



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 POSTERIOR EN PACIENTE EDÉNTULO PARCIAL,
CORRECCIÓN DEL PLANO OCLUSAL Y RECONTORNEADO DE DIENTES
ANTERIORES**

ANDREA ESTEFANIA ANDRADE YANDÚN

TUTOR DR. IVAN GARCIA

QUITO, SEPTIEMBRE 2015

RESUMEN

La pérdida de dientes no solo es un problema físico, sino que también puede representar una carga social y psicológica severa que afecta en cierta medida la calidad de vida del paciente. Un odontólogo para dar un diagnóstico, tratamiento y por supuesto un excelente pronóstico debe estar totalmente capacitado para poder cumplir todos los requerimientos que cada caso presenta.

Este trabajo expuesto es el reporte de un caso clínico que fue realizado a un paciente de sexo masculino, de 50 años, sin ningún problema sistémico que acude a la Clínica Odontológicas UIDE, por un chequeo general y queriendo mejorar su aspecto estética, a continuación se le realizó un historia clínica completa, donde se le dio un diagnóstico final junto con el plan de tratamiento, el paciente estuvo de acuerdo y se procedió a realizar los procedimientos de Periodoncia, Cirugía y Rehabilitación Oral ya que el paciente presentaba edentulismo parcial, resto radicular, periodontitis crónica severa generalizada ,caries defectuosas de varios dientes. Dicho tratamiento fue realizado en un lapso de 4 meses.

Palabras clave: Rehabilitación oral. Edentulismo parcial. Plano Oclusal.

ABSTRACT

The loss of teeth is not only an esthetic problem, whether it could represent a severe social and psychological load that affects in a certain way the patient's life style. A dentist, to an accurate diagnosis, appropriate treatment and of course and excellent forecast must be widely trained to reach all the requirements needed on each case presented.

This exposed research, is an inform of clinic case that was practiced to a male patient with 50 years age, without any systematic problem that goes to the " Clinica Odontológica UIDE", for a general check up, wishing to improve his esthetic appearance. For this a complete historical and clinical report is done, where a final diagnosis together with a treatment is committed. The patient agrees and proceeded to perform the periodontitis, surgery and oral rehabilitation because patient, present a partial edentulism, radicular rest, chronic periodontics generalized, defective dent decay of several teeth. This treatment was performed on a lapse of 4 months.

Key Words: occlusal plane, removable partial dentures

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios y la Virgen María, quienes nunca soltaron mi mano para poder cumplir todas mis metas propuestas, dándome siempre fortaleza para seguir adelante. A mis padres Marcia Yandún y Fernando Andrade por todo el amor, la confianza, el esfuerzo y el apoyo que nunca me faltó, siempre dándome ánimos para poder culminar este sueño que ahora después de cinco años se hace realidad.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo no se puede llevar a cabo con una sola persona, sino que se necesita la aportación previa de muchas otras. Es por eso que quiero expresar mi gratitud a todas aquellas personas que colaboraron para que esto se lleve a cabo con éxito. A Dios y la Virgen María por todas sus bendiciones puestas en mí, dándome la sabiduría y fortaleza necesaria para seguir adelante, siempre guiando mis pasos.

Nada de esto lo hubiera logrado sin el apoyo incondicional que siempre me han brindado mis Padres, por su gran amor y ejemplo a seguir, gracias a estas personas tan maravillosas ahora puedo culminar una meta más y hacer lo que más amo.

Gracias a mi tutor del caso clínico Dr. Iván García por su paciencia y entrega. Por sus conocimientos brindados para concluir con éxito este trabajo.

Dra. Cristina Costa quién me ayudo en una etapa fundamental para que el tratamiento a futuro cumpla con nuestras expectativas.

Dra. Alicia Martínez por brindarme su conocimiento y ayuda para que este trabajo se culmine satisfactoriamente.

Dr. Luis Naranjo por su disposición de siempre ayudar y por todo su conocimiento y apoyo incondicional.

Sr. Franklin del Salto por todo su compromiso, responsabilidad y el trabajo en equipo, ya que sin eso no habiéramos logrado terminar este caso clínico

Gracias a todos los docentes, personal de la Clínica Odontología UIDE quienes me ayudaron para que este trabajo se logre finalizar.

1 Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: ASPECTOS BÁSICOS	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 JUSTIFICACIÓN:	4
1.3 OBJETIVOS:.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	6
2 GENERALIDADES DE OCLUSIÓN DENTARIA	6
2.1 POSICIÓN DE REPOSO Y ESPACIO INTEROCLUSAL	6
2.2 GUÍA ANTERIOR.....	8
2.3 OCLUSIÓN HABITUAL O MÁXIMA INTERCUSPIDACIÓN	9
2.4 RELACIÓN CÉNTRICA	10
3 DIMENSIÓN VERTICAL	10
3.1 Dimensión Vertical de Oclusión (DVO)	11
3.2 Dimensión Vertical de Reposo (DVR)	11
3.3 Determinación de la dimensión vertical	12
4 PLANO DE OCLUSIÓN	14
4.1 Curvas de los planos occlusales	15
5 PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	17
5.1 INDICACIONES DE UNA PRÓTESIS REMOVIBLE.....	18
5.2 LA CLASIFICACIÓN KENNEDY ES LA SIGUIENTE	19
5.3 COMPONENTES DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	21
5.3.1 RETENEDORES	21
5.3.2 Retenedores directos	22
5.3.3 Retenedores indirectos	24
5.3.4 APOYOS	24
5.3.5 CONECTORES MAYORES	26
5.3.6 CONECTORES MENORES.....	27
5.3.7 BASE DE LA DENTADURA	28
5.3.8 PLANO GUÍA	29

6	FASES EN LA CONFECCIÓN DE LAS PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	30
6.1	ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ESTUDIO	31
6.2	PARALELIZACIÓN	31
6.3	DISEÑO DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	33
6.3.1	Secuencia en el diseño	34
6.4	PREPARACIÓN DE LA BOCA DEL PACIENTE	35
6.5	IMPRESIONES DEFINITIVAS DE LA BOCA	36
6.5.1	Impresión de modelo modificado.....	37
6.6	PRUEBAS DE ADAPTACIÓN	38
6.7	ETAPA DE INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO.....	39
7	RESTAURACIONES INDIRECTAS	40
7.1	INCRUSTACIONES	40
7.2	CARACTERÍSTICAS DE LA PREPARACIÓN	41
7.3	RECONTORNEADO DE LOS DIENTES ANTERIORES	42
7.4	CARILLAS DIRECTAS	43
7.5	CONTRAINDICACIONES.....	43
7.6	CIERRE DE DIASTEMAS	44
7.7	PROTOCOLO DE CONFECCIÓN	44
8	ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	45
8.1	ETIOLOGÍA	46
8.2	CLASIFICACIÓN	46
8.2.1	Periodontitis Crónica	46
8.2.2	Periodontitis Agresiva.....	46
8.3	SUBCLASIFICACIÓN.....	47
8.4	DIAGNÓSTICO.....	47
8.5	TRATAMIENTO PERIODONTAL.....	48
8.5.1	FASE SISTÉMICA.....	48
8.5.2	FASE HIGIÉNICA	48
8.5.3	FASE CORRECTIVA	54
8.5.4	FASE DE MANTENIMIENTO.....	55

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO	56
9 HISTORIA CLÍNICA.....	56
9.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN	56
9.2 MOTIVO DE LA CONSULTA	57
9.3 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL.....	57
9.4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES.....	57
9.5 SIGNOS VITALES	58
9.6 EXAMEN FÍSICO	58
9.7 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO	58
9.8 ODONTOGRAMA	61
9.9 INDICADORES DE SALUD BUCAL.....	61
9.10 EXAMENES RADIOGRÁFICOS	63
9.11 EXAMENES COMPLEMENTARIOS	64
10 DIAGNÓSTICO.....	64
10.1 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	64
10.2 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	65
10.3 PRONÓSTICO	65
11 PLAN DE TRATAMIENTO.....	66
11.1 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.....	66
12 TRATAMIENTO PERIODONTAL	67
12.1 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.....	68
13 DESARROLLO DE REHABILITACIÓN ORAL.....	74
13.1 TOMA Y ANÁLISIS DE MODELOS DE ESTUDIO	74
13.2 FIJACIÓN EN EL ARTICULADOR	75
13.3 ENCERADO DIAGNÓSTICO.....	76
14 INCRUSTACIÓN.....	77
14.1 TÉCNICA DE PREPARADO.....	77
15 PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE	83
15.1 PARALELIZADO	83
15.2 DISEÑO	84

15.3	PREPARACIONES.....	85
15.4	PRUEBAS DE ADAPTACIÓN	85
16	RECONTORNEADO DE INCISIVOS INFERIORES.....	90
16.1	TÉCNICA DE PREPARADO.....	91
16.2	SISTEMA ADHESIVO.....	92
16.3	APLICACIÓN DE LA RESINA COMPUESTA.....	94
16.4	CONTORNEADO Y PULIDO	94
17	RESULTADO FINAL.....	95
CAPÍTULO IV.....		98
18	CONCLUSIONES	98
19	RECOMENDACIONES:	99
20	BIBLIOGRAFÍA.....	100
•	Rehabilitacion estetico funcional en un paciente edentulo parcial con protesis parcial removible flexible de nylon superior e inferior (Dr, Reinoso Vintimilla 2010).	100
•	B.M.Eley, M, S., & J.D, M. (2010). <i>Periodoncia</i> . España: Elsevier.....	100
•	Carranza, F. A. (2014). <i>Periodontologia Clinica</i> . New York: Amolca.	100
•	Conceição, N. (2008). <i>Odontología Restauradora Salud y Estética</i> . Buenos Aires: Panamericana.	100
•	Desplats, E. M., & Callis, E. M. (2004). <i>Protesis Parcial Removible y Sobredentadura</i> . Quito: Elsevier.....	100
•	Escoda, C. G. (2004). <i>Cirurgia Bucal</i> . España: Oceano.	100
•	Fernandez, D. L., & Valverde Montalva, H. R. (2007). <i>Diseno de Protesis Parcial Removible</i> . Madrid: Ripano.	100
•	Hinostroza, G. (2006). <i>Estética en Odontología Restauradora</i> . Madrid: Ripano.	101
•	Janer, J. (2009). Recuperado el 2009, de https://books.google.com/books?isbn=8497353307	101
•	Manuel, D. V. (13 de 03 de 2014). Rehabilitacion estética del sector anterior con carillas directas	101
•	McCracken. (2006). <i>Protesis Parcial Removible</i> . Quito: Elsevier.	101
•	McNeill, C. (2005). <i>Fundamentos Cientificos y Aplicaciones Practicas de la Oclusion</i> . Barcelona: Quintessence.....	101

- Micheelsen, J. L., & Olavarria Astudillo , L. E. (2010). *Diseño de Prótesis Parcial Removible* . Chile: Amolca.101
- Naranjo, J. (2003). *Oclusión, Función y Parafunción*. Celu.....101
- Okeson, J. P. (2013). *Tratamiento de oclusión y afección temporomandibulares*. España: Elsevier.....101
- Thoren, M. M., & Gunne, J. (2013). *Prótesis Removible*. Amolca.101
- Vilela, L. (06 de 03 de 2011). *Incrustación de Cerómero*.
<http://vilela.pe/blogdental/cementacion-de-una-incrustación-de-artglass.html>102
- Wheeler. (2010). *Anatomía, fisiología y oclusión dental*. España: Elsevier.102

LISTA DE ANEXOS103

- ANEXO 1: EXÁMENES DE LABORATORIO.....103
- ANEXO 2: EXÁMENES DE LABORATORIO.....104
- ANEXO 3: EXÁMENES DE LABORATORIO.....105
- ANEXO 4: HISTORIA CLÍNICA106
- ANEXO 5: HISTORIA CLINICA107

107
ANEXO 6: HISTORIA CLINICA	108
ANEXO 7: HISTORIA CLINICA	109
ANEXO 8: HISTORIA CLINICA	110
ANEXO 9: HISTORIA CLINICA	111
ANEXO 10: HISTORIA CLINICA	112
ANEXO 11: HISTORIA CLINICA	113
ANEXO 12: HISTORIA CLINICA	114
ANEXO 13: HISTORIA CLINICA	115

ANEXO 14: HISTORIA CLINICA	116
ANEXO 15: HISTORIA CLINICA	117
ANEXO 16: HISTORIA CLINICA	118
ANEXO 17: HISTORIA CLINICA	119
ANEXO 18: HISTORIA CLINICA	120
ANEXO 19: HISTORIA CLINICA	121
ANEXO 20: HISTORIA CLINICA	122
ANEXO 21: HISTORIA CLINICA	123
ANEXO 22: HISTORIA CLINICA	124
ANEXO 23: HISTORIA CLINICA	125

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. EXÁMEN CLÍNICO EXTRAORAL. (A) FOTOGRAFÍA FRONTAL. (B) FOTOGRAFÍA DE PERFIL DERECHO. (C) FOTOGRAFÍA DE PERFIL IZQUIERDO. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....	59
FIGURA 2 EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL. (A) FOTOGRAFÍA FRONTAL EN OCLUSIÓN. (B) FOTOGRAFÍA EN OCLUSIÓN LADO IZQUIERDO. (C) FOTOGRAFÍA EN OCLUSIÓN LADO DERECHO. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.	60
FIGURA 3 EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL. (A) FOTOGRAFÍA OCLUSAL SUPERIOR. (B) FOTOGRAFÍA OCLUSAL INFERIOR. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.	60
FIGURA 4 ODONTOGRAMA. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.	61
FIGURA 5. EXAMEN RADIOGRÁFICO. (A) RADIOGRAFÍA PANORÁMICA. (B) RADIOGRAFÍA PERIAPICAL DEL MAXILAR SUPERIOR DEL LADO IZQUIERDO, SE OBSERVAN EL RESTO RADICULAR DEL DIENTE #2.5 (C) RADIOGRAFÍA PERIAPICAL DEL MAXILAR INFERIOR LADO IZQUIERDO, SE OBSERVAN LOS DIENTES 3.7. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....	64

FIGURA 6. TRATAMIENTO PERIODONTAL. (A) COLOCACION DEL REVELADOR DE PLACA, (B)UTILIZACION DE ULTRASONIDO. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.	68
FIGURA 7. TÉCNICA QUIRÚRGICA.(A)TÉCNICA ANESTÉSICA INFILTRATIVA (B) SINDESMOTOMÍA UTILIZANDO ELEVADOR RECTO (C) EXTRACCIÓN DEL RESTO RADICULAR (D) SUTURA . FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....	71
FIGURA 8. FASE HIGIÉNICA. (A) DIENTE # 35. (B)ELIMINACION DE MATERIAL DEFECTUOSO. (C) COLOCACION DE IONOMERO DE VIDRIO. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....	72
FIGURA 9. FASE HIGIÉNICA.(A) DIENTE # 1.3. (B) COLOCACION DE IONÓMERO DE VIDRIO. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....	72
FIGURA 10. FASE CORRECTIVA. (A) DIENTE # 37. (B) TÉCNICA ANESTÉSICA INFILTRATIVA,(C) VISUALIZAR PROFUNDIDAD DE SONDAJE(D) INCISIÓN CIRCULAR INTRACREVICULAR, (E) RETIRO DEL FESTONEADO .FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....	73
FIGURA 11.TOMA Y ANÁLISIS DE MODELOS DE ESTUDIO.(A) IMPRESIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR. (B) IMPRESIÓN DEL MAXILAR INFERIOR. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....	75
FIGURA 12. FIJADO EN ARTICULADOR. (A) VISTA FRONTAL DEL ARCO FACIAL. (B) VISTA DE PERFIL DEL ARCO FACIAL EN EL PACIENTE. (C) VISTA FRONTAL (D) VISTA POSTERIOR. (E) VISTA LATERAL DERECHA (F) VISTA LATERAL IZQUIERDA. FABRICADO Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.	76
FIGURA 13. ENCERADO DIAGNÓSTICO. (A) ENCERADO DE DIENTES INCISIVOS INFERIORES. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....	77
FIGURA 14.TÉCNICA DE PREPARADO DE INCRUSTACIONES. (A) PREPARADO DEL DIENTE # 37. (B) ASPECTO OCLUSAL DE LAS PREPARACIONES DE LOS DIENTE # 3.5 Y 3.7 . FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....	78
FIGURA 15.TOMA DE IMPRESIÓN.(A) IMPRESIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR. (B) IMPRESIÓN DEL MAXILAR INFERIOR. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.	79
FIGURA 16. PRUEBA DE ADAPTACIÓN. (A) ADAPTACIÓN EN EL MODELO DE YESO. (B) ADAPTACIÓN EN LAS PIEZAS DENTALES # 3.5 Y 3.7. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....	79
FIGURA 17. SISTEMA DE ADHESIÓN. (A) PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA LA CEMENTACIÓN (B) ARENADO CON OXIDO DE ALUMINIO (C) (D) APLICACIÓN DE ÁCIDO FOSFÓRICO EN LOS DIENTES # 3.5 Y 3.7. (E) COLOCACIÓN DE ADHESIVO (F) COLOCACIÓN DE ACIDO FLUORHÍDRICO. (G) COLCACIÓN DE SILANO. (H) CEMENTACIÓN DE LA INCRUSTACIÓN. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.	83

FIGURA 18. PARELIZADO DE LOS MODELOS. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.	84
FIGURA 19. DISEÑO. (A) DISEÑO DEL MAXILAR SUPERIOR (B) DISEÑO DEL MAXILAR INFERIOR. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.	85
FIGURA 20. PRUEBA DE ESTRUCTURA METÁLICA.(A) VISTA OCLUSAL FRONTAL.(B) VISTA LADO IZQUIERDO. (C) VISTA LADO DERECHO. (D) VISTA OCLUSAL MAXILAR SUPERIOR. (E) VISTA OCLUSAL MAXILAR INFERIOR. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....	87
FIGURA 21. IMPRESIÓN MODIFICADA. (A) SELLADO PERIFÉRICO DEL MAXILAR SUPERIOR (B) SELLADO PERIFÉRICO DEL MAXILAR INFERIOR. (C) TOMA DE IMPRESIÓN VISTA LADO IZQUIERDO (D) TOMA DE IMPRESIÓN VISTA LADO DERECHO. (E)VISTA DE ESTRUCTURA METÁLICA DEL MAXILAR SUPERIOR. (F) VISTA DE ESTRUCTURA METÁLICA DEL MAXILAR INFERIOR FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....	88
FIGURA 22. PRUEBA EN CERA. (A) VISTA LADO IZQUIERDO. (B) VISTA LADO DERECHO. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....	89
FIGURA 23. PPR TERMINADA. (A) VISTA LADO IZQUIERDO. (B) VISTA LADO DERECHO. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....	90
FIGURA 24. CARILLAS. (A) TOMA DE COLOR CON LA TÉCNICA DE VISUALIZACIÓN (B) TOMA DE COLOR BLANCO Y NEGRO. (C) COLOCACIÓN DE RESINA PARA TOMA DE COLOR. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....	91
FIGURA 25. TÉCNICA DE PREPARADO.(A) FABRICACIÓN DE LA MATRIZ LINGUAL. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....	91
FIGURA 26. TÉCNICA DE PREPARADO. (A) AISLAMIENTO ABSOLUTO. (B) COLOCACIÓN DE LA MATRIZ LINGUAL. (C) DESGASTE MÍNIMO DEL ESMALTE DE LOS INCISIVOS INFERIORES # 3.1, 3.2, 4.1, 4.2. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.	92
FIGURA 27. SISTEMA ADHESIVO. (A) COLOCACIÓN DE ÁCIDO FOSFÓRICO (B) COLOCACIÓN DE ADHESIVO (C) FOTOPOLIMERIZACIÓN. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....	93
FIGURA 28. APLICACIÓN DE RESINA COMPUESTA.(A) APLICACIÓN EN CAPAS DE LA RESINA. (B) FINALIZACIÓN DE LAS CARILLAS. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.	94
FIGURA 29. RECONTORNEADO Y PULIDO. (A) PULIDO DE CARILLAS CON DISCOS SOFLEX Y PUNTAS DE SILICONA. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.	95
FIGURA 30. RESULTADO FINAL. (A) VISTA FRONTAL ANTES Y DESPUÉS. (B) VISTA LADO IZQUIERDO ANTES Y DESPUÉS. (C) VISTA OCLUSAL DEL MAXILAR	

SUPERIOR ANTES Y DESPUÉS. (D) VISTA OCLUSAL DEL MAXILAR INFERIOR ANTES Y DESPUÉS. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....97

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. SIGNOS VITALES. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....58
TABLA 2 INDICADORES DE SALUD BUCAL, HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....62
TABLA 3 ÍNDICES CPO-CEO. FUENTE Y ELABORADOR: ANDREA ANDRADE Y.....62

INTRODUCCIÓN

La pérdida de dientes puede acarrear importantes consecuencias estéticas, fonéticas, problemas en la oclusión y como consecuencia al no darse una masticación, se producen migración de las piezas vecinas. Si reponemos las piezas que faltan se obtiene: una mejoría de la estética, recuperación de la dimensión vertical, y del plano oclusal e incisal (Rehabilitación estético funcional en un paciente edéntulo parcial con prótesis parcial removible flexible de nylon superior e inferior, 2010)

El primer contacto del profesional con el paciente se debe iniciar con un interrogatorio en el que el paciente debe explicar los motivos de la visita y lo que desea obtener con dicho tratamiento. (Desplats & Callis, 2004)

La historia clínica tendrá una visión médica general y otra odontológica. En cuanto a la parte médica, podremos conocer el estado general, incluso una contraindicación para el tratamiento odontológico de dicho paciente. Es importante hacer un recordatorio sobre los antecedentes sistémicos personales y familiares. Finalmente, hay que dar una valoración bucal para llegar a un diagnóstico. (Desplats & Callis, 2004)

El plano oclusal es útil para comprender como mecánicamente se produce mayor o menor desoclusión. (Naranjo 2003).

Los efectos de una falta de regularidad de las curvas de Spee y Wilson sobre los movimientos funcionales de la mandíbula pueden ser verificados directamente en boca o en los modelos de estudio. (Naranjo 2003).

Frente a este problema que afecta a una gran parte de la población, la Odontología ofrece una gama de soluciones, nos interesa específicamente las prótesis removibles, que es una estructura que reemplaza los dientes perdidos en extremos libres y que se caracteriza por ser removidos de boca a voluntad del paciente, para su colocación se debe insistir en principios básicos de diagnóstico, preparación de la boca, el diseño de la prótesis, la elaboración, la colocación y el mantenimiento.

Debemos ofrecer a nuestros pacientes una atención especial en las técnicas estéticas que año tras año se vienen desarrollando. La evolución de los sistemas adhesivos y de las resinas compuestas fotopolimerizables ha originado el desarrollo de diversas técnicas estéticas restauradoras adhesivas menos invasivas, con el objetivo de reparar alternaciones de color, forma o posición dental, que perjudiquen en equilibrio estético y funcional (Manuel, 2014).

CAPÍTULO I: ASPECTOS BÁSICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Paciente de sexo masculino de 50 años de edad, acude a la consulta de la Clínica de Especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador, presentando edéntulismo parcial, pérdida del plano oclusal e incisal, lo que se quiere solucionar mediante un plan de tratamiento adecuado, al exámen que se le realizó observamos que sus dientes anteriores inferiores presentan diastemas y existen múltiples lesiones cariosas en varios dientes y otras restauraciones defectuosas.

Aparte se observó la ausencia de contactos en los dientes posteriores al ocluir debido a la migración de varios dientes y ausencia del plano de oclusión. Finalmente, luego de realizar la historia clínica junto con exámenes complementarios, se llegó a la conclusión de que el paciente presenta alteración evidente de su oclusión, además de una alteración estética lo cual iba a necesitar un tratamiento protésico y restaurador para lograr cumplir las expectativas del paciente.

1.2 JUSTIFICACIÓN:

Un análisis cuidadoso de las curvas oclusales asegura que las interferencias excursivas son el resultado de una falla en el plano oclusal o de una guía anterior inapropiada. Las interferencias ocasionadas por extrusiones o migraciones dentarias pueden constituir el origen de contactos prematuros en relación céntrica.

Nuestro tratamiento deberá dirigirse hacia la alineación, un diente desalineado puede ocluir pero la desoclusión estará comprometida y las curvas son factores importantes de la misma.

Analizando lo antes expuesto, este trabajo tiene como finalidad demostrar un caso clínico de la reposición de dimensión vertical, plano oclusal e incisal, en el cual para lograr los objetivos propuestos se realizará procedimientos de Cirugía, Periodoncia y Rehabilitación Oral para devolver estética en el sector anterior inferior y una función posterior adecuada, para poder mejorar sus hábitos masticatorios.

1.3 OBJETIVOS:

General:

- Generar la rehabilitación en paciente edéntulo parcial proponiendo una corrección del plano oclusal e incisal.

Específicos:

- Determinar la dimensión vertical adecuada
- Reponer las piezas faltantes mediante la colocación de Prótesis Parcial Removible
- Establecer la estética en el sector anterior inferior utilizando métodos de recontorneado compuesto a base de procedimientos adhesivos.
- Devolver la guía anterior para poder cumplir las funciones de: fonoarticulación, estética y masticación de corte.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2 GENERALIDADES DE OCLUSIÓN DENTARIA

Se puede entender por oclusión el conjunto de relaciones dinámicas y funcionales entre las superficies oclusales de los dientes y las demás estructuras del sistema estomatognático (Naranjo, 2003).

Si la mandíbula simplemente abriera y cerrará en un movimiento rotatorio puro, la oclusión sería un asunto muy simple de entender y resolver. Pero este no es el caso. La mandíbula puede rotar o trasladarse en tres planos: Sagital, Frontal y horizontal (Naranjo, 2003).

Sus movimientos pueden abarcar desviaciones en uno u otro plano, desarrollando un complejo interjuego de movimientos. Es por eso que consideramos a la oclusión no solamente como la máxima intercuspidad de los dientes si no como una relación armónica y funcional entre Dientes más Articulación Temporomandibular (Naranjo, 2003).

Nosotros debemos conocer y dominar la oclusión así como las características anatómicas y fisiológicas del sistema masticatorio para así realizar diagnósticos más precisos, pues mientras más sepamos de la oclusión más problemas encontraremos en un paciente con patología (Naranjo, 2003).

2.1 POSICIÓN DE REPOSO Y ESPACIO INTEROCLUSAL

La posición de reposo mandibular (PR) es una posición cambiante en el curso de la vida y se establece antes de la erupción dentaria. Es, por tanto,

una posición de tono muscular con la mandíbula completamente relajada, teniendo el paciente la cabeza erguida y el cuerpo en posición ortostática (Desplats & Callis, 2004).

La PR es una posición que se va manteniendo sin tensión, durante un período de tiempo y de una manera confortable. Como consecuencia la PR nunca será una posición que se confunda con la relación céntrica, si no que es una posición de conveniencia protrusiva y equilibrio muscular (Desplats & Callis, 2004).

La PR varia de un paciente a otro, e incluso, en un mismo paciente durante las distintas etapas de la vida. La relajación muscular es imprescindible para obtener la PR, pero es mucho mas importante en los desdentados tanto parciales como totales, que hayan perdido la dimensión vertical que tenían (Desplats & Callis, 2004).

Para conseguir esta posición de reposo se empezará marcando dos puntos, uno en la punta de la nariz o nasión, y el otro en el mentón o gnación y mediante un compás se medirá la distancia que existe entre ambos. Se mide la distancia entre ambos puntos en máxima intercuspidad, y después de realizar los ejercicios que se describen a continuación la mandíbula va a una posición de tono muscular, sin contracción ni contactos dentarios (Desplats & Callis, 2004).

Es el espacio libre interoclusal o diferencia entre ambas posiciones mandibulares. Para obtener esta posición se invita al paciente a que realice movimientos de apertura, cierre, protrusión y lateralidad, durante dos minutos con el fin de provocar la fatiga mandibular y así ir tomando automáticamente la posición de reposo mandibular (Desplats & Callis, 2004).

El valor de la dimensión vertical de reposo en la construcción de la prótesis radica en su utilidad como guía para la dimensión vertical de la oclusión

pérdida. Esto es posible porque la diferencia entre la dimensión vertical oclusal y la dimensión vertical en reposo. El espacio interoclusal de reposo (antes conocido como “espacio libre”) es la distancia entre los dientes superiores e inferiores cuando la mandíbula está en posición fisiológica de reposo. Generalmente, es de 2 a 4 mm cuando es observado en la posición de los primeros premolares (Thoren & Gunne, 2013).

2.2 GUÍA ANTERIOR

Es frecuente la ausencia de contacto en los dientes anteriores en la posición intercuspídea. Por tanto la finalidad de los dientes anteriores no es mantener la dimensión vertical de la oclusión, sino guiar a la mandíbula en diversos movimientos laterales. Los contactos de los dientes anteriores que proporcionan esta guía de la mandíbula se denominan guía anterior (Okeson, 2013).

La guía anterior desempeña un importante papel en la función del sistema masticatorio. Sus características las da la posición exacta y la relación de los dientes anteriores, que pueden examinarse tanto horizontal como verticalmente (Okeson, 2013).

La distancia horizontal por la que los dientes anteriores maxilares se superponen a los dientes anteriores mandibulares, conocida como sobre mordida horizontal, es la distancia existente entre el borde incisivo labial del incisivo maxilar y la superficie labial del incisivo mandibular en la posición intercuspídea (Okeson, 2013).

La guía anterior también puede examinarse en el plano vertical, en lo que se denomina mordida vertical es la distancia existente entre los bordes incisivos de los dientes anteriores antagonistas. Debemos recordar que la oclusión

normal tiene una sobre mordida vertical de aproximadamente 3-5 mm (Okeson, 2013).

Otra función importante de los dientes anteriores es la de realizar las acciones iniciales de la masticación. Los dientes anteriores actúan cortando los alimentos cuando se introducen en la cavidad oral cumplen un papel importante en el habla, el soporte de los labios y la estética (Okeson, 2013).

2.3 OCLUSIÓN HABITUAL O MÁXIMA INTERCUSPIDACIÓN

Es la posición de referencia más aceptable. Se trata de la posición de contacto dental en que los músculos de cierre mandibular desarrollan una actividad máxima (McNeill, 2005).

El número natural de contactos en máxima intercuspidadación es de aproximadamente de siete a cada lado, siendo más fuerte en los molares que en los premolares, y estos, a su vez son más fuertes que el de los caninos (McNeill, 2005).

El número de contactos aumenta con el cierre forzado o apretamiento en máxima intercuspidadación (MI) y a diario se producen variaciones en el número y localización de los contactos oclusales por la distinta actividad muscular masticatoria causada por el estrés físico y mental (McNeill, 2005).

En MI el contacto dental ocurre fundamentalmente durante la masticación y la deglución, y algunas veces durante la deglución en relación céntrica (McNeill, 2005).

2.4 RELACIÓN CÉNTRICA

El término relación céntrica se ha utilizado en odontología desde hace años. Aunque existen múltiples definiciones, en general se considera que indica la posición de la mandíbula en la que los cóndilos se encuentran ortopédicamente estable (Okeson, 2013).

Las primeras definiciones describían la relación céntrica como la posición de mayor retrusión de los cóndilos. Dado que esta posición la determinan fundamentalmente los ligamentos del ATM, se describió como una posición ligamentosa (Okeson, 2013).

Uno de los procedimientos de manipulación más reproducibles es la técnica de Dawson. Otra técnica efectiva es la manipulación mandibular utilizando el jig de Lucia o el calibrador de laminillas de Long. La utilización clínica de esta técnica operativa para determinar una posición de referencia reproducible es simple, fisiológica y económica (McNeill, 2005).

3 DIMENSIÓN VERTICAL

De las muchas variables con las que cuenta un profesional para controlar el desarrollo de un esquema oclusal, la dimensión vertical es una de las más difíciles de valorar científicamente (McNeill, 2005).

Existen diferentes posiciones que puede adoptar la mandíbula en el plano vertical. Las que tienen mayor importancia clínica son: Dimensión vertical de oclusión y dimensión vertical de reposo (Naranjo, 2003).

3.1 Dimensión Vertical de Oclusión (DVO)

La DVO se debe considerar como una dimensión de un espacio existente entre la máxima intercuspidad y la posición de reposo mandibular o dimensión vertical en reposo (DVR). Este espacio comprendido entre ambas posiciones es el llamado espacio libre interoclusal o simplemente espacio libre (Desplats & Callis, 2004).

Este espacio es importante conservarlo para construir la prótesis y si se invade o incluso es ocupado por ella se puede producir el fracaso de esta. Si por alguna razón debe invadirse hay que hacerlo de forma mínima, dejando libre la mayor parte de el (Desplats & Callis, 2004).

La DVO es establecida por los dientes naturales cuando están presentes y en oclusión. En los individuos que han perdido sus dientes naturales y utilizan prótesis, se establece por la altura vertical de las dos prótesis cuando los dientes están en contacto (Thoren & Gunne, 2013).

3.2 Dimensión Vertical de Reposo (DVR)

Los músculos y la gravedad establecen la dimensión vertical en reposo. La posición de reposo también se llama posición fisiológica de reposo o posición postural de la mandíbula (Thoren & Gunne, 2013).

La posición fisiológica de reposo es una posición postural controlada por los músculos responsables de la apertura, cierre, protrusión y retrusión de la mandíbula (Thoren & Gunne, 2013).

La DVR es la medida de la dimensión vertical de la cara en sentido vertical con la mandíbula en posición de reposo y para medirla se utilizarán los

puntos craneales nasión y gnación. Para conseguir una posición de reposo se precisan los siguientes requisitos:

- Mantener la cabeza en posición erguida y con el plano de Frankfort paralelo al suelo. La cabeza no debe apoyarse en ningún sitio (Desplats & Callis, 2004).
- El paciente debe estar relajado, los dientes no deben estar en contacto, solo los labios lo estarán, pero sin tensión y dentro de un equilibrio muscular facial (Desplats & Callis, 2004).

3.3 Determinación de la dimensión vertical

Los métodos para determinar las relaciones intermaxilares verticales pueden agruparse generalmente en dos categorías. Los métodos mecánicos y los métodos fisiológicos (Thoren & Gunne, 2013).

Todas las determinaciones de la dimensión vertical deben considerarse tentativas hasta que los dientes estén enfilados en sus bases. Durante la prueba en boca puede observarse la fonética y la estética como una forma de verificar las relaciones verticales establecidas por medios mecánicos o fisiológicos (Thoren & Gunne, 2013).

En los medios mecánicos debemos ver la:

- Relación de los rebordes; distancia de la papila incisiva a los incisivos inferiores y paralelismo de los rebordes (Thoren & Gunne, 2013).
- Medida de la prótesis existentes

- Radiografías de perfil, modelos de los dientes en oclusión y las medidas faciales (Thoren & Gunne, 2013).

Actualmente existe una tendencia a favor de los métodos fisiológicos, en vez de los métodos mecánicos (Thoren & Gunne, 2013).

En los métodos fisiológicos debemos tomar en cuenta:

- Posición fisiológica de reposo
- Fonética y estética
- Umbral del deglución
- Percepción del confort reportado por el paciente (Thoren & Gunne, 2013).

La mayoría de los pacientes se adaptaran a una dimensión vertical que es establecida por medio de una combinación de estetica, funcion, y las consideraciones de comodidad reportadas por el paciente, junto con la información obtenida del estudio de la posición de reposo (Thoren & Gunne, 2013).

Sin embargo, de forma frecuente es recomendable un compromiso entre la confortabilidad, la estética, y la función, y puede ser necesario por ejemplo para reducir una dimensión vertical excesiva (Thoren & Gunne, 2013).

Es probable tropezarse con dificultades al intentar restaurar la dimensión vertical de un paciente joven con prótesis. Dichas prótesis pueden tener una estética favorable, pero aun asi incómodas, porque la altura excesiva dificulta su manipulación, además pueden desalojarse facilmente, y los contactos oclusales pueden dar lugar al chasquido de los dientes artificiales (Thoren & Gunne, 2013).

Por otra parte, una dimensión vertical de oclusión reducida puede dar lugar a una expresión facial indeseable ; el aspecto del tercio inferior de la cara cambia, porque la barbilla aparenta estar muy cerca de la nariz, y muy protruida, los labios pierden su plenitud, y los bordes bermejos están reducidos tendiendo a aproximarse a una línea (Thoren & Gunne, 2013).

En tales casos, la dimensión vertical de la cara debe aumentarse hasta un punto que sea satisfactorio y cómodo (Thoren & Gunne, 2013).

Dada las ventajas y desventajas de establecer una dimensión vertical, la mayoría de los protesistas más experimentados prefieren una dimensión vertical un poco más reducida que una demasiado aumentada. Esta solución debe incluir la información a los pacientes excesivamente optimistas de que no será factible restaurar la apariencia facial a una edad más juvenil, y que las prótesis nuevas no podrán eliminar todas las arrugas (Thoren & Gunne, 2013).

4 PLANO DE OCLUSIÓN

El plano oclusal se define como aquel plano imaginario establecido por el promedio de las superficies incisales y oclusales de los dientes. En verdad este plano es curvilíneo, debido a las curvaturas compensatorias anteroposterior y mediolateral de las piezas dentarias (McNeill, 2005).

Anatómicamente el plano oclusal se relaciona con el plano de Frankfort. La angulación media del plano oclusal es aproximadamente 10 grados más inclinada que el plano de Frankfort, motivo por el cual no es paralela a un verdadero plano horizontal, sino que tiene una clara inclinación (McNeill, 2005).

Las curvas de Spee y de Wilson son cóncavas en la arcada mandibular y convexas en la arcada maxilar. Se origina por la inclinación lingual de los molares en el plano frontal, cuyo objetivo es soportar las fuerzas de masticación. La importancia de estos planos oclusales se debe a su interferencia en la altura y posición de las cúspides y su relación con los tejidos del sistema masticatorio (McNeill, 2005).

Es importante saber que un plano oclusal liso no permitiría un contacto funcional simultáneo en más de una zona de la arcada dentaria. Por tanto, los planos oclusales de las arcadas dentarias se curvan de un modo que permite el máximo aprovechamiento de los contactos dentarios durante la función (Okeson, 2013).

4.1 Curvas de los planos oclusales

Dos son los requisitos básicos de la curva de compensación oclusal:

- Debe permitir que la guía anterior ejerza su tarea de desoclusión de los dientes posteriores cuando la mandíbula esta protruída.
- Debe permitir la desoclusión de todos los dientes en el lado de balance cuando la mandibula se mueve lateralmente (Naranjo, 2003).

Las superficies oclusales de las arcadas dentarias no acostumbran a ser planas, la arcada mandibular tiene uno o mas planos curvos según la colocación de los dientes en la arcada (Wheeler, 2010).

El autor que mencionó por primera vez esta curva sagital fue Von Spee que se refirió a la curvatura antero posterior de las superficies oclusales; se inicia en el vértice de la cúspide del canino inferior y sigue por las vértices de las cúspides vestibulares de los premolares y molares; hoy sabemos que dicha

curva se relaciona con el maxilar inferior pasando por los topes cuspídeos y que su contraparte en el maxilar superior pasa por los rebordes marginales y fosas (Naranjo, 2003).

El grado de curvatura anteroposterior esta relacionado con la cantidad de guía anterior necesaria para la desoclusión posterior de los dientes en los movimientos lateral y protrusivo (Wheeler, 2010).

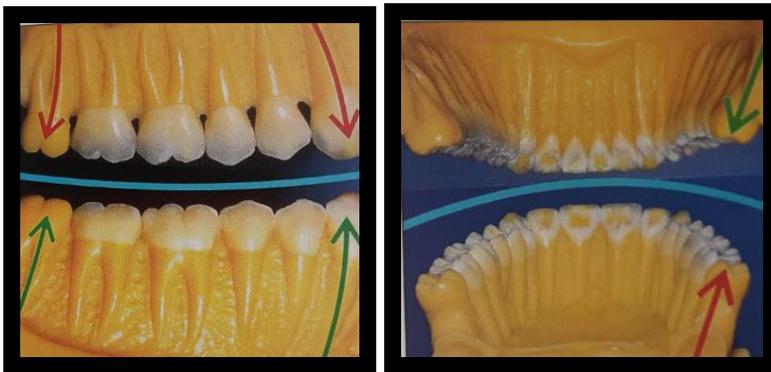


Fig.1 Imagen lateral de la mandíbula y el maxilar. Las piezas dentales estan inclinadas para recibir las fuerzas de cierre a lo largo de sus ejes mayores (flechas). La curvatura creada por la posición de las piezas dentarias origina la "curva de Spee" anteroposterior (línea azul) (McNeill, 2005).

Fig.2 Imágen posterior del maxilar.La inclinación lingual de las piezas dentarias mandibulares y la inclinación vestibular de las maxilares produce una curva transversal denominada "curva de wilson" (línea azul (McNeill, 2005).

Una línea imaginaria trazada en el plano frontal que pase por las vertientes cuspídeas de los dientes posteriores de cada lado de la arcada inferior describe la curva de Wilson de concavidad superior. Si la regularidad de la curva de Wilson esta interrumpida, las interferencias oclusales perturbaran este movimiento funcional (Naranjo, 2003).

5 PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

La ciencia y el arte de la prótesis tienen una larga y exitosa historia como una parte integral de la odontología. La Prótesis Parcial Removible (PPR) tiene como objetivo reemplazar los dientes y las estructuras vecinas perdidas preservando y mejorando la salud de los dientes y de las estructuras remanentes asociadas (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

La PPR es ampliamente usada para el tratamiento de edéntulos parciales y es una buena alternativa, económica y fácil de hacer para rehabilitar al desdentado parcial; su bajo costo permite que este recurso esté al alcance de una población más numerosa en comparación con otros tipos de prótesis dentales que por su técnica, los equipos y los materiales que emplean resultan onerosos (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

La mayoría de dentaduras parciales removibles se hacen con aleaciones de cromo- cobalto que fueron introducidas para este propósito en 1932, también se usan aleaciones de níquel- cromo y últimamente aleaciones de titanio. Estas aleaciones son más fáciles de trabajar, tienen alta rigidez, poco peso, resistencia a la corrosión (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

La demanda de la PPR aumenta como consecuencia de que los recursos para conservar los dientes y sus estructuras vecinas son cada vez más eficientes. La PPR debe ser construida tan simple como sea posible consistente con la función requerida (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

En un plan de tratamiento para restaurar una boca parcialmente edéntula, la PPR es lo último que se hace después de tratar los casos indicados de cirugía, endodoncia, periodoncia, operatoria dental, rehabilitación oral. Esta prótesis entra en función relacionada con el ligamento periodontal, el hueso de soporte dentario, la lámina cortical del hueso, la membrana mucosa, sus

vasos y nervios y con los músculos de la masticación. Por consiguiente la PPR para ser útil debe ser diseñada y preparada por un odontólogo calificado (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

5.1 INDICACIONES DE UNA PRÓTESIS REMOVIBLE

En la mayoría de los casos en esta profesión las indicaciones son fáciles de determinar, pero también existen casos en los que es difícil tomar una decisión, por lo que se plantean varias soluciones viables, pero solo una de ellas siempre será la mejor y solo la experiencia, la preparación profesional y el diagnóstico puede llevar a dar al paciente una solución, que será la mejor para él, y la que le dará los mejores resultados a largo plazo (Desplats & Callis, 2004).

1.- Individuos de edad avanzada

2.- Extensión de áreas edéntulas

3.- Extracciones recientes y en zonas extensas desdentadas como consecuencia de un traumatismo con largos periodos de cicatrización. Una PPR sin ningún alojamiento en los dientes remanentes puede ser una solución provisional para un tiempo determinado (Desplats & Callis, 2004).

4.- Aquellas bocas con una movilidad generalizada de tipo I, en los que una prótesis de tipo estabilizador en todas las piezas de la arcada dentaria, permitirá mantener los dientes estables (Desplats & Callis, 2004).

5.- Por cuestiones económicas (Desplats & Callis, 2004).

5.2 LA CLASIFICACIÓN KENNEDY ES LA SIGUIENTE

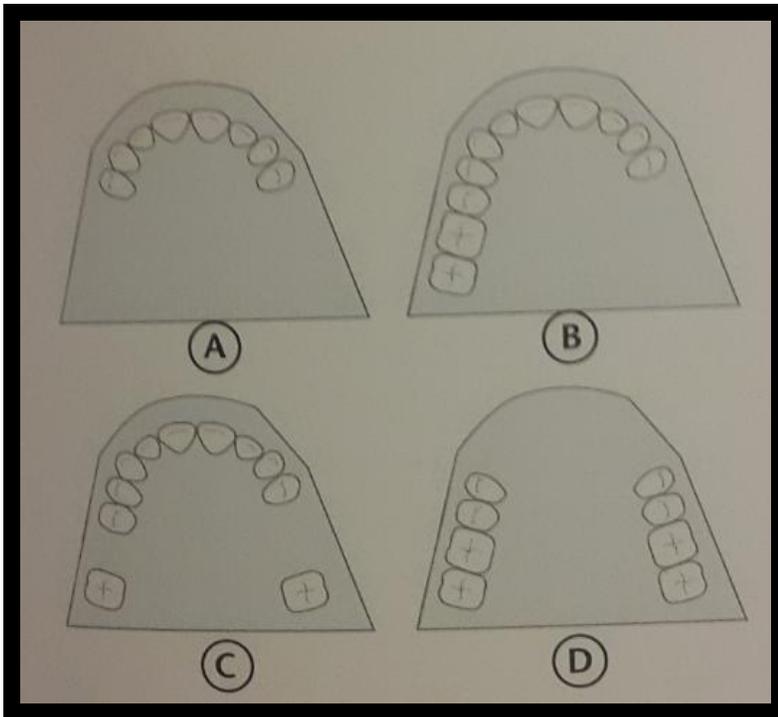


Fig.3 Clasificación de Kennedy .(Thoren & Gunne, 2013)

Clase I Áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes naturales

Clase II Áreas edéntulas unilateral posterior a los dientes naturales remanentes

Clase III Áreas edéntula unilateral con dientes naturales remanentes delante o detrás del área edéntula

Clase IV Area edéntula única bilateral, (que atraviesa la línea media), anterior a los dientes naturales remanentes (McCracken, 2006).

Con esta clasificación se pueden afrontar, con lógica, los problemas que se plantean en el diagnóstico, plan de tratamiento y elaboración de las

restauraciones, aunque ninguna clasificación se debe utilizar para estereotipar ni limitar los conceptos de diseño (McCracken, 2006).

Dicha clasificación es difícil de aplicar en cada situación si no se siguen ciertas reglas. Applegate aportó ocho reglas aplicables al método de Kennedy (McCracken, 2006).

- Se debe establecer después de las extracciones de los dientes que podrían alterar la clasificación original
- Si se ha perdido un tercer molar y no se ha reemplazado, no se debe tener en cuenta en clasificación
- Si existe un tercer molar y se emplea como pilar, se debe tener en cuenta en la clasificación (McCracken, 2006).
- Si se pierde un segundo molar y no se reemplaza, no se debe tener en cuenta en la clasificación
- El área o áreas edentúlas más posterior es la que determina la clasificación
- Las áreas edentúlas que no determinan la clasificación se refieren como modificaciones y se designan por un número (McCracken, 2006).
- La extensión de las modificaciones no se tienen en cuenta, solamente el número de áreas edentúlas adicionales
- No puede haber modificaciones en las arcadas de la IV (McCracken, 2006).

5.3 COMPONENTES DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Los elementos esenciales de una Prótesis Parcial Removible los cuales cada uno cumplen una función importante y son considerados al momento de realizar el diseño son: apoyos, retenedores, conectores mayores, conectores menores, retenciones para las bases de acrílico y extensión de las bases (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).



Fig 4. Componentes de PPR (Thoren & Gunne, 2013).

5.3.1 RETENEDORES

Diseñados para resistir las fuerzas que tienden a desalojar la prótesis. Por lo general son estructuras integrales de la estructura metálica o están unidas a ellas. Los componentes de retención pueden ser activos o directos y pasivos o indirectos (Thoren & Gunne, 2013).

Los primeros están diseñados para resistir las fuerzas que tienden a desalojar la prótesis de los dientes pilares en sentido axial., la función de

estos últimos es resistir las fuerzas que tienden a rotar la prótesis fuera de su superficie de asiento. (Thoren & Gunne, 2013).

5.3.2 Retenedores directos

Son elementos de la prótesis que, de forma activa, aportan retención, mantienen y retienen en la boca la prótesis y evitan que se separe de los dientes y las bases mucosas durante la masticación. Los retenedores llamados también ganchos tienen una serie de componentes que colaboran en todas las funciones los cuales son: apoyo o tope oclusal, cuerpo, brazo retentivo, brazo recíproco y conector menor (Desplats & Callis, 2004)

El apoyo o tope oclusal es la parte del retenedor que se apoya sobre la superficie oclusal, incisal o lingual del diente pilar e impide el desplazamiento hacia gingival de la prótesis. Con esto podemos evitar que se lesione la mucosa subyacente cuando actúen las fuerzas masticatorias (Desplats & Callis, 2004).

Además, contribuyen a mantener la punta del brazo retentivo en la posición elegida, preservando la encía marginal. Por todo ello, debe presentar un grosor adecuado para obtener resistencia (Desplats & Callis, 2004).

El cuerpo es la parte del gancho que conecta los apoyos y los brazos retentivos y recíproco al conector menor. Debe ser rígido y resistente, por lo que es necesario un grosor adecuado (Desplats & Callis, 2004).

Brazo retentivo es el componente que aporta la retención, se encuentra apoyado el cuerpo sobre el ecuador protésico y su cola o tercio final por debajo del mismo. Es más ancho en la zona donde nace y se va haciendo más delgado conforme se aleja de ella. Su función es evitar la desinserción y

a la vez su inserción pasiva, es decir, brindan retención gracias a su elasticidad y la localización de su parte activa (Sánchez, Vieira, & Arenas, 2001; Giraldo, 2008; Cacciante, 2013).

Debe ser diseñado de tal manera que evite la transmisión directa de las fuerzas de balanceo y rotación del diente pilar. Por lo general se ubica en la cara vestibular del diente, por esto el odontólogo debe realizar la selección de retenedores directos lo menos visibles posible (Sánchez, Vieira, & Arenas, 2001; Giraldo, 2008; Cacciante, 2013).

Brazo recíproco se sitúa en la cara opuesta a la que recorre el brazo retentivo. Es rígido y está situado por encima del ecuador dentario. Su función es neutralizar las fuerzas horizontales ejercidas por el brazo retentivo cuando este sobrepasa el ecuador dentario del diente (Desplats & Callis, 2004).

Un buen diseño del brazo recíproco será aquel que consiga contacto simultáneo con el diente desde el preciso momento en que el brazo retentivo contacta con el diente hasta que este sobrepasa el ecuador dentario. Para que se pueda conseguir esto, será necesario que la superficie por la que se resbale el brazo recíproco sea paralela a la trayectoria de inserción y remoción del aparato (Desplats & Callis, 2004).

Conector menor es el que unirá el retenedor al armazón de la prótesis removible. Debe ser rígido para transferir al conector mayor las fuerzas que reciba el retenedor (Desplats & Callis, 2004).

Los retenedores deben cumplir una serie de requisitos para cumplir su función. Estos son la retención, el soporte, la estabilidad, la reciprocidad, el cerclaje de mas 180 grados y la pasividad. Existen diferentes tipos de ganchos, su ubicación se la hace despues de realizar un análisis minucioso, los más revelantes son: gancho Ackers, gancho en anillo, gancho en

horquilla, gancho doble Ackers o en abrazadera, gancho múltiple, gancho en T, gancho en I (McCracken, 2006).

5.3.3 Retenedores indirectos

La función de la retención pasiva o indirecta es contrarrestar las fuerzas que tienden a rotar la porción distal de la base con extremo libre, fuera del reborde, cuando el paciente mastica alimentos pegajosos o si la porción distal de una prótesis superior tiende a caer debido a la gravedad (Thoren & Gunne, 2013).

Se cree que esta rotación se produce alrededor de la línea de fulcro retentivo, que es una línea imaginaria que conecta los puntos retentivos de los brazos de los ganchos situados a cada lado de la línea media (Thoren & Gunne, 2013).

Cuanto más alejado de la línea de fulcro retentivo, más eficaz será la retención indirecta. Se cree que las fuerzas exhibidas a través de la retención indirecta son tan bajas que pueden colocarse retenedores indirectos en superficies inclinadas intactas sin riesgo de causar el desplazamiento dental (Thoren & Gunne, 2013).

5.3.4 APOYOS

”En 1899, fue BONWILL el primero que recomendó el uso de prótesis removibles con apoyos oclusales. HENDERSON Y STEFFEL, MILLER Y GRASSO Y MACCRACKEN, afirman que la principal función del apoyo

oclusal es transmitir las fuerzas oclusales verticales a los pilares y evitar el movimiento de la PPR en sentido gingival. MACGREGOR Y STEWART Y col. dicen que los apoyos oclusales mantienen los retenedores en su posición correcta, evitan la impactación de alimentos y el hundimiento de la dentadura, que causaría el desplazamiento de los tejidos blandos” (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

El apoyo es considerado el componente más importante porque brinda soporte y controla la posición de la prótesis con relación a los dientes y a los tejidos, el apoyo sirve además para restaurar el plano de oclusión o para ferulizar los dientes periodontalmente comprometidos ,se dice también que es una extensión rígida de la estructura metálica que trasmite las fuerzas funcionales a los dientes y previene el movimiento de la prótesis hacia los tejidos blandos (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

Ha sido demostrado que las fuerzas generadas por una carga positiva de la PPR son transmitidas a los pilares a través de los apoyos oclusales. (Fernandez & Valverde Montalva, 2007)

Los apoyos pueden estar localizados en las superficies oclusales de los dientes posteriores o en las superficies linguales o incisales de los dientes anteriores. Estas superficies dentarias con las cuales toman contacto el apoyo reciben el nombre de descansos oclusales, los mismos que se preparan sobre esmalte. El tamaño de los descansos esta dado por las limitaciones anatómicas del diente, la instrumentación disponible, los requerimientos del diseño y la oclusión antagonista (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

El descanso oclusal debe ser redondeado , más profundo y mas angosto hacia el centro del diente y brindar un mínimo de 1.5 mm de separación con la oclusión opuesta (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

La causa mas frecuente de la fractura del apoyo no es debido a un defecto estructural o a un manejo descuidado, sino a la falta del dentista para ofrecer suficiente espacio con el antagonista (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

5.3.5 CONECTORES MAYORES

Son los elementos de la prótesis parcial removible que unen partes de la misma que se encuentran en ambos lados del arco dentario. El conector mayor brinda soporte, estabilidad y retención (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

Deben tener ciertas características estructurales para ser eficaces; deben ser rigidos para evitar la torsión y las fuerzas de palanca sobre las piezas pilares y para garantizar una mejor distribución de fuerzas sobre los tejidos de soporte disponible (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

El uso de los conectores mayores uniendo dientes pilares en cada lado del arco disminuye la cantidad de fuerza que actua sobre un pilar cercano al sitio de aplicación de la fuerza. No se debe ubicar en zona retentivas, ya sea a nivel de las piezas dentarias o tejidos blandos, para no causar daños durante la instalación y la remoción de la prótesis, siendo el conector mayor rígido, seria imposible o dificil la inserción de la prótesis si parte de aquel ocupa zonas retentivas de los dientes (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

El borde del conector mayor nunca debe terminar en el margen gingival porque causaria la irritación del mismo, es preferible que los bordes se ubiquen alejados 5 a 6 mm del margen gingival en el maxilar superior y 3 o mas mm en el maxilar inferior (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

Los conectores mayores tienen la forma de barras o de placas en el maxilar superior podemos encontrar: banda palatina simple, banda palatina anteroposterior, placa palatina, conector en U, barra palatina simple, barras palatinas anteroposteriores. También tenemos conectores mayores mandibulares que son: barra lingual, placa lingual, barra sublingual, barra lingual con barra continua, barra cingular y barra labial (McCracken, 2006).

5.3.6 CONECTORES MENORES

Son componentes de la PPR que unen el conector mayor con las otras unidades de la prótesis. Estos elementos tienen la función de transmitir la fuerza oclusal de la prótesis a los pilares y además transfieren el efecto de los retenedores, apoyos y componentes estabilizadores al resto de la prótesis (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

Un conector menor es la unión entre el conector mayor con el apoyo oclusal. El mismo que nos brinda estabilidad por su contacto con la superficie proximal del pilar (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

Su ubicación debe ser el espacio interdental para no molestar a la lengua; la parte más profunda del espacio interproximal debe ser bloqueada con cera para evitar interferencias durante la colocación y remoción de prótesis. Las placas proximales que contactan con los planos de los pilares brindan estabilidad y retención, limitando el número de los patrones de remoción (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

Se recomienda que el área de estas superficies se mantengan al máximo para proteger contra la impactación de los alimentos y aumentar la retención por fricción. Las superficies guías o también llamados planos guías deben ser

preparadas primero que las de los descansos oclusales y paralelas al eje de inserción planeado, el cual generalmente es perpendicular al plano de oclusión (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

Los conectores menores deben tener íntimo contacto con los planos guías de los pilares y su unión con el conector mayor no debe ser en ángulo recto y cubriendo lo menos posible al tejido gingival; los ángulos que se forman en la unión de los conectores mayor y menor deben ser redondeados. Cuando se emplean dos o más conectores próximos entre sí, debe haber una separación mínima de 5 mm entre ellos (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

Evidencias recientes sugieren pérdida de la inserción gingival más probable en el aspecto gingival proximal, o sea que el conector menor cubre sitios susceptibles. RADFORD y col. sugieren ubicar al conector menor no siempre debe estar en el sitio de mejor interés para el paciente. El conector menor debe estar localizado en una tronera y no en una superficie cóncava (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

En la tronera es menos obstructivo a la lengua. El conector menor debe estar en la tronera y debe cubrir lo menos posible el margen gingival (Fernandez & Valverde Montalva, 2007).

5.3.7 BASE DE LA DENTADURA

Esta estructura es una base que descansa sobre los tejidos blandos brindando soporte, estabilidad y retención para las prótesis dentomucosoportadas. El material que descansa sobre los tejidos pueden ser

metal o acrílico y debe brindar retención para los dientes artificiales (Desplats & Callis, 2004).

5.3.8 PLANO GUÍA

Se refiere a dos o mas superficies verticales paralelas en los dientes pilares diseñadas para dirigir la prótesis durante su inserción y remoción. Una vez que se ha decidido la vía de inserción mas favorable, se preparan las superficies axiales de los dientes pilares paralelas a la vía de inserción y también entre si (McCracken, 2006).

Las funciones de las superficies de los planos guías son las siguientes:

- Ofrecer una vía de entrada y salida a la prótesis (para eliminar la tensión nociva sobre los dientes y la estructura de soporte) (McCracken, 2006).
- Asegurar las funciones de reciprocidad, estabilización y de componentes retentivos
- Evitar el atrapamiento de alimentos entre los pilares y los componentes de la dentadura (McCracken, 2006).

Las superficies de los planos guía deben quedar tan paralelas al eje mayor del diente pilar como sea posible. La mayor eficacia de los planos guías se consigue cuando se colocan en varios pilares de la arcada preferiblemente en mas de dos dientes y en las posiciones mas separadas posibles, especialmente si se dispone de mas de una superficie axial común de los pilares. Un plano guía debe estar situado en la superficie del pilar adyacente a una zona edéntula (McCracken, 2006).

6 FASES EN LA CONFECCIÓN DE LAS PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Las dentaduras parciales se pueden dividir en seis fases:

- Educación del Paciente
- Diagnóstico, plan de tratamiento, diseño de la estructura , secuencias del tratamiento y ejecución de las preparaciones en boca
- Provisión de soporte adecuado para las dentaduras con extensión distal (McCracken, 2006).
- Establecimiento y la comprobación de unas relaciones oclusales armónicas de los dientes con sus oponentes y con los dientes naturales remanentes (McCracken, 2006).
- Procedimientos de colocación inicial, con los ajustes de los contornos de las bases de la dentadura y de las superficies de carga, para asegurar la armonía oclusal, junto con una revisión de las instrucciones para que el paciente mantenga las estructuras orales y las restauraciones que se le han efectuado en grado óptimo (McCracken, 2006).
- Seguimiento por parte del dentista, mediante visitas de control para evaluar periódicamente la respuesta de los tejidos orales a las restauraciones y comprobar la aceptación de las restauraciones por el paciente (McCracken, 2006).

6.1 ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ESTUDIO

Es necesario la toma de impresiones y el vaciado de los modelos de estudio, además que sean fijados en articulador, esto permite un estudio más extenso de las condiciones oclusales de lo que sería viable en un examen intrabucal (Micheelsen & Olavarria Astudillo , 2010).

Por lo tanto, las aberraciones de la oclusión y la articulación, las migraciones dentales, inclinaciones, alargamientos y facetas de desgaste pueden evaluarse más detalladamente de lo que sería posible en un examen clínico (Micheelsen & Olavarria Astudillo , 2010).

Pueden realizarse encerados de prueba en el modelo para poder formarse una opinión sobre el resultado potencial de la terapia propuesta en términos de función y estética (Micheelsen & Olavarria Astudillo , 2010).

6.2 PARALELIZACIÓN

El analizador de modelos es básicamente un paralelómetro. Este es un instrumento usado por odontólogo y por el laboratorista dental, para mostrar el paralelismo relativo existente entre las diferentes estructuras dentarias y mucosas que servirán de anclaje a una prótesis (Micheelsen & Olavarria Astudillo , 2010).

El paralelógrafo debe usarse en el caso de rehabilitación de un paciente, este nos permite obtener un diagnóstico y planificar los cambios necesarios que mejoren el soporte, la retención, la estabilidad y la estética de la futura

prótesis y así evitar errores que con lleven al fracaso de la PPR (Micheelsen & Olavarria Astudillo , 2010).

En términos prácticos, una varilla de grafito fijada en la prolongación de este eje, se pone en contacto con los dientes y se mueve a lo largo de sus superficies axiales, marcando de este modo la línea de máximo contorno, en relación con la trayectoria de inserción elegida (Thoren & Gunne, 2013).

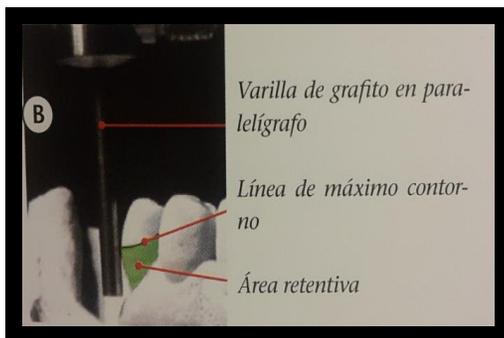


Fig 5. Línea de máximo contorno y áreas retentivas (verde) (Thoren & Gunne, 2013).

Si las áreas retentivas resultantes son favorables en cuanto a la posición y la profundidad de la retención, entonces se mantiene esta vía de inserción. De lo contrario, se varia un poco la inclinación de la mesa sobre la cual está montado el modelo, y se realiza un nuevo análisis hasta obtener un resultado óptimo (Thoren & Gunne, 2013).

Las factores que son importantes tomar en cuenta son: asegurar la inserción y remoción sin interferencias, aquí podemos identificar las áreas retentivas, el paralelógrafo es fundamental en asegurar que la prótesis pueda insertarse o removerse de los dientes sin interferencias de las estructuras duras (Thoren & Gunne, 2013).

Otro factor elemental es: comunicar la trayectoria de inserción establecida al técnico dental. Por medio de la barra analizadora del paralelógrafo usado como regla se trazan líneas en todas las facetas del zócalo del modelo, esto

permite al técnico reposicionar el modelo en la mesa del paralelógrafo con un grado de exactitud aceptable, replicando de este modo la trayectoria de inserción establecida (Thoren & Gunne, 2013).

6.3 DISEÑO DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

El diseño de una PPR responde a dos objetivos: el primero es colocar todos los componente necesarios en las posiciones correctas según sus funciones y de acuerdo a cada caso. El propósito es una construcción, que proporcione al paciente una prótesis que funcione adecuadamente y lesione minimamente los tejidos bucales (Micheelsen & Olavarria Astudillo , 2010).

El segundo es proveer al técnico dental la suficiente información para transformar el diseño del odontólogo en la prótesis definitiva. Con el fin de cumplir ambos objetivos el odontólogo debe dibujar con bastante exactitud el diseño en el modelo de estudio (Micheelsen & Olavarria Astudillo , 2010).

Asi mismo se recomienda acompañar el caso con una indicación escrita que contenga la misma información para evitar malentendidos (Micheelsen & Olavarria Astudillo , 2010).

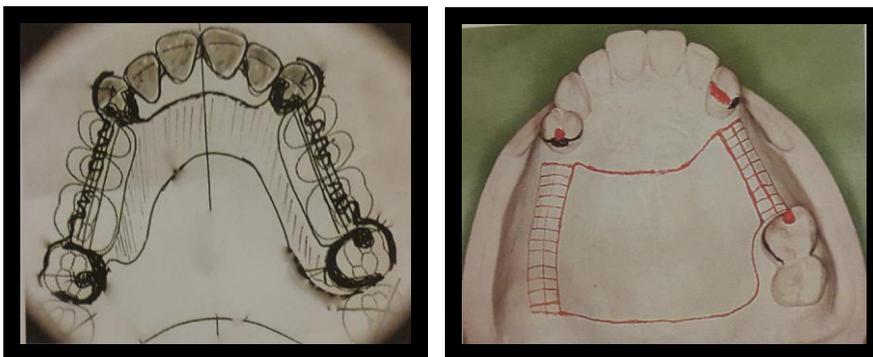


Fig 6. Diseño previsto de la PPR (Thoren & Gunne, 2013).

6.3.1 Secuencia en el diseño

El profesional debe conocer y ser capaz de elegir entre todas las posibilidades de diseño. Los tres principios para elección son:

- La distancia entre el margen gingival de la dentición remanente y los componentes e la PPR debe ser de un mínimo de 3 mm (Micheelsen & Olavarria Astudillo , 2010).
- La construcción debe ser lo mas simple posible
- La construcción general debe ser lo mas rígida posible (Micheelsen & Olavarria Astudillo , 2010).

Se recomienda la siguiente secuencia de pasos :

- Determinar la posición y extensión de las bases
- Seleccionar el conector mayor
- Determinar el número y la posición de los apoyos dentales
- Analizar el modelo, determinar la trayectoria de inserción y remoción, la posición, el número y el tipo de ganchos (Micheelsen & Olavarria Astudillo , 2010).
- Evaluar la necesidad por la retención pasiva o indirecta
- Evaluar si la construcción posee suficiente retención y estabilidad (Micheelsen & Olavarria Astudillo , 2010).

6.4 PREPARACIÓN DE LA BOCA DEL PACIENTE

La preparación de la boca de un paciente que debe llevar una prótesis parcial removible, es la secuencia más importante de todas las fases que componen la construcción de un PPR, de tal manera que sin este paso, habría muchos fracasos (Desplats & Callis, 2004).

La preparación de la boca comprende distintas fases en ellas encontramos la corrección del plano oclusal, esta trata de alinear los desplazamientos y las inclinaciones dentarias. Todas las mal posiciones ligeras deberán corregirse rectificando la forma y preparando los planos guías, los planos linguales o el contorno de los ángulos mesiobucales y mesiolinguales (Desplats & Callis, 2004).

Debe considerarse realizar un remodelado de los dientes naturales, es decir la mayoría de los dientes presentan unas formas irregulares, que se debe rectificar para adaptarlas a la trayectoria de inserción elegida, este remodelado consta de realizar una ligera reducción de algunas zonas de los dientes, pero sin que esta sea excesiva, la cantidad de desgaste ya habrá sido planificado en los modelos de diagnóstico (Desplats & Callis, 2004).

No debemos olvidar la altura ideal del ecuador dentario que estara entre el tercio medio o el tercio gingival del diente y por último los descansos oclusales, es necesario recordar que deberan cumplir ciertas funciones como: dirigir las fuerzas a traves del eje mayor del pilar que lleva el apoyo oclusal, evitar que el aparato se inserte en la encia lesionándola y mantener el gancho retentivo en su sitio para que cumpla la mision de soportar la prótesis (Desplats & Callis, 2004).

La preparación sera en forma de cuchara ligeramente triangular de base sobre el reborde marginal y vértice en dirección hacia el centro del diente, aprovechando la forma de las fosas donde va alojado, tanto la mesial como

la distal, es decir, inclinando hacia el centro del diente. El grosor debe ser de 1,5 mm. Al final de la preparación debe ser minuciosamente pulidas (Desplats & Callis, 2004).

Si existieran obturaciones defectuosas deben ser rehechas y contorneadas de modo que funcionen en forma óptima, de igual manera si el diente necesitaría otro tratamiento como: incrustaciones, coronas, endodoncias, extracciones deberán ser ejecutadas a su tiempo para que después no haya problemas en la PPR (Thoren & Gunne, 2013).

6.5 IMPRESIONES DEFINITIVAS DE LA BOCA

Las impresiones deben reproducir exactamente todos los detalles de la dentición, los tejidos blandos y las áreas periféricas sin compresión. En vista de que la PDPR inferior está incorporada con una barra lingual, es particularmente importante obtener una representación verdadera de la condición lingual, no solo la extensión vertical, en el caso donde se contempla una barra sublingual, sino también la extensión horizontal, por debajo de la lengua (Thoren & Gunne, 2013).

Existen diferentes tipos de materiales utilizados para las impresiones como: hidrocoloides irreversibles, polisulfuros, poliéteres, siliconas (Desplats & Callis, 2004).

Cualquier material de impresión elástico puede emplearse para la impresión definitiva. Entre ellos el alginato es suficientemente preciso para el propósito, es el más fácil de manipular y rápido de utilizar. También es mucho más flexible que los elastómeros una vez que haya fraguado. El carácter blando del alginato fraguado constituye una ventaja importante, ya que facilita su remoción de la boca y reduce el riesgo de fracturas de los dientes del

modelo de yeso. Sin embargo se debe seguir las recomendaciones del fabricante. Por otra parte debe vaciarse de inmediato si se quiere mantener su exactitud, de modo que el vaciado debe ser inmediato (Thoren & Gunne, 2013).

6.5.1 Impresión de modelo modificado

Una solución para superar el problema del cumplimiento de los requisitos de una impresión es utilizar una impresión especial de las áreas edéntulas también llamada impresión de modelo alterado. Este modelo solo es aplicable para las PDPR inferiores de extremo libre (Thoren & Gunne, 2013).

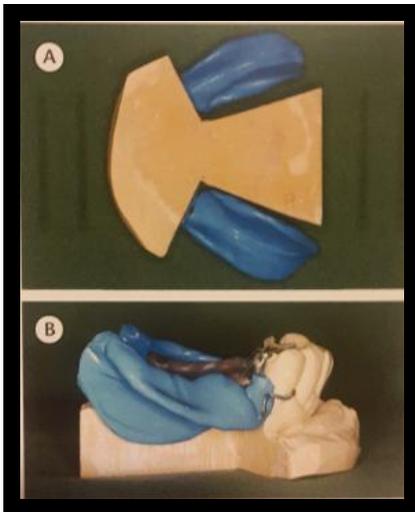


Fig 7. Impresión modificada del modelo .A. Impresiones de las áreas edéntulas separadas. B. Preparado para el vaciado (Thoren & Gunne, 2013).

Su propósito es asegurar una impresión óptima de las áreas edéntulas de extensión distal. Debe utilizarse un material de impresión de cuerpo liviano y en algunos casos, cubetas- base aliviadas (Thoren & Gunne, 2013).

6.6 PRUEBAS DE ADAPTACIÓN

Antes de probar la estructura metálica en la boca, el adaptado debe controlarse en el modelo definitivo en el cual fue diseñado, luego de verificar que este correcta la adaptación insertamos en boca y se presiona suavemente en posición. Se examina todos los contactos dentales (Thoren & Gunne, 2013).

Es importante verificar la relación entre una barra lingual y los tejidos blandos. Para ello se indica al paciente que realice movimientos funcionales, es decir, extensiones moderadas y movimientos laterales de la lengua (Thoren & Gunne, 2013).

Asi mismo se controla el ajuste de la barra dental y la posición de los brazos de un gancho en relación con los dientes con los cuales entran en contacto. Debe verificarse que los brazos de un gancho con relación a los dientes con los cuales entran en contacto. Debe verificarse que los brazos de los ganchos tengan como mínimo 1 mm de separación de la encia marginal (Thoren & Gunne, 2013).

Posteriormente seguimos con el enfilado dental, en donde los dientes artificiales se enfilan conforme al registro oclusal. El enfilado debe establecer contactos oclusales uniformes entre los dientes opuestos. Además las cargas oclusales deben distribuirse uniformemente en los dientes artificiales y dentición remanente (Thoren & Gunne, 2013).

La PPR encerada se inserta en boca y se verifica los contactos oclusales. Y por último, la prueba final de la prótesis acrilada; se realizará la adaptación final de la PPR haciendo el control de la oclusión y de las bases protésicas (Thoren & Gunne, 2013).

6.7 ETAPA DE INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO

Antes de la colocación definitiva de la PPR debemos examinar en el interior de la PPR si existen bordes filosos, defectos en el material de acrílico, si se encuentra aspera la prótesis (Thoren & Gunne, 2013).

El asentamiento de la prótesis, el ajuste de los ganchos, apoyos dentales, planos guías y otros contactos entre la dentición remanente y la prótesis se controla y se ajusta si es necesario. El momento de la instalación debemos ver que haya adaptación marginal, adaptación de la superficie de soporte y adaptación muscular (Thoren & Gunne, 2013).

Antes de despedir al paciente el odontólogo no debe olvidar darle la información adecuada y específica relacionada con el mantenimiento de la dentición remanente así como la prótesis. La necesidad de controles periódicos en donde se detectan problemas que pudieran surgir y la implementación de las medidas adecuadas deben enfatizadas, ya que la responsabilidad de esto recae en el odontólogo (Thoren & Gunne, 2013).

Una cita de control tras la inserción debe hacerse después de uno o dos días. Por lo general no se requiere más tiempo para revelar problemas iniciales, que pueden ser tratados inmediatamente. El paciente debe aprender a remover e insertar la PPR y no abandonar el consultorio dental antes de haber dominado la técnica (Thoren & Gunne, 2013).

La boca y la prótesis se deben limpiar después de cada comida y antes de acostarse para reducir las colonias bacterianas, disminuyendo así la producción de ácido después de la ingesta. Las prótesis se pueden limpiar con un pequeño cepillo de cerdas blandas. Los residuos se pueden eliminar mediante dentríficos no abrasivos que contenga los elementos esenciales para la limpieza. Los limpiadores caseros las pastas dentríficas no se deben

emplear porque son demasiado abrasivas para las superficies de resina acrílica (McCracken, 2006).

7 RESTAURACIONES INDIRECTAS

7.1 INCRUSTACIONES

Dentro de las restauraciones, además de las carillas, están las incrustaciones inlay y onlay y las carillas (Hinostroza, 2006).

Una incrustación está indicada cuando cumple ciertas reglas como:

- Los inlays y onlays están indicados en lesiones moderadas, en molares y premolares.
- Las preparaciones deben dejar un margen extremo de esmalte, necesario para obtener un sellado fiable.
- Es esencial obtener un fácil acceso a la cavidad para lograr el éxito en la preparación, la toma de impresión y adhesión (Hinostroza, 2006).
- Oclusión favorable, espacio interdentario grande, reconstrucción de cúspides (Vilela, 2011).

Si no cumple estas características lo más probable es que el pronóstico sea desfavorable ya está contraindicado cuando existen: pacientes Bruxistas, lesiones pequeñas (se prefiere resina directa), carga masticatoria intensa, higiene y dieta deficientes, imposibilidad de aislamiento absoluto (Vilela, 2011).

Los dientes demasiado cortos no permiten la profundidad suficiente para el material de cerámica (1,5 mm es el mínimo de grosor permisible) (Hinostroza, 2006).

7.2 CARACTERÍSTICAS DE LA PREPARACIÓN

- Los márgenes cavo superficiales de la preparación deben ser rectos, lisos y nunca biselados (Hinostroza, 2006).
- Los planos internos en forma cónica y expulsiva, para que el eje de entrada y salida de la incrustación pueda hacerse sin ejercer presión excesiva sobre ella (Hinostroza, 2006).
- El espacio dejado para el material deberá ser entre 1,5 y 2 mm, con todos los ángulos cuspídeos redondeados.
- Las paredes interproximales como las oclusales deben ser divergentes hacia oclusal por lo menos 10 grados (Hinostroza, 2006).
- Es primordial eliminar las restauraciones existentes y la estructura dentaria comprometida, antes de decidir respecto a la forma definitiva de la preparación (Hinostroza, 2006).
- El margen cavo- superficial oclusal y gingival no deben ser biselados. La terminación en chamfer redondeado se considera la mas recomendable para lograr un adecuado sellado y proveer un color armonioso (Hinostroza, 2006).
- Se procura un piso de la cavidad totalmente liso y plano (Hinostroza, 2006).

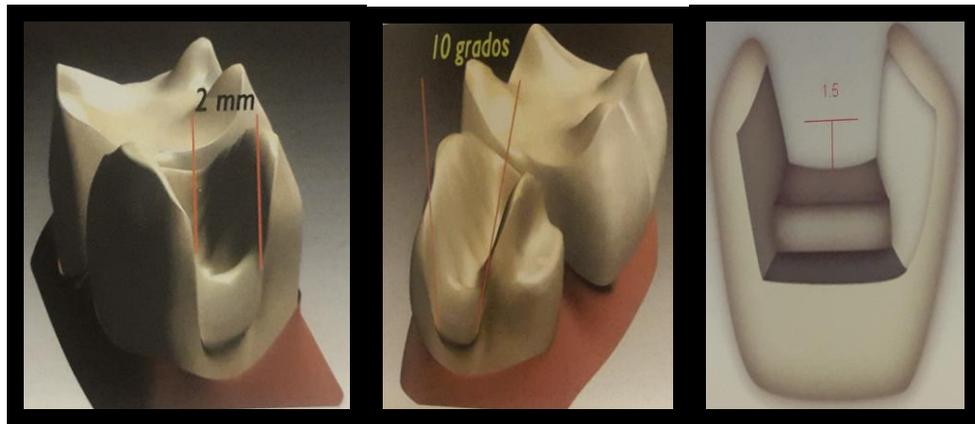


Fig 8. Características de la preparación de una incrustación (Hinostroza, 2006).

7.3 RECONTORNEADO DE LOS DIENTES ANTERIORES

El contorneado de dientes es el método más económico para corregir el desgaste dental propio del envejecimiento (Janer, 2009).

A veces los dientes se desgastan más rápidamente de lo que deberían como consecuencia de factores distintos al envejecimiento. Las incorrecciones en la mordida o el hábito de rechinar con los dientes pueden provocar el desgaste de la estructura dental. Si sus dientes están desgastados, existen diversos métodos para corregir el problema (Janer, 2009).

El recontorneado es el procedimiento destinado a normalizar la forma de dientes desgastados. Su objetivo es realizar un recontorneado tridimensional de los dientes anteriores para eliminar o camuflar los desgaste dentales de los bordes de los dientes, los triángulos negros presentes entre los dientes por reducción del volumen de la encía interdental (Janer, 2009).

La extensión del procedimiento esta directamente relacionada con el grado de afectación de los dientes, que va desde retoques mínimos a contorneados

extensos, buscando realzar la apariencia de los dientes de manera natural (Janer, 2009).

Así pues, el contorneado dental puede combinarse junto con otros tratamientos como la adhesión dental o las carillas puede rejuvenecer la sonrisa del paciente de una manera rápida y económica (Janer, 2009).

7.4 CARILLAS DIRECTAS

La carilla directa de resina compuesta consiste en la aplicación y el tallado de una o mas capas de este material sobre la superficie del diente, para favorecer, principalmente un mejor resultado estético (Conceição, 2008).

La realización de carillas directas de resina compuesta permite al profesional controlar y evaluar el procedimiento restaurador, desde la selección del color hasta el establecimiento de la morfología final (Conceição, 2008).

Estas carillas estan indicadas para corregir alteración de color, forma o posición en la superficie vestibular de cualquier diente. Sin embargo por tratarse de un método restaurador esencialmente vinculado con una indicación estética, suele realizarse en dientes anteriores (Conceição, 2008).

7.5 CONTRAINDICACIONES

Las carillas directas con resina compuesta están contraindicadas en dientes extremadamente oscuros, pacientes que presenten mordidas borde a borde o hábitos parafuncionales, pacientes con hábitos como el tabaco y/o

ingestión frecuente de sustancias colorantes, dientes con gran apiñamiento, dientes cuya alteración posicional es hacia vestibular, problemas periodontales, compromiso dental excesivo, en el cual estará indicada la técnica indirecta (Conceição, 2008).

7.6 CIERRE DE DIASTEMAS

Cuando el espacio existente no sea demasiado amplio, puede corregirse de manera bastante rápida y eficiente con resina compuesta directa, y proporcionar al paciente una mejor apariencia estética (Hinostroza, 2006).

7.7 PROTOCOLO DE CONFECCIÓN

El recontorneado de los dientes anteriores se lo hace de la siguiente manera:

- Primero debemos de seleccionar el color con un colorímetro, tomar fotos a blanco y negro, realizar la prueba estética aplicando resina compuesta sin uso previo del sistema adhesivo para mayor seguridad de buenos resultados (Conceição, 2008).
- Un método práctico para simplificar y acortar el procedimiento es valerse de una matriz lingual preparada especialmente para cada caso (Hinostroza, 2006).
- Luego el profesional debe verificar los contactos oclusales existentes en máxima intercuspidad habitual y en movimientos de protrusión y lateralidad (Conceição, 2008).

- Este procedimiento se debe realizar con aislamiento absoluto del campo operatorio; al preparar el diente hacemos un desgaste mínimo en las caras vestibulares de los incisivos inferiores (Conceicao, 2008).
- Sistema Adhesivo se debe aplicar el ácido fosfórico al 37 % durante 15 segundos sobre el esmalte; enseguida se aplica el adhesivo seguido del secado con aire para eliminar el solvente y fotoactivo por 10 segundos . Se puede utilizar el adhesivo de dos etapas clínicas (Conceição, 2008).
- Se coloca el material en la matriz lingual distribuyéndolo sobre su superficie, con ayuda de instrumentos. Es importante recalcar que se va colocando por capas la resina y dándole su respectiva forma antes de polimerizar (Hinostroza, 2006).
- Verificación de los contactos oclusales: Se debe tener cuidado especial en la región palatina, puesto que importante mantener o al menos no interferir en la guía de la desoclusión anterior (Conceição, 2008).
- El pulido debe ser cuidadoso .Se debe usar piedra diamantada de grano fino o discos abrasivos, luego se usa puntas de silicona y disco de fieltro con pasta para pulido (Conceição, 2008).

8 ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal (EP) es el resultado de una interrelación entre la placa bacteriana, el agente infeccioso y el huésped (B.M.Eley, M, & J.D, 2010).

8.1 ETIOLOGÍA

Causa de la EP es la infección bacteriana. Factores locales: restauraciones defectuosas, lesiones de caries, impactación de comida, prótesis parciales mal diseñadas, dientes mal alineados. Factores sistémicos: diabetes, cardiopatías coronarias y úlceras gástricas (Carranza, 2014).

8.2 CLASIFICACIÓN

8.2.1 Periodontitis Crónica

- Prevalente en adultos pero puede ocurrir en niños
- Cantidad de destrucción correlativa con factores locales
- Frecuente hallar cálculos subgingivales
- Progresión de lenta a moderada con posibles periodos de avance rápido (Carranza, 2014).

8.2.2 Periodontitis Agresiva

- Paciente por lo demás sano
- Perdida de inserción y destrucción ósea rápida
- Cantidad de depósitos microbianos sin correlación con la gravedad de la enfermedad
- Varios miembros de la familia enfermos (B.M.Eley, M, & J.D, 2010).

8.3 SUBCLASIFICACIÓN

Localizada: - 30 de los sitios afectados

Generalizada: más 30 de los sitios afectados

Leve: 1 a 2 mm de pérdida de inserción clínica

Moderada: 3 a 4 mm de pérdida de inserción clínica

Severa: más 5 mm de pérdida de inserción clínica. (B.M.Eley, M, & J.D, 2010).

8.4 DIAGNÓSTICO

Margen Gingival: 1-2 mm de ancho alrededor del cuello del diente y es la pared externa del surco gingival, de 0-2 mm de profundidad (Carranza, 2014).

Profundidad del Sondaje: Distancia desde el margen gingival hasta la base de la bolsa periodontal (Carranza, 2014).

Recesión: Atrofia gingival da lugar a un movimiento apical del margen gingival que ocasiona el desarrollo de recesion gingival y la exposición de la raíz del diente (Carranza, 2014).

Sangrado: Signo de que existe riesgo de EP. La causa es la acumulación de placa en la línea de la encía. Esto lleva a una gingivitis o encías inflamadas (B.M.Eley, M, & J.D, 2010).

Bolsas Periodontales: Es el espacio entre la encía y el diente que se profundiza a medida que se acumulan las bacterias debajo de la encía y se

forma la placa subgingival provocando la destrucción del hueso de soporte y el agravamiento de la EP (B.M.Eley, M, & J.D, 2010).

8.5 TRATAMIENTO PERIODONTAL

8.5.1 FASE SISTÉMICA

Para completa esta fase preguntaremos al paciente si presenta antecedentes sistémicos y los enumeraremos en la historia clínica para poder saber cómo debemos prevenir cualquier dificultad que se pueda presentar con paciente con enfermedad sistémicas como: diabetes, hipertensión, enfermedades cardiacas (Carranza, 2014).

8.5.2 FASE HIGIÉNICA

Motivación y Fisioterapia Oral:

Técnica de cepillado de Bass

Terapia Básica Periodontal:

El raspado es el proceso por medio del cual se elimina la placa y los cálculos de las superficies dentales subgingivales. No se hace ningún intento deliberado por eliminar la sustancia dental junto con los cálculos. El alisado radicular es el proceso de eliminación de los cálculos y porciones de cementos residuales adheridas de las raíces para crear una superficie lisa, dura y limpia (B.M.Eley, M, & J.D, 2010).

Técnica de raspado y alisado radicular

El objetivo principal del raspado radicular y curetaje es desintoxicar el cemento radicular y restaurar la salud gingival al eliminar por completo los elementos que producen inflamación gingival, es decir la placa, cálculos, endotoxinas, de la superficie dental (Carranza, 2014).

Se ha mostrado que la instrumentación reduce de manera importante el número de microorganismos subgingivales y produce un cambio en la composición de la placa subgingival de una con un alto número de anaerobios gram-negativos a una en la que dominan las bacterias facultativas gram-positivas, que es compatible con la salud (Carranza, 2014).

Después de un raspado radicular y curetaje minucioso, hay una reducción profunda de las espiroquetas, los bastoncillos móviles y los patógenos putativos como: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* y *Prevotella intermedia*, y un aumento de las células cocidas (Carranza, 2014).

Estos cambios en la microbiota están acompañados de una reducción o eliminación de la inflamación clínica. Este cambio microbiano positivo debe sustentarse con el raspado radicular y curetaje periódicos realizados durante el tratamiento periodontal de apoyo (Carranza, 2014).

- Realizar el periodontograma y analizar el diagnóstico presente
- Anestesia infiltrativa y troncular, dependiendo que cuadrante se va a trabajar

- Colocación de revelador de placa en los cuatro cuadrantes (Carranza, 2014).
- Pasar el ultrasonido en cada uno de los cuadrantes, en las caras vestibulares, palatinas y linguales
- Raspado radicular de cada cara de los dientes presentes, se lo realiza por cuadrantes, utilizando las curetas adecuadas para cada diente (Carranza, 2014).

1-2: dientes anteriores

7-8: caras linguales y vestibulares de dientes posteriores

13-14: caras distales de dientes posteriores

- La cureta se toma de lapicero modificado, se establece un apoyo digital estable y se selecciona la parte activa correcta
- La hoja se adapta suavemente al diente y se inserta suavemente hasta el epitelio de unión (Carranza, 2014).
- Se ejerce una presión lateral contra la superficie dentaria
- Se realiza algunos movimientos exploratorios hasta encontrar tártaro o irregularidades
- Alisado radicular para eliminar cálculos dentales y obtener superficies lisas y limpias (Carranza, 2014).

RESTO RADICULAR

La presencia de restos radiculares en los maxilares de nuestros pacientes es un hecho muy frecuente en la práctica diaria, por motivos muy diversos de entre los que destacamos: la poca higiene bucal del paciente, la nula visita al

odontólogo, la mínima preocupación de los centros de salud para proveer educación que muestren aspectos preventivos como curativos

Todo aquellos da como resultado un desinterés generalizado por la salud bucal que hace tan frecuente ver bocas sépticas llenas de restos radiculares (Escoda, 2004).

Vamos a considerar los siguientes tipos de restos radiculares: raíces que emergen del proceso alveolar, es decir, que son perfectamente visibles en el exámen intrabucal, y que presentan suficiente tejido dentario a la vista para poder realizar una correcta prensión con un forcéps (Escoda, 2004).

Por otra parte, existe raíces que están en mayor o menor grado recubiertas por la encía o la mucosa bucal y que presentan una superficie adecuada para que un forcéps haga una presa o prensa correcta y útil, estos restos radiculares se realizará la extracción con elevadores, con o sin ostectomía (Escoda, 2004).

Estos restos radiculares pueden existir:

- Como consecuencia de un proceso de caries tan profundo y avanzado que ha destruido todo el tejido dentario coronal, y las raíces quedan sumergidas en mayor o menor grado en la encía (Escoda, 2004).
- Por tratarse de raíces antiguas originadas después de exodoncias frustadas e incompletas anteriores, raíces fracturadas por debajo del cuello dentario en el mismo acto operatorio o en fracturas radiculares por traumatismos accidentales (Escoda, 2004).

EXTRACCIÓN DE RESTOS RADICULARES MEDIANTE TÉCNICA DE ELEVADORES

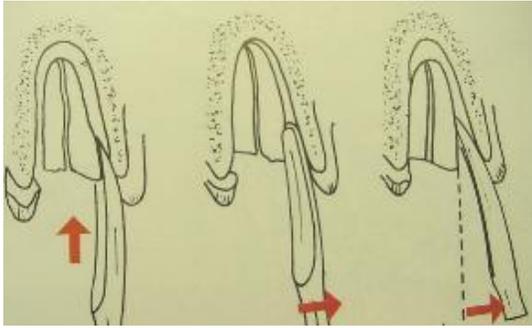
Los elevadores se utilizan normalmente para realizar la sindesmotomía y para luxar el diente a extraer como paso previo al uso del forcéps. En ocasiones esta puede llegar a ser complementada con este mismo instrumental que es especialmente útil para la extracción de restos radiculares (Escoda, 2004).

Los elevadores suelen aplicarse a la extracción de dientes unirradiculares o multirradiculares, si estos tienen las raíces fusionadas y cónicas, es como si fuera una única raíz (Escoda, 2004).

INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN CON ELEVADORES SIN OSTECTOMÍA

Extracción de dientes monorradiculares, con raíces rectas sin bifurcaciones ni dilaceraciones y sin cementosis, o de restos radiculares en las mismas condiciones. En este apartado se podría incluir los dientes multirradiculares que tienen las raíces fusionadas y poco retentivas (Escoda, 2004).

Extracciones de dientes multirradiculares que pueden estar ya separadas o cuya odontosección habrá que realizar previamente (Escoda, 2004).



TÉCNICA QUIRÚRGICA

- Técnica anestésica, esto dependerá que diente será extraído previamente. Se introduce el elevador realizando pequeños movimientos de rotación hasta alcanzar el punto útil de aplicación deseada, momento en el cual la cara plana o cóncava de la hoja del elevador entra en contacto con el diente (Escoda, 2004).
- La meta es colocar el elevador entre la pared del alveólo y el lado más elevado de la raíz, excavando incluso la pared ósea para poder apalancar bien, evitando así el riesgo de aplicar presión sobre el fragmento dentario en sentido apical (Escoda, 2004).
- Aplicando el elevador en el espacio periodontal entre la raíz y la pared ósea del alvéolo, este actúa como cuña, y si realizamos esta acción alrededor de toda la circunferencia del diente a extraer, conseguiremos su luxación. Los movimientos de rotación del elevador, hacia derecha e izquierda y de impulsión se irán repitiendo hasta conseguir la movilización del diente (Escoda, 2004).
- Una vez luxado el diente o la raíz se amplian movimientos rotatorios y se busca un punto de apoyo para actuar como palanca de primer

género. De esta manera se desplaza el diente en la dirección de menor resistencia, que generalmente es hacia mesial o distal, consiguiendo así su avulsión (Escoda, 2004).

- Durante la aplicación de los elevadores es muy importante cogerlos adecuadamente y colocar las manos en la forma correcta a fin de controlar las maniobras de extracción y también para evitar posibles escapes del instrumento o movimientos bruscos que podrían producir lesiones iatrogénicas (Escoda, 2004).
- No debemos olvidar lavar con suero, suturar y mandar las indicaciones posquirúrgicas (Escoda, 2004).

8.5.3 FASE CORRECTIVA

Gingivoplastia:

- Procedimiento de remodelado de la encía para crear contornos gingivales fisiológicos, con el propósito de volver a contornear la encía en ausencia de las bolsa (Carranza, 2014).

Técnica Quirúrgica:

Se realiza con un bisturí, desechable, piedras de diamante rotatorias de grano grueso. La técnica consta de afinado del margen gingival, creación de un contorno marginal interdental vertical y modelado de las papilas interdental. En este caso clínico se realizó una gingivoplastia en el diente # 37 debido a que hubo un crecimiento gingival, el cual debía ser eliminado para la rehabilitación de dicho diente (Carranza, 2014).

Indicaciones:

- Cuando existen bolsas de más de 3 mm.
- Cuando hay suficiente encía queratinizada.
- Cuando la pérdida ósea es horizontal y no se precisa cirugía ósea.
- Áreas de acceso limitado (B.M.Eley, M, & J.D, 2010).

Contraindicaciones:

- Cuando no existe suficiente encía queratinizada.
- Bolsas se extienden más allá de la línea mucogingival.
- Cuando se requiere remodelado óseo (B.M.Eley, M, & J.D, 2010).

8.5.4 FASE DE MANTENIMIENTO

Control cada 3 meses, realizando un nuevo periodontograma, donde analizaremos si se disminuyó profundidad de sondaje, placa bacteriana y sangrado (Carranza, 2014).

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO

9 HISTORIA CLÍNICA

A continuación se describirá la información detallada de la Historia Clínica # 7235, la cual está registrada en la Clínica de Especialidades Odontológicas, de una manera minuciosa puntualizaremos: datos de identificación, motivo de consulta, enfermedad o problema actual, examen clínico y exámenes complementarios, diagnóstico y plan de tratamiento.

9.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Apellidos y nombres:	N.N
Lugar y fecha de nacimiento:	Quito, 12 julio
Nacionalidad:	Ecuatoriano
Grupo cultural:	Mestizo
Edad :	50 años
Sexo:	Masculino
Estado civil:	Casado
Ocupación:	Administrador

9.2 MOTIVO DE LA CONSULTA

Paciente de sexo masculino de 50 años de edad, acude a la Clínica de Especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador. Le preguntamos el motivo de su consulta, a lo que él refiere: “Quiero realizarme un chequeo general de mi boca y quisiera ver que se puede hacer con la ausencia de mis dientes”.

9.3 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

El paciente presenta periodontitis crónica severa generalizada, resto radicular del diente # 25, recesión de los dientes # 1.3, 3.5, presencia de lesiones cariosas en los dientes # 1.4, 1.7, 2.4, 3.4, 3.5, 3.7 ausencia de los dientes # 1.5, 1.6, 1.8, 2.6, 2.7, 2.8, 3.6, 3.8, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8.

9.4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

El paciente no refirió antecedentes sistémicos personales. En los antecedentes familiares nos indicó que la madre presenta diabetes

9.5 SIGNOS VITALES

Se le tomó los signos vitales al paciente y se registró los datos:

(Ver Tabla 1).

PRESIÓN	FRECUENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA
ARTERIAL	CARDÍACA	TEMPERATURA	RESPIRATORIA
122/72	72	36.5	17

Tabla 1. Signos Vitales. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

9.6 EXAMEN FÍSICO

Se observó un paciente braquicefálico, de perfil convexo; no se palpan ganglios linfáticos alterados, aparentemente se encuentra normal

9.7 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

Se realizó un examen minucioso en donde observamos: labios, mejillas, maxilar superior, maxilar inferior, lengua, paladar, carrillos, glándulas salivales, atm y ganglios; llegando a la conclusión que el paciente no presenta ninguna patología de lo descrito anteriormente.

Al examen extraoral como ya dijimos anteriormente se observó un paciente braquicefálico, de perfil convexo. (Ver Fig. 1)

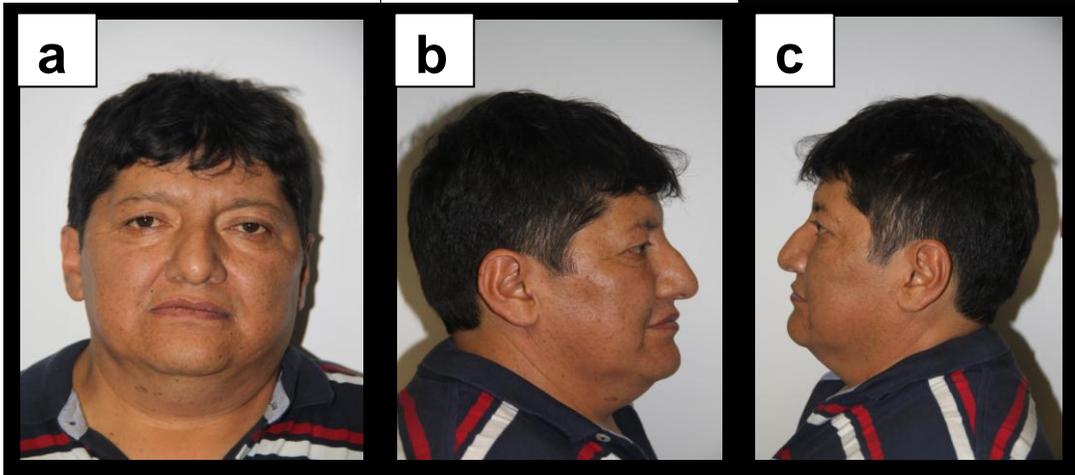


Figura 1. Exámen clínico extraoral. (a) Fotografía frontal. (b) Fotografía de perfil derecho. (c) Fotografía de perfil izquierdo. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

Al examen intraoral donde se observó lesiones cariosas y restauraciones anteriores defectuosas; resto radicular, edentulismo parcial superior e inferior y rebordes residuales; presencia de un puente fijo el cual se encontró en buenas condiciones; presencia de diastema en los incisivos inferiores.

(Ver Fig.2 y 3).

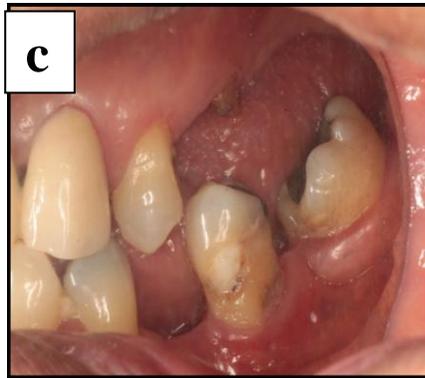
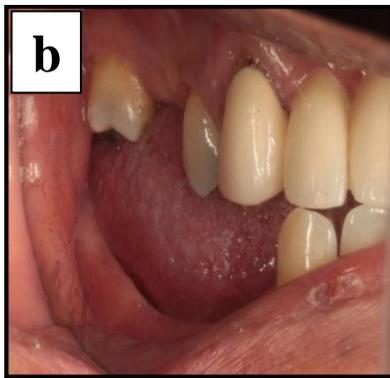


Figura 2 Examen clínico intraoral. (a) Fotografía frontal en oclusión. (b) Fotografía en oclusión lado derecho. (c) Fotografía en oclusión lado izquierdo. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

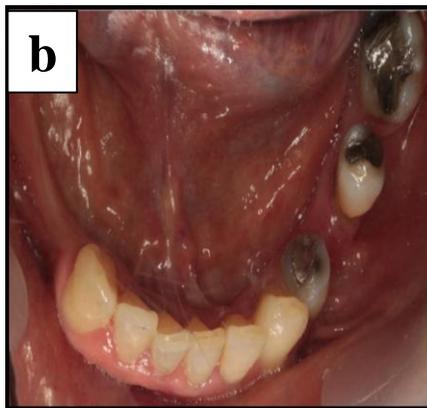
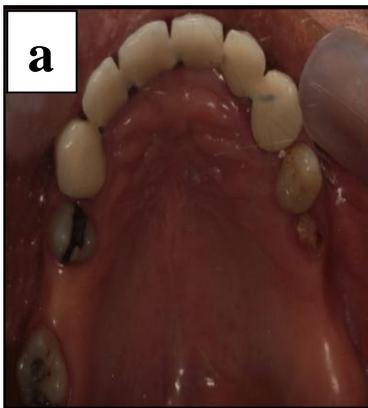


Figura 3 Examen clínico intraoral. (a) Fotografía oclusal superior. (b) Fotografía oclusal inferior. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA							
PIEZAS DENTALES				PLACA	CALCULO	GINGIVITIS	
16	---	17	X	55	2	1	1
11	----	21	X	51	0	0	0
26	--	27	---	65	-----	-----	-----
36	----	37	X	75	2	1	1
31	X	41	X	71	2	1	1
46	----	47	----	85	-----	-----	-----
TOTALES:					1.5	0,75	0,75

Tabla 2 Indicadores de salud bucal, Higiene oral simplificada. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

El paciente presentó un índice CPOD de: 22 (Ver Tabla 3)

	C	P	O	TOTAL
D	6	16	0	22
	c	e	o	Total
D	0	0	0	0

Tabla 3 Índices CPO-ceo. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y

9.10 EXAMENES RADIOGRÁFICOS

Las radiografías complementan la información clínica y son esenciales en el estudio, se solicitó al paciente realizarse una radiografía panorámica y se le procedió a tomar radiografías periapicales.

En las radiografías pudimos observar la densidad del hueso alveolar que aparentemente es normal, en ambos maxilares observamos la pérdida ósea en las zonas edéntulas, las filtraciones que existe en las restauraciones defectuosas. (Ver Fig. 5)



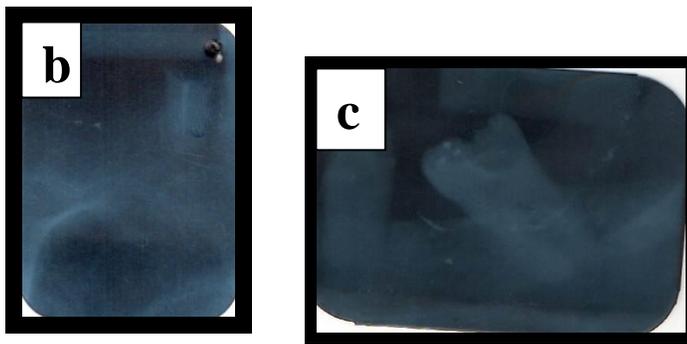


Figura 5. Exámen Radiográfico. (a) Radiografía panorámica. (b) Radiografía periapical del maxilar superior del lado izquierdo, se observan el resto radicular del diente #2.5 (c) Radiografía periapical del maxilar inferior lado izquierdo, se observan los dientes 3.7. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

9.11 EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Se le envió al paciente a realizarse exámenes de laboratorio de bioquímica, hemática, hematología, coagulación ya que es un conjunto de estudios que aportan valiosa información al análisis médico- odontológico, porque contribuyen a identificar alteraciones sistémicas o bucales que este atravesando el paciente. Ver Anexos 1, 2 y 3.

10 DIAGNÓSTICO

10.1 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Presencia de biofilm duro y blando generalizado, edentulismo parcial superior e inferior; lesiones cariosas en los dientes # 1.4, 1.7, 2.4, 3.4, 3.5, 3.7; recesiones de los dientes # 1.3, 3.5; presencia de un puente fijo que va desde canino a canino, resto radicular del diente # 2.5, diastemas en los incisivos inferiores.

10.2 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Al llenar la historia clínica, junto con los exámenes tanto radiográficos como complementarios llegamos a la conclusión de que el paciente sexo masculino de 50 años de edad, sin problemas sistémicos, presenta periodontitis crónica severa generalizada, edentulismo parcial superior presentando clase II modificación I de Kennedy e inferior clase II modificación II; ausencia plano de oclusión; restauraciones filtradas en los dientes 1.4, 1.7, 2.4, 3.4, 3.5, 3.7; alteración estética en el sector anterior con presencia de diastemas en el maxilar inferior; presencia de puente fijo de los dientes # 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3; recesión de los dientes # 1.3 y 3.5

10.3 PRONÓSTICO

Al analizar el diagnóstico definitivo y el plan de tratamiento que se le realizará al paciente, tomando en cuenta que se deberá cumplir con todos los

requisitos y siguiendo los protocolos establecidos; el pronóstico es favorable, ya que todos los procedimientos serán realizados con la ayuda y supervisión de cada tutor excelentemente calificado.

11 PLAN DE TRATAMIENTO

Llegando al diagnóstico final se planteó el tratamiento al paciente el cual consta de procedimientos de cirugía, periodoncia y rehabilitación oral: se realiza un raspado y alisado radicular, luego se procedió a la extracción del diente # 2.5. Debido a las lesiones cariosas y presencia de restauraciones defectuosas, se procede a la parte operatoria de los dientes # 1.4, 1.7, 3.4 y a la colocación de incrustaciones de cerámico en los dientes # 2.4, 3.5, 3.7, en la presencia de recesiones de los dientes # 1.3 y 3.5, se coloca ionómero de vidrio. Debido a que hay presencia de edéntulismo parcial se procede a la colocación de prótesis parciales de cromo cobalto superior e inferior y por último por la alteración estética se realiza un recontorneado con carillas directas de los dientes incisivos inferiores.

11.1 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Para poder rehabilitar adecuadamente al paciente, debemos tomar en cuenta que como primer paso se procede al tratamiento periodontal .

12 TRATAMIENTO PERIODONTAL

Es sumamente importante la eliminación total de biofilm y la educación sobre la higiene oral del paciente para poder preservar sus piezas dentales y que así el pronóstico sea exitoso.

Se empezó llenando la historia clínica de periodoncia los factores de riesgo presentes que son: presencia de tártaro y restauraciones desbordantes.

Como primer procedimiento se llenó el registro periodontal simplificado (PSR) a través del sondaje utilizando una sonda periodontal recta CP12, en 3 puntos en vestibular y 3 en palatino. Se registró un índice de 4, por lo que se procedió a realizar periodontograma (Ver Anexo). Posteriormente se llenó el Índice de placa (O'LEARY), utilizando revelador de placa bacteriana en todas las superficies se calculó una higiene bucal deficiente ya que se obtuvo el 46 %

Luego de realizar el periodontograma y haber registrado el margen gingival, profundidad de sondaje y nivel de inserción, se llegó a un diagnóstico de Periodontitis Crónica Generalizada Severa.

El tratamiento se siguió mediante las siguientes fases:

Fase Sistémica: No refiere

Fase higiénica:

- Motivación fisioterapia oral: Se le indico al paciente la técnica de cepillado de bass

- Terapia Básica Periodontal: Detartraje supra y subgingival con ultrasonido, raspado y alisado radicular realizado con curetas de Gracey (Ver Fig. 6)

Después de haber terminado la sesión del raspado y alisado radicular se receto al paciente un analgésico (Ibuprofeno 600 mg, tomar 1 cada 8 horas por un día).

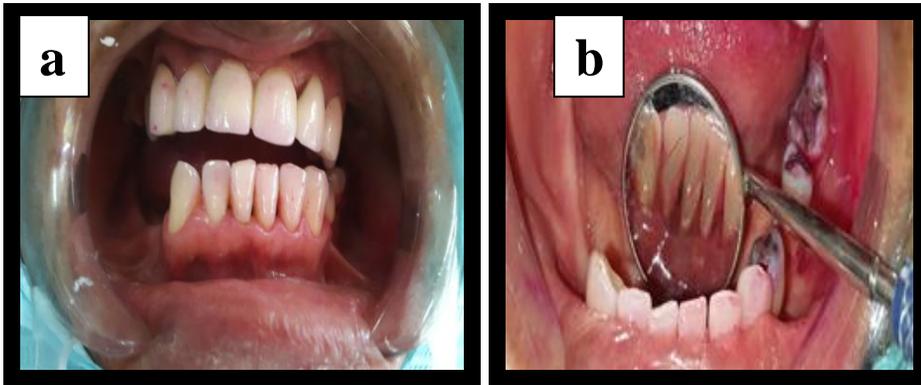


Figura 6. Tratamiento Periodontal. (a) Colocación del revelador de placa, (b)utilización de ultrasonido. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

12.1 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Se procede a llenar la historia de cirugía en donde describimos la enfermedad actual, detallando que es un paciente masculino de 50 años, sin ninguna enfermedad sistémica, asiste a la clínica dental; al examen clínico se observa la presencia de foco infeccioso del diente # 2.5; radiográficamente observamos sombra radiopaca compatible con resto radicular, por lo cual se procede a extraer.

También se detalla la historia dental anterior, la cual nos indica que el paciente no recibe atención dental periódicamente y su última extracción se la realizó hace 5 años debido a la presencia de caries y recalca no haber tenido ninguna reacción alérgica a la anestesia local ni complicaciones.

Se describe la historia médica anterior, donde se puntualiza que está bajo tratamiento médico debido a la presencia de un tumor benigno y que su medicación es: cabergolina 0,5 mg, esto recalco que se toma 1 tableta pasando un día; y esto le administro el doctor para la disolver dicho tumor.

En los exámenes complementarios se especifica las radiografías panorámica y periapical, en el laboratorio clínico se detallan los exámenes de biometría hemática, química sanguínea Glucosa úrea y creatinina tiempos de coagulación TP,TTP.

Posteriormente se le hizo firmar el consentimiento informado al paciente en donde explicamos el propósito de la extracción a realizarse, los resultados esperados previamente, la terapia y procedimientos propuestos incluyendo también los riesgos y complicaciones que se pueden presentar durante y después de la extracción de dicho diente.

EXTRACCIÓN DE FOCO INFECCIOSO # 2.5 CIE - 10 K.083

Existen dos requisitos de importancia crucial para la extracción: una iluminación y una aspiración excelente habilidad y destreza del operador

Técnica anestésica infiltrativa supraperióstica para bloquear por vestibular los nervios dentarios medios, y palatino mayor se le colocó 2 cartuchos de lidocaína al 2 % con epinefrina de 1:200000.

Para extraer la raíz del diente # 2.5 se utilizó elevador recto media caña fino y grueso. Este elevador se introdujo cuidadosamente en el espacio periodontal, se debe apoyar en zona ósea, e intentando introducirlo entre raíz y hueso alveolar, para poder hacer un movimiento en sentido coronal para expulsar la raíz, donde actúa como cuña para extraer el resto radicular hacia afuera previa la sindesmotomía.

El alveolo del diente debe irrigarse con suero fisiológico y aspirarse con una cánula, una vez realizado esto, inspeccionamos cuidadosamente con la cureta alveolar de Lucas el alveolo del diente para valorar si la raíz se avulsionado completamente de él.

Luego se procede a la síntesis, a suturar con poliglactina (Vicryl Rapid) 4/0000, con la pinza porta agujas realizamos punto simple y se procede a entregarle las indicaciones posquirúrgicas por escrito y la receta con la medicación para control de dolor. (Ver Fig. 6)

La medicación que se mandó en la receta fue un analgésico en este caso ya que el paciente no presentaba enfermedades gastrointestinales se prescribió ibuprofeno de 600 mg, tomar vía oral 1 tableta cada 8 horas por tres días

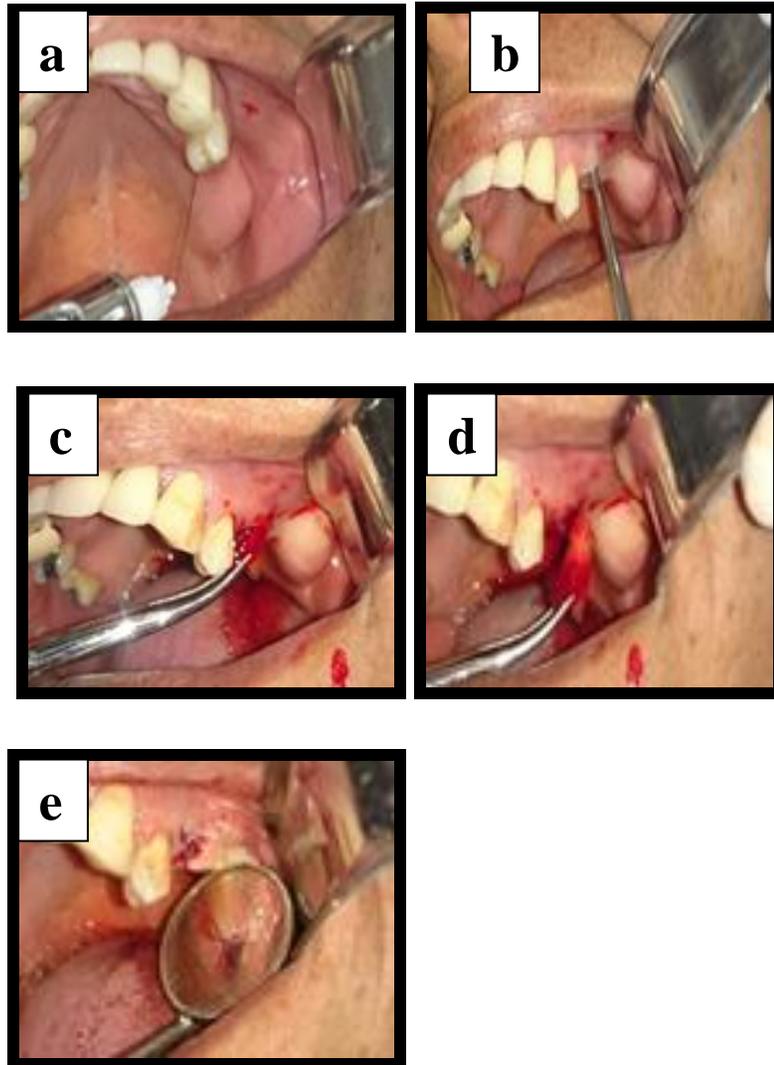


Figura 7. Técnica Quirúrgica.(a)Técnica anestésica infiltrativa (b) Sindesmotomía utilizando elevador recto (c) Extracción del resto radicular (d) sutura . Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y

Posteriormente se procedió a la colocación de ionómero de vidrio en presencia de recesiones de los dientes # 1.3, 3.5 (Ver Fig. 8 y 9)

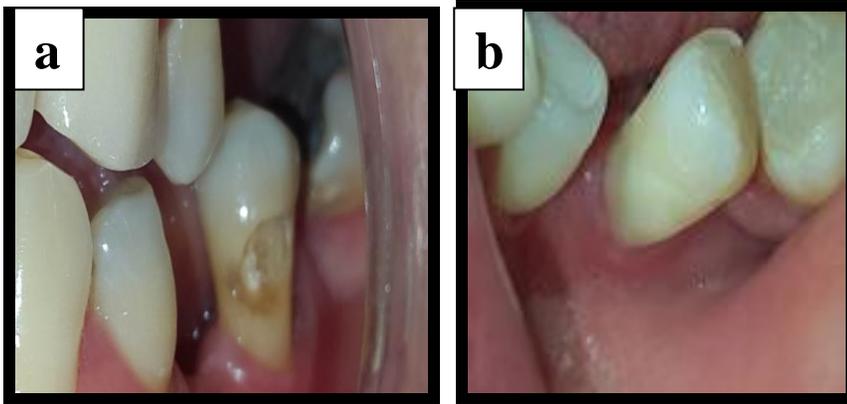


Figura 8. Fase higiénica. (a) Diente # 35. (b)eliminacion de material defectuoso. (c) colocación de ionómero de vidrio. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.



Figura 9. Fase higiénica.(a) Diente # 1.3. (b) colocación de ionómero de vidrio. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

Fase Correctiva: Se realizó una gingivoplastia del diente # 37 debido a un crecimiento gingival, el cual debía ser eliminado para la rehabilitación de dicho diente.

Se realizó una incisión circular intracrevicular, posteriormente se retiró el festoneado, luego se realizó un raspado radicular para eliminar fibras dentogingivales (Ver Fig. 10)

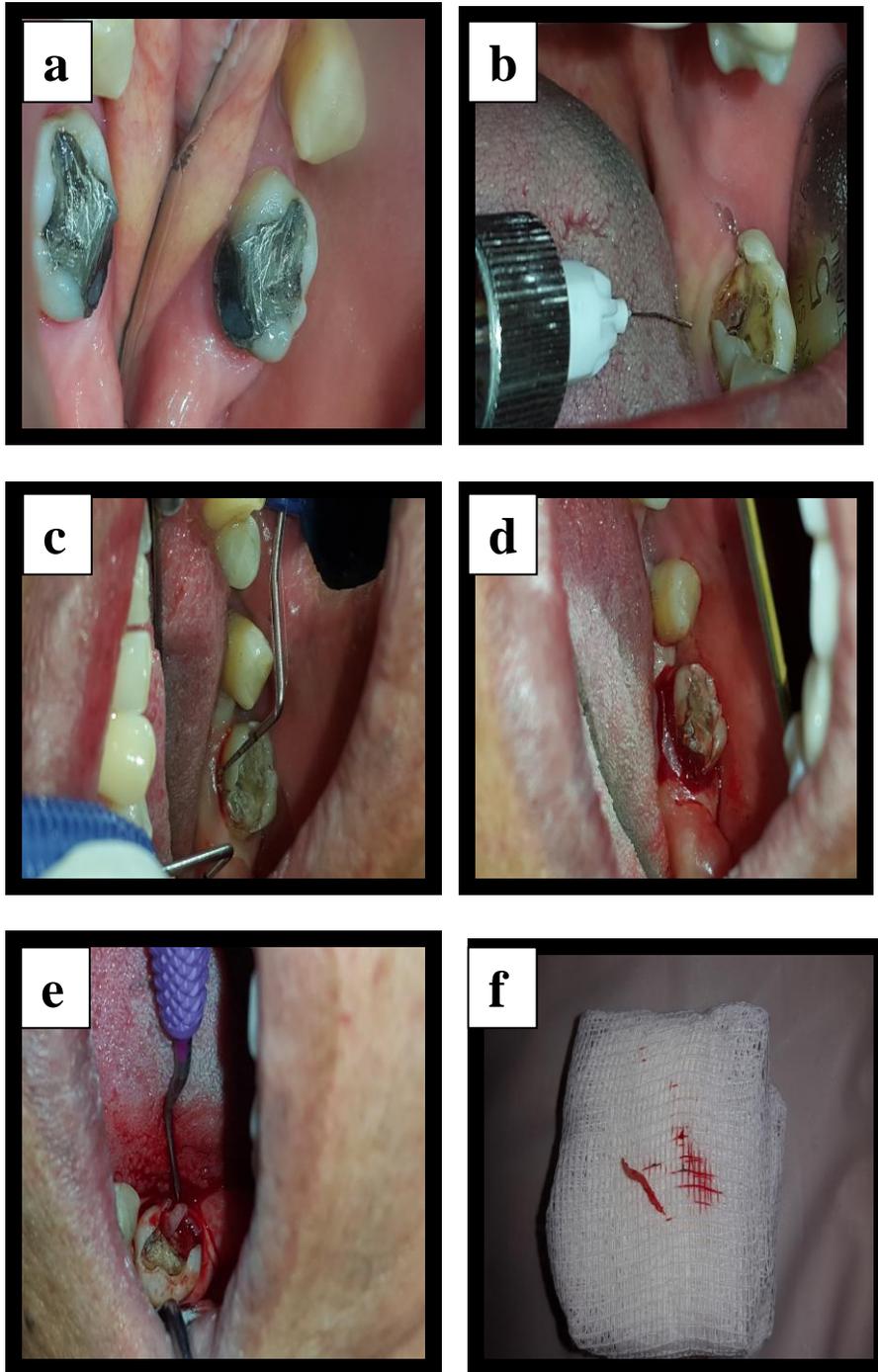


Figura 10. Fase correctiva. (a) Diente # 37. (b) técnica anestésica infiltrativa,(c) Visualizar profundidad de sondaje(d) incisión circular intracrevicular, (e) retiro del festoneado .Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

Fase de Mantenimiento: Se le hizo un control a los 3 meses en donde realizamos un nuevo periodontograma y analizamos que en el índice de placa se obtuvo un porcentaje de 11 % es decir se llegó a un nivel aceptable donde el paciente logro mejorar su higiene bucal.

13 DESARROLLO DE REHABILITACIÓN ORAL

Detallaremos a continuación cada paso que se realizó para que el tratamiento logre las expectativas del paciente. Los procedimientos realizados fueron: Incrustaciones, carillas directas, prótesis removible de cromo cobalto superior e inferior .

13.1 TOMA Y ANÁLISIS DE MODELOS DE ESTUDIO

Es necesario la toma de impresiones y el vaciado de los modelos de estudio, ya que permite un análisis más extenso de las condiciones oclusales de lo que sería viable en un examen intrabucal. Por lo tanto, las migraciones dentales, inclinaciones, alargamientos pueden evaluarse más detalladamente de lo que sería posible en un examen clínico (Thoren & Gunne, 2013).

Estas impresiones se tomó al paciente con alginato y se procedió a vaciar inmediatamente para realizar el análisis respectivo. (Ver Fig 11)

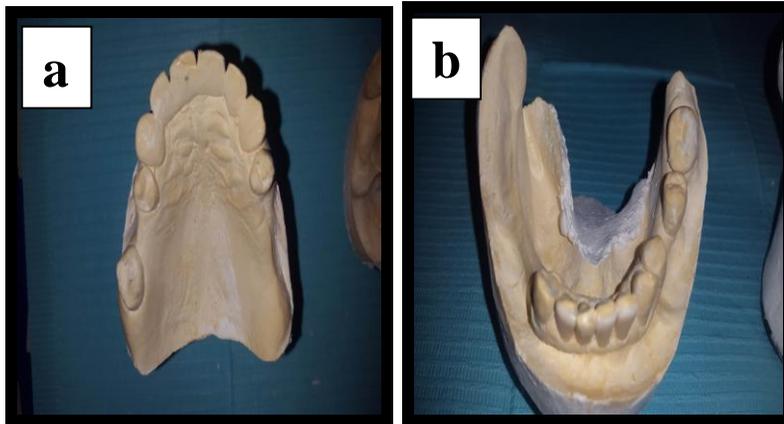


Figura 11. Toma y análisis de modelos de estudio. (a) Impresión del maxilar superior. (b) Impresión del maxilar inferior. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

13.2 FIJACIÓN EN EL ARTICULADOR

Posteriormente al vaciado de los modelos de estudio se procede a fijar en el articulador con el objetivo de valorar las relaciones intermaxilares y observar los movimientos de la mandíbula, la posición de los dientes y la oclusión del paciente.

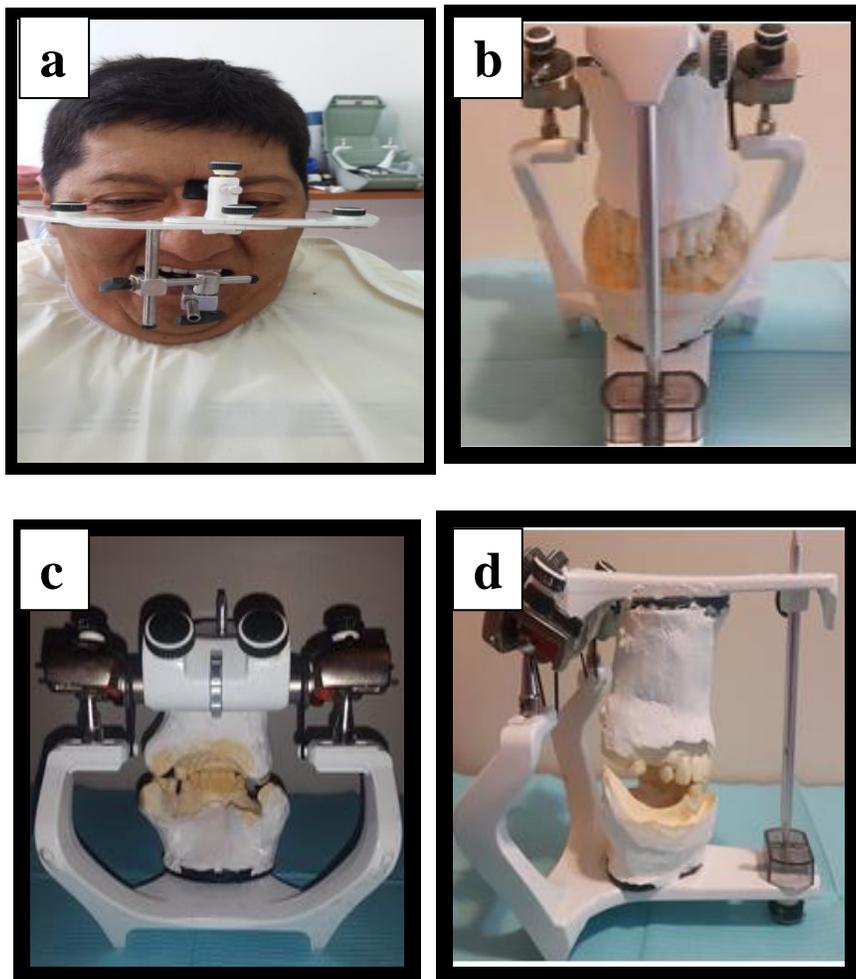


Figura 12. Fijado en articulador. (a) Vista frontal del arco facial. (b) Vista frontal (c) Vista posterior. (e) Vista lateral. Fabricado y elaborador: Andrea Andrade Y.

13.3 ENCERADO DIAGNÓSTICO

El encerado diagnóstico es el proceso de convertir un plan de tratamiento programado en una visualización tridimensional es por eso que para realizar una rehabilitación oral es fundamental determinar un diagnóstico acertado desde el inicio del tratamiento.

Se realizó un encerado en los dientes incisivos inferiores en base al montaje en articulador con el objetivo de tener una visualización más clara de como quedarían las carillas directas del paciente, motivándole así a ver como quedaría su tratamiento a futuro alcanzando estética y la función oclusal deseada. (Ver Fig. 13)



Figura 13. Encerado diagnóstico. (a) encerado de dientes incisivos inferiores. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

14 INCRUSTACIÓN

14.1 TÉCNICA DE PREPARADO

Primero se evaluo si dichos dientes estan indicados para la colocación de incrustaciones de cerómero en donde analizamos el espesor que debe tener 1,5 mm, que los margenes oclusales se localicen lejos de los contactos interoclusales y que el istmo intercuspidéo supere los 2 mm

Posteriormente se tomo radiografías periapicales para comprobar que estemos lejos de cámara pulpar, luego se procedió hacer la preparación de cada diente, lo cual procedemos a realizar el margen cavo superficial que

deben ser rectos y lisos, la terminación debe estar siempre en esmalte, planos internos en forma cónica y expulsiva, las cajas proximales deben ser divergentes y presentar un piso plano terminado en hombro de 90 grados. (Ver Fig. 14).

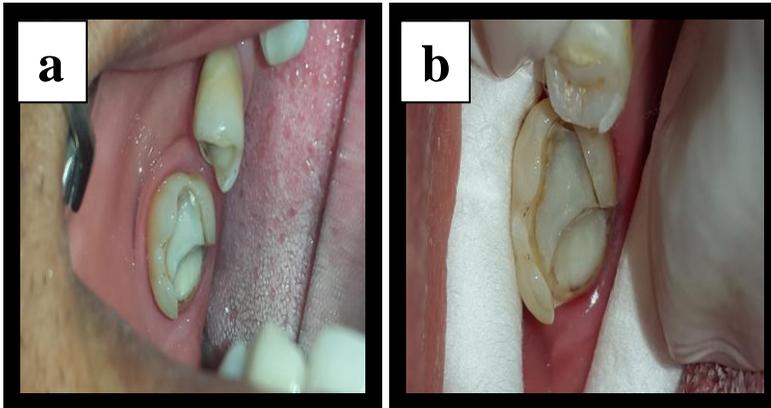


Figura 14. Técnica de preparado de incrustaciones. (a) Preparado del diente # 37. (b) Aspecto oclusal de las preparaciones de los diente # 3.5 y 3.7 . Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

Posteriormente se toma una buena impresión tanto de la zona de trabajo como del antagonista son los pasos previos vitales para luego pasar a una de las partes que pueden intervenir en el éxito o fracaso después de la cementación.

El material de elección para la toma de la impresión es el Polivinilsiloxano o silicona de adición, por su alta estabilidad dimensional, reproducción de detalle, baja deformación plástica y alta resistencia al desgarre.

La técnica de impresión se realizó en dos pasos y se mandó a laboratorio.

(Ver Fig. 15)

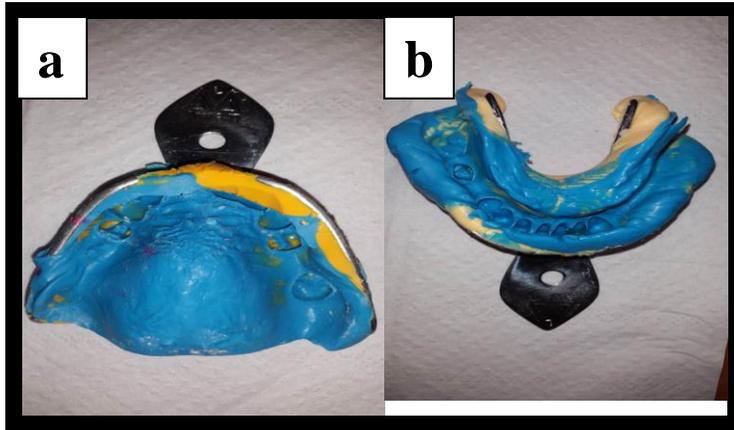


Figura 15. Toma de impresión. (a) Impresión del maxilar superior. (b) Impresión del maxilar inferior. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

Durante la fase de prueba se observa la relación de los contactos proximales, la adaptación y el completo asentamiento de la restauración; así mismo la restauración y la estética. (Ver Fig.16)

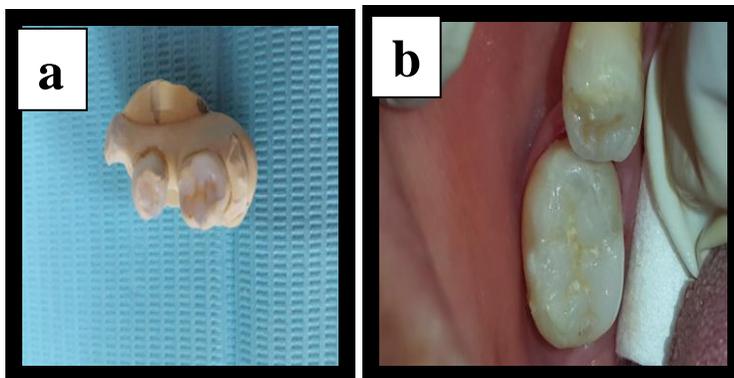


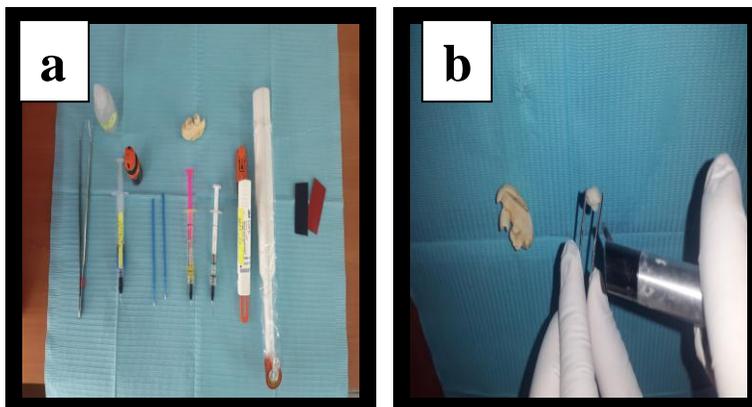
Figura 16. Prueba de adaptación. (a) Adaptación en el modelo de yeso. (b) Adaptación en las piezas dentales # 3.5 y 3.7. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

La cementación va precedida por el acondicionamiento de la superficie cerámica y asimismo de la superficie preparada.

Antes de acondicionarla, es imprescindible limpiar la pieza cerámica elaborada, siguiendo la secuencia:

- Arenado con óxido de aluminio de grano máximo de 50 μm , a una presión de 2,5 bar, debido a que el uso de microabrasión con chorro de óxido de aluminio, aumenta la resistencia adhesiva. Esto puede estar asociado al hecho de que el arenado crea más irregularidades superficiales y, por consiguiente, promueve mejor imbricación mecánica entre los materiales.
- Grabado con ácido fluorhídrico al 5.1 % durante 20 segundos, luego se procede a lavar con agua durante 60 segundos y secado con aire durante 30 segundos.
- Silano durante 40 segundos
- Probar que la incrustación calce perfectamente en la “caja” preparada en la pieza dental
- En cuanto a la superficie dental, en primer lugar debe limpiarse con cepillos y pastas levemente abrasivas; a continuación se lava y se seca el esmalte y la dentina.
- Se aplica ácido ortofosfórico al 37%, en gel por 15”, luego se lava y se seca

- Finalmente se aplica un agente adhesivo sobre la superficie adamantina acondicionada seguido de un suave chorro de aire fotoactivación, se aplica 2 capas
- Posteriormente se procedió a la aplicación del cemento de adhesión sobre la superficie de la restauración y se le coloca en posición hasta lograr su completo asentamiento; allí se sostiene con una moderada presión, pero con firmeza
- Fotoactivamos por 5" y retiramos excesos, pasar hilo dental si la incrustación abarcase una zona proximal
- La fotoactivación del agente cementante se realiza primero desde lingual durante 90 segundos, luego desde bucal por el mismo lapso, repitiendo finalmente de igual modo en cada zona proximal
- Se procede al ajuste oclusal y al pulido; el desgaste se realiza con puntas diamantadas de grano fino, código amarillo; y el pulido con gomas siliconadas y pasta pulidora. En proximal se utilizan delgadas cintas metálicas para el pulido. (Ver Fig. 17)



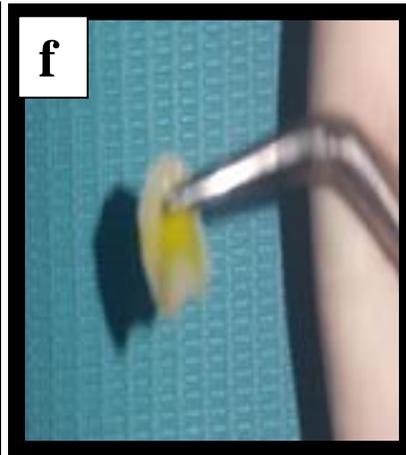
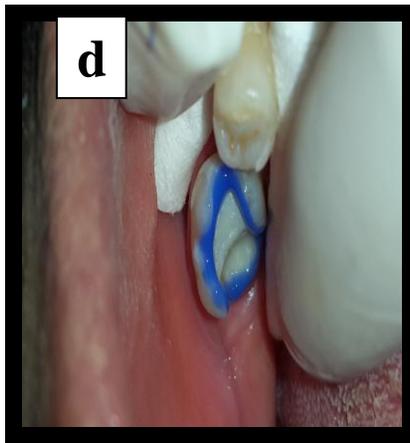
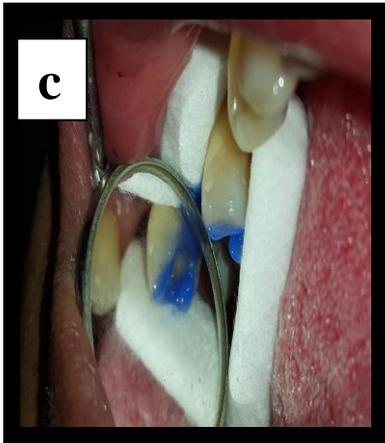


Figura 17. Sistema de adhesión. (a) Preparación del material para la cementación (b) Arenado con oxido de aluminio (c) (d) Aplicación de ácido fosfórico en los dientes # 3.5 y 3.7. (e) Colocación de adhesivo (f) colocación de ácido fluorhídrico. (g) colocación de silano. (h) Cementación de la incrustación. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

15 PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

15.1 PARALELIZADO

En primer lugar se realizó las impresiones tanto superior como inferior con hidrocoloide irreversible, es decir alginato, luego se procedio a vaciar el modelo y colocar el respectivo zócalo.

Colocamos el modelo de yeso en el paralelógrafo, de modo que el plano oclusal del modelo quede paralelo a la mesa de trabajo, se busca con el analizador marcar los planos guías, las caras proximales de los pilares sean paralelas entre si, si existe suficientes zona retentiva en los sitios deseados, si existen interferencias dentarias

Este paso de paralelizar es importante para el análisis antes descrito ya que podemos ver si es necesario hacer restauraciones o probablemente eliminar retenciones dentarias para poder iniciar con el diseño, el mismo procedimiento se realizó en los modelos superior e inferior. Posteriormente, los modelos fueron montados en articulador. (Ver Fig.18)

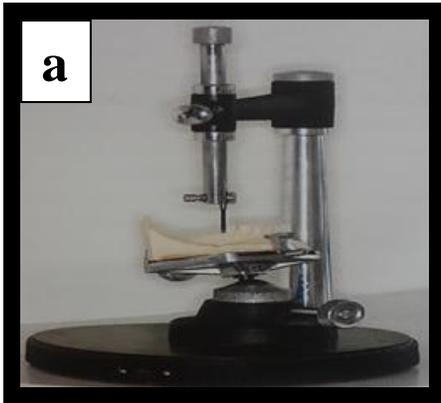


Figura 18. Paralelizado de los modelos. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

15.2 DISEÑO

Se procedió a realizar el diseño de ambas prótesis. El paciente presentaba edentulismo parcial superior clase II modificación 1 de Kennedy en el maxilar superior por lo que se planificó una un conector mayor tipo barra palatina anteroposterior, dientes pilares 1.3, 1.4, 1.7, 2.3, ganchos tipo ackers; el maxilar inferior presentaba clase II modificación II de Kennedy, por lo que se realizó un diseño con barra cingular dientes pilares 3.3, 3.4, 3,7 4.3 y retenedores circunferenciales. (Ver Fig.19)

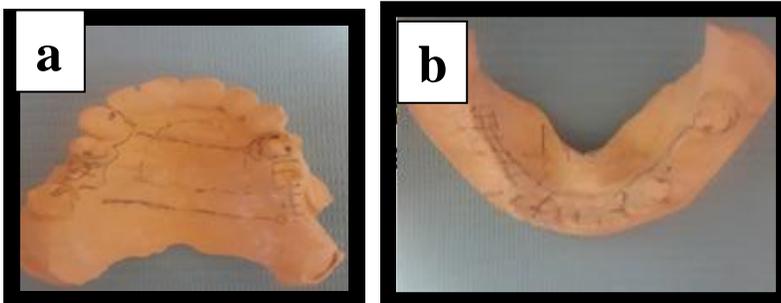


Figura 19. Diseño. (a) Diseño del maxilar superior (b) Diseño del maxilar inferior. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

15.3 PREPARACIONES

Después de haber diseñado las Prótesis Parciales Removibles, se realizaron las preparaciones en boca: primero los planos guía en las superficies proximales de los dientes # 1.7, 3.4, 3.5, 3.7 ya que presentaban cierta inclinación e iban a dificultar el asentamiento de la prótesis. Posteriormente se realizó los nichos de apoyos, en el maxilar superior, en distal del diente 1.4 y en mesial y distal del 2.4, en mesial del diente 1.7; en el maxilar inferior se realizó en los cúngulos de los caninos y en mesial y distal del 3.4, y en mesial del 3.7 y distal del 4.3 con una fresa redonda diamantada de 1.2mm. Finalmente se tomaron las impresiones definitivas de ambas arcadas con alginato y se envió al laboratorio para empezar las pruebas de adaptación correspondiente.

15.4 PRUEBAS DE ADAPTACIÓN

La primera prueba que entrega el laboratorio es la estructura metálica, la cual es probada primero al modelo definitivo en el cual fue diseñado; es necesario ver que se encuentre bien adaptada, los apoyos, las barras y los ganchos deben estar en contacto completo con la dentición remanente.

Posteriormente la estructura insertamos en la boca y presionamos suavemente. Se examina el ajuste en relación a los dientes con los que entran en contacto y estabilidad total de la estructura, esto implica que cuando hagamos presión de los apoyos oclusales, rejillas no debe haber ningún movimiento.

Luego de analizar todo lo antes mencionado con una lámpara de alcohol y una espátula # 7 calentamos los rodets de cera y hacemos que el paciente cierre la boca hasta lograr un registro intermaxilar, se procede a la toma del color de los dientes 1D 220 y se envía a laboratorio para la realización del enfilado de dientes. (Ver Fig. 20)

Posteriormente se realizó una impresión modificada para asegurarnos de una impresión óptima de las áreas edéntulas, primero se calentó godiva y se colocó alrededor de la cera, se insertó en el paciente; esto se realizó para lograr un mejor sellado periférico, luego con un material de impresión elastomérico de cuerpo liviano insertamos la estructura en la boca del paciente y pedimos que permanezca en oclusión; esto mandamos al laboratorio dental para su respectivo vaciado y corte. (Ver Fig. 21)



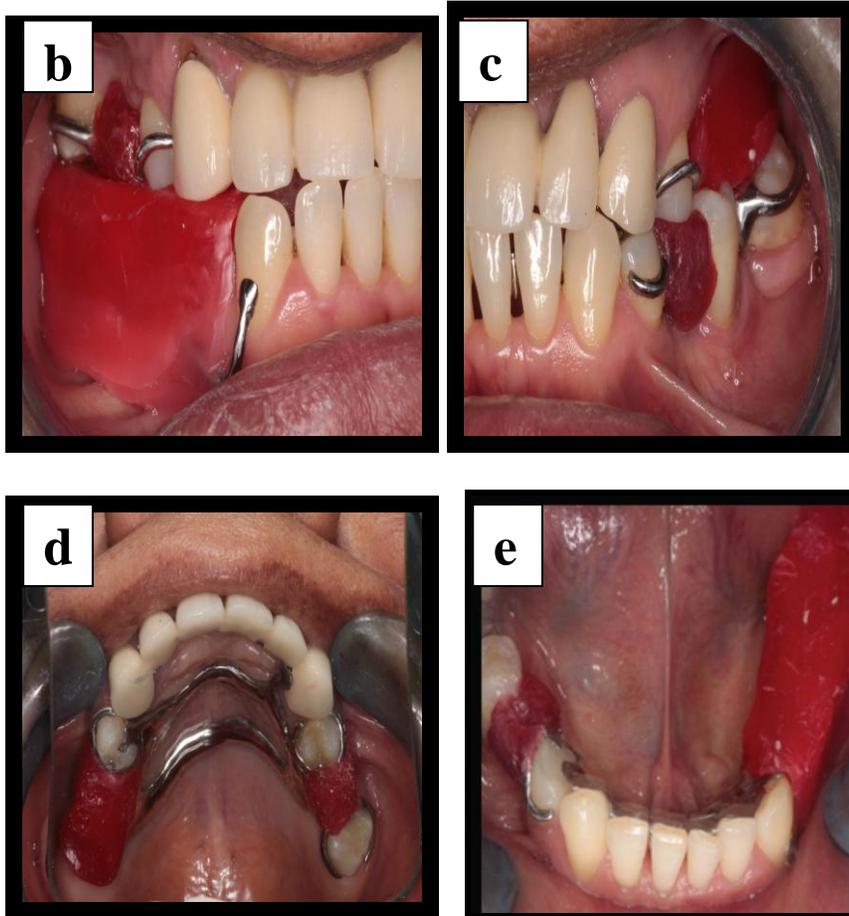
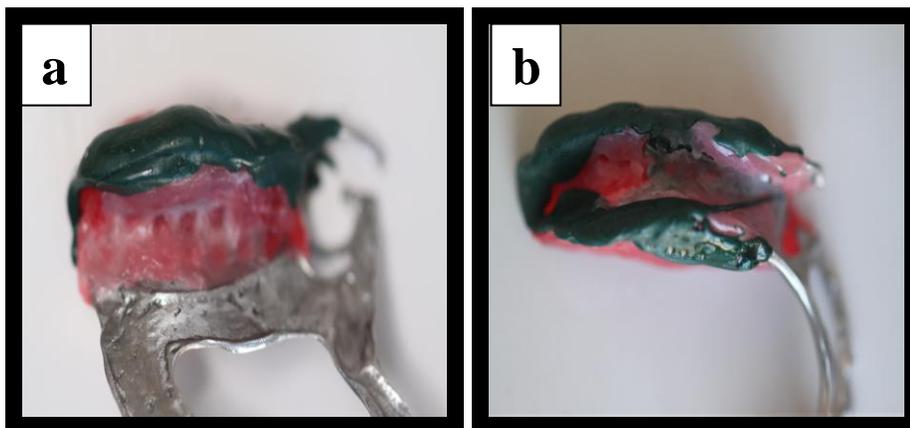


Figura 20. Prueba de Estructura metálica.(a) Vista oclusal frontal.(b) Vista lado izquierdo. (c) Vista lado derecho. (d) Vista oclusal maxilar superior. (e) Vista oclusal maxilar inferior. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.



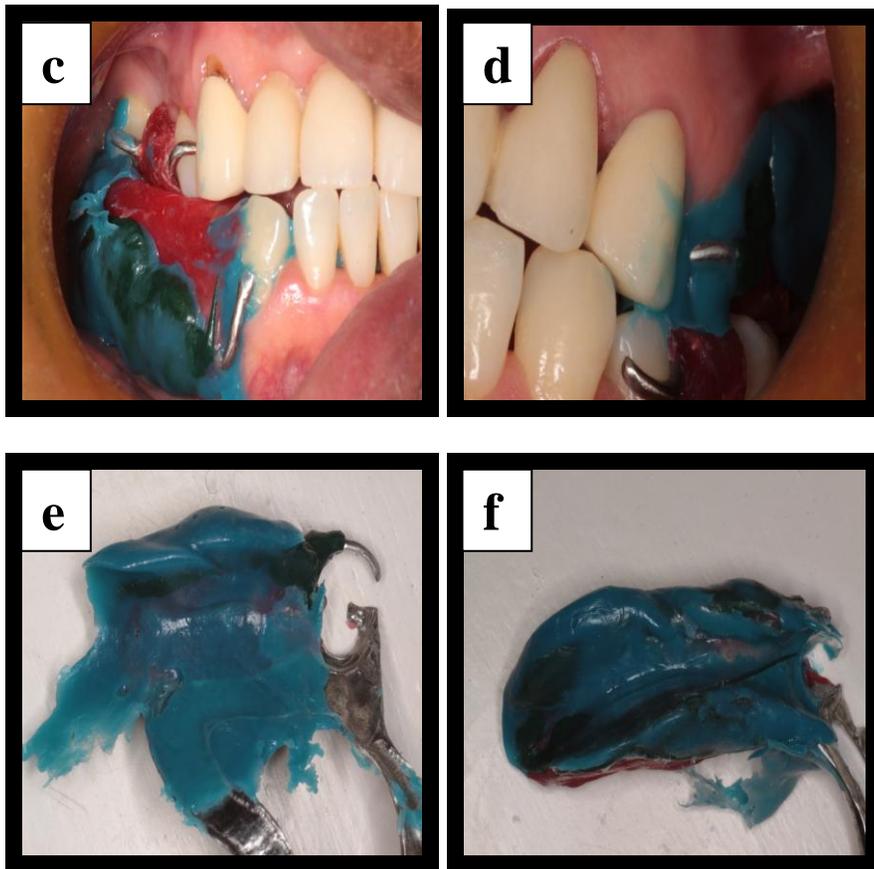


Figura 21. Impresión Modificada. (a) Sellado periférico del maxilar superior (b) Sellado periférico del maxilar inferior. (c) Toma de impresión vista lado izquierdo (d) Toma de impresión vista lado derecho. (e) Vista de estructura metálica del maxilar superior. (f) Vista de estructura metálica del maxilar inferior Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

La prueba en cera del enfilado de dientes es la etapa del laboratorio dental en que se ubican los dientes artificiales sobre los modelos articulados, reemplazando a los dientes naturales perdidos, intentando repetir su ubicación aproximada y su disposición obteniendo estética, funcionalidad y balance oclusal .

Se procede a colocar las prótesis removibles observando los contactos oclusales, estética; línea de la sonrisa, tamaño de dientes, el color, plano oclusal, dimensión vertical y se pregunta al paciente si presenta alguna molestia, si siente alguna interferencia oclusal y la respuesta del mismo fue que esta comodamente confortable. (Ver Fig 22)

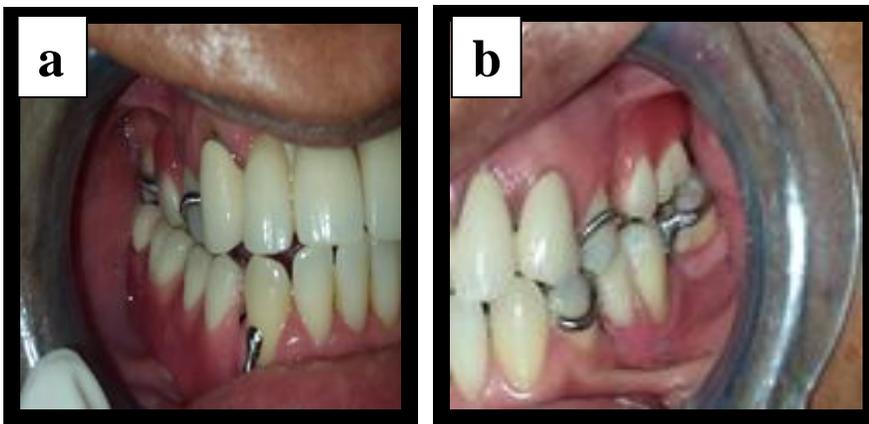


Figura 22. Prueba en cera. (a) Vista lado izquierdo. (b) Vista lado derecho. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

El laboratorio entrega la prótesis removible terminada, nos cercioramos que haya la mayor adaptación posible de los ganchos, apoyos, planos guias, que hay retención y estabilidad y lo más importante comodidad y satisfacción del paciente. Damos las indicaciones de como remover e insertar dicha prótesis, y los cuidados higiénicos y de mantenimiento que debe tener de la dentición remanente como de la prótesis ,no debemos olvidar los controles regulares. (Ver Fig. 23)



Figura 23. PPR terminada. (a) Vista lado izquierdo. (b) Vista lado derecho. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

El primer control se efectuó a las 48 horas en el cual el paciente refería molestias en la zona posterior mandibular, lo cual se registró con papel articular, se le rebajo en dicha zona y se procedió a pulir, se le indicó que va a tener estas molestias al principio debido a que está en un periodo de adaptación; y deberá asistir a un segundo control después de 8 días.

16 RECONTORNEADO DE INCISIVOS INFERIORES

Debido a la alteración estética se realizó carillas directas en los incisivos inferiores debido a la presencia de diastemas, pudimos visualizar ya este procedimiento terminado en el encerado diagnóstico

Primero realizamos la toma de color A2 con técnica visual y luego colocamos una pequeña porción de resina compuesta sobre la cara vestibular para verificar que la selección de color sea la adecuada para dicho diente. (Ver Fig. 24)

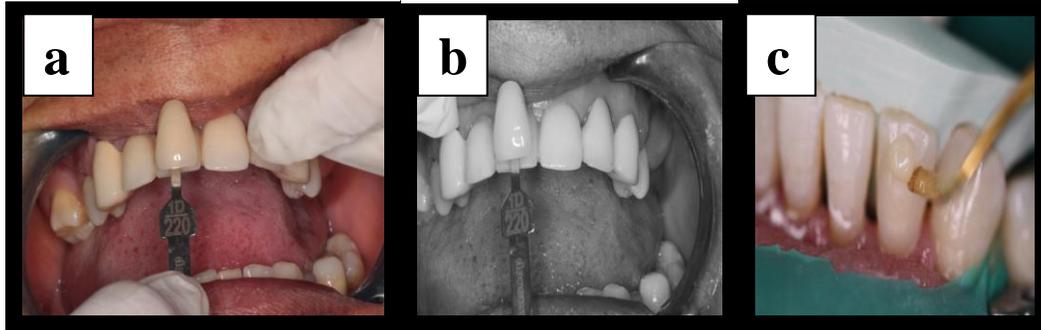


Figura 24. Carillas. (a) Toma de color con la técnica de visualización (b) Toma de color blanco y negro. (c) Colocación de resina para toma de color. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

16.1 TÉCNICA DE PREPARADO

Luego se procedió a la fabricación de la matriz lingual, tomando una impresión con silicona de condensación y se realizó un corte dividiendo la parte vestibular y lingual, posteriormente se insertó en las zona lingual de los dientes con el objetivo de simplificar la reproducción del contorno, la forma anatómica del diente, la extensión lingual, logrando una adecuada función oclusal y minimizando el trabajo del operador. (Ver Fig. 25)



Figura 25. Técnica de preparado.(a) Fabricación de la matriz lingual. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

Posteriormente se realizó el aislamiento absoluto del campo operatorio mediante la colocación del dique de goma. No específicamente requerimos ningún tipo de preparación debido a que no existían restauraciones deficientes, ni alteraciones de color; se realizó un desgaste mínimo del esmalte. (Ver Fig. 26)

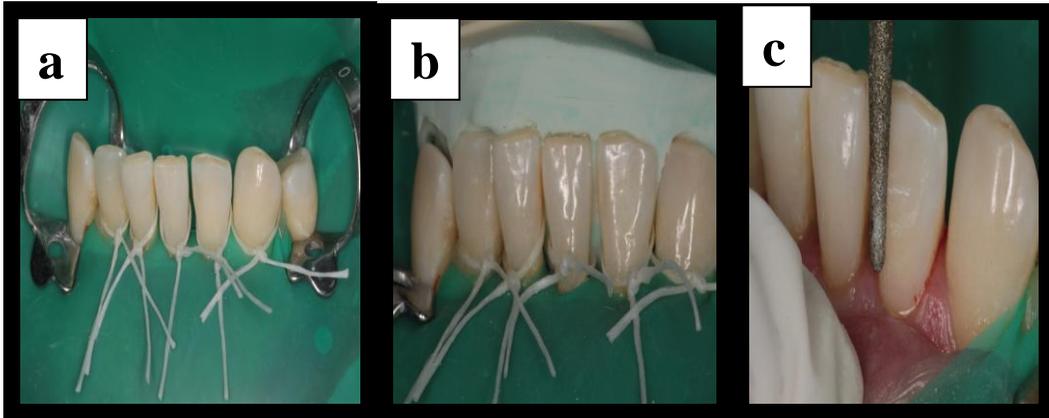


Figura 26. Técnica de preparado. (a) Aislamiento absoluto. (b) Colocación de la matriz lingual. (c) Desgaste mínimo del esmalte de los incisivos inferiores # 3.1, 3.2, 4.1, 4.2. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

16.2 SISTEMA ADHESIVO

Se empezó limpiando las superficies de los dientes con clorhexidina, luego se procedió a colocar el ácido fosfórico al 37 % durante 15 segundos sobre el esmalte, se lavó y se secó con torundas de algodón estériles. En seguida se aplicó el adhesivo seguido de secado con aire y se fotopolimerizo por 10 segundos, dos aplicaciones. (Ver Fig. 27)

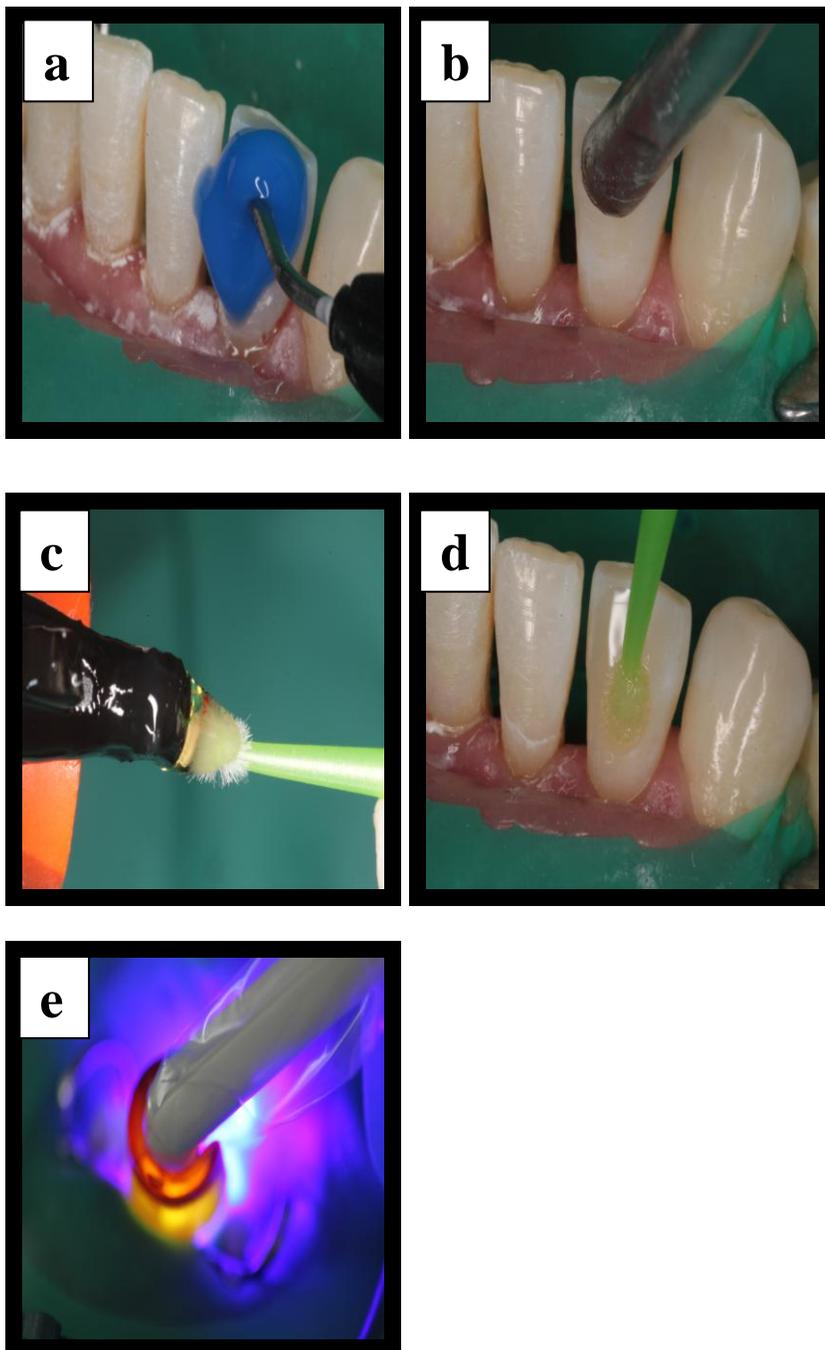


Figura 27. Sistema adhesivo. (a) Colocación de ácido fosfórico (b) Lavado y secado (c) Colocación de adhesivo en el aplicador (d) Colocación de adhesivo en el los incisivos inferiores. (e) Fotopolimerización . Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

16.3 APLICACIÓN DE LA RESINA COMPUESTA

La técnica que se utiliza para rehabilitar estos dientes fue la de aplicar una sola tonalidad y por eso se utilizó resina compuesta de mediana opacidad.

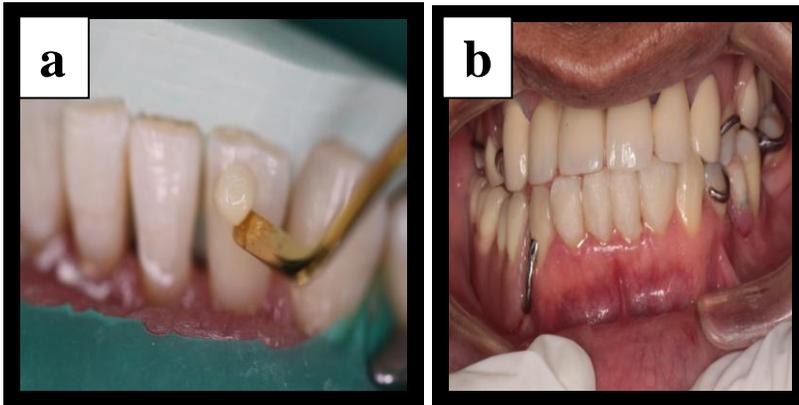


Figura 28. Aplicación de resina compuesta.(a) Aplicación en capas de la resina. (b) Finalización de las carillas. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

16.4 CONTORNEADO Y PULIDO

Para el pulido final utilizamos discos soflex para retirar excesos de material que podrían haberse extendido más allá del borde incisal otro detalle importante que no olvidamos son las áreas proximales donde se utilizó lijas metálicas, utilizando con mucho cuidado para no eliminar los puntos de contacto, posteriormente se utilizó puntas de silicona para alisar la superficie y finalmente el alto pulido final lo conseguimos con un disco de fieltro y pasta de pulido. (Ver Fig. 29)

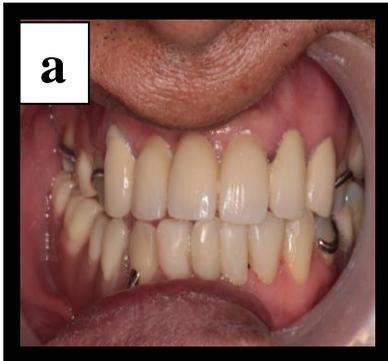
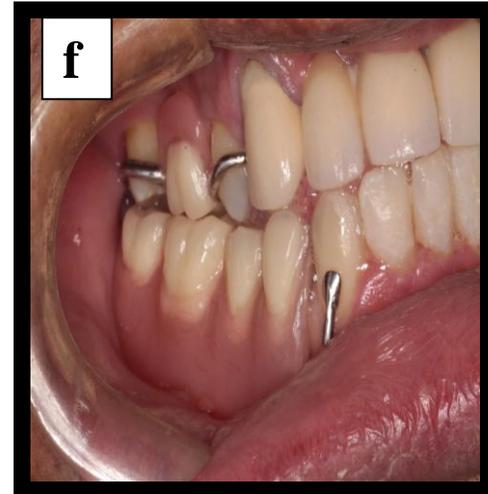
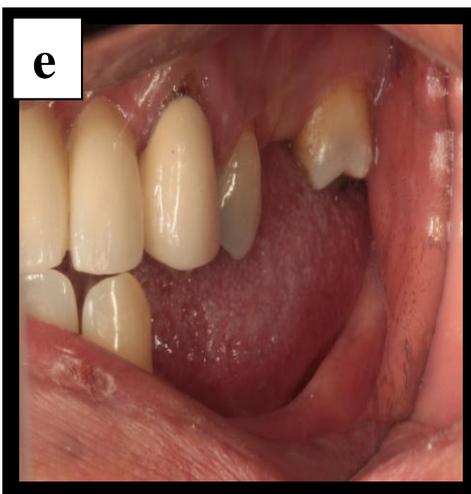
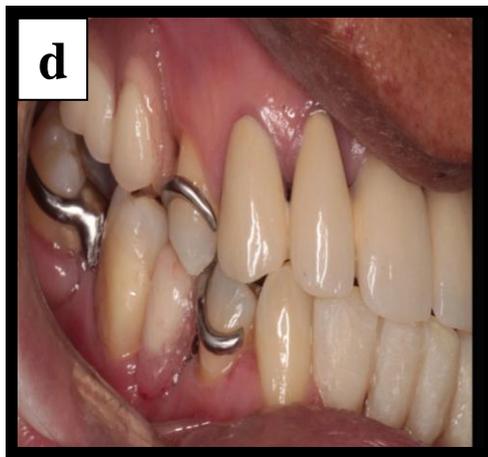
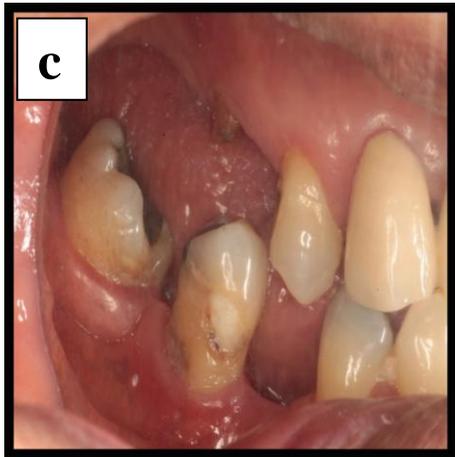
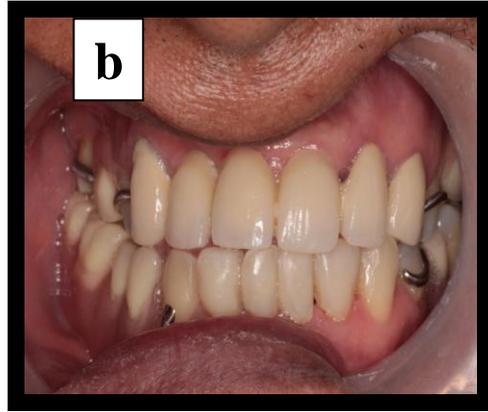


Figura 29. Recontorneado y pulido. (a) Pulido de carillas con discos soflex y puntas de silicona. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

17 RESULTADO FINAL

El resultado del tratamiento después de un largo tiempo de trabajo y dedicación fue exitoso ya que el paciente logro sus expectativas, todo esto lo logramos porque se trabajó en equipo, ya que hubo colaboración del paciente, operador y laboratorio dental. Podemos ver claramente en las fotos el antes y después; se logró una oclusión optima, pudimos recuperar la estética, plano oclusal y lo más importante darle salud oral en su totalidad.

(Ver Fig. 30)



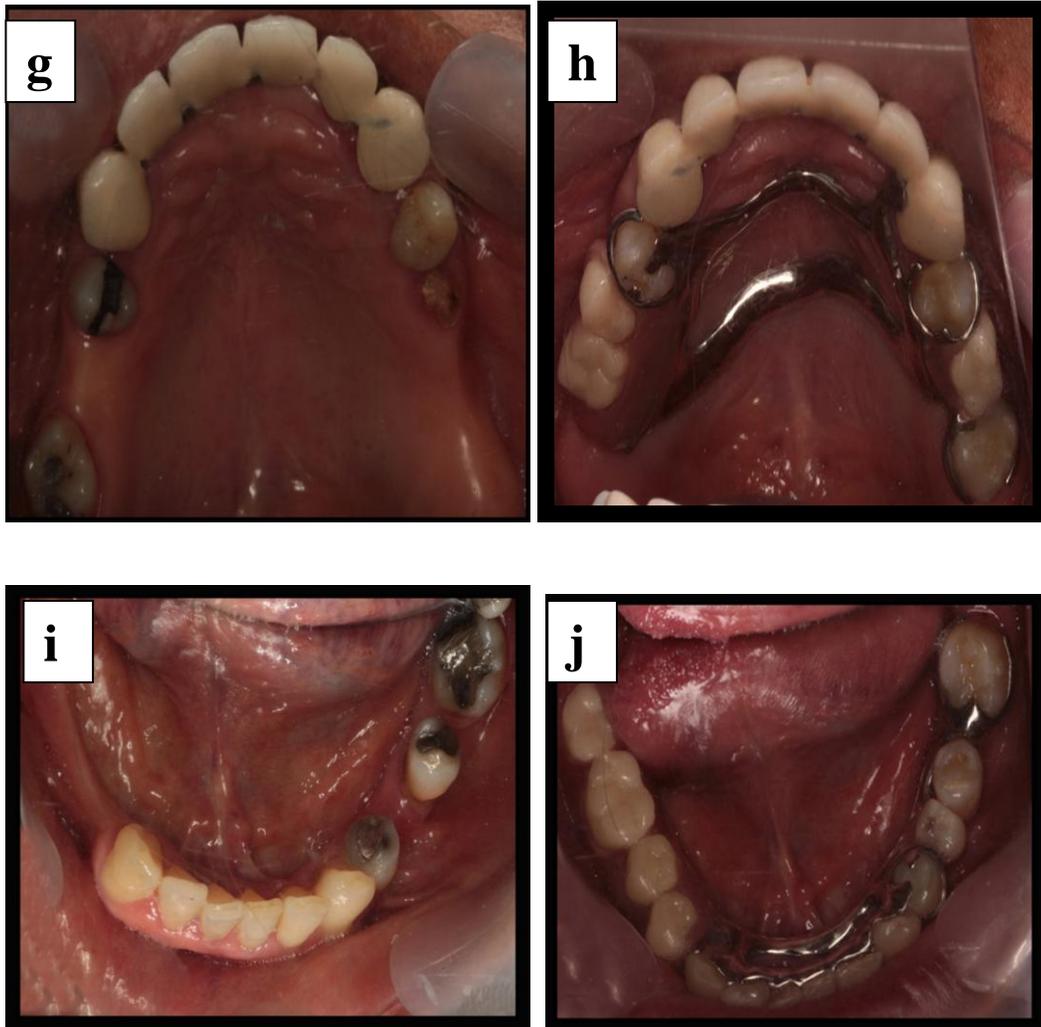


Figura 30. Resultado Final. (a) Vista frontal antes y después. (b) Vista lado izquierdo antes y después. (c) Vista oclusal del maxilar superior antes y después. (d) Vista oclusal del maxilar inferior antes y después. Fuente y elaborador: Andrea Andrade Y.

CAPÍTULO IV

18 CONCLUSIONES

- El éxito del tratamiento protésico de este paciente obedeció a varios elementos clave: la educación del paciente y su participación como parte activa y fundamental, la elaboración de un plan de tratamiento ideal que se basó en conceptos científicos clínicos comprobados en la literatura y su realización a cargo de un grupo clínico excelente que trabajando en conjunto se logran resultados satisfactorios
- Parte del tratamiento en pacientes que perdieron sus dientes es la rehabilitación mediante prótesis parciales removibles para poder restituir la forma, función y estética,
- Se logró restituir el plano oclusal mediante la rehabilitación completa en sector anterior y posterior
- Se logra concluir que cuando se realiza un tratamiento protésico se debe de ser sumamente perfeccionista en la técnica de preparación de cada procedimiento para evitar que quede a la vista alguna alteración estética
- Se logró mejorar la estética del paciente por medio de la colocación de carillas
- Al finalizar el tratamiento aparte de lograr las expectativas del paciente se mejoró su calidad de vida.

19 RECOMENDACIONES:

El odontólogo debe estar totalmente capacitado para poder lograr dar un diagnóstico y un plan de tratamiento, dando alternativas, viendo las ventajas y desventajas que con llevaría cada uno, para que el paciente junto con el odontólogo escojan el tratamiento ideal, llenando correctamente la historia clínica sin olvidar que para iniciar cualquier tratamiento debe de tener el consentimiento informado del paciente.

Es de suma importancia que el odontólogo trabaje en equipo con las diferentes especialidades para que el tratamiento como el pronóstico seas favorables para el paciente.

Al realizar un tratamiento protésico se pretende lograr la restitución del soporte oclusal posterior para evitar el colapso de mordida, con base en la realización de un buen diseño de la prótesis removible (PPR), la orientación adecuada de las fuerzas oclusales, el mantenimiento de los pilares protésicos, el control de una buena higiene bucal, son indispensables para el buen pronóstico del tratamiento y para brindarle al paciente un tratamiento periodontal y protésico exitoso a lo largo del tiempo.

Es de vital importancia hacer un programa de mantenimiento personalizado para los pacientes rehabilitados con PPR, basado en la capacidad de control de la higiene oral por parte del paciente, la evaluación de la actividad de la enfermedad periodontal y caries, la reabsorción del reborde alveolar, la estabilidad oclusal y las condiciones de la PPR con el paso del tiempo.

20 BIBLIOGRAFÍA

- Rehabilitacion estetico funcional en un paciente edentulo parcial con protesis parcial removible flexible de nylon superior e inferior (Dr, Reinoso Vintimilla 2010).
- B.M.Eley, M, S., & J.D, M. (2010). *Periodoncia*. España: Elsevier.
- Carranza, F. A. (2014). *Periodontologia Clinica* . New York: Amolca.
- Conceição, N. (2008). *Odontología Restauradora Salud y Estética*. Buenos Aires: Panamericana.
- Desplats, E. M., & Callis, E. M. (2004). *Protesis Parcial Removible y Sobredentadura* . Quito: Elsevier.
- Escoda, C. G. (2004). *Cirugia Bucal*. España: Oceano.
- Fernandez, D. L., & Valverde Montalva, H. R. (2007). *Diseno de Protesis Parcial Removible*. Madrid: Ripano.

- Hinostroza, G. (2006). *Estética en Odontología Restauradora*. Madrid: Ripano.
- Janer, J. (2009). Recuperado el 2009, de <https://books.google.com/books?isbn=8497353307>.
- Manuel, D. V. (13 de 03 de 2014). Rehabilitacion estética del sector anterior con carillas directas .
- McCracken. (2006). *Protesis Parcial Removible*. Quito: Elsevier.
- McNeill, C. (2005). *Fundamentos Científicos y Aplicaciones Practicas de la Oclusion* . Barcelona: Quintessence.
- Micheelsen, J. L., & Olavarria Astudillo , L. E. (2010). *Diseño de Prótesis Parcial Removible* . Chile: Amolca.
- Naranjo, J. (2003). *Oclusión, Función y Parafunción*. Celu.
- Okeson, J. P. (2013). *Tratamiento de oclusión y afección temporomandibulares*. España: Elsevier.
- Thoren, M. M., & Gunne, J. (2013). *Prótesis Removible*. Amolca.

- Vilela, L. (06 de 03 de 2011). *Incrustación de Cerómero*.
<http://vilela.pe/blogdental/cementacion-de-una-incrustación-de-artglass.html>
- Wheeler. (2010). *Anatomía, fisiología y oclusión dental*. España: Elsevier.
- Hupp.(2014).*Cirugía Oral y Maxilofacial*. España: Elsevier.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: EXÁMENES DE LABORATORIO



Dr. Gonzalo Zurita H.
 Dra. Jeannete Zurita S.
 Dr. Camilo Zurita S.
 Dr. Santiago Cárdenas B.

CERTIFICADOS ISO 9001: 2008 POR
ICONTEC INTERNACIONAL*

NOMBRE: FERNANDO ANDRADE AGUIRRE
EDAD: 50a Masculino **CC:** 1709203317
SOLICITUD: P 182737
SOLICITA: Dr.(a) LUIS NARANJO.
FECHA: 26-AGO-2015

INFORME DE LABORATORIO DE HEMATOLOGIA

EXAMEN: BIOMETRÍA HEMÁTICA

MÉTODO: Analizador automatizado Sysmex XT 2000i

PARÁMETRO	RESULTADO	UNIDAD	V. REF.
Glóbulos blancos	3,24	10 ³ /uL	5,0 - 10,0
Glóbulos rojos	4,93	10 ⁶ /uL	3,5 - 5,5
Hematocrito	43,20	%	38,0 - 54,0
Hemoglobina (HB)	15,20	g-dL	12,5 - 17,0
Volumen corpuscular medio	87,60	fL	80 - 100
HB. corpuscular media	30,80	pg	29 - 33
Conc. HB. corpuscular media	35,20	g/dL	31,0 - 36,0
Plaquetas	42	10 ³ /uL	150 - 450
Amplitud de los hematíes	15,90	%	11 - 16
Volumen plaquetario medio	11,40	fL	9,0 - 13
Reticulocitos	2,69	%	0,5 - 2,5
FORMULA DIFERENCIAL			
Segmentados	72,80	%	40 - 70
Basófilos	0,30	%	0,0 - 2,0
Eosinófilos	2,20	%	1,0 - 5,0
Monocitos	7,70	%	2,0 - 10,0
Linfocitos	17,00	%	20,0 - 45,0
VALOR ABSOLUTO			
Segmentados	2,36	10 ³ /uL	2,0 - 7,0
Basófilos	0,01	10 ³ /uL	0,0 - 0,1
Eosinófilos	0,07	10 ³ /uL	0,0 - 0,2
Monocitos	0,25	10 ³ /uL	0,1 - 1,0
Linfocitos	0,55	10 ³ /uL	1,0 - 4,5
MORFOLOGÍA DE HEMATÍES			
Normal, trombocitopenia			

Dr. Santiago Cárdenas
 Patólogo Clínico

Servicio al Cliente Telf.: 3 945 120
 *Quito - Sucursal Centro (Alameda): Av. Gran Colombia N12 - 120 y Miguel Espinoza Telfs.: 2 242 777 / 2 248 800 / 2 430 441 Fax: 2 253 770
 *Quito - Sucursal Norte (Av. Prensa): Av. De la Prensa 2337 (N49 - 221) Sector Antiguo Aeropuerto Telfs.: 6 022 412 / 2 246 751
 *Quito - Sucursal Norte (Centro Médico Picasso): Calle B N31 - 124 y Av. Mariana de Jesús Telfs.: 3 112 280 / 3 112 259
 *Quito - Sucursal Sur (Alonso de Angulo): Av. Alonso de Angulo Oe2 - 619 y Jipijapa (Sector Atahualpa) Telfs.: 3 945 120 Ext. 902
 *Sucursal Valle de los Chillos - San Rafael: Calle San Juan de Dios S2 - 209 y Calle Argentina Telf.: 3945 120
 *Sucursal Santo Domingo de los Tsáchilas: Av. Río Lellia, Urb. Banco de Fomento, Edif. Plaza Toure, 3er Piso Telfs.: 2 750 161 / 2 750 280
 contacto@zuritalaboratorios.com - www.zuritalaboratorios.com - Ecuador
 * Ver alcance de certificación en www.zuritalaboratorios.com

INVESTIGACIÓN + DOCENCIA + SERVICIO

ANEXO 2: EXÁMENES DE LABORATORIO



Dr. Gonzalo Zurita H.
Dra. Jeannete Zurita S.
Dr. Camilo Zurita S.
Dr. Santiago Cárdenas B.

CERTIFICADOS ISO 9001: 2008 POR
ICONTEC INTERNACIONAL*

NOMBRE: FERNANDO ANDRADE AGUIRRE
EDAD: 50a Masculino **CC:** 1709203317
SOLICITUD: P 182737
SOLICITA: Dr.(a) LUIS NARANJO.
FECHA: 26-AGO-2015

INFORME DE LABORATORIO DE BIOQUIMICA

EXAMEN: CREATININA
RESULTADO: 0,70 mg/dL
MÉTODO: Química Seca
INTERVALO DE REFERENCIA:
Hombres 0,8 a 1,4 mg/dL

EXAMEN: GLUCOSA BASAL
RESULTADO: 84,40 mg/dL
MÉTODO: Química Seca
INTERVALO DE REFERENCIA:
Niños y adultos 70 a 100 mg/dL

EXAMEN: UREA
RESULTADO: 18,00 mg/dL
MÉTODO: Química Seca
INTERVALO DE REFERENCIA:
Hombres 15 a 45 mg/dL

EXAMEN: COLESTEROL TOTAL
RESULTADO: 146,00 mg/dL
MÉTODO: Química Seca
INTERVALO DE REFERENCIA:
Hasta 200 mg/dL

EXAMEN: TRIGLICÉRIDOS
RESULTADO: 89,00 mg/dL
MÉTODO: Química Seca
INTERVALO DE REFERENCIA:
Hasta 180 mg/dL

Dr. Santiago Cárdenas
Patólogo Clínico

Servicio al Cliente Telf.: 3 945 120
*Quito - Sucursal Centro (Alameda): Av. Gran Colombia N12 - 120 y Miguel Espinoza Telfs.: 2 242 777 / 2 248 800 / 2 430 441 Fax: 2 253 770
*Quito - Sucursal Norte (Av. Prensa): Av. De la Prensa 2337 (N49 - 221) Sector Antiguo Aeropuerto Telfs.: 2 242 777 / 2 248 800 / 2 430 441 Fax: 2 253 770
*Quito - Sucursal Norte (Centro Médico Picasso): Calle B N31 - 124 y Av. Mariana de Jesús Telfs.: 6 022 412 / 2 246 751
*Quito - Sucursal Sur (Alonso de Angulo): Av. Alonso de Angulo Oe2 - 619 y Jipijapa (Sector Atahualpa) Telfs.: 3 112 280 / 3 112 259
*Sucursal Valle de los Chillos - San Rafael: Calle San Juan de Dios S2 - 209 y Calle Argentina Telf.: 3945 120 Ext. 902
*Sucursal Santo Domingo de los Tsáchilas: Av. Río Lelia, Urb. Banco de Fomento, Edif. Plaza Toure, 3er Piso Telfs.: 2 750 161 / 2 750 280
contacto@zuritalaboratorios.com - www.zuritalaboratorios.com - Ecuador
* Ver alcance de certificación en www.zuritalaboratorios.com

INVESTIGACIÓN + DOCENCIA + SERVICIO

ANEXO 3: EXÁMENES DE LABORATORIO



Dr. Gonzalo Zurita H.
Dra. Jeannete Zurita S.
Dr. Camilo Zurita S.
Dr. Santiago Cárdenas B.

CERTIFICADOS ISO 9001: 2008 POR
ICONTEC INTERNACIONAL*

NOMBRE: FERNANDO ANDRADE AGUIRRE
EDAD: 50a Masculino **CC:** 1709203317
SOLICITUD: P 182737
SOLICITA: Dr.(a) LUIS NARANJO.
FECHA: 26-AGO-2015

INFORME DE LABORATORIO DE COAGULACION Y HEMOSTASIA

EXAMEN: TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)

MÉTODO: Coagulometría Automatizada

RESULTADO:

Tiempo de protrombina: 20,1 seg.
INR 1,78

INTERVALO DE REFERENCIA:

Sin medicación INR: 1
Medicación anticoagulante INR: 2 a 4

EXAMEN: TIEMPO DE TROMBINA (TT)

RESULTADO: 26,7 s

MÉTODO: Coagulometría

INTERVALO DE REFERENCIA:

Menor a 30 seg

EXAMEN: TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)

RESULTADO: 45,3 s.

MÉTODO: Coagulometría Automatizada

INTERVALO DE REFERENCIA:

23,0 - 39,0 s.

EXAMEN: TIEMPO DE COAGULACIÓN

RESULTADO: 8 min 15 seg

MÉTODO: Manual

INTERVALO DE REFERENCIA:

6 a 9 min

Dr. Santiago Cárdenas
Patólogo Clínico

Servicio al Cliente Telf.: 3 945 120

*Quito - Sucursal Centro (Alameda): Av. Gran Colombia N12 - 120 y Miguel Espinoza E. Telfs.: 2 242 777 / 2 248 800 / 2 430 441 Fax: 2 253 770
*Quito - Sucursal Norte (Av. Prensa): Av. De la Prensa 2337 (N49 - 221) Sector Antiguo Aeropuerto Telfs.: 2 242 777 / 2 248 800 / 2 430 441 Fax: 2 253 770
*Quito - Sucursal Norte (Centro Médico Picasso): Calle B N31 - 124 y Av. Mariana de Jesús Telfs.: 6 022 412 / 2 246 751
*Quito - Sucursal Sur (Alonso de Angulo): Av. Alonso de Angulo Oe2 - 619 y Jipijapa (Sector Atahualpa) Telfs.: 3 112 280 / 3 112 259
*Sucursal Valle de los Chillos - San Rafael: Calle San Juan de Dios S2 - 209 y Calle Argentina Telf.: 3945 120 Ext. 902
*Sucursal Santo Domingo de los Tsáchilas: Av. Río Lelia, Urb. Banco de Fomento, Edif. Plaza Toure, 3er Piso Telfs.: 2 750 161 / 2 750 280
contacto@zuritalaboratorios.com - www.zuritalaboratorios.com - Ecuador
* Ver alcance de certificación en www.zuritalaboratorios.com

INVESTIGACIÓN + DOCENCIA + SERVICIO

ANEXO 4: HISTORIA CLÍNICA

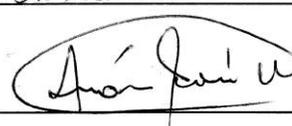
	UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLOGÍA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
---	---

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
UIDE	Clínica de Especialidades Odontológicas		PARROQUIA Sangolquí	CANTÓN Quito	PROVINCIA Pichincha	7235

1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN									
APELLIDO PATERNO Andrae	APELLIDO MATERNO Aguirre	PRIMER NOMBRE Fernando	SEGUNDO NOMBRE	No. CÉDULA DE CIUDADANÍA 1709203317					
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y No. - MANZANA Y CASA) La prensa y pedro volves		BARRIO Orupal Orupal	PARROQUIA Quito	CANTÓN Pichincha	PROVINCIA	ZONA (U/R)	No. DE TELÉFONO 0984112271		
FECHA DE NACIMIENTO 12-01-65	LUGAR DE NACIMIENTO Quito	NACIONALIDAD (PAÍS) Ecuatoriano	GRUPO CULTURAL Mestizo	EDAD AÑOS CUMPLIDOS 50	SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL SOL <input type="checkbox"/> CAS <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> VIU <input type="checkbox"/> U-L <input type="checkbox"/>			INSTRUCCIÓN ÚLTIMO AÑO APROBADO Superior
FECHA DE ADMISIÓN 28/10/14	OCUPACIÓN Administración	EMPRESA DONDE TRABAJA Empresa Privada		TIPO DE SEGURO DE SALUD IESS		REFERIDO DE			
EN CASO NECESARIO LLAMAR A Andrea Andrae		PARENTESCO AFINIDAD Hija		DIRECCIÓN La prensa		No. DE TELÉFONO 0998985075			

COD= CODIGO U=URBANA R=RURAL M=MASCULINO F=FEMENINO SOL=SOLTERO CAS=CASADO DIV=DIVORCIADO VIU=VIUDO U-L=UNIÓN LIBRE

CÓDIGO	
ADMISIONISTA	

AUTORIZACIÓN	
FECHA: 28/10/14	
YO: Fernando Andrae	con C.I. No. 1709203317
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:	Fernando Andrae
FIRMA DEL PACIENTE:	
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	Andrea Andrae
NOMBRE DEL TUTOR:	Dr. Ludn Garco
FIRMA DEL TUTOR:	

ANEXO 5: HISTORIA CLINICA

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLINICA						
UIDE		Fernando		Andrade		M	50	7235						
MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	15-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA							
1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE "Quiero realizarme un chequeo general de mi boca y quisiera ver que se pueda hacer con la consulta de mi dentista"														
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL Paciente presenta periodontitis crónica severa generalizada, resto radicular de diente # 25, recesión de los dientes # 1,3,3,5, presencia de lesiones cariosas en los dientes # 15,17,18,26,27,28,36,38,44,45,46,47,48														
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES														
1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO					
						✓								
7. Madre														
4 SIGNOS VITALES														
PRESIÓN ARTERIAL	120/72	FRECUENCIA CARDIACA min.	72	TEMPERATURA A °C	36.5	F. RESPIRATORIA min.	17							
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO														
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS							
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS											
Paciente no presenta patología aparente														
6 ODONTOGRAMA PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA														
RECESIÓN	[Grid of 14 boxes for recession]													
MOVILIDAD	[Grid of 14 boxes for mobility]													
VESTIBULAR	[Grid of 14 boxes for vestibular views]													
LINGUAL	[Grid of 14 boxes for lingual views]													
VESTIBULAR	[Grid of 14 boxes for vestibular views]													
MOVILIDAD	[Grid of 14 boxes for mobility]													
RECESIÓN	[Grid of 14 boxes for recession]													
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL														
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA					ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS	8 INDICES CPO-ceo						
					LEVE	ANGLE I	LEVE	C	P	O	TOTAL			
					MODERADA	ANGLE II	MODERADA	6	16	0	22			
					SEVERA	ANGLE III	SEVERA	c	e	o	TOTAL			
16	17	X	65	2	1	1								
11	21	✓	51	0	0	0								
26	27	-	65	-	-	-								
36	37	✓	75	2	1	1								
31	41	X	71	2	1	1								
46	47	-	85	-	-	-								
TOTALES					1.5	0.75	0.75							
9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA														
*rojo	SELLANTE NECESARIO	⊗	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	▬	PRÓTESIS TOTAL									
*azul	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	◻	CORONA									
X rojo	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS FIJA	○ azul	OBTURADO									
X azul	PÉRDIDA POR CARIES	(---)	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES									

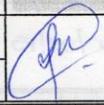
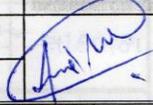
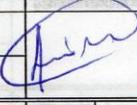
SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGIA (1)

ANEXO 6: HISTORIA CLINICA

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL									
BIOMETRIA		QUIMICA SANGUINEA		RAYOS-X		OTROS			
Presente biofilm duro y blando generalizado, caries en los dientes #									
14, 16, 24, resto radicular del diente # 25; ausencia de los dientes #									
15, 17, 18, 26, 27, 28, 34, 45, 46, 47, 48									
11 DIAGNÓSTICO									
		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE		PRE		DEF	
1		Biofilm duro y blando generalizado		3		Resto radicular			
2		Caries		4		Ausencia de los dientes (Edentula parcial)			
FECHA DE APERTURA		FECHA DE CONTROL		PROFESIONAL		FIRMA		NUMERO DE HOJA	
12 TRATAMIENTO									
SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA					
SESIÓN 1 FECHA 28/10/14	Biofilm duro y blando generalizado - Caries - Resto radicular	Llenar historia clínica		CÓDIGO FIRMA					
SESIÓN 2 FECHA 30/04/15	Resto radicular del diente # 25 K02.3	Exodoncia Compleja	Amoxicilina 1g tab # 14, 1/12 horas - Inyección 600mg tab # 6 (ocul) tomar	CÓDIGO FIRMA					
SESIÓN 3 FECHA 05/05/15	Periodontitis crónica generalizada severa K05.2	Raspado y Alisado radicular		CÓDIGO FIRMA					
SESIÓN 4 FECHA 07/05/15	Caries K02	Resina Compuesta Resina Compleja		CÓDIGO FIRMA					
SESIÓN 5 FECHA 12/05/15	Caries del diente # 34 K02	Resina Simple		CÓDIGO FIRMA					
SESIÓN 6 FECHA 14/05/15	Caries de dentino de los dientes # 29, 35 K02.1	Preparación de pilares Elaboración de provisional Impresiones funcionales Registro de color		CÓDIGO FIRMA					
SESIÓN 7 FECHA 19/05/15	Restauración cubging K06.2	Alargamiento de Corona del diente # 37		CÓDIGO FIRMA					
SESIÓN 8 FECHA 28/05/15	Caries de dentino del diente # 24 K02.1	Terminado cementación definitiva del diente # 24		CÓDIGO FIRMA					
SESIÓN 9 FECHA 28/05/15	Caries de dentino del diente # 36 K02.1	Preparación de pilares Elaboración de provisional Impresiones funcionales Registro de color		CÓDIGO FIRMA					

ANEXO 7: HISTORIA CLINICA

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA	
SESIÓN	10	Correa de dentina de los dientes #	Terminado de cementación definitiva de los dientes # 35, 36		CODIGO	
FECHA	02/06/15	K02			FIRMA	
SESIÓN	11	Edéntulo Parcial	Impresión Diagnóstica Radiográfica y modelos de estudio Modelos Parafelizados Modelos Montados en Articulador Diseño preliminar del especialista Preparación de la base del paciente Impresión definitiva con alginato Modelo Maestro / Diagrama de Trabajo		CODIGO	
FECHA	04/06/15				FIRMA	
SESIÓN	12	Edéntulo Parcial	Prueba del Esqueleto metálico en boca Registro intermaxilar en RC o MIC		CODIGO	
FECHA	30/06/15				FIRMA	
SESIÓN	13	Edéntulo Parcial	Pruebas de las bases en cera		CODIGO	
FECHA	09/07/15				FIRMA	
SESIÓN	14	Diastemas	Canillas		CODIGO	
FECHA	21/07/15				FIRMA	
SESIÓN	15	Edéntulo Parcial	Instalación de prótesis terminada Corillos		CODIGO	
FECHA	23/07/15				FIRMA	
SESIÓN	16	Edéntulo Parcial	Primer Control (48 horas)		CODIGO	
FECHA	24/07/15				FIRMA	

ODONTOLÓGICA (B)

ANEXO 8: HISTORIA CLINICA

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA	
SESIÓN	17	Diastemas	Pulimento de Cavitax		CODIGO	
FECHA	30/07/15	Edentulo Parcial	Segundo Control		FIRMA	
			PPR (8 días)			
SESIÓN	18	Periodontitis Crónica	Reevaluación Periodonta		CODIGO	
FECHA	18/08/15	Generalizada Severa			FIRMA	
		KOS 2				
SESIÓN	19				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
SESIÓN	20				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
SESIÓN	21				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
SESIÓN	22				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
SESIÓN	23				CODIGO	
FECHA					FIRMA	

ANEXO 10: HISTORIA CLINICA

 <p>UIDE Universidad Internacional del Ecuador</p>	<p>UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLOGÍA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS</p>
--	---

HISTORIA CLÍNICA

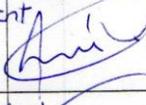
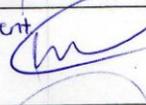
FECHA	SESIÓN No.	FACTURA No.	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	SALA DE MATERIALES
26-10-14	1	—	Diagnóstico		—
30/04/15	2	1188	gasos anestésico con vaso constríctor, aguja coita acero		ENTREGADO FIRMA
05/05/15	3	1216	acero, revelador de placa, punta de scaler, algatones		FIRMA
07/05/15	4	1261 1265	clohexidina, ionomero de vidrio, acido, bondin, resina A2, aplicador, papel articulo		ENTREGADO FIRMA
12/05/15	5	1300	acido, bondin, aplicador, resina A2, clohexidina, papel articulo, ionomero de vidrio		FIRMA
14/05/15	6	1357	pasta de adición, pasta de condensación, ionomero de vidrio, lampara		FIRMA
19/05/15	7	1408	acero, anestésico con vaso constríctor, aguja coita, gasos		FIRMA
28/05/15	8	1586	acido, bondin, aplicador, acido fluorhidrico, silano, cemento dual, hilo dental, papel articulo, lampara		FIRMA
28/05/15	8	1594	pasta de adición, ionomero de vidrio, lampara		FIRMA
02/06/15	9	1631	acido, bondin, aplicador, acido fluorhidrico, silano, cemento dual, lampara, clohexidina		FIRMA
04/06/15	10	1667	alginate, yeso		ENTREGADO FIRMA

ODONTOLOGÍA (6)
FIRMA

ANEXO 11: HISTORIA CLINICA

	UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLOGÍA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	
---	--	---

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	SESIÓN No.	FACTURA No.	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	SALA DE MATERIALES
30/06/15	11	1667	Colorimetro		ENTREGADO 30 JUN 2015 
09/07/15	12	1667	Papel articulo		FIRMA ENTREGADO 09 JUL 2015 
21/07/15	13	2190	acido, bondin, resina ultradent aplicador, papel articulo, lampara, pasta de condensacion		FIRMA ENTREGADO 21 JUL 2015 
23/07/15	14	2240 1667	acido, bondin, resina ultradent aplicador, papel articulo, lampara.		FIRMA ENTREGADO 23 JUL 2015 
24/07/15	15	1667	Papel articulo		FIRMA ENTREGADO 24 JUL 2015 
30/07/15	16	2190 2240	Papel articulo,		FIRMA ENTREGADO 30 JUL 2015 
18/08/15	16	1216	Revelador de placa		ENTREGADO FIRMA 18 AGO 2015 
					FIRMA

ODONTOLOGÍA (8)

ANEXO 12: HISTORIA CLINICA

UIDE

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
 CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
 HISTORIA CLINICA DE PERIODONCIA

Nombre: Fernando Andrade Edad: _____

Fecha: 28/04/15 Teléfonos: 2297509

Antecedentes odontológicos y médicos de relevancia:
Paciente no refiere

Factores de riesgo:
Presencia de tartaro, placa periodontalmente no fue tratada, restauraciones desbordantes

Diagnóstico: Periodontitis Crónica Generalizada Severa

Tratamiento periodontal: Fase Sistémica: No refiere
Fase Higiénica: Raspado y Alisado
Fase Correctiva: Rehabilitación Oral
Fase de Mantenimiento

Tratamiento de Emergencia _____

P.S.R. (REGISTRO PERIODONTAL SIMPLIFICADO)

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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
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															

INDICE DE PLACA (O'LEARY)

PRIMER CONTROL: **SUPERFICIES TEÑIDAS X 100 ÷ SUPERFICIES PRESENTES**

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

SEGUNDO CONTROL

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aceptable: 0 a 12%, Cuestionable: 13 a 23.9%, Deficiente: 24 % o mas

① $28 \times 100 \div = 46$ Deficiente
 ② $7 \times 100 \div = 11$ Aceptable

FORMULARIO UIDE-CEO-005

ANEXO 13: HISTORIA CLINICA

Movilidad Furca	14	17	18	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	28	27	28
V	1															2
MG 1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PS 1																
NIC 1																
MG 2																
PS 2																
NIC 2																
LMG																
P	1															2
MG 1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PS 1																
NIC 1																
MG 2																
PS 2																
NIC 2																
V	4															3
MG 1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PS 1																
NIC 1																
MG 2																
PS 2																
NIC 2																
LMG																
L	4															3
MG 1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PS 1																
NIC 1																
MG 2																
PS 2																
NIC 2																
LMG																
Movilidad Furca																

$15 \cdot x = 90$ $90 - 100$
 $31 - x = 34 \%$ Generalizado

ANEXO 14: HISTORIA CLINICA



Universidad Internacional del Ecuador

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

PROTOCOLO PERIODONCIA

Nombre del Paciente: Fernando Andrade No. Historia: 7135

Nombre del Tutor: Dra. Cristina Costa

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
<u>05/05/15</u>	1	HISTORIA CLINICA PERIODONTAL	
<u>05/05/15</u>	2	REGISTRO PERIODONTAL SIMPLIFICADO PSR	
<u>05/05/15</u>	3	DIAGNÓSTICO PERIODONTAL	
<u>05/05/15</u>	4	PLAN DE TRATAMIENTO PERIODONTAL	
<u>1</u>	5	PRONÓSTICO	

Recibí el tratamiento a entera satisfacción

Firma del Paciente

Estudiante

Nombre Andrea Andrade

Firma Andrea Andrade

Tutor

Nombre Dra. Cristina Costa

Firma Cristina Costa

ANEXO 15: HISTORIA CLINICA



**CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CIRUGIA BUCAL**

Nombre de Paciente: Fernando Andrade No Historia Clínica: 7235

Nombre del Estudiante tratante: Andrea Andrade

Dientes a extraer: 25

Fecha: 30/04/15

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, edad 49 años, acude a Clínica Odontológica UIDE el 30/04/15, sin ninguna enfermedad sistémica; al examen clínico presenta biotímulo duro y blando generalizado, presencia de un foco infeccioso del diente # 25 continuando con el examen radiográfico muestra radiopaco compatible con un resto radiolúcido, por lo que se procede a extraer.

HISTORIA DENTAL ANTERIOR

¿Recibe atención dental periódicamente? NO
Tiempo Transcurrido de la última extracción 5 años
Indique las razones para extracciones previas causó
¿Ha tenido alguna reacción a la anestesia local? NO
¿Ha sufrido hemorragias después de la Extracción? —
¿Ha tenido alguna complicación después de la Extracción? —

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR

¿Está bajo tratamiento médico? SI
Historia de Intervenciones quirúrgicas NO
¿Padece o ha padecido de?
Enfermedades Cardiovasculares — Hipertensión —
Hígado — Riñón — Sangre —
Semana de Gestación — ¿Qué semana? — T.A. 120/80
Temperatura 37° Pulso 72 Rep 17 Peso —
¿Toma medicación? Doximek

Dr. Luis F. Noranjo B.
Odontólogo maxilofacial
ABO. 2.10.81.6.1° 60
UIDE
NOMBRE Y FIRMA DEL PROF. Y CÓDIGO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

RX Periapical
Laboratorio Clínico: —

Diagnóstico: Resto radiolúcido del diente # 25

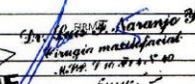
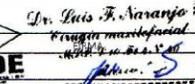
Tratamiento (Anestesia empleada, Complicaciones. Post Operatoria Inmediato)
Exodoncia del diente # 25, técnica infiltrativa para el nervio dentario medio y protina mayor.

Evolución: —

Andrea Andrade
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

Dr. Luis F. Noranjo B.
Odontólogo maxilofacial
ABO. 2.10.81.6.1° 60
UIDE
NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.

ANEXO 16: HISTORIA CLINICA

		UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLOGÍA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS			
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE
UIDE	Clinica de Especialidades Odontológicas		FARROQUA	CANTÓN	HISTORIA CLÍNICA
			Jungla Quiro Pichincha		7235
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		No. CÉDULA DE CIUDADANÍA
Andrade	Aguirre	Fernando			1709203317
<small>TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.</small>					
1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO					
PROPOSITOS			TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS		
Foco infeccioso # 25 K083			Extracción bajo anestesia local		
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS		
Exodoncia del diente # 25			Alucositis, infección		
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	
Dr. Luis Naranjo		Orugía			
<div style="text-align: right;">  <small>Dr. Luis Naranjo B. Orugista maxilofacial N.º 10.010.000</small> </div>					
2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA					
PROPOSITOS			INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS		
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS		
NOMBRE DEL CIRUJANO		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	
3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA					
PROPOSITOS			ANESTESIA PROPUESTA		
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS		
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE					
<input type="checkbox"/> A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD					<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD					<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> C CONSIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD					<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> D CONSIENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA					<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS					<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO					<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)					<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO					<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.					<input checked="" type="checkbox"/>
5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE					
<small>COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO</small>					
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	
Dr. Luis Naranjo		Orugía			
<div style="text-align: right;">  <small>Dr. Luis Naranjo B. Orugista maxilofacial N.º 10.010.000</small> </div>					

ANEXO 17: HISTORIA CLINICA

UIDE

Universidad Internacional del Ecuador

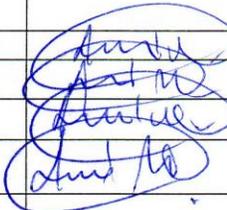
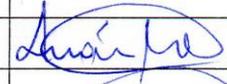
**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

PROTOCOLO DE CORONA O INCRUSTACIÓN SIN METAL

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. Iván García No. Historia: 7235

Nombre del Paciente: Fernando Andrade No. Diente: 24

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
		CORONA <input type="checkbox"/>	
		INCRUSTACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	
<u>14/05/15</u>	1	Preparación de pilares	
<u>14/05/15</u>	2	Elaboración de provisionales	
<u>14/05/15</u>	3	Impresiones funcionales	
<u>14/05/15</u>	4	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo	
	5	Prueba de estructura metálica/zirconio	
	6	Prueba de porcelana sin terminado	
	7	Cementación provisional de la corona.	
<u>28/05/15</u>	8	Terminado, cementación definitiva metal/porcelana/zirconio.	
<u>28/05/15</u>	9	CEMENTACION: Colocación ácido fluorhídrico 9-12%/1 minuto Lavado y secado Silinizado 2 capas Colocación cemento dual fotopolimerizacion 30 segundos c/cara	
<u>28/05/15</u>		DIENTE Desinfección diente Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado	

Recibí el trabajo a entera satisfacción


Firma del Paciente

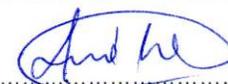
Estudiante

Nombre: Andrés Andrade

Firma: 

Tutor

Nombre: Dr. Iván García

Firma: 

FORMULARIO UIDE-CEO-002

ANEXO 18: HISTORIA CLINICA

UIDE

Universidad Internacional del Ecuador
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PROTOCOLO DE CORONA O INCRUSTACIÓN SIN METAL

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. Iván García No. Historia: 7235
 Nombre del Paciente: Fernando Andrade No. Diente: 24

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
		CORONA <input type="checkbox"/>	
		INCRUSTACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	
<u>14/05/15</u>	1	Preparación de pilares	
<u>14/05/15</u>	2	Elaboración de provisionales	
<u>14/05/15</u>	3	Impresiones funcionales	
<u>14/05/15</u>	4	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo	
	5	Prueba de estructura metálica/zirconio	
	6	Prueba de porcelana sin terminado	
	7	Cementación provisional de la corona.	
<u>28/05/15</u>	8	Terminado, cementación definitiva metal/porcelana/zirconio.	
<u>28/05/15</u>	9	CEMENTACION: Colocación ácido fluorhídrico 9-12%/1 minuto Lavado y secado Silinizado 2 capas Colocación cemento dual fotopolimerizacion 30 segundos c/cara	
<u>28/05/15</u>		DIENTE Desinfección diente Grabado acido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado	

Recibí el trabajo a entera satisfacción

Firma del Paciente

Estudiante

Nombre: Andrés Andrade

Tutor

Nombre: Dr. Iván García

Firma: Andrés Andrade

Firma:

ANEXO 19: HISTORIA CLINICA

UIDE

Universidad Internacional del Ecuador

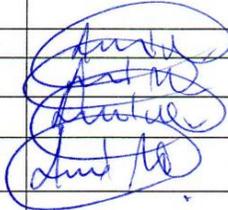
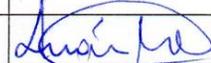
**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

PROTOCOLO DE CORONA O INCRUSTACIÓN SIN METAL

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. Iván García No. Historia: 7235

Nombre del Paciente: Fernando Andrade No. Diente: 24

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
		CORONA <input type="checkbox"/>	
		INCRUSTACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	
<u>14/05/15</u>	1	Preparación de pilares	
<u>14/05/15</u>	2	Elaboración de provisionales	
<u>14/05/15</u>	3	Impresiones funcionales	
<u>14/05/15</u>	4	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo	
	5	Prueba de estructura metálica/zirconio	
	6	Prueba de porcelana sin terminado	
	7	Cementación provisional de la corona.	
<u>28/05/15</u>	8	Terminado, cementación definitiva metal/porcelana/zirconio.	
<u>28/05/15</u>	9	CEMENTACION: Colocación ácido fluorhídrico 9-12%/1 minuto Lavado y secado Silinizado 2 capas Colocación cemento dual fotopolimerización 30 segundos c/cara	
<u>28/05/15</u>		DIENTE Desinfección diente Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado	

Recibí el trabajo a entera satisfacción


Firma del Paciente

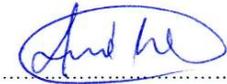
Estudiante

Nombre: Andrés Andrade

Tutor

Nombre: Dr. Iván García

Firma: 

Firma: 

ANEXO 20: HISTORIA CLINICA

UIDE

Universidad Internacional del Ecuador

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

PROTOCOLO DE CORONA O INCRUSTACIÓN SIN METAL

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: D. Iván García No. Historia: 7235
Nombre del Paciente: Fernando Andrade No. Diente: 37

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
		CORONA <input type="checkbox"/>	
		INCRUSTACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	
<u>28/05/15</u>	<u>1</u>	Preparación de pilares	
	<u>2</u>	Elaboración de provisionales	
<u>28/05/15</u>	<u>3</u>	Impresiones funcionales	
<u>28/05/15</u>	<u>4</u>	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo	
	<u>5</u>	Prueba de estructura metálica/zirconio	
	<u>6</u>	Prueba de porcelana sin terminado	
	<u>7</u>	Cementación provisional de la corona.	
<u>02/06/15</u>	<u>8</u>	Terminado, cementación definitiva metal/porcelana/zirconio.	
<u>02/06/15</u>	<u>9</u>	CEMENTACION: Colocación ácido fluorhídrico 9-12º/1 minuto Lavado y secado Silinizado 2 capas Colocación cemento dual fotopolimerizacion 30 segundos c/cara	
<u>02/06/15</u>		DIENTE Desinfección diente Grabado acido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado	

Recibi el trabajo a entera satisfacción

Firma del Paciente

Estudiante

Nombre: Andrea Andrade

Tutor

Nombre: D. Iván García

Firma:

Firma:

ANEXO 21: HISTORIA CLINICA



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PROTOCOLO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

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: Fernando Andrade No. HISTORIA 7235
 NOMBRE DEL TUTOR: D. Juan García
 Trabajo a realizar: Prótesis Removible Como Cobalto Superior e Inferior
 No. de diente/dientes: 3
 Clasificación de Kennedy Preliminar clase II modificación I Definitiva _____
 Características clínicas de reborde _____

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
04/06/15	1	Impresión Diagnóstica.	
04/06/15	2	Radiografías y modelos de estudio (duplicados).	
04/06/15	3	Modelos paralelizados.	
04/06/15	4	Modelos montados en el "articulador", en RC o MIC.	
04/06/15	5	Diseño preliminar del especialista y por duplicado en hoja adjunta (copia adjuntar en la historia).	
04/06/15	6	Diseño definitivo graficado sobre el 2º modelo.	
04/06/15	7	Preparación de la boca del paciente tanto en los pilares como en los demás elementos dentarios.	
04/06/15	8	Impresión definitiva con alginato.	
04/06/15	9	Modelo maestro (con diseño definitivo).	
04/06/15	10	Orden de trabajo (hoja adjunta por duplicado una para el laboratorio y otra para el especialista) con el segundo modelo.	
20/06/15	11	Prueba del esqueleto metálico en boca en caso de extremo libre realizar la técnica de modelo.....	
	12	Recorte del modelo y obtención del modelo de trabajo.	
30/06/15	13	Registro intermaxilar en RC o MIC.	
09/07/15	14	Prueba de las bases en cera (enfilado).	
23/07/15	15	Instalación de la prótesis terminada.	
24/07/15	16	Primer control (48 horas).	
30/07/15	17	Segundo control (8 días).	

Recibí el trabajo a entera satisfacción.

FIRMA DEL PACIENTE

ESTUDIANTE

NOMBRE: Andrés Andrade

FIRMA:

TUTOR

NOMBRE: D. Juan García

FIRMA:

ANEXO 22: HISTORIA CLINICA



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PROTOCOLO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

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: Fernando Andrade No. HISTORIA 7235
 NOMBRE DEL TUTOR: Dr. Iván Garza
 Trabajo a realizar : Prótesis Removible Como Cobalto Inferior
 No. de diente/dientes: 5
 Clasificación de Kennedy Preliminar II modificación II Definitiva _____
 Características clínicas de reborde _____

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
04/06/15	1	Impresión Diagnóstica.	
04/06/15	2	Radiografías y modelos de estudio (duplicados).	
04/06/15	3	Modelos paralelizados.	
04/06/15	4	Modelos montados en el "articulador", en RC o MIC.	
04/06/15	5	Diseño preliminar del especialista y por duplicado en hoja adjunta (copia adjuntar en la historia).	
04/06/15	6	Diseño definitivo graficado sobre el 2º modelo.	
04/06/15	7	Preparación de la boca del paciente tanto en los pilares como en los demás elementos dentarios.	
04/06/15	8	Impresión definitiva con alginato.	
04/06/15	9	Modelo maestro (con diseño definitivo).	
04/06/15	10	Orden de trabajo (hoja adjunta por duplicado una para el laboratorio y otra para el especialista) con el segundo modelo.	
30/06/15	11	Prueba del esqueleto metálico en boca en caso de extremo libre realizar la técnica de modelo.....	
	12	Recorte del modelo y obtención del modelo de trabajo.	
30/06/15	13	Registro intermaxilar en RC o MIC.	
09/07/15	14	Prueba de las bases en cera (enfilado).	
23/07/15	15	Instalación de la prótesis terminada.	
24/07/15	16	Primer control (48 horas).	
30/07/15	17	Segundo control (8 días).	

Recibí el trabajo a entera satisfacción.

FIRMA DEL PACIENTE

ESTUDIANTE

NOMBRE : Andrea Andrade

FIRMA : Andrea Andrade

TUTOR

NOMBRE : Dr. Iván Garza

FIRMA : Dr. Iván Garza

ANEXO 23: HISTORIA CLINICA

UIDE

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PROTOCOLO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

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: Fernando Andrade No. HISTORIA 7235
 NOMBRE DEL TUTOR: Dr. Juan Garcia
 Trabajo a realizar : Prótesis Removible Como Cobalto Inferior
 No. de diente/dientes: 5
 Clasificación de Kennedy Preliminar EE modificación II Definitiva _____
 Características clínicas de reborde _____

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
04/06/15	1	Impresión Diagnóstica.	
04/06/15	2	Radiografías y modelos de estudio (duplicados).	
04/06/15	3	Modelos paralelizados.	
04/06/15	4	Modelos montados en el "articulador", en RC o MIC.	
04/06/15	5	Diseño preliminar del especialista y por duplicado en hoja adjunta (copia adjuntar en la historia).	
04/06/15	6	Diseño definitivo graficado sobre el 2º modelo.	
04/06/15	7	Preparación de la boca del paciente tanto en los pilares como en los demás elementos dentarios.	
04/06/15	8	Impresión definitiva con alginato.	
04/06/15	9	Modelo maestro (con diseño definitivo).	
04/06/15	10	Orden de trabajo (hoja adjunta por duplicado una para el laboratorio y otra para el especialista) con el segundo modelo.	
30/06/15	11	Prueba del esqueleto metálico en boca en caso de extremo libre realizar la técnica de modelo.....	
	12	Recorte del modelo y obtención del modelo de trabajo.	
30/06/15	13	Registro intermaxilar en RC o MIC.	
09/07/15	14	Prueba de las bases en cera (enfilado).	
23/07/15	15	Instalación de la prótesis terminada.	
24/07/15	16	Primer control (48 horas).	
30/07/15	17	Segundo control (8 días).	

Recibí el trabajo a entera satisfacción.

FIRMA DEL PACIENTE

ESTUDIANTE

NOMBRE: Andrea Andrade

FIRMA

Andrea Andrade

TUTOR

NOMBRE: Dr. Juan Garcia

FIRMA :

Dr. Juan Garcia