico de Gysi, mesa registradora entre otros (José Yoshinori Ozawa Deguchi, 2010).

Para el método de manipulación o fisiológico, la cera debe estar reblandecida colocada sobre uno de los rodets y al momento que el paciente cierre la boca, se deben marcar las incisiones anteriormente excavadas sobre el rodete antagonista para realizar un encastre que guíe la posición obtenida (Vito Milano, 2011).

#### 9.2.12 TRANSFERENCIA AL ARTICULADOR

Los registros cénicos obtenidos con modelos y los rodets de altura se montan en un articulador, que simulará los movimientos mandibulares y permitirá que el técnico dental enfile los dientes artificiales (Margareta Molin Thorén, 2014).

Los articuladores pueden ser simples, semiajustables y ajustables. Una buena opción para prótesis total es el articulador semiajustable ya que los movimientos y posiciones mandibulares realizadas en los registros intermaxilares serán exactos (José Yoshinori Ozawa Deguchi, 2010).

##### Montaje del modelo superior

Para el montaje del modelo superior necesitamos un arco facial, éste es un artefacto que registra la posición espacial de los arcos dentarios con respecto a la articulación temporomandibular y lleva la posición del modelo superior final en el articulador semiajustable (José Yoshinori Ozawa Deguchi, 2010). Pero su uso en prótesis total está siendo cuestionado por lo que al momento de ajustar el plano oclusal con el plano de referencia superior ya se estaría compensando una posible discrepancia con el plano horizontal, así no se utilizaría el arco sino solo una mesa de montaje para transferir al articulador (Telles, 2011).

##### Montaje del modelo inferior

Para el montaje del modelo inferior se colocarán los rodets nuevamente en la boca, se pide al paciente que cierre la boca y que la mantenga así por varios segundos, mientras nosotros colocamos grapas o con pasta de zinc y eugenol como interfaz para sujetar la posición de los rodets en boca. Luego retiramos de nuevo los rodets juntos de la boca del paciente, los colocamos en el modelo superior que ya estaba montado en el articulador semiajustable, le damos vuelta al articulador de manera que

quede el modelo superior al revés y empatamos el modelo inferior a los rodetes ya interpuestos (Telles, 2011).

### 9.2.13 SELECCIÓN DE DIENTES

#### Tamaño

Se busca una relación de altura y anchura de los dientes, una manera de hacerlo es pidiéndole al paciente que sonría, en esa posición labial marcaremos el borde inferior del labio superior (línea alta) y las comisuras en el rodete. Al sacar el rodete mediremos la distancia de esa línea marcada a la superficie oclusal del rodete de cera y la distancia entre comisuras. La medida vertical corresponderá el alto del incisivo central y la medida obtenida entre comisuras corresponderá anchura de los dientes anteriores (de distal a distal de los caninos) (Telles, 2011).

#### Forma

Se busca una relación del diente con la forma facial. Se trazan tres líneas de anchura en la cara, del cabello, de las ATM y del ángulo de la mandíbula. Si esta larga la línea del cabello es triangular, si está larga la de las ATM es ovoide y en caso de ser iguales será cuadrada. También varía en hombres y mujeres, siendo en hombres dientes más rectos y en mujeres dientes más redondos (Telles, 2011).

#### Color

Se busca una relación el color del diente con la edad y hábitos del paciente. No debe haber un parámetro como absoluto. La opinión y deseos del paciente serán incluidos (Ingrit Grunert, 2008)

### 9.2.14 PRUEBA EN CERA

En esta etapa los dientes artificiales seleccionados son enfilados según los registros enviados y servirá como evaluación preliminar de la prótesis final. Se pueden revisar si las posiciones de los dientes brindan un buen soporte labial, contactos prematuros, posición correcta de los dientes, una posición intercuspídea discrepante, línea media, exposición dental y sobretodo como se siente el paciente. Comprobaremos también si la dimensión vertical que elegimos este correcta según la fisionomía que observe

tanto el paciente como el operador. En esta etapa es recomendable que acuda un acompañante del paciente por si están inseguros de su aspecto protésico (Margareta Molin Thorén, 2014).

#### 9.2.15 INSTALACIÓN

##### Ajuste Preventivo

Una vez que las prótesis hayan sido acrilizadas en el laboratorio, podemos revisar que no haya pequeñas esferillas en la parte interna de la prótesis que podrían causar úlceras e incomodarle considerablemente al paciente; detectar que no haya irregularidades o asperezas que traumatizan la mucosa; debemos pasar el dedo por los bordes verificando que estén redondeados y bien pulidos (Margareta Molin Thorén, 2014).

##### Control Clínico y Ajuste Oclusal

Al instalar al paciente las prótesis verificaremos la retención, la estabilidad y la extensión periférica que tengan éstas. Se debe verificar la oclusión y articulación (Margareta Molin Thorén, 2014). En el caso de las prótesis totales debe existir por lo menos un contacto en cada cúspide céntrica, en los movimientos de lateralidad debe haber contactos de todos los dientes antagonistas a partir del canino, en los movimientos de protrusión debe haber contactos equilibrados y si es posible bilaterales posteriores. (Telles, 2011).

##### Orientaciones

Una vez corregido los errores se deben informar al paciente una correcta higienización y correcto mantenimiento de la prótesis. La limpieza de las prótesis se puede hacer mecánicamente con un cepillo dental de cerdas suaves y con un jabón líquido ya que las pastas dentales tienen abrasivos que pueden dañar la prótesis; y químicamente colocando las prótesis en un vaso con agua mezclado con un poco de hipoclorito al 2% al momento de ir a dormir (Telles, 2011).

También se debe programar una nueva cita dentro de la misma semana con el fin de observar el nivel de adaptación que tiene el paciente con la prótesis. Si tuviera

problemas en este corto tiempo se puede corregir molestias ya que si es un periodo más largo el paciente tiende a volverse en contra de la prótesis debido a la incomodidad o dolor que esta le puede haber causado (Margareta Molin Thorén, 2014).

## CAPITULO III

### 9.3 SOBREDENTADURA

La prótesis total convencional se puede considerar como uno de los tratamientos más utilizados por el odontólogo para los individuos que han perdido sus dientes. Sin embargo, por ser una prótesis soportada en tejido mucoso y que por naturaleza éste no desarrolló una adaptación para cumplir la función masticatoria, tiene un gran potencial de crear problemas al paciente como es el aumento de la reabsorción ósea y lesiones de tejidos blandos. Una forma de conseguir mejorar la estabilidad y la retención de la prótesis es mediante la utilización de una sobredentadura (Telles, 2011).

La sobredentadura es una prótesis parcial o total removible que recubre y se apoya en uno o más dientes remanentes, raíces y/o implantes osteointegrados. Brindando al paciente estabilidad y retención de forma parcial o total (Ernest Mallat Desplats, 2004).

#### 9.3.1 TIPOS DE SOBREDENTADURAS

Las sobredentaduras se las puede colocar sobre implantes o sobre dientes remanentes.

- Implanto/Soportadas
- Dento/Soportadas
  - Sin medios retentivos
  - Con medios retentivos

Las Sobredentaduras dentosoportadas sin medios retentivos son conocidas como tipo Overlay, que son prótesis totales de simple cobertura de raíces, sin anclaje sobre capuchones (Giulio Preti, 2008).

Las Sobredentaduras dentosoportadas con medios retentivos, son prótesis totales anclada a raíces residuales a través de los tipos de anclaje (Giulio Preti, 2008).

El actual tratamiento para los pacientes edéntulos, incluye la instalación de por lo menos dos implantes nivel de caninos o premolares en caso que no tenga ninguno de sus dientes. Pero si los pacientes presentan pocos dientes y en buen estado las sobredentaduras a realizarse presentarán numerosas ventajas funcionales (Telles, 2011).

### 9.3.2 VENTAJAS DE UNA SOBREDENTADURA

Existen beneficios muy marcados en la utilización de una sobredentadura como por ejemplo la preservación del hueso alveolar, mejora la retención y estabilidad, mantenimiento de sensibilidad propioceptiva y bienestar psicológico (Ernest Mallat Desplats, 2004).

#### Preservación del hueso alveolar

El hueso alveolar que está sometido a fuerzas de compresión sufre una reabsorción progresiva pero al tener restos radiculares transforman estas fuerzas compresivas en traccionales tensando el ligamento periodontal y favoreciendo la osteogénesis (Ernest Mallat Desplats, 2004).

#### Retención y Estabilidad

Las principales quejas de los pacientes que usan prótesis totales convencionales son la retención y la estabilidad, ya que estas prótesis van soportadas en mucosa que recubre el hueso remanente de los rebordes edéntulos y al no encontrarse en buen estado presenta una dificultad de adaptación provocando deficiente estabilidad por mala retención. La sobredentadura usa ciertos aditamentos de retención sobre raíces remanentes que ayudan a minimizar esos potenciales problemas y mantienen una adecuada estabilidad (Telles, 2011).

#### Sensibilidad propioceptiva

Se ha comprobado que mecanismos propioceptivos como el control de la fuerza masticatoria, el reconocimiento de tamaño textura de los objetos y posición de la

mandíbula pierden eficacia a medida que aumenta la inestabilidad de la prótesis (Ernest Mallat Desplats, 2004). La preservación de raíces, sobre todo la de los caninos que es la pieza con mayor representación neuronal en el Sistema Nervioso Central (LAUZARDO GARCIA DEL PRADO, 2003), permite el mantenimiento de estos mecanismos receptores que se encuentran en el ligamento periodontal y, por tanto, mejoran la sensibilidad propioceptiva (Giulio Preti, 2008).

#### Aspecto Psicológico

La idea del paciente de no tener ni un solo diente propio les suele incomodar (Ernest Mallat Desplats, 2004). La sobredentadura en este caso es mejor tolerada y desde el punto de vista psicológico contribuye a mantener el autoestima no sentirse totalmente desdentado (Giulio Preti, 2008).

#### 9.3.3 DESVENTAJAS DE UNA SOBREDENTADURA

- Al colocar una sobredentadura se requiere de mayor cuidado en la higiene por parte del paciente ya que si no logramos una motivación adecuada los pilares pueden afectarse y comprometer el tratamiento (Giulio Preti, 2008).
- Los costos están incrementados, debido a tratamientos previos y aditamentos que se puedan usar (Telles, 2011).
- En la zona que recubre las raíces remanentes es más abultada ya que allí no ha habido reabsorción alveolar (sobrecontorneo) (LAUZARDO GARCIA DEL PRADO, 2003).

#### 9.3.4 INDICACIONES

El tratamiento mediante el uso de sobredentaduras dentosoportadas está indicado para las siguientes situaciones:

- Cuando los dientes remanentes no presentan un buen aspecto para ser pilares de una prótesis parcial removible (Ernest Mallat Desplats, 2004).
- En el caso de una dentadura residual notablemente reducida y periodonto gravemente comprometido (Giulio Preti, 2008).

- Cuando el paciente presenta una arcada casi edéntula y el antagonista presenta todos o la mayoría de los dientes (Ernest Mallat Desplats, 2004).
- Cuando el paciente es candidato a un tratamiento con implantes u otro tipo de tratamiento más costoso pero prefiere llevar una sobredentadura por ser más económica (Ernest Mallat Desplats, 2004).

### 9.3.5 CONTRAINDICACIONES

- Cuando las condiciones de salud general del paciente no permiten sesiones largas ni frecuentes (Giulio Preti, 2008).
- Cuando la sobredentadura tendría un efecto traumático para los tejidos de sostén o un efecto antiestético (Giulio Preti, 2008).
- Cuando las piezas radicales residuales tienen pronóstico desfavorable tanto periodontal y/o endodóntico (Ernest Mallat Desplats, 2004).

### 9.3.6 CONSIDERACIONES

Para el tratamiento mediante sobredentaduras se procede a realiza el análisis de los dientes que serán usados como pilares verificando el estado periodontal y endodóntico

- Es fundamental realizar el tratamiento sobre un periodonto sano valorando grado de inflamación gingival, profundidad de sondaje, grado de movilidad, afectación de furca y la cantidad de encía insertada. Siempre se buscarán los dientes que presenten mejor relación corona - raíz. Se evaluará también la cantidad de hueso alveolar que tenga el pilar ya que determinará la capacidad ante la movilidad dentaria (Ernest Mallat Desplats, 2004).
- Si el pilar no está endodonciado, tendremos que hacerlo como parte del tratamiento para que el conducto radicular sirva para colocar un tipo de anclaje. Los dientes más favorables serán los caninos y los incisivos centrales superiores. Revisaremos que el paciente esta asintomático o si hay signos radiográficos de lesión apical (Ernest Mallat Desplats, 2004).

### 9.3.7 PREPARACIÓN DE LOS PILARES

Cuando se prepara un diente para una sobredentadura sin medios retentivos se debe reducir el brazo de palanca es decir que los muñones no sobrepasen los dos a tres milímetros el margen gingival. En caso de una sobredentadura con medios retentivos el muñón podrá sobrepasar esta distancia ya que lo único que hacen los dientes es distribuir de las cargas de la prótesis (Ernest Mallat Desplats, 2004).

A parte de rebajar a la altura adecuada será conveniente dejar un espacio que quepa el grosor del metal de al menos 0.5mm. El margen de preparación será un chámfer. Si se colocan anclajes se deben colocar cofias y ser de aleaciones metálicas ya que estas reducen el riesgo de fractura radicular (Ernest Mallat Desplats, 2004).

### 9.3.8 TOMA DE IMPRESIONES

Para la confección de la sobredentadura se realiza una impresión de la arcada completa luego de haber terminado los preparos radiculares y metálicos, esto es, pernos colados, domos y bases de ataches, sin que estos hayan sido cementados. Se utilizan siliconas en la técnica de dos pasos (Giulio Preti, 2008).

### 9.3.9 TIPOS DE ANCLAJES

Los anclajes para sobredentaduras se pueden clasificar en 3 tipos:

- Barra
- Anillos de retención (*conocidos como o-rings, corchetes o stud*)
- Magnéticos

#### 9.3.9.1 BARRA

Es un sistema de retención donde los pilares se encuentran ferulizados por una estructura metálica (Cardoso, 2009).

Más que un sistema de retención tiene por objetivo la estabilidad, distribuyendo las cargas entre los elementos que soportan las prótesis (Telles, 2011). Comparado con el sistema de anillos, es un poco más complejo porque hay que confeccionar la barra en el laboratorio. Sin embargo, proporciona más ventajas en la manutención (Rodrigues, 2007).

### 9.3.9.2 ANILLOS DE RETENCIÓN

También conocido O-rings o corchete, este tipo de sistema está compuesto de dispositivos de retención independientes (Telles, 2011).

Comparado con el sistema a barra la confección de una sobredentadura con O`rings es un sistema fácil para el técnico como para el clínico (Cardoso, 2009).

Este sistema maneja la modalidad macho – hembra, al ser cometido a cargas funcionales, permite movimientos multidireccionales, principalmente de rotación y en sentido vertical (Rodrigues, 2007). La parte macho (esfera) de este sistema de atache será colocado en el diente pilar, y las matrices hembras serán fijadas dentro de la base acrílica de la sobredentadura (Shafie, 2009).

#### INDICACIONES

- Están indicados cuando la distancia entre los pilares es muy grande, lo que dificulta la colocación de una barra (Cardoso, 2009).
- Particularmente en caso de tener únicamente dos pilares (Telles, 2011).
- Para pacientes con dificultad de una higiene oral adecuada (Rodrigues, 2007).

Se estima que el impacto del funcionamiento mecánico promueve un alivio cerca del 75% a 85% de las cargas oclusales para los dientes (Telles, 2011).

En ambos casos se puede elegir entre anclajes mecanizados y anclajes colados. En general, se puede afirmar que los anclajes axiales es preferible que sean mecanizado puesto que la calidad y la precisión de éstos supera a la de los colados. En cambio, las barras pueden ser tanto coladas como mecanizadas ya que las hembras no presentan un anclaje tan preciso como ocurre con las hembras de los anclajes axiales y permiten cierta holgura (Telles, 2011).

### 9.3.9.3 MAGNETOS

Desde el punto de vista mecánico, es un sistema parecido a los anillos de retención, la diferencia está en que tiene pequeños imanes que a través de la fuerza magnética obtienen la retención. Por su resistencia a la desmagnetización, estos dispositivos

pueden moverse en cualquier lado y promueven un alivio cerca del 95% de cargas oclusales para los dientes pilares. Sin embargo, comparados con los anillos no garantizan una buena retención y es motivo para que la mayoría de pacientes rechace este tipo de anclaje para su sobredentadura (Telles, 2011).

## 10. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

El siguiente caso clínico presenta a un paciente de sexo masculino de 69 años, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia que acude a la consulta por la colocación de una prótesis superior más por estética que por función en sí ya que por múltiples causas perdió sus piezas dentarias superiores e inferiores quedando solamente caninos superiores y un segundo molar inferior derecho (1.3/2.3 y 4.7). Clínicamente se observa diente 4.7 con restauración de amalgama mesializado, encía retraída con pérdida ósea y movilidad tipo II. Diente 1.3 con un escalón en mesial a nivel cervical y retracción gingival que expone parte de su raíz. Diente 2.3 con una giroversión distal y con retracción gingival. Ha perdido la dimensión vertical, y uno de los caninos se encuentra giroversionado por ello el plan de tratamiento con una prótesis removible no cumple con los parámetros de estética y entonces para evitar la extracción de estas piezas, se realizara tratamientos de conducto, la decapitación hasta nivel yuxtagingival y se colocaran domos /o-rings para una sobredentadura superior que ayudaran a la estabilidad y retención de la misma; a la vez que evitaremos la reabsorción ósea.

## 11. HISTORIA CLÍNICA

### 11.1 DATOS PERSONALES

- NOMRE DEL PACIENTE: Genaro Edmundo Oña Jarrín
- EDAD: 69 años
- SEXO: Masculino
- OCUPACIÓN: Comerciante

- PROCEDENCIA: Quito
- RESIDENCIA: Quito, El Recreo
- COMPOSICIÓN FAMILIAR: Padre de familia

## 11.2 MOTIVO DE CONSULTA

El motivo de consulta del paciente fue “*Quiero ponerme una plaquita en la parte de arriba*”.

## 11.3 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

El paciente presenta un problema estético debido a su ausencia marcada de la mayoría de sus dientes que fueron extraídos desde su juventud.

## 11.4 ANTECEDENTES MÉDICOS

- Antecedentes Personales: Al inicio de la historia clínica el paciente no refiere ninguna alergia o problemas sistémicos de relevancia, pero durante el tratamiento ha ido comentando que ingiere alcohol la mayoría de fines de semana.
- Antecedentes Familiares: La madre falleció con cáncer al estómago
- Antecedentes Quirúrgicos: Ninguno

## 11.5 ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

El paciente refiere haber perdido progresivamente sus piezas dentales por diferentes motivos, nos comenta que él en su juventud y adultez no tenía buena higiene bucal lo cual condujo a varias molestias como dolores al frío, al calor y a la masticación; y al no contar con el dinero suficiente para los tratamientos ofrecidos por el odontólogo optaba por sacárselos para calmar estas molestias. La última visita al odontólogo fue hace dos años y ahí se le extrajo un diente quedando solo los “colmillos” y una “muela” para poder masticar.

## 11.6 SIGNOS VITALES

- PRESIÓN ARTERIAL: 115/80 mmHg
- FRECUENCIA CARDIACA: 75 latidos/minuto

- FRECUENCIA RESPIRATORIA: 24 respiraciones/minuto
- TEMPERATURA: 36,8°

### 11.7 EXAMEN EXTRAORAL

Paciente de apariencia mesocefálico, de perfil convexo, presenta lado derecho facial caído, labios hipertónicos que al sonreír se mueven tensamente, durante el habla no pronuncia bien la letra “S” y el nivel de sonrisa es bajo.

### 11.8 EXAMEN INTRAORAL

- Clínicamente se observa carrillos, lengua, piso de boca y estado de saliva normal.
- Rebordes gingivales altos, de forma cuadrada en el maxilar y ovoidal en la mandíbula, a la palpación tanto del maxilar como de la mandíbula no presenta ningún tipo de exostosis y mucosa resilente. El sector edéntulo superior derecho se encuentra deprimido por un posible contacto con el diente 4.7 en la masticación.
- Diente 4.7 con restauración de amalgama oclusodistolingual, mesializado, encía retraída con pérdida ósea y movilidad tipo II. Diente 1.3 con un escalón en mesial a nivel cervical y retracción gingival que expone parte de su raíz. Diente 2.3 con una giroversión distal y con retracción gingival.

### 11.9 EXAMEN RADIOGRÁFICO

En la radiografía panorámica encontramos sombras radiopacas y radiolúcidas compatibles con los dientes 1.3; 2.3 y 4.7. Siguiendo el reborde del maxilar superior confirmamos la depresión ósea producida por el contacto del diente 4.7 contra esa zona.

En la Radiografía periapical observamos el estado periodontal de las piezas que aún quedan en boca. Aquí se valora el diente 4.7 para incluirlo o no en el plan de tratamiento.

## 11.10 DIAGNÓSTICO

Paciente edéntulo parcial superior e inferior

## 11.11 PLAN DE TRATAMIENTO

- Exodoncia de la pieza 4.7
- Tratamiento de conducto de los dientes 1.3 y 2.3 (Biopulpectomia)
- Sobredentadura en el maxilar superior con aditamentos O´rings en dientes 1.3 y 2.3
- Prótesis Total convencional en el maxilar inferior

## 11.12 PRONÓSTICO

Una vez examinado la calidad del reborde inferior y la ubicación de los dientes pilares para una sobredentadura superior el pronóstico es favorable

# 12. PROCEDIMIENTO CLÍNICO

## 12.1 PRIMERA SESIÓN

El paciente acude a la clínica odontológica de la UIDE, elaboramos la historia clínica general en la cual obtenemos los datos suficientes para establecer un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado. Se analiza y se comparte toda la información con el paciente con respecto a ventajas, desventajas, duración y costo del tratamiento. Finalmente el paciente acepta y se procede inmediatamente a tomar impresiones primarias o también llamadas de diagnóstico para que luego en los modelos de yeso obtenidos (Fig. 1) de éstas analicemos detalladamente el terreno protésico.



*Figura 1. Modelos de Estudio*

Tomamos fotos iniciales, de frente, de perfil y de sonrisa (Fig.2) que ayuden a establecer posibles asimetrías y sirvan como evidencia en la historia clínica. En este caso, el paciente presenta el lado derecho facial caído con respecto a lado izquierdo y la prominencia canina izquierda más marcada que la derecha, también se observa un perfil convexo y se puede apreciar parte de la corona de los caninos superiores al momento de sonreír.



*Figura 2. Fotos Extraorales*

También se toma fotografías intraorales (Fig.3) en donde podemos apreciar carrillos, lengua, piso de boca y estado de saliva normal. Rebordes gingivales altos, de forma cuadrada en el maxilar y ovoidal en la mandíbula, a la palpación no presenta exostosis maxilar ni mandibuloar y con mucosa resilente. El sector edéntulo superior derecho se encuentra deprimido por un posible contacto con el diente 4.7 en la masticación. Diente 4.7 con restauración de amalgama oclusodistolingual, mesializado, encía retraída con pérdida ósea y movilidad tipo II. Diente 1.3 con un

escalón en mesial a nivel cervical y retracción gingival que expone parte de su raíz. Diente 2.3 con una giroversión distal y con retracción gingival.



*Figura 3. Fotos Intraorales*

Tomamos radiografías periapicales y observamos el estado periodontal de las piezas que aún quedan en boca. Aquí se valora el diente 4.7 para excluirlo del plan de tratamiento y programar la extracción para la siguiente sesión.



*Figura 4. Radiografía Periapical 4.7*

El paciente acude a la clínica con su radiografía panorámica y confirmamos presencia de los dientes 1.3/2.3 y 4.7. La zona superior derecha con una depresión compatible

con una reabsorción producida por el contacto con el diente inferior antagonista 4.7.



*Figura 5. Radiografía Panorámica*

## 12.2 SEGUNDA SESIÓN

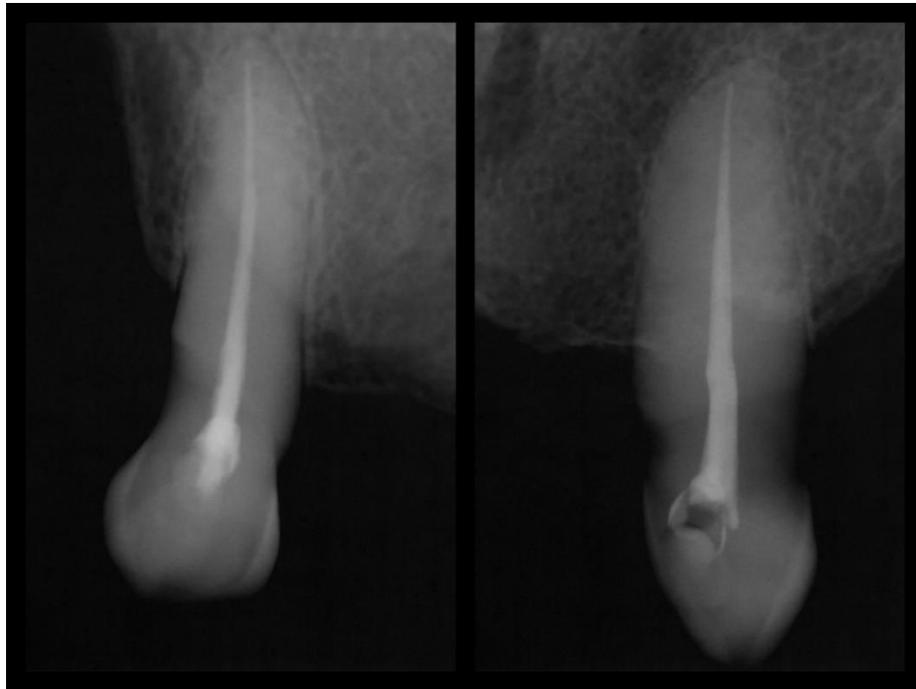
Una vez descartado el diente 4.7 para el tratamiento protésico por el análisis clínico y radiográfico procedemos a realizar la extracción bajo anestesia local troncular con anestésico sin vaso constrictor a los nervios dentario inferior, bucal largo y lingual. Con una técnica de extracción convencional con fórceps N<sup>o</sup> 151. Aprensión en la zona interradicular, movimientos de lateralidad de vestibular a lingual y una tracción final al lado vestibular. Revisión de la cavidad y del diente extraído. Sutura y los cuidados post quirúrgicos como son la aplicación de frío local extraoral en la zona las primeras 48 horas luego aplicar calor local extraoral. Se envía ibuprofeno de 600mg cada 8 horas por 3 días para reducir cuadro de inflamación, principalmente el dolor. Y se cita dentro de 8 días para el retiro de la sutura.



*Figura 6. Extracción del diente 4.7*

### 12.3 TERCERA SESIÓN

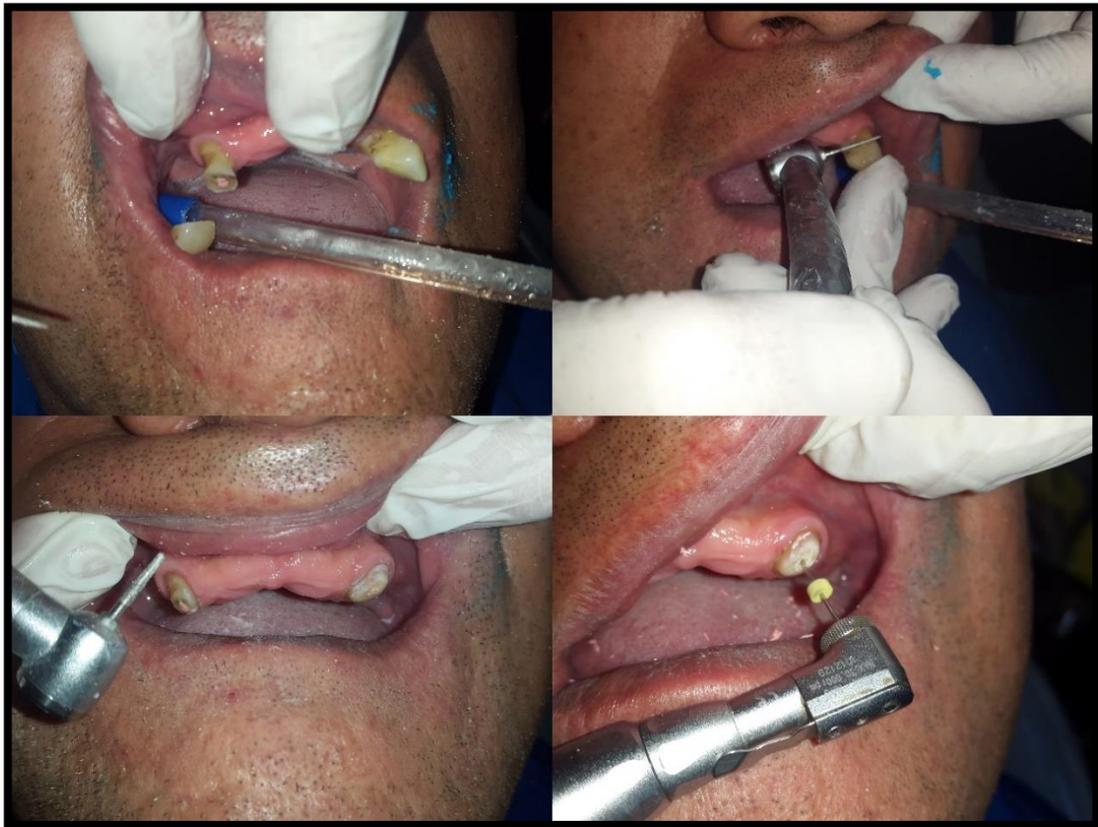
Se realiza el tratamiento de conducto de los caninos (biopulpectomia) en una sola cita, bajo aislamiento absoluto. Para aprovechar el tiempo se elabora en esta sesión las cubetas individuales.



*Figura 7. Endodoncia de Caninos 1.3 y 2.3*

## 12.4 CUARTA SESIÓN

En esta sesión se corta a nivel gingival las coronas de los caninos previamente endodonciados, se realiza el tallado en donde se asentará los domos de los anclajes y luego se procede a desobturar cada conducto. La obturación del diente 1.3 es de 18 mm y la desobturación es de 14mm; la obturación del diente 2.3 es de 18mm se desobtura 14mm.

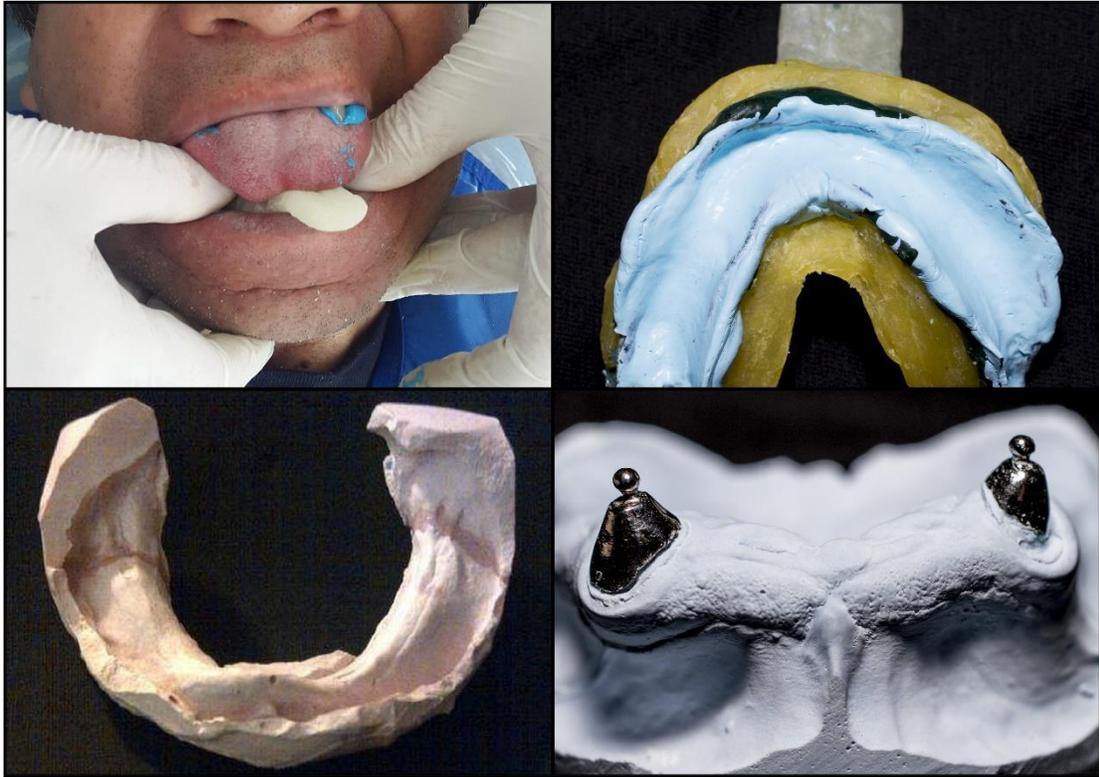


*Figura8. Desobturación*



*Figura 9. Tallado*

Se realiza el recorte muscular probándole al paciente las cubetas individuales con el sellado periférico. Luego se realizan las impresiones funcionales. Vaciamos y obtendremos modelos definitivos en donde el laboratorio colará los pernos con los domos O´ring para la sobrendentadura.



*Figura 10. Modelos Definitivos*

## 12.5 QUINTA SESIÓN

Una vez elaborado los rodetes de altura, llevamos el rodete superior a boca para realizar el plano de orientación con ayuda de la platina de Fox. Analizando el plano de Camper, la línea pupilar para que luego con ayuda del arco facial llevarlo al articulador. Con la ayuda del rodete inferior se analiza la dimensión vertical y una vez establecido lo sujetamos con unos clips para sacarlo y montarlo en el articulador.



*Figura 11. Planos Guías*

## 12.6 SEXTA SESIÓN

Ya establecidos la relación intermaxilar en el articulador semiajustable llevamos al laboratorio para su enfilado.



*Figura 12. Rodetes de Altura en Articulador*

## 12.7 SEPTIMA SESIÓN

En boca del paciente se revisa la prueba de enfilado que ha elaborado el laboratorio dental, la dimensión vertical, oclusión, y estética. Se comprueba la adaptación de los pernos con los domos o`ring en los dientes. En este caso el paciente tuvo un ligero abultamiento en la zona anterior de la sobredentadura, el cual se corrigió eliminando parte de la encía artificial de la sobredentadura. Una vez satisfecho el paciente se envía al laboratorio a finalizar con el acrilado.

## 12.8 OCTAVA SESIÓN

Recibidas las prótesis finalizadas, se prueba en el paciente y se corrige puntos de contactos que impiden el cierre adecuado de las prótesis, analizamos oclusión, dimensión vertical y estética una vez más. Comprobando que los pernos con los

domos o ´rings se asienten junto con la prótesis. Una vez que se observa una adecuada adaptación se procede a la instalación. Previamente desinfectados los conductos y los pernos con los aditamentos pasamos a cementarlos con ionómero de vidrio bajo aislamiento relativo. Esperamos unos minutos y colocamos las prótesis ya terminada. Al paciente se menciona la higiene y el mantenimiento adecuado de las prótesis. Y se lo cita para una próxima evaluación.



*Figura 13. Desinfección de pernos con domos o ´rings*



*Figura 14. Cementación Definitiva de pernos con domos o´rings*



*Figura 15. Sobredentadura superior y Prótesis total infeior*

## 12.9 NOVENA SESIÓN

Revisamos las molestias que presenta el paciente, sitios donde se ha lesionado la mucosa para aliviar o rebajar las prótesis. Como es un aparato extraño para la boca del paciente, lo alentamos a tratar de acostumbrarse, a que lea para mejorar la

pronunciación. Y lo citaremos para una próxima evaluación a espera de una evolución favorable.

### 12.10 DÉCIMA SESIÓN

Chequeamos los sitios aliviados y la mejora del paciente ante las lesiones que se hayan presentado, y finalmente tomamos las fotos finales extraorales donde observamos una significativa mejoría en el aspecto físico y estético. La sobredentadura tiene una buena retención y estabilidad al momento de masticar. Y el aspecto emocional del paciente cambió positivamente logrando una relación interpersonal más alegre y segura.



*Figura 16. Fotografías finales extraorales*

### 13. DISCUSIÓN

En pacientes con edad avanzada es necesario tener un buen criterio que no implique siempre extraer los dientes remanentes para la confección de una prótesis total. Ya que al extraer un diente el reborde alveolar pierde paulatinamente volumen y reduce la altura provocando una atrofia ósea de ese sector; como consecuencia, una hiperplasia de los tejidos mucosos que lo recubren. La atrofia en el sector anterior del maxilar superior ocasiona la disminución de altura que se prolonga hacia el contorno vestibular bucal y labial, lo que acentúa el síndrome de combinación (José Yoshinori Ozawa Deguchi, 2010).

En el maxilar superior la retención ofrecida por el reborde, músculos y la saliva es suficiente para mantener estabilidad de una prótesis convencional, sin embargo, es frecuente que la zona anterior se encuentre muy reabsorbida con una encía gruesa y móvil lo que compromete la estabilidad y retención de la prótesis. (Ernest Mallat Desplats, 2004)

Por la calidad de hueso que presenta el maxilar superior se recomienda el mantenimiento de raíces sobre todo en la región anterior para prevenir esta reabsorción (Telles, 2011).

Cuando se recurre a una sobredentadura, se debe considerar la posición de las piezas residuales y su morfología radicular. En el maxilar superior los caninos y los incisivos centrales son las piezas más importantes ya que por su anatomía radicular contribuye a conservar la integridad estructural de la premaxila. Así pues, cuando los pilares se encuentren en la zona canina y premolar dispuestos simétricamente será más ventajoso que la zona incisal o molar por la presencia de los ejes de rotación desfavorables (Giulio Preti, 2008).

## 14. CONCLUSIONES

- Se devolvió la función masticatoria y la estética que no había tenido el paciente por varios años
- Se realizó un plan de tratamiento no invasivo, el cual incluyó la conservación de las raíces de sus caninos
- Se preservó hueso alveolar de la zona anterior del maxilar superior
- La estabilidad y la retención de la sobredentadura mejoró significativamente con el uso de aditamentos protésicos o'rings
- Aumentó el autoestima y bienestar del paciente en el ámbito personal, familiar y social

## 15. RECOMENDACIONES

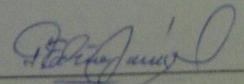
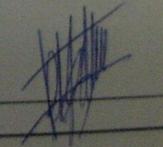
- Recordar al paciente que debe pasar un proceso de adaptación paulatino, usándola por pequeños intervalos de tiempo en la casa y haciendo ejercicios de masticación y fonación hasta que pueda masticar y hablar adecuadamente. Y al principio mantener una dieta basada en alimentos suaves.
- Si el paciente siente molestias serias en las encías o cualquier otra parte de la boca o a su vez se fractura o algún diente se caiga, que no use más la prótesis y que se comunique con nosotros para que hagamos los alivios y ajustes necesarios.
- Después de cada comida debe cepillar las prótesis así mismo cepillar los dientes remanentes con un cepillo normal.
- No usar las prótesis durante la noche. Después de cepillarlas muy bien, se debe dejar en un recipiente higiénico con agua hervida.
- Las prótesis no duran para toda la vida. Después de 5 a 6 años es necesario cambiarla por una nueva, aunque aparentemente se vea en buen estado.

## 16. BIBLIOGRAFÍA

- Alan B. Carr, G. P. (2006). *McCracken PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE*. Madrid: Elsevier.
- Cardoso, A. C. (2009). *PASO A PASO EN LA PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES*. Livraria Santos .
- Ernest Mallat Desplats, E. M. (2004). *PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE Y SOBREDENTADURAS*. Madrid : Elsevier.
- Giulio Preti, F. B. (2008). *REHABILITACIÓN PROTÉSICA - Tomo 2*. Amolca.
- Ingrit Grunert, M. C. (2008). *PRÓTESIS TOTAL estético-funcional-individual*. Barcelona: Quintessence.
- José Yoshinori Ozawa Deguchi, J. L. (2010). *FUNDAMENTOS DE PROSTODONCIA TOTAL*. México: Trillas.
- LAUZARDO GARCIA DEL PRADO, G. e. (2003). La sobredentadura, una opción válida en Estomatología. *Rev Cubana Estomatología*, pp. 0-0.
- Margareta Molin Thorén, J. G. (2014). *PROTESIS REMOVIBLE*. Dinamarca : AMOLCA.
- Rodrigues, D. M. (2007). *MANUAL DE PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES*. Sao Paulo: Artes Médicas .
- Shafie, H. R. (2009). *MANUAL CLÍNICO DE LAS SOBREDENTADURAS SOBRE IMPLANTES*. Oxford: Amolca.
- Telles, D. (2011). *PRÓTESIS TOTAL - convencional y sobrevimplantes* . São Paulo: Livraria Santos .
- Vito Milano, A. D. (2011). *PROTESIS TOTAL - Aspectos gnatólogicos Conceptos y procedimientos*. Milano: Amolca.

# ANEXO 1

## Historia Clínica – Datos Informativos y Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLÓGIA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS												
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA			
						PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA				
									7129			
1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN												
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		No. CÉDULA DE CIUDADANÍA				
Oña		Jurcín		Genaro		Edmundo		1701859470				
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y No. - MANZANA Y CASA)					BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (U/R)	No. DE TELÉFONO		
Miguel Hermoso 279					Temprero	Conl.	Auto.	Pichincha		2652672		
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD AÑOS CUMPLIDOS	SEXO		ESTADO CIVIL					
1-Abr-45	Auto	ecuatoriana		69	M	F	SOL	CAS	DIV	VIU	U-L	INSTRUCCIÓN ÚLTIMO AÑO APROBADO
					<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
FECHA DE ADMISIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA			TIPO DE SEGURO DE SALUD			REFERIDO DE				
3-Oct-2014	Comerciante al por mayor											
EN CASO NECESARIO LLAMAR A		PARENTESCO AFINIDAD		DIRECCIÓN			No. DE TELÉFONO					
Jenet Oña		Hermana		Miguel Hermoso 279			2618944					
CÓDIGO URBANA R=RURAL M=MASCULINO F=FEMENINO SOL=SOLTERO CAS=CASADO DIV=DIVORCIADO VIU=VIUDO U-L=UNIÓN LIBRE												
								CÓDIGO				
								ADMISIONISTA				
AUTORIZACIÓN												
FECHA: <u>3-Oct-2014</u>												
YO: <u>Genaro Oña</u> con C.I. No. <u>1701859470</u>												
En conocimiento que la Clínica de Especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador "Servicio Docente" su tratamiento lo realiza especialistas y estudiantes.												
Se me ha expresado adecuadamente las actividades esenciales que se realizaran sobre el tratamiento de mis problemas bucales.												
AUTORIZO a que se me realice procedimiento de diagnóstico y tratamiento clínico quirúrgico con el estudiante asignado, comprometiéndome a cancelar los valores correspondientes previo el tratamiento indicado.												
NOMBRE DEL PACIENTE:		<u>Genaro Oña</u>										
FIRMA DEL PACIENTE:												
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		<u>David Aguayo</u>										
NOMBRE DEL TUTOR:		<u>Dr. Fernando Aguilera</u>										
FIRMA DEL TUTOR:												

## ANEXO 2

### Historia Clínica – Antecedentes y Odontograma del Paciente

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE <i>Genaro</i>		APELLIDO <i>Ora</i>		SEXO (M-F) <i>F</i>	EDAD <i>69</i>	N° HISTORIA CLÍNICA		
MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	10 - 14 AÑOS PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA				
<b>1 MOTIVO DE CONSULTA</b> <i>"Quiero pasarme placa"</i>										
<b>2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL</b> <i>Dientes 13 y 23 con grosor de 4 mil pasos y 4-6 con uso coronas y restauración</i>										
<b>3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES</b>										
1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO	
<i>Durante no refiere</i>										
<b>4 SIGNOS VITALES</b>										
PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA (min)	TEMPERATURA (°C)	F. RESPIRATORIA (min)							
<b>5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO</b>										
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS			
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.		12. GANGLIOS						
<i>sin patologías aparentes</i>										
<b>6 ODONTOGRAMA</b>										
PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA										
RECESIÓN	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
VESTIBULAR	<input checked="" type="checkbox"/>									
LINGUAL	<input type="checkbox"/>									
VESTIBULAR	<input checked="" type="checkbox"/>									
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>									
RECESIÓN	<input type="checkbox"/>									
<b>7 INDICADORES DE SALUD BUCAL</b>										
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS				
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE				
PLACA				MODERADA	ANGLE II	MODERADA				
CÁLCULO				SEVERA	ANGLE III	SEVERA				
GINGIVITIS										
IG	17	55								
I1	21	51								
IG	27	65								
I1	37	75								
IG	41	71								
I1	47	85								
TOTALES										
<b>8 INDICES CPO-ceo</b>										
D		C	P	O	TOTAL					
		0	29	1	30					
d		C	P	O	TOTAL					
<b>9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA</b>										
* rojo	BELLANTE NECESARIO	⊗	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	≡	PRÓTESIS TOTAL					
* azul	BELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	◻	CORONA					
X rojo	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS Fija	○ azul	OBTURADO					
X azul	PÉRDIDA POR CARIES	(-)	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES					

ODONTOLOGÍA (1)

# ANEXO 3

## Historia Clínica – Diagnóstico, Tratamiento y Evolución

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL			
BICOMETRIA	QUÍMICA SANGUÍNEA	RAYOS X	OTROS
Paciente de sexo masculino de 65 años dentado parcial superior e inferior. Colocación de prótesis removibles superior e inferior. Extracción del diente alveolar 4.6. Cepillado 3 veces al día. Técnica de Bass. Mantenedores y uso de enjuague bucal.			
11 DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	CIE
1	Dentado Parcial Superior e Inferior	DEF-DEFINITIVO	PRE DEF
2			
FECHA DE APERTURA	30-10-14	FECHA DE CONTROL	
PROFESIONAL	David Aguiar	FIRMA	[Firma]
12 TRATAMIENTO			
SESIÓN Y FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES
SESIÓN 1 FECHA 3-Oct-2014	Dentado Parcial Superior e Inferior 4.6.	Impresiones diagnósticas Evaluación Radiográfica y Radiográfica Periapical y Panorámica	
SESIÓN 2 FECHA 30/10/2014	Endodoncia con frenos protésicos del diente 1.3 y 2.3	Apertura, Desplacamiento y Corde dental.	Zapatones
SESIÓN 3 FECHA 20/Nov/2014	Endodoncia con frenos protésicos	Oclusión de diente 1.3 y 2.3 Rango Simple 1.3 y 2.3	
SESIÓN 4 FECHA 7/Ene/2015	Diente alveolar Endodoncia	Endodoncia F4.7	Relaxant
SESIÓN 5 FECHA 21-Feb-2015	Pronto Colado 1.3 y 2.3	Desplacamiento y Técnica de Impresión - Wafra Individual inferior	
SESIÓN 6 FECHA 28-Jun-2015	Pronto Colado 1.3 y 2.3	Impresión y oclusión de Labret inferior	
SESIÓN 7 FECHA 4-Marzo/2015	Dentado Total	Impresiones Funcionales Silencio Perforado	
SESIÓN 8 FECHA 01/Marzo/2015	Delido Total	Impresiones Funcionales	
SESIÓN 9 FECHA 18/Marzo/2015	Delido Total	Modulo Inferior	

# ANEXO 4

## Protocolo de Endodoncia – Diente 1.3

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

**HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA**

Historia Clínica No. 7129

Nombre del paciente: Genaro Oña Diente: 1.3

Fecha: 2014 - 30 - Octubre Estudiante: David Aguirre

**MOTIVO DE LA CONSULTA**  
"Pulsos renovable"

**ANTECEDENTES SISTÉMICOS DE IMPORTANCIA**  
Ninguno

**EXAMEN FÍSICO**

**Examen Extraoral:**

Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Tumefacción.....	Fiebre.....
Adenopatía.....	Fístula.....	ATM.....

**Examen Intraoral:**

Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Afectada.....	Blando.....
Duro.....	Restaurado.....	Caries.....
Fractura.....	Perforación Vertical	
Positiva.....	Negativa <input checked="" type="checkbox"/>	

**Pruebas Térmicas:**

Por: Positivo <input checked="" type="checkbox"/>	Negativo <input checked="" type="checkbox"/>
Por: Positivo <input checked="" type="checkbox"/>	Negativo <input checked="" type="checkbox"/>

**Exámenes Complementarios:**

Espacio periodontal engrosado.....	Difusa.....
Perforación lucidez: Circunscrita.....	

FORMULARIO UIDE-CEO-001

# ANEXO 5

## Protocolo de Endodoncia – Diente 2.3

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

**HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA**

Historia Clínica No. 7129  
Nombre del paciente: Genaro Oña Diente: 2.3  
Fecha: 2014 - 30 - Octubre Estudiante: David Aguirre

**TIPO DE LA CONSULTA**  
“Purgone protoso reversible”

**PRECEDENTES SISTÉMICOS DE IMPORTANCIA**  
Ninguno

**EXAMEN FÍSICO**

**Examen Extraoral:**

Edema facial..... <input checked="" type="checkbox"/>	Tumefacción.....	Fiebre.....
Glandulopatía.....	Fístula.....	ATM.....

**Examen Intraoral:**

**Inspección:**

Color..... <input checked="" type="checkbox"/>	Afectada.....	
Forma.....	Duro.....	Blando.....
Forma.....		
Restaurado.....	Caries.....	Fractura.....

**PerCUSIÓN Vertical:**

Resistencia.....	Negativa..... <input checked="" type="checkbox"/>
------------------	---

**Pruebas Térmicas:**

Calor..... Positivo..... <input checked="" type="checkbox"/>	Negativo.....
Frío..... Positivo..... <input checked="" type="checkbox"/>	Negativo.....

**Exámenes Complementarios:**

Espacio periodontal engrosado.....	Difusa.....
Color de la pulpa.....	
Forma de la pulpa.....	
Consistencia de la pulpa.....	
Color de la pulpa.....	
Forma de la pulpa.....	
Consistencia de la pulpa.....	

FORMULARIO UIDE-CEO-001

# ANEXO 6

## Protocolo de Cirugía

**UIDE**  
Universidad Internacional del Ecuador

**CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS  
CIRUGIA BUCAL**

Nombre de Paciente: Gerardo Oña No Historia Clínica: 709  
Nombre del Estudiante tratante: David Aguiar  
Dientes a extraer: 4.7  
Fecha: 09 - Enero - 2015

**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 de sexo masculino de 69 años de edad Acude a consulta por una prótesis al examen intraoral presenta dientes 1.3 y 2.3 móviles y con pérdida gingival y diente 4.7 con una restauración con amalgamo y pérdida ósea. El paciente no presenta antecedentes personales ni patológicos de importancia

**HISTORIA DENTAL ANTERIOR**  
¿Recibe atención dental periódicamente? Si  
Tiempo Transcurrido de la última extracción 6 meses  
Indique las razones para extracciones previas Movilidad (Enteomedial periodontal)  
¿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? No  
Historia de Intervenciones quirúrgicas No  
¿Padece o ha padecido de? No  
Enfermedades Cardiovasculares Hipertensión  
Hígado Riñón Sangre Sangre  
Semana de Gestación ¿Qué semana? T.A. 140 - 90  
Temperatura Pulso 71 Rep 91 Peso   
¿Toma medicación?

David Aguiar  
NOMBRE Y FIRMA DEL PROF. Y CÓDIGO

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS:**  
RX Panorámica   
Laboratorio Clínico:

Diagnóstico: Diente afundoral #4.7

Tratamiento (Anestesia empleada, Complicaciones. Post Operatoria Inmediato)   
Extracción de 4.7 con anestesia local trópicos a los nervios dentales inferiores, bucal largo y lingual con vasoconstrictor

Evolución:

David Aguiar  
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

David Aguiar  
NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.  
FORMULARIO UIDE-CEO-008

## ANEXO 7

### Resultado del análisis del anti plagio

