



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
ODONTOLOGÍA

Rehabilitación con prótesis total en un paciente con compromiso periodontal

JUAN FRANCISCO CEVALLOS PINOS

Tutor: Dr. Iván García

QUITO, OCTUBRE 2014

ÍNDICE

RESUMEN	VI
ABSTRACT.....	VII
DEDICATORIA	VIII
AGRADECIMIENTOS	IX
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE FIGURAS.....	XI
ANEXOS	XIII
INTRODUCCIÓN	1
Capítulo I: ASPECTOS BÁSICOS.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 JUSTIFICACIÓN	4
1.3 Objetivos.....	5
1.3.1 Objetivo General	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
Capítulo II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 ENFERMEDAD PERIODONTAL	6
2.1.1 Reseña histórica	6
2.1.2 Clasificación de Enfermedad Periodontal.....	8
2.1.3 Factores de riesgo de la enfermedad periodontal.....	9
2.1.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	12
2.1.5 MOVILIDAD DENTAL.....	13
2.1.6 Diagnostico Periodontal.....	13
2.1.8 PRONÓSTICO	14
2.1.9 Interrelación entre prótesis y periodoncia.....	14
2.2 PROTESIS TOTAL.....	15
2.2.1 Anatomía de rebordes edéntulos.....	15
2.2.2 Principios de construcción en prótesis total.....	21
2.2.3 Consideraciones quirúrgicas preprotésicas	22

2.2.4 Prótesis inmediata	24
2.3 CONFECCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL	24
2.3.1 Impresiones preliminares	25
2.3.2 Modelos diagnósticos.....	26
2.3.3 Cubetas de impresión individuales	27
2.4 Impresiones finales y creación de modelos maestro (Sellado posterior).	29
2.5 Bases de registro y rodetes de oclusión	33
2.6 Conceptos oclusales	36
2.6.1 Oclusión balanceada:	36
2.6.2 Oclusión no balanceada	36
2.6.3 Esquema oclusal monoplane.....	37
2.6.4 Oclusión lingualizada.....	37
2.6.5 Estabilidad protésica	38
2.7 Registro maxilomandibular.....	38
2.7.1 Articulador	39
2.7.2 Longitud incisal y estética.....	39
2.7.3 Plano de oclusión u orientación	40
2.7.4 Articulador montaje del modelo superior	41
2.7.5 Dimensión Vertical	42
2.7.6 Relación céntrica.....	43
2.8.7 Montaje del modelo inferior	44
2.8 Selección de dientes.....	45
2.8.1 Color de los dientes.....	46
2.8.2 Forma y tamaño de los dientes.....	46
2.9 Enfilado de dientes.....	47
2.10 Sesión de instalación.....	50
2.10.1 Instalación de la prótesis total.....	51
2.11.2 Instrucciones al paciente	51
2.12.3 Control periódico	52
Capítulo III: PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO	53
3.1 Historia clínica.....	53
3.1.1 Datos De Identificación	53

3.1.2 Motivo De Consulta.....	55
3.1.3. Enfermedad o Problema Actual	55
3.1.4 Antecedentes Personales y Familiares	55
3.1.5 Signos vitales	55
3.1.6 Examen Del Sistema Estomatognático	56
3.1.7 Odontograma.....	57
3.1.8 Indicadores De Salud Bucal	58
3.1.9 Registro periodontal simplificado.....	59
3.1.10 Periodontograma	60
3.1.11 Exámenes Complementarios.....	62
3.2 Diagnostico	66
3.2.1 Diagnóstico Presuntivo	66
3.2.2 Diagnóstico Definitivo.....	66
3.3 Aspectos Éticos.....	66
3.5 PRONÓSTICO	66
3.6 CONSENTIMIENTO INFORMADO	67
3.7 FASES DEL PLAN DE TRATAMIENTO	68
3.7.1 Fase de Urgencia:.....	68
3.7.2 Fase sistémica: se usó exámenes complementarios para corroborar que el paciente este controlado.	68
3.7.3 Fase higiénica.....	68
3.7.4 Fase Correctiva	68
3.7.5 Fase de Mantenimiento	68
3.5 Descripción De Los Procedimientos Ejecutados	68
3.5.1 Historia clínica	68
3.5.2 impresiones prótesis inmediatas.....	69
3.5.3 Extracciones seriadas	71
3.5.5 Impresión preliminar y modelos de estudio.....	77
3.5.6 Cubeta individual	78
3.5.7 Sellado periférico	82
3.5.8 Impresiones funcionales o definitivas.....	86
3.5.9 Rodetes de altura.....	90

3.5.10 Registro maxilomandibular.....	92
3.5.11 Montaje del modelo superior en el articulador	98
3.5.12 Montaje del modelo inferior	100
3.5.13 Selección de dientes	102
3.5.14 Prueba de enfilado.....	103
3.5.15 Instalación de la prótesis	106
CAPITULO IV.....	107
4.1 DISCUSIÓN	108
4.2 CONCLUSIONES	110
BIBLIOGRAFÍA	111

RESUMEN

Una de las causas de pérdida dental es la enfermedad periodontal la cual produce reabsorción ósea, movilidad dental o dolor, el mal pronóstico nos lleva a elegir la extracción y la rehabilitación como tratamiento para restablecer las funciones orales del paciente, La elección de prótesis totales como tratamiento rehabilitador ayuda al paciente a restablecer sus funciones estética, masticatoria, digestiva y psíquica Las prótesis se realizan con ayuda de modelos de estudio e impresiones funcionales las cuales se llevaron al articulador, se logró recuperar la dimensión vertical y relación céntrica, restableciendo las estructuras dentarias antes perdidas a causa de la enfermedad periodontal y mejorando la estética y autoestima del paciente. Para los pacientes edéntulos las prótesis totales son un tratamiento de elección desde el punto de vista costo beneficio ya que la realización de un tratamiento con implantes es considerablemente más costoso y conlleva mayor tiempo, es importante realizar la confección de la prótesis total siguiendo todos sus pasos para evitar el fracaso durante su elaboración lo que generaría la inconformidad del paciente, uno de los problemas más comunes que sufren los pacientes edéntulos es la inestabilidad protésica causada por la reabsorción ósea severa producida por las extracciones dentales, por ello es necesario tener los conocimientos y saber las técnicas apropiadas para lograr una prótesis estable que cumpla con los principios de toda prótesis como es la retención, la estabilidad y el soporte brindando comodidad y satisfacción al paciente. Una vez terminada la prótesis total se logró restablecer la función masticatoria, fonética y estética.

Palabras clave: prótesis total, edentulismo, enfermedad periodontal.

ABSTRACT

One of the causes of tooth loss is periodontal disease which causes bone resorption, tooth mobility or pain, since the periodontal examination revealed a poor prognosis, tooth extraction was chosen as treatment and rehabilitation of the patient. To restore the aesthetic, phonetics, masticatory and respiratory functions we decided to make a complete removable denture. We took study models and functional impressions which took to the articulator and we recovered vertical dimension, centric relation which helped us to restore lost tooth structures because of periodontal disease and we improved the aesthetics and self-esteem of the patient. For edentulous patients, complete dentures are the first choice of treatment from the standpoint of cost benefit since the performance of implant treatment is considerably more expensive. It is important the manufacture of complete dentures following every step to avoid failure during its construction which would cause the patient discomfort. One of the most common problems experienced by patients is edentulous prosthetic instability as a cause of severe bone reabsorption that can occur after a dental extraction, therefore it is necessary to have the appropriate knowledge and expertise to achieve a stable prosthesis that meets the principles of all prostheses such as retention, stability and support, offering comfort and satisfaction to patients.

Key words: total replaced, edentulous , periodontal disease

DEDICATORIA

Dedico este trabajo especialmente a mi madre que me brindo el apoyo y fortaleza necesarios durante el transcurso de este, concluyendo satisfactoriamente este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme las fuerzas y energías para terminar este trabajo, a mi familia por estar siempre a mi lado cuando los necesitaba y a mi madre que sin ella nada hubiera sido posible.

Al Dr. Iván García por su apoyo, apreciaciones, aportes y comentarios durante el desarrollo del presente trabajo.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Evaluación de riesgo de la periodontitis.	10
Tabla 2. Estrategias de reducción de riesgo.	11
Tabla 3. Examen del sistema estomatognático.	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Papila incisiva, tuberosidad del maxilar y surco hamular.	16
Figura 2 Línea de vibración.	18
Figura 3. Carúnculas sublinguales.	20
Figura 4. Impresiones preliminares.	25
Figura 5. Delimitación del terreno protésico.	28
Figura 6. Cubetas individuales.	29
Figura 7. Secuencia del sellado posterior maxilar inferior.	31
Figura 8. Secuencia del sellado posterior maxilar superior.	32
Figura 9. . Rodetes de altura del maxilar superior.	34
Figura 10. Rodetes de altura del maxilar inferior.	35
Figura 11. Borde incisal en rodetes	40
Figura 12. Plano de Camper.	41
Figura 13. Zona neutra.	48
Figura 14. A) Examen extraoral de frente y B) perfil	53
Figura 15. Odontograma	57
Figura 16. CPOD.	58
Figura 17. Indicadores de salud bucal.	59
Figura 18. Registro periodontal simplificado.	59
Figura 19. Índice de placa	62
Figura 20. Radiografía panorámica.	63
Figura 21. A) Reborde superior y B) Reborde inferior	77
Figura 22. Impresión preliminar superior	77
Figura 23. Impresión preliminar inferior	78
Figura 24. Impresión superior e inferior.	78
Figura 25. Material para confección de cubeta individual.	79
Figura 26. Material de cubeta individual.	80
Figura 27. A, B, C y D Confección de cubeta individual superior e inferior.	81
Figura 28. Material para elaboración del sellado posterior.	82
Figura 29. Sellado posterior cubeta superior.	82
Figura 30. Sellado superior.	83
Figura 31. Sellado posterior.	84
Figura 32. Sellado posterior.	84
Figura 33. Sellado posterior.	85
Figura 34. Sellado posterior.	85
Figura 35 . Sellado posterior.	86
Figura 36. Impresión definitiva con pasta de condensación.	86
Figura 37. Impresión definitiva inferior.	87
Figura 38. Impresión definitiva inferior.	87

Figura 39. Impresión definitiva superior.....	88
Figura 40. Impresión definitiva superior.....	88
Figura 41. Impresión definitiva superior e inferior.....	89
Figura 42. Rodete superior e inferior.....	91
Figura 43. Rodete superior e inferior.....	91
Figura 44. Rodete a 2 mm del labio superior.....	92
Figura 45. Demarcación de la línea media y línea de los caninos.....	92
Figura 46. Plano de camper.....	93
Figura 47. Plano de camper.....	93
Figura 48. Relación céntrica con punta inscriptora.....	94
Figura 49. Flecha dibujada en la platina inferior.....	95
Figura 50. Se fija la relación céntrica con llaves de silicona.....	95
Figura 51. Punta de flecha dibujada en la platina inferior.....	96
Figura 52. Colocación de acrílico en la punta de flecha para fijar la relación céntrica.....	96
Figura 53. Relación céntrica fijada con modelos definitivos.....	97
Figura 54. Arco facial para ayudar a montar el modelo superior.....	98
Figura 55. Arco facial.....	99
Figura 56. Montaje del modelo superior con ayuda del arco facial.....	99
Figura 57. Fijación del modelo superior en el articulador.....	100
Figura 58. Montaje del modelo inferior.....	101
Figura 59. Montaje del modelo inferior.....	101
Figura 60. Selección de dientes de la marca CHROMASCOP.....	102
Figura 61. Enfilado.....	103
Figura 62. Enfilado.....	104
Figura 63. Enfilado vista lateral derecha prueba en boca.....	104
Figura 64. Enfilado vista lateral izquierda prueba en boca.....	105
Figura 65. Enfilado vista de frente prueba en boca.....	105
Figura 66. Instalación de la prótesis superior e inferior.....	106

ANEXOS

Anexo 1. Exámenes de laboratorio	64
Anexo 2. Consentimiento informado	67
Anexo 3. Historia clínica.....	115
Anexo 4. Historia de cirugía	117
Anexo 5. Historia de prótesis total	118

INTRODUCCIÓN

El efecto de la prótesis completa funcional bien adaptada y estética en la vida social, bienestar y calidad de vida del paciente suele ser notable. El diagnóstico y confección de prótesis totales suele ser un área difícil para el odontólogo por lo especial que resulta el estado físico y mental del paciente edéntulo total. La relación saludable entre las restauraciones dentarias y el periodonto es de suma importancia para la longevidad clínica con armonía estética de las restauraciones (Mezzomo & Suzuki, 2010).

Si por un lado el periodonto debe estar en buen estado para que la rehabilitación permanezca en óptimas condiciones durante un periodo prolongado, por otro lado la rehabilitación protésica debe mostrar adaptación con los tejidos periodontales para que estos puedan permanecer saludables (Mezzomo & Suzuki 2010).

Es importante realizar un diagnóstico y plan tratamiento adecuado, en muchas ocasiones es necesario procedimientos quirúrgicos que van a ayudar a que el tratamiento rehabilitador sea más cómodo para el paciente, hay que poner énfasis en la salud periodontal, muchos dientes pueden presentar movilidad dental a causa de la enfermedad periodontal siendo las exodoncias en muchas ocasiones el mejor tratamiento.

Para que el clínico pueda alcanzar esos objetivos debe ser considerada la necesidad imperativa de un diagnóstico correcto y el planeamiento del caso, además, obviamente, de una correcta ejecución clínica periodontal y protésica. Antes de realizar el tratamiento rehabilitador, en muchas situaciones clínicas es necesario un tratamiento periodontal no quirúrgico y /o quirúrgico previo. Una vez alcanzada la salud periodontal, es necesaria una evaluación del periodonto remanente y del grado de movilidad de los dientes siendo necesaria, en muchas situaciones, la ejecución de

exodoncias estratégicas, desde el punto de vista rehabilitador (Mezzomo & Suzuki 2010).

La pérdida dental trae consigo un lento pero continuado proceso de resorción de la cresta alveolar que conduce a atrofia maxilar severa. El mayor grado de resorción se presenta durante el primer año postexodoncia pero continua inexorable durante toda la vida (López & Granizo, 2012).

El déficit de cresta alveolar es el mayor condicionante en la rehabilitación protésica del paciente edéntulo, dado el papel crucial que ejerce la morfología de la cresta alveolar en la retención de prótesis tanto mucosoportada como implantoportada (López & Granizo, 2012).

En el caso de prótesis mucosoportada la pérdida paulatina del reborde alveolar causa mal ajuste originando movilidad e incomodidad en el proceso de masticación. Esto obliga a revisar la prótesis continuamente (López & Granizo, 2012).

La prótesis total se va a realizar en un tiempo y número de citas planificadas por el operador para obtener los modelos o registros del paciente. El tratamiento rehabilitador de un paciente desdentado total consiste en el restablecimiento de las estructuras dentarias perdidas a través de dientes artificiales, a pesar de que los implantes superan las características de prótesis mucosoportadas la confección de prótesis totales removibles siguen considerándose la mejor opción desde el punto de vista costo beneficio.

La prótesis total tiene como objetivo el restablecimiento de la función digestiva, respiratoria, estética, psíquica y fonética del paciente (Castro & Paz, 2013).

Capítulo I: ASPECTOS BÁSICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pérdida dental puede derivarse de varias causas como enfermedades sistémicas, enfermedad periodontal, caries, traumatismos, edad, ausencias congénitas entre otras.

La enfermedad periodontal que se inicia por inflamación de la encía libre conduce a la destrucción irreversible de las estructuras de soporte de los dientes. En la enfermedad periodontal avanzada, la destrucción de los tejidos de soporte, en una o varias partes de la dentición puede conducir a la pérdida de varios dientes. Los dientes pueden presentar movilidad, migración y extrucción, el cuadro se puede agravar por traumatismo oclusal secundario como consecuencia del cambio en el patrón de contactos oclusales.

Algunas alteraciones características del cuadro evolutivo de la enfermedad periodontal son: sensibilidad dentinaria, lesión de caries radicular, compromiso de furca, lesión endoperiodontal, pérdida de dimensión vertical de oclusión y colapso posterior de la oclusión con apertura en abanico de los dientes anteriores.

La base clínica del tratamiento consiste en la eliminación y control de la enfermedad periodontal, el tratamiento de las necesidades quirúrgicas y restauradoras auxiliares del tratamiento periodontal y protésico, tales como cirugías en este caso, la elaboración de la prótesis total capaz de brindar estabilidad oclusal y permitir que las estructuras periodontales reducidas puedan soportar fisiológicamente las fuerzas desarrolladas durante la función.

El soporte de la prótesis total se basa en el contacto directo con la mucosa bucal, al estar la mucosa y la base de la prótesis húmeda, se crea una fuerza de fijación que está en relación con la extensión de la prótesis y con la tensión superficial de la saliva, esta fuerza sujeta la prótesis.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El presente caso clínico nos muestra la problemática de un paciente con enfermedad periodontal que puede ser causada por varios factores de riesgo tanto locales como sistémicos que presenta movilidad dental y reabsorción ósea severa con la necesidad de un tratamiento urgente. La principal necesidad de realizar este caso clínico es la importancia de un tratamiento adecuado, realizando extracciones seriadas y la confección de prótesis totales removibles superior e inferior, restableciendo las funciones y cualidades estéticas, masticatorias, fonéticas, digestivas y psíquicas del paciente.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Restituir las estructuras dentarias perdidas a causa de la enfermedad periodontal, a través de prótesis totales mucosoportadas.

1.3.2 Objetivos específicos

- Reponer la función fonética del paciente.
- Mejorar la función digestiva del paciente.
- Restablecer la función psíquica y estética del paciente.
- Recuperar la función masticatoria del paciente.

Capítulo II: MARCO TEÓRICO

2.1 ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal se considera una enfermedad infecciosa-inflamatoria la cual puede llevar a la pérdida de los tejidos de soporte y por lo tanto del diente, es de origen multifactorial de etiología primaria bacteriana asociado a condiciones médicas, factores ambientales y antecedentes genéticos. Tienen una importante relación con la respuesta del hospedador, se relaciona directamente con microorganismos que colonizan la superficie dental del margen de la encía y del surco gingival conformando biopelícula la cual en la cavidad oral es conocida como placa, los procesos periodontales se pueden dividir en dos grupos, gingivitis relacionado con la placa supragingival en la zona gingival del diente y periodontitis con la placa subgingival (Botero & Bedoya, 2010; Liebana, 2004).

2.1.1 Reseña histórica

La enfermedad periodontal ha afectado a la humanidad a lo largo de la historia, hay datos de estudios a lo largo del tiempo que demuestran que la higiene oral se practica desde hace siglos en ciudades y países como Grecia, Roma en periodos como la edad media o el renacimiento donde existían remedios hechos con plantas medicinales, o la utilización de palillos para una mejor limpieza bucal o cepillo dental, los chinos fueron los primeros en utilizar estos instrumentos, hoy en día los palillos son utilizados en áreas de Asia y África como medida de higiene (Newman, Takei & Carranza, 2004).

En Grecia Hipócrates de Cos (460-477 AC), describió que la inflamación de la encía era causada por acumulación de cálculos, en Roma Aulo Cornelio Celso (25 AC-50 DC) describió la movilidad dental en la cual explicaba que la causa era la debilidad de las raíces o sensibilidad de las encías. Avicena (980-1037), describió sobre las úlceras en las encías, encías hemorrágicas o recesión y movilidad de las encías, en el Renacimiento resalto el estudio de Paracelso (1493-1541), Vesalio (1514-1564) o Bartolome Eustaquio (1520-1574) entre otros, Girolamo Cardano (1501-1576) fue el primero en diferenciar las enfermedades periodontales, en el siglo XIX Leonard Koecker (1785-1850) describió la relación que existía entre los cálculos y la inflamación de la encía. Alphonse Toirac(1791-1863) fue el primero en utilizar el término piorrea alveolar (Newman, 2004).

En el siglo XX destacan los estudios de Bernhard Gottlieb (1885-1950) realizando investigaciones microscópicas relacionados con la enfermedad periodontal, Weski (1879-1952) estableció la relación que existe entre los cambios radiográficos e histopatológicos en la enfermedad periodontal, después de la segunda guerra mundial se establecieron los factores locales y sistémicos de la enfermedad periodontal, en la actualidad resalta la importancia que tiene los microorganismos y la reacción inmunitaria en la investigación periodontal (Newman, 2004).

2.1.2 Clasificación de Enfermedad Periodontal

Gingivitis: Inflamación de la encía que no afecta los tejidos de soporte del diente, está relacionada al incremento de biopelícula o cálculo, se presenta inflamación o sangrado al sondaje, así como agrandamiento gingival por edema, se caracteriza por no presentar bolsas periodontales. Está comprobado que el error al sondaje es de 1mm aproximadamente esto acompañado al grado de inflamación se puede pasar de 3mm a 4mm fácilmente. La gingivitis puede presentarse en un periodonto con altura reducida. La extensión de la gingivitis se puede clasificar como: localizada menor o igual al 30 % o generalizada mayor al 30 % (Genco & Williams, 2011; Botero & Bedoya, 2010).

Periodontitis crónica: Forma más común de periodontitis, infecciosa, inflamatoria que afecta el soporte dental con pérdida progresiva de adherencia y de hueso alveolar los síntomas más comunes son bolsas periodontales, inflamación y recesión gingival.

Se presenta en niños, adolescentes y personas mayores de 30 años, hay acumulo de cálculo subgingival y microflora bacteriana, es de progresión lenta o moderada pero puede llegar a ser rápida, la severidad puede presentarse en una zona, un diente o en toda la dentición. Esta puede ser leve de 1-2 milímetros, moderada de 3-4 milímetros o severa igual o mayor a 5 milímetros de pérdida de adherencia (Mueller, 2006).

Periodontitis agresiva: Enfermedad infecciosa-inflamatoria que afecta el soporte dental causando pérdida de adherencia y de hueso alveolar, la cual puede clasificarse en localizada o generalizada (Mueller, 2006).

Las características secundarias que se presentan de manera general pero no universal son: los depósitos microbianos no coinciden con la severidad de la enfermedad,

aumento en la cantidad de *A. actinomycetemcomitans* y *P. gingivalis* en la placa subgingival, alteración de la fagocitosis, hiperreactividad de macrófagos (Mueller, 2006).

Periodontitis agresiva localizada: Inicio durante la pubertad, respuesta fuerte de anticuerpos séricos ante agentes infecciosos, suelen estar afectados los 1ros molares/incisivos perdiendo adherencia interproximal en por lo menos dos dientes, uno es el 1er molar e involucra uno o dos dientes que no sean estos (Mueller, 2006).

Periodontitis agresiva generalizada: Suele iniciar antes de los 30 años pero puede aparecer más tarde, respuesta débil de anticuerpos ante agentes infecciosos, destrucción de la adherencia y del hueso alveolar por episodios, pérdida de adherencia interproximal generalizada en por lo menos tres dientes permanentes que no sean primeros molares o incisivos, intervienen factores de riesgo como tabaquismo, medicamentos, estrés emocional, hormonas esteroideas sexuales entre otros. La periodontitis que se presenta antes de la pubertad puede ser crónica localizada o agresiva generalizada, las formas o periodontitis generalizadas prepuberal son casi siempre una manifestación de enfermedad sistémica (Mueller, 2006).

2.1.3 Factores de riesgo de la enfermedad periodontal

Hay una variedad de factores de riesgo asociados a la enfermedad periodontal, la severidad o progresión de la enfermedad varía de un individuo a otro, las bacterias son esenciales para que la enfermedad actúe, pero es la respuesta del huésped lo que va a determinar la susceptibilidad a la enfermedad. Los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de la periodontitis abarcan factores de riesgo genético, ambiental (tabaco) y adquiridos (diabetes). Existen diferentes tipos de estrategias y evaluaciones para determinar el riesgo del paciente como se observa en la tabla 1 y 2 (Genco & Williams, 2011).

TABLA 1: EVALUACIÓN DE RIESGO DE LA PERIODONTITIS

1. Herencia determinada por examen genético e historia familiar
2. Hábito de fumar, incluyendo frecuencia, uso actual e historia
3. Variaciones hormonales como las vistas en:
 - a) Embarazo, en los que hay niveles aumentados de estradiol y progesterona que pueden cambiar el ambiente y permitir que organismos virulentos se tornen más destructivos
 - b) Menopausia, en la que la reducción de niveles de estrógeno lleva a osteopenia y eventualmente a osteoporosis
4. Enfermedades sistémicas como:
 - a) Diabetes (son importantes la duración y el control)
 - b) Osteoporosis
 - c) Desordenes del sistema inmune tales como HIV
 - d) Desordenes hematológicos como neutropenias
 - e) Desordenes de tejido conectivo como los síndromes de Marfan y Ehlers-Danlos
5. Estrés reportado por el paciente
6. Deficiencias nutricionales y obesidad que pueden necesitar un análisis dietario
7. Medicamentos como:
 - a) Bloqueadores de los canales de calcio
 - b) Agentes inmunomoduladores
 - c) Anticonvulsionantes
 - d) Agentes que causan boca seca y xerostomía
8. Odontología defectuosa como sobrecontornos y márgenes subgingival
9. Mala higiene oral que ocasiona biopelícula excesiva y cálculos
10. Historia de enfermedad periodontal

Tabla 1 Evaluación de riesgo de la periodontitis.

Fuente: Genco & Williams 2011 p.11

TABLA 2 : Estrategias de reducción de riesgos

1. Visitas más frecuentes para aquellos con predisposición genética; uso de fármacos para el manejo de la periodontitis
2. Dejar de fumar usando uno o más de los seis regímenes aprobados, estos rara vez son exitosos como terapias individuales (muchas formas de terapia se usan a menudo en combinación con consejería para lograr el éxito)
3. Variaciones hormonales como las vistas en:
 - a) Embarazo, que requiere cuidado oral antes de la concepción para prevenir complicaciones durante el embarazo, puede necesitarse tratamiento durante el embarazo para prevenir resultados adversos del embarazo
 - b) Menopausia, que requiere suplementos hormonales, calcio y otros medicamentos y suplementos prescritos por el médico para prevenir la osteopenia
4. Enfermedades sistémicas que requieren consulta con el médico como:
 - a) Diabetes (para un mejor control glicémico)
 - b) Osteoporosis (requiere suplementos de calcio, bifosfonatos)
 - c) Sistema inmune y desordenes hematológicos
 - d) Desordenes de tejido conectivo
5. Manejo de estrés, posible remisión de psicólogo o psiquiatra
6. Suplemento nutricional y reducción de peso, posible remisión a nutricionista
7. Los medicamentos pueden cambiarse en la consulta médica
8. Odontología correctiva
9. Higiene oral mejorada (cepillado, uso de seda y antisépticos)
10. Ajustes oclusales

Tabla 2. Estrategias de reducción de riesgo.

Fuente: Genco & Williams 2011, p. 12

La presencia de enfermedad periodontal está relacionada con la presencia de biopelícula, pero la severidad de dicha enfermedad se relaciona directamente con la respuesta inmunológica del huésped y la biopelícula bacteriana, la respuesta del huésped ante la presencia de biopelícula subgingival es importante en la severidad de la enfermedad periodontal (Genco & Williams, 2011).

Hay mayor susceptibilidad en la presencia de factores genéticos en la aparición de periodontitis agresiva que en la periodontitis crónica que se ha encontrado en menos casos (Crespo & Bascones, 2005).

Las bacterias causan un daño directo a las estructuras periodontales causando la liberación de diferentes reacciones químicas como citoquinas y enzimas destructivas que tienden a causar daño a las estructuras periodontales, es importante la reacción del huésped que cumple un factor importante en este proceso ya que también puede causar un daño tisular afectando las diferentes fibras del ligamento periodontal y el hueso alveolar, hay relación entre la respuesta del huésped ante la presencia de biopelícula y los factores genéticos, estableciendo una conexión directa entre la periodontitis agresiva y la agregación familiar, así como enfermedades sistémicas como la diabetes, estrés o el cigarrillo (Genco & Williams, 2011).

2.1.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Los signos y síntomas más frecuentes que se presentan en la enfermedad periodontal son hemorragias gingivales, superficie radicular expuesta, margen gingival separado de la estructura dental, enrojecimiento de la encía, papilas interdentes blandas y frágiles, extrusión, movilidad, migración dentaria, diastemas, dolor, escozor y acumulación de alimentos (Bascones, 2009).

2.1.5 MOVILIDAD DENTAL

Los dientes no tienen un contacto directo con el hueso alveolar, la movilidad fisiológica se produce por presencia del ligamento periodontal, la movilidad dental patológica es el resultado de cualquier tipo de enfermedad periodontal pero puede haber otras causas como trauma en oclusión, ligamentitis y movimientos ortodónticos que pueden causar movilidad incrementada en los dientes. La movilidad causada por periodontitis se puede incrementar con el tiempo y no es reversible a una movilidad fisiológica, es importante realizar un diagnóstico adecuado para determinar la causa real de la movilidad y resolver el problema. La movilidad dental se puede medir utilizando dos instrumentos metálicos, aplicando presión en sentido vestibulo-lingual (Botero & Bedoya, 2010).

Botero & Bedoya (2010) describieron en su artículo que la movilidad dental se clasificaba en grado 0 con movilidad de 0,1-0,2 milímetros en sentido horizontal, grado 1 movilidad hasta 1 milímetro en sentido horizontal, grado 2 movilidad dental con más de 1 milímetro en sentido horizontal y grado 3 movilidad en sentido horizontal y vertical.

2.1.6 Diagnóstico Periodontal

La palabra diagnóstico proviene de gnosia: conocer y dia: a través, es decir conocer a través o por medio de, es un procedimiento que nos ayuda a reconocer o identificar cualquier tipo de condición o enfermedad (Arteaga & González, 2001).

El diagnóstico periodontal es un análisis de las características clínicas de la enfermedad es decir sus signos y síntomas, esta puede dividirse en gingivitis y periodontitis. Es importante evaluar la movilidad, exámenes complementarios como

radiografías panorámicas o exámenes de sangre, lo cuales nos ayudan a realizar un diagnóstico más efectivo y acertado. (Botero & Bedoya, 2010; Carvallo, 2010).

2.1.8 PRONÓSTICO

El pronóstico del paciente depende de la actitud, el deseo, capacidad y voluntad de conservar las estructuras dentarias naturales y su capacidad de conservar la higiene oral idónea, si no existe cualquiera de estos factores el tratamiento va a fracasar. El pronóstico se clasifica en excelente, favorable, aceptable, desfavorable, dudoso y malo, solo los pronósticos excelente, favorable o malo se pueden establecer con un cierto grado de precisión, los demás dependen de diferentes tipos de condiciones. El pronóstico provisional ayuda a iniciar el tratamiento de dientes cuya perspectiva es dudosa (Newman, 2004).

2.1.9 Interrelación entre prótesis y periodoncia

Para que la rehabilitación protésica tenga una adaptación y armonía estética adecuada sobre el periodonto es necesario un diagnóstico y plan de tratamiento correcto, por ello en muchos casos para cumplir con el objetivo de la prótesis se puede realizar tratamiento quirúrgicos o no dependiendo de las necesidades del paciente, muchas veces llegando a las extracciones dentarias (Mezzomo & Suzuki 2010).

2.2 PROTESIS TOTAL

2.2.1 Anatomía de rebordes edéntulos

La reabsorción ósea de un paciente desdentado que sufre el maxilar superior se extiende de lateral a medial, este tipo de reabsorción se denomina centrípeta causando pérdida de altura ósea y acentuando las líneas características del envejecimiento, en la mandíbula la pérdida ósea ocurre en altura y espesor desde medial a lateral, a esta se denomina reabsorción centrifuga (Olate , Klüppel , Chaves, Jaimes, Albergaria & Mazzonetto, 2008).

Se considera a la tuberosidad del maxilar a la parte más posterior del reborde alveolar localizada hacia distal del último molar, la tuberosidad es importante para la prótesis porque se considera una zona que soporta fuerzas en caso de que sea demasiado grande se considera una eliminación quirúrgica, la estructura más distal del reborde alveolar residual mandibular es la almohadilla retromolar (Rahn, Ivanhoe & Plummer, 2009).

En el arco maxilar los puntos de referencia anatómicos que pueden influir en la confección de la prótesis son: la papila incisiva, las rugas palatinas, el torus palatino, el rafe palatino medio, la úvula, las foveas palatinas, los surcos hamulares, la zona de sellado palatino posterior y la línea de vibración (Rahn et al., 2009).

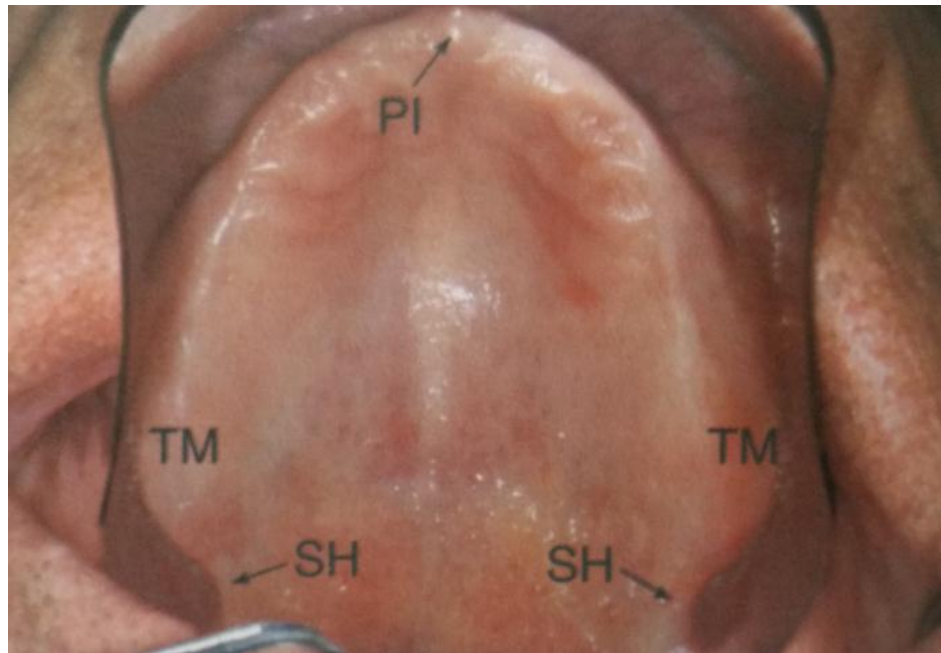


Figura 1. Papila incisiva, tuberosidad del maxilar y surco hamular.

Fuente: Rahn et al., 2009, p. 30

Usualmente la presencia de un reborde retentivo o prominente no es favorable para la estética del paciente ya que esto conllevaría alteraciones del soporte labial produciendo que se observen demasiado los dientes artificiales (Cacciacane, 2013)

La papila incisiva se localiza entre los dos incisivos centrales superiores por el cual salen el nervio incisivo y los vasos sanguíneos, al colocar la prótesis superior hay que tener precaución de aliviar esta zona de toda presión. La papila incisiva ayuda a ser un punto de referencia cuando se realizan los rodetes oclusales ayudando a orientar la prótesis, varios estudios indican que los incisivos centrales superiores se hallan de 8-10mm por delante de la papila incisiva. (Rahn et al., 2009).

Las foveas palatinas constituyen una zona anatómica guía para la confección de la

cubeta individual ya que esta debe estar ubicada de 4-6 mm más allá de las fóveas palatinas a nivel de la unión del paladar duro con el paladar blando (Preti, 2008)

Las rugas palatinas presentan una mucosa irregular a ambos lados de la línea media del paladar duro a la altura de seis dientes anterosuperiores y en ocasiones hasta los premolares. Se ha demostrado en varios estudios que no tienen ninguna influencia en la fonación y en la ubicación de la lengua durante la confección de prótesis completas superiores. El torus palatino es una prominencia ósea que puede presentar forma y tamaño diferente que se halla en el medio del paladar duro. La presión que causa la prótesis durante la masticación puede lesionar esta zona. Hay que aliviar toda presión causada por la prótesis, un torus grande sirve como fulcro produciendo inestabilidad en la prótesis. El torus que posea retenciones o que interfiera con la línea de vibración debe ser eliminado quirúrgicamente. (Rahn et al., 2009).

En el maxilar superior e inferior destaca la presencia de formaciones fibrosas y musculares conocidas como frenillos los cuales están cubiertos de mucosa estos pueden ser centrales y laterales su extensión y cantidad puede variar de un individuo a otro (Preti, 2008).

El rafe palatino medio se halla en medio de la mucosa del paladar duro, el tejido en esta zona suele ser muy fino, la mayoría de pacientes no tolera la presión en esta zona, por lo que es necesaria la realización de un alivio. Las fóveas palatinas, depresiones a ambos lados de la línea media del paladar, localizadas en la unión del paladar duro con el paladar blando aproximadamente. Ayudan a identificar la línea de vibración la cual se localiza a dos milímetros (Rahn et al., 2009).

La apófisis hamular es una proyección ósea de la tabla interna del hueso pterigoideo hallada por distal de la tuberosidad del maxilar, entre la tuberosidad y el surco

hamular hay un surco denominado surco hamular, este punto es clave para la confección de prótesis superiores, porque la extensión posterior máxima de la prótesis es la línea de vibración que está a ambos lados de los surcos hamulares. El músculo tensor del velo del paladar cruza la apófisis hamular para alcanzar el paladar blando. Puede haber dolor e irritación de esta zona por prótesis mal adaptadas (Rahn et al., 2009).

Se puede considerar que la línea de vibración es la unión entre el paladar duro y el paladar blando y se considera importante porque es el límite posterior máximo de la prótesis superior, a unos 2 milímetros por delante del centro del surco hamular en un lado del arco, sigue la unión de los paladares blando y duro y termina a unos 2mm por delante del centro del surco hamular opuesto. (Rahn et al., 2009).

Rahn et al. (2009) señala que la línea de vibración es la extensión distal de la zona de sellado palatino posterior, esta área es importante en la confección de la prótesis. Es la zona de tejido compresible localizada por la línea de vibración y externa a la línea media en el tercio posterior del paladar duro.



Figura 2 Línea de vibración.

Fuente: Rahn et al., 2009, p. 33

El maxilar inferior está formado anatómicamente por una almohadilla retromolar que es importante desde su extensión hasta el plano de oclusión, esta zona debe ser cubierta por la prótesis, el plano de oclusión está ubicado entre el tercio medio y el tercio superior de la almohadilla. Entre la apófisis hamular y la almohadilla retromolar se localiza el pliegue del rafe pterigomandibular que es el enlace entre el musculo buccinador que es el musculo de la mejilla y el musculo constrictor superior de la faringe cuando esta zona está presente en la impresión ayuda a establecer la extensión distal de la prótesis superior. En el reborde inferior en el ángulo distovestibular del arco se halla la escotadura meseterina que se extiende desde la profundidad del vestíbulo hacia la parte posterior de la cresta del reborde (Rahn et al., 2009).

Durante la confección de la prótesis la región sublingual tiene un papel importante en la retención de la misma, el espacio de la pared lingual entre cresta alveolar y las carúnculas debe ser ocupado por el cuerpo protésico (Preti, 2008).

Cuando la lengua se posiciona sobre el reborde en posición de descanso es una característica positiva, esto permitirá un cierre de la superficie lingual del reborde facilitando la retención (Cacciacane, 2013)

Durante la confección de la prótesis completa inferior hay un problema importante que es la reabsorción avanzada que es mucho mayor en el arco inferior comparada con la del arco superior, lo que afecta la retención de la prótesis, se ve afectada por mayor proporción por estructuras anatómicas circundantes como lengua, carrillos y músculos (Mansour & Setz, 2009).

Con frecuencia hay un rollo graso de tejido que cubre el musculo buccinador, por dentro del musculo masetero, cuando se hace la impresión final se baja esta zona del

carrillo para trasladar el rollo de grasa. La meseta vestibular es importante porque es la zona que soporta fuerzas en el arco inferior, limitada en la parte interna por la cresta del reborde residual, en la parte externa por la línea oblicua externa, por mesial por el frenillo vestibular y distal con el musculo masetero (Rahn et al., 2009).

La lengua se halla en el piso de la boca, muchas enfermedades como la anemia ferropenica y la anemia pernisirosa producen cambios en la lengua, movilidad, fonación y deglución. El diagnóstico temprano de cualquier tipo de enfermedad es importante para evitar complicaciones durante la confección de la prótesis ya que puede interferir causando movilidad, alterando la fonación y la deglución. En el piso de la boca a ambos lados se encuentran los pliegues sublinguales, en el extremo interno de cada pliegue se encuentra un abultamiento llamado carúncula sublingual donde se encuentran los conductos de las glándulas salivales sublinguales que se abren hacia la cavidad bucal (Rahn et al., 2009).

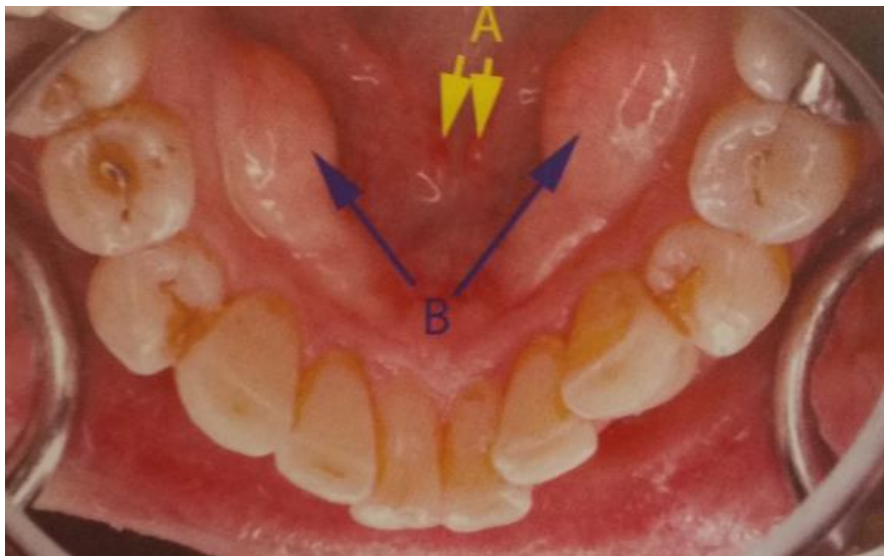


Figura 3. Carúnculas sublinguales.

Fuente: Rahn et al., 2009, p.39

El orificio de la glándula parótida se localiza en la mucosa del carrillo a nivel del segundo molar superior, este orificio se protege por un tejido mucoso conocido papila parotídea. En la superficie interna de la línea media en el tercio posterior de la mandíbula se observa el reborde óseo conocido como reborde oblicuo milohioideo (sitio de inserción del musculo milohioideo), algunos pacientes suelen presentar torus mandibulares, que son eminencias óseas que en algunas situaciones deben ser eliminadas antes de realizar la prótesis (Rahn et al., 2009).

2.2.2 Principios de construcción en prótesis total

“La prótesis total tiene superficies: una superficie interna en contacto con las crestas edéntulas, una superficie externa en contacto con las mejillas, labios y lengua, y una superficie oclusal” (Preti, 2008, p.269)

La retención es la resistencia opuesta a fuerzas que tienden a alejarse en dirección vertical, la retención es dada por una delgada capa de saliva que se localiza entre la mucosa y la superficie interna del cuerpo de la prótesis (Preti, 2008).

La estabilidad es la resistencia opuesta a fuerzas dislocantes que pueden ser horizontales y rotacionales, los factores que pueden afectar la estabilidad son: la altura, morfología de rebordes alveolares y las relaciones entre los rebordes alveolares, el control neuromuscular y la armonía oclusal (Preti, 2008).

Soporte es la resistencia a las fuerzas que tratan de movilizar la prótesis dependiendo de las características de la mucosa y el hueso, el soporte de la prótesis se subdivide en

un área de soporte primario y secundario. La zona de soporte primario se caracteriza por la presencia de mucosa queratinizada también llamada masticatoria, por submucosa anclada al tejido óseo cortical subyacente: que son zonas del hueso basal que limitan con inserciones musculares que impiden la reabsorción, estas fibras musculares ejercen una fuerza de tracción lo que va a estimular el proceso de remodelado (apófisis geniana, cresta milohioidea). La zona de soporte secundario son las crestas alveolares formadas por hueso que puede ser susceptible a la reabsorción (Preti, 2008).

La presencia de ulceraciones, aumentos fibrosos o estomatitis se relaciona directamente con el estado de la prótesis la cual puede presentar porosidades, fracturas, dientes con posición alterada, pigmentaciones o cálculos (Moreno, et al., 2012)

El uso continuo de la prótesis afecta los rebordes residuales ya que son afectados por la presión ejercida por la misma causando reabsorción ósea y por ende movilidad de la prótesis total, en estos casos es necesario el uso de adhesivos para una mejor retención de la prótesis y comodidad del paciente (Valle, Godoy, García & Pradíes, 2007).

2.2.3 Consideraciones quirúrgicas preprotésicas

Antes de comenzar el tratamiento protésico es importante conocer aspectos importantes del paciente como su edad o enfermedades sistémicas, factores que pueden dificultar un tratamiento protésico exitoso (Rahn et al., 2009).

La radiografía panorámica nos va a ayudar a visualizar las diferentes estructuras anatómicas y relaciones con otras estructuras para realizar un plan de tratamiento adecuado y conveniente para el paciente (Rahn et al., 2009).

Koeck, 2007 afirma que las extracciones dentarias realizadas con poca ostectomía de remodelación, menor pérdida del periostio que recubre el hueso y un menor labrado del hueso es la mejor profilaxis si se quiere hacer frente a la reabsorción ósea.

Después de la extracción de varios dientes es importante establecer si los rebordes son los adecuados para un tratamiento protésico, se puede utilizar una lima de hueso para dejar los contornos adecuados, para remodelados mayores se puede utilizar gubia de hueso o una pieza de mano. Siempre es importante la irrigación para evitar la necrosis del hueso, es importante palpar los contornos para saber si se ha alcanzado un punto final (Rahn et al., 2009).

Para eliminar rebordes filosos o zonas en filo de cuchillo las cuales se tornan inadecuadas es esencial una visión directa y la palpación, durante la alveoloplastia se diseña un colgajo de espesor total para exponer toda la zona que interesa. Para el remodelado se puede utilizar limas, rapadores para hueso, limas en pieza de mano y fresas o combinadas, la sutura se puede realizar interrumpida o continua (Rahn et al., 2009).

Una de las dificultades que presenta el paciente tras las extracciones es la reabsorción avanzada provocando que la prótesis provisional se haga más inestable con el tiempo, esto suele ser más notorio en la arcada inferior, la reabsorción ósea crea puntos de presión sin control especialmente en el arco inferior con gran pérdida ósea horizontal (Polei & Berger, 2011).

2.2.4 Prótesis inmediata

La prótesis inmediata se define como una prótesis parcial removible completa la cual es colocada después de las extracciones dental, esta se construye antes de extraer los dientes y se coloca de manera inmediata después de extraerlos, esta prótesis deberá ser sustituida por una prótesis nueva a futuro por las modificaciones que va a sufrir el lecho alveolar a lo largo del tiempo debido al remodelado óseo (Torreblanca & Del Solar, 2013).

Estas prótesis inmediatas van a actuar como una férula de cicatrización y regularización del reborde, las causas que influyen en la utilización de prótesis inmediatas son múltiples: enfermedad periodontal, bocas sépticas, pacientes tratados con cirugía o radioterapia, alteraciones oclusales irreversibles, entre otros (Torreblanca & Del Solar, 2013).

2.3 CONFECCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL

Es importante la realización de un examen exhaustivo, el diagnóstico y el plan de tratamiento antes de empezar el tratamiento definitivo que van a requerir el uso de modelos diagnósticos superiores e inferiores, estos modelos nos van a permitir estudiar la anatomía de tejidos duros y blandos sin necesitar la presencia del paciente, los modelos diagnósticos van a proporcionarnos la base esencial para poder construir las cubetas individuales (Rahn et al., 2009).

Los modelos diagnósticos se consideran impresiones preliminares que representan a tejidos duros y blandos pero con menos detalles de la profundidad y ancho del vestíbulo así como menores detalles de las inserciones musculares. Para la toma de impresiones preliminares se suele utilizar hidrocoloides irreversibles por su bajo costo y fácil utilización, la inexactitud de este modelo no suele ser importante para el

diagnóstico y la elaboración del plan de tratamiento, pero es inaceptable para el diagnóstico o modelos maestro de una prótesis completa los cuales requieren de una extrema fidelidad de los vestíbulos durante la impresión por ello es necesario el uso de cubetas de impresión individuales y materiales de impresión con menor viscosidad (Rahn et al., 2009).

2.3.1 Impresiones preliminares

El odontólogo debe probar las cubetas y seleccionar la que mejor se adapte, se debe seleccionar una cubeta que deje de 5-6 mm de espacio entre la cubeta y los tejidos. La posición correcta para el operador diestro es colocarse a la derecha y en frente del paciente, se estira la comisura izquierda del paciente con el dedo índice y se coloca la cubeta. La parte posterior de la cubeta se coloca más allá de los surcos hamulares en el maxilar superior y en las almohadillas retromolares en el maxilar inferior, el mango de la cubeta debe estar ubicada hacia el centro del rostro del paciente (Rahn et al., 2009).



Figura 4. Impresiones preliminares.

Fuente: Rahn et al., 2009, p.90

Durante la impresión para la realización de los modelos preliminares existen estructuras anatómicas que no son estables o rígidas, esto dependerá del estado de la estructura anatómica, de la impresión y de los materiales que se utilicen (Cacciacane, 2013).

Hay que indicar al paciente que se enjuague la boca con agua para disminuir la viscosidad justo antes de la impresión, evitar sobrecargar la cubeta ya que esto puede generar el reflejo de vomito en el paciente dificultando su capacidad respiratoria, para aminorar el reflejo del vomito se recomienda al paciente que haga respiraciones nasales cortas, el hidrocoloide irreversible puede desgarrarse si se hace fuerzas de estiramiento continuas , por lo que se retira la cubeta con un movimiento firme (Rahn et al., 2009).

Es necesario aplicar un cierto tipo de presión dependiendo del tipo de tejido donde se trabaje, la mala aplicación de la presión durante la impresión puede llevar a pérdida de soporte, zonas dolorosas, mucosa defectuosa, falta de adaptación y de retención (Cacciacane, 2013).

2.3.2 Modelos diagnósticos

Se debe crear un zócalo que sobresalga de la superficie del modelo, el acabado de los modelos se puede hacer con papel de lija al agua o en seco de grano 320, los modelos tienen que secarse bien antes de confeccionar las cubetas individuales (Rahn et al., 2009).

2.3.3 Cubetas de impresión individuales

La meta de la impresión final es elaborar una copia exacta de tejidos duros y blandos, con extensión total de los tejidos de soporte y una mínima extensión a tejidos móviles y musculares que pueden sufrir irritación y dolor, una impresión exacta de los tejidos nos ayuda a crear una interface entre prótesis y tejidos produciendo retención, estabilidad y soporte de la prótesis (Rahn et al., 2009).

La cubeta individual es un instrumento indispensable para la confección de prótesis total teniendo como objetivo lograr una sujeción y función adecuada (Körholz, 2008).

Usualmente se suele utilizar resina acrílica autopolimerizable o activada por luz para la confección de la cubeta individual. La cubeta debe extenderse hasta la línea de vibración en la parte de atrás y terminar a una distancia de 2 mm de la profundidad del vestíbulo y a 2 mm de la zona retromilohioidea, esto ayuda a disminuir el tiempo perdido durante los ajustes de la cubeta (Rahn et al., 2009).

Es posible que se produzca un cierto grado de distorsión de la cubeta después de 24 horas, es prudente mantener la cubeta en el modelo ya que la polimerización es un efecto continuo, por ello se espera cierto tiempo antes de utilizarse (Telles, 2011).

En la arcada maxilar la estructura palatina es una zona de soporte secundaria a excepción de la zona de la papila y del rafe que son zonas de alivio, especialmente en presencia de torus palatino, otra zona de retención secundaria en esta zona son las rugas palatinas las cuales se oponen a fuerzas horizontales a la cual puede ser sometida la prótesis (Bartolotti, 2006).



Figura 5. Delimitación del terreno protésico.

Fuente: Cacciacane, 2013, p.576

Un punto de referencia importante es la línea de vibración que se localiza entre la unión del paladar duro y el paladar blando, esta línea constituye el límite distal de la prótesis maxilar y el límite distal de la zona de sellado palatino posterior, se puede localizar esta zona, indicando al paciente que diga ‘‘Ahh’’ observando la movilidad del tejido blando del paladar blando en contraste con la inmovilidad del paladar duro (Rahn et al., 2009).



Figura 6. Cubetas individuales.

Fuente: Cacciacane, 2013, p. 578

Tanto las tuberosidades maxilares y las fosas retromilohioideas se consideran zonas de soporte secundario, mientras tanto que el reborde alveolar residual al contrario, se convierte en una zona de alivio especialmente cuando se encuentra reabsorbido o cubierto de tejido móvil (Bortolini, 2006).

2.4 Impresiones finales y creación de modelos maestro (Sellado posterior).

“La cubeta definitiva es manipulada durante la prueba en boca observando su estabilidad, controlando sus movimientos laterales, controlando sobre todo movimientos anteroposteriores y haciendo eje en la zona de los molares 6, movimientos de balanceo hacia delante o hacia atrás” (Kertész ,2007, p.36)

En el caso de que el paciente ya posea prótesis es necesario que se retire tal prótesis 24 horas antes mínimo, aunque es recomendable de 48 a 72 horas antes de tomar las impresiones finales para que los tejidos recuperen su forma normal anatómica, así se

eliminar las marcas de la antigua prótesis como tejido irritado o hiperplasias, las cuales son eliminadas con una buena higiene oral, retiro de la prótesis de la boca durante 8 horas al día, o utilizando acondicionadores de tejido (Rahn et al., 2009).

Uno de los materiales adecuados para la realización del sellado posterior es la godiva de baja fusión que tiene muchas más propiedades que otros materiales no tienen, como: fluidez para una mínima presión sobre los tejidos, buena adhesividad a la cubeta, rigidez tras el enfriamiento, estabilidad dimensional, resistencia, rapidez del proceso de impresión (Telles, 2011).

El moldeado de bordes o recorte funcional ayuda a extender los límites de una cubeta de impresión individual se utiliza un material de impresión blando pero ligeramente viscoso que se hace semirrígido, cuando se enfría o polimeriza este material se sobreextiende de 2-3 mm de la cubeta y se logra el cubrimiento de todos los tejidos. Se debe manipular los tejidos blandos para lograr una impresión adecuada antes de que el material endurezca. Una desventaja de este tipo de material es la necesidad de utilizar: lámpara de alcohol, baño de agua, mechero de Bunsen, bisturí filoso para recortar y vaselina, el material debe permanecer en boca mínimo 15 segundos para tener rigidez suficiente y no se deforme cuando se retire de la boca, otra desventaja es que cuando se enfría debido a su rigidez es difícil la colocación o el retiro de la cubeta sin lastimar al paciente o causar alguna irritación especialmente en las zonas retromilohioideas (Rahn et al., 2009).

El moldeado se realiza por múltiples sectores pequeños, se coloca el compuesto en un sector de la cubeta se ablanda el material con agua caliente de 5-8 segundos y se lo lleva a la boca por unos 15 segundos, se retira la cubeta y se lleva a agua helada hasta que quede completamente dura (Rahn et al., 2009).

Una vez moldeado un sector, se moldea un segundo sector, todos los sectores del modelado del sellado posterior deben unirse sin dejar líneas de demarcación visibles, cada zona debe haber terminado antes de empezar la siguiente una vez terminado el moldeo la altura del material no debe superar de 2-3 mm sobre la cubeta (Rahn et al., 2009).



Figura 7. Secuencia del sellado posterior maxilar inferior.

Fuente: Rahn et al 2009, p.117

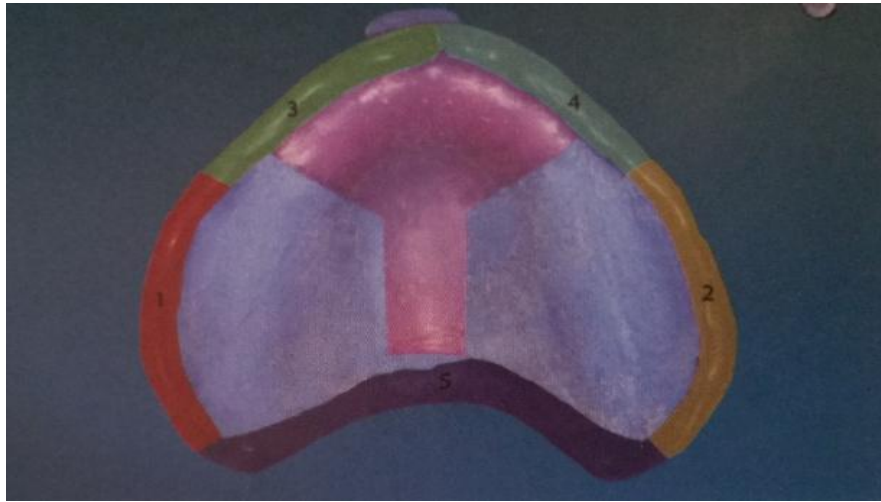


Figura 8. Secuencia del sellado posterior maxilar superior.

Fuente: Rahn et al 2009, p.116

Los materiales de impresión más utilizados para la impresión final son los elastómeros a pesar que poseen una desventaja importante por el costo, en comparación con el alginato y la pasta de impresión de óxido de zinc-eugenol, los elastómeros tienen propiedades importantes como recuperación elástica excelente, estabilidad dimensional, son limpios, fáciles de manejar amplio rango de tiempo de trabajo y fraguado, no se adhieren a la mucosa seca en casos de pacientes con xerostomía (R.M. Baster, J.C. Davenport & J.M. Thomason ,2012).

“Los modelos maestros aceptables deben tener espesor adecuado, no presentar burbujas ni huecos y contener una representación de todas las superficies impresionadas y bordes terminados circundantes, denominados zócalos” (Rahn et al., 2009, p.122).

2.5 Bases de registro y rodetes de oclusión

Para la construcción de la base de registro con la técnica clásica se utiliza resina autopolimerizable, hay que dosificar el monómero y el polímero con las medidas específicas, agregando el polvo (polímero) al líquido (monómero) logrando un compuesto homogéneo y no pegajoso, la polimerización requiere de 15 a 20 minutos, es importante que la placa base registre todas las características anatómicas necesarias para la estabilidad y retención. Es recomendable para la placa base como para la cubeta individual mantener la placa en remojo en agua durante 24 horas, para la liberación del monómero residual (Bortolini, 2006).

El tipo de cera utilizada cumple un papel importante en la confección de rodetes ya que esta debe soportar la temperatura de la cavidad oral o presión para evitar cualquier tipo de deformación en la boca del paciente (Bortolini, 2006).

El rodete superior tiene forma de herradura extendido de una tuberosidad a la otra con una altura de 22 mm en la parte anterior en forma decreciente en la parte posterior hasta llegar a los 17mm, amplitud de 3 mm en el segmento anterior y 6 mm sobre los segmentos posteriores en el centro de la cresta, debe haber una inclinación vestibular del segmento anterior que ayuda para crear una superficie vestibulolabial con una distancia de 8 mm desde la papila incisiva indicada para sostener el labio superior (Milano & Desiate, 2011).

La cara vestibular del rodete superior forma un ángulo de 60 a 70 grados ayudando a sostener el labio superior y mejorando la estética del paciente (Cacciacane, 2013).

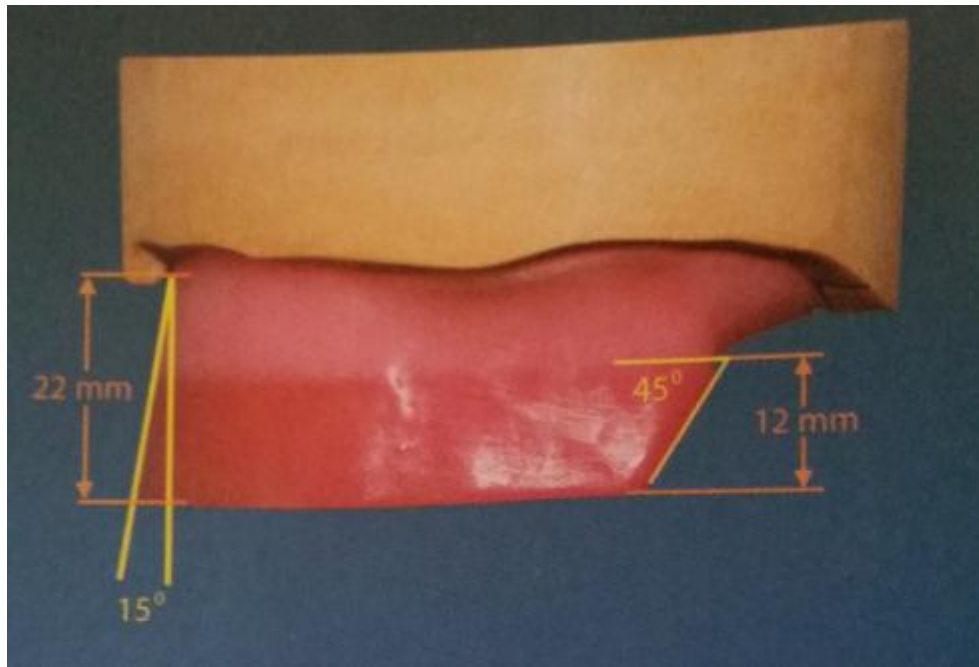


Figura 9. . Rodetes de altura del maxilar superior.

Fuente: Rahn et al., 2009

El rodete inferior tiene forma de herradura extendida de una oliva a la otra, con una altura de 18 mm en la parte anterior en forma decreciente en la parte posterior hasta alcanzar los 15 mm, tiene una amplitud de 3 mm en el segmento anterior y 6 mm sobre los posteriores ubicados en el centro de la cresta con una inclinación vestibular del segmento anterior que ayuda a crear una concavidad vestibulolabial indicada para acoger el labio inferior (Milano & Desiate, 2011).

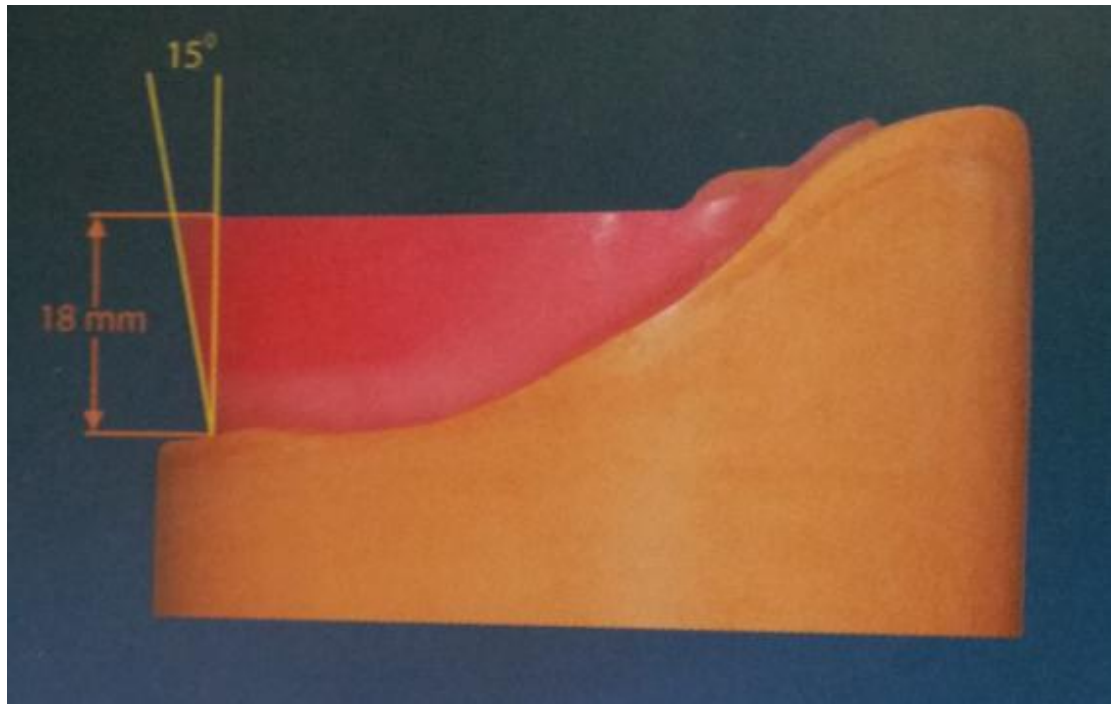


Figura 10. Rodetes de altura del maxilar inferior.

Fuente: Rahn et al., 2009

“Los límites dorsales de los rodillos deben ser modelados de tal manera que se queden libres ambas tuberosidades maxilares y en mandíbula las papilas retromolares. Así evitamos el fallo bastante frecuente de elaborar demasiado altos los rodillos en la parte posterior” (Grunert & Crepaz, 2008, p. 98).

2.6 Conceptos oclusales

Existen diferentes esquemas oclusales utilizados para diferentes moldes de dientes los cuales pueden ser: dientes anatómicos, poliplanos, dientes no anatómicos, monoplanos o dientes lingualizados. Así los esquemas oclusales se clasifican de la siguiente manera (Hidalgo & Vilcahuaman, 2009).

2.6.1 Oclusión balanceada:

Se basa en las teorías en puntos de equilibrio de oclusal de Bonwill (curva de Spee) y la teoría esférica de monzón se caracteriza por tener todos los dientes en interdigitación máxima de las cúspides de los mismos dientes y también a través de movimientos mandibulares excéntricos la cual se considera ideal para dentaduras totalmente completas, esta oclusión se diferencia de otras por presentar contactos oclusales simultáneos en presencia de movimientos excéntricos, se producen fuerzas oclusales laterales que son distribuidas por todos los dientes y el ATM, presentando fuerzas horizontalmente y no verticalmente (Hidalgo & Vilcahuaman 2009).

2.6.2 Oclusión no balanceada

En esta se van a presentar dientes monoplanos en un plano oclusal homogéneo paralelo al reborde del maxilar inferior, necesita balance en relación céntrica y no posiciones mandibulares excéntricas, el plano oclusal se encuentra simultáneo al borde inferior, los molares se montan llanos u homogéneos unos a otros sin presencia de curvas de compensación. El estado de los dientes posteriores debe cumplir con las

demandas de la función y mantenimiento de estructuras blandas y duras de los arcos edentulos (Hidalgo & Vilcahuaman, 2009).

2.6.3 Esquema oclusal monopiano

Las superficies de dientes posteriores mandibulares fabricados tienen forma oclusal plana, larga y angosta similar a una línea, ocluyendo con dientes monoplanos. El fenómeno de Christensen producido cuando los dientes laterales en un plano, se compensan con el giro del segundo molar y la ordenación de los dientes frontales. Estos dientes frontales pueden evidenciar una sobremordida vertical, tanto la inclinación del segundo molar como el acoplamiento de los dientes frontales depende de las características del individuo edéntulo (Hidalgo & Vilcahuaman, 2009).

2.6.4 Oclusión lingualizada

Tiene como referencia las cúspides linguales maxilares que participan en la oclusión similar a la unión entre un pistilo y mortero. Las necesidades del paciente pueden ser múltiples pudiendo utilizar dientes con cúspides planas o dientes angulados a cero grados, en esta oclusión los dientes son diferentes aumentando características importantes para el beneficio del paciente como la estética, comodidad, función y estabilidad, a través de la eliminación de las cúspides vestibulares de los dientes posteriores inferiores eliminando cualquier contacto durante la articulación, indiscutiblemente la ventaja más importante es la estética (Hidalgo & Vilcahuaman, 2009).

La oclusión lingualizada es recomendada porque mejora la función masticatoria y reduce el número de áreas de presión, crea estructuras dentarias masticatorias

estables y mantiene la distancia entre las partes blandas por acción de las cúspides vestibulares de los dientes superiores evitando el mordisco de los carrillos (Grunert, 2009)

2.6.5 Estabilidad protésica

Es importante evitar la concentración de cargas oclusales en la mucosa de las prótesis totales las cuales pueden causar dolor, ulceraciones o reabsorción ósea es importante una buena distribución de las cargas oclusales para evitar estas alteraciones sobre las estructuras de soporte de la prótesis. La oclusión de la prótesis varía con el tiempo a través de los cambios que experimenta la musculatura, las estructuras de soporte o el desgaste dental (Hidalgo & Vilcahuaman, 2009)

2.7 Registro maxilomandibular

Esta etapa se va a realizar entre la confección de los modelos maestros el enfilado de los dientes y la sesión de prueba. Tanto la base de registro como el rodete de oclusión nos ayudan a trasladar correctamente el modelo maestro superior con relación a los medios condilares y al plano eje-orbitario del articulador, reproduciendo la relación que existe entre el maxilar, los cóndilos y el plano eje-orbitario del paciente. Tanto la base de registro como el rodete de oclusión ayudan a trasladar la localización horizontal y vertical del modelo inferior en relación al superior, abarcando también la dimensión vertical de la oclusión (DMO). Los rodetes de oclusión ayudan a abarcar la posición adecuada de los dientes protésicos anteriores y posteriores (Rahn et al, 2009)

2.7.1 Articulador

Los articuladores se pueden dividir en clase I reproduciendo un solo movimiento en sentido vertical, clase II que reproduce movimientos en sentido vertical y horizontal pero no reproduce los movimientos en relación a la articulación temporomandibular, clase III que reproduce movimientos condilares y clase IV que capta movimientos con relación a la articulación temporomandibular y copia los movimientos mandibulares. Para la confección de prótesis totales usualmente se utilizan articuladores clase III, por su capacidad de utilizar un arco facial y así poder registrar las estructuras condilares, la utilización del arco facial disminuye la probabilidad de producir algún error, el articulador es indispensable para lograr un equilibrio oclusal después de la instalación de la prótesis (Rahn et al, 2009).

2.7.2 Longitud incisal y estética

La longitud incisal va a estar determinada por la ubicación del borde incisal de los incisivos centrales superiores, los labios superiores cumplen una función estética importante ya que los incisivos superiores deben quedar ligeramente por debajo de los labios relajados, la longitud del labio superior puede variar alterando la estética del paciente. La calidad de los sonidos como la "f" y la "v" pueden estar afectados por la posición de los rodetes de oclusión, es importante marcar la línea media en el rodete superior para determinar la posición de los dientes anteriores superiores, una referencia para la marcación de la línea media es el filtro de los labios, pero esta referencia no es una línea estética estricta (Rahn et al, 2009).



Figura 11. Borde incisal en rodetes

Fuente: Rahn et al., 2009, p. 170

2.7.3 Plano de oclusión u orientación

Para determinar el plano de oclusión se utilizan platinas de fox que son unas guías que ayudan a establecer la línea interpupilar y el plano anteroposterior paralelo al plano de camper (ala-trago), la cara oclusal de los dientes posteriores suele ser paralelo a estos puntos (Rahn et al, 2009).



Figura 12. Plano de Camper.

Fuente: Rahn et al., 2009, p. 171

Para la ubicación del plano de oclusión en relación al labio superior en pacientes jóvenes debe existir 2 milímetros de la estructura del rodete por debajo del labio superior en reposo, paciente de mediana edad debe mostrar 1 milímetro por debajo del labio superior en reposo y para pacientes de mayor edad debe ir a ras del labio superior en reposo, todos estos parámetros logran mejorar la estética del paciente (Cacciacane, 2013).

2.7.4 Articulador montaje del modelo superior

Para ayudar a fijar el modelo superior en el articulador se utiliza un arco facial, el objetivo del arco facial es determinar la relación que existe entre el maxilar superior y

el eje de bisagra (cóndilos), para transportarlo al articulador , se calienta la cera en boca del paciente para fijar el rodete sobre la horquilla, se posicionan las olivas auriculares, el posicionador nasal paralelo al plano de Frankfurt, se ajusta y se controla la distancia intercondilea para estabilizarla adecuadamente en el articulador (Cacciacane, 2013).

2.7.5 Dimensión Vertical

La dimensión vertical cumple un papel importante y puede afectar el éxito del tratamiento con prótesis totales, resalta su importancia en la estabilidad y la función masticatoria en un paciente edéntulo bimaxilar (Quiroga, Riquelme, Sierra, Del Pozo & Aravena, 2012).

La dimensión vertical se define como el espacio que existe entre el maxilar superior y la mandíbula, poniendo como base la posición de los músculos elevadores y depresores de la mandíbula que se hallan en un estado de equilibrio, que puede llevar a alteraciones estéticas, fonéticas, masticatorias o daños de la articulación temporomandibular en caso de que se encuentre aumentada o disminuida. Muchos de los dolores de la articulación temporomandibular puede estar relacionados con la presencia de prótesis totales (Goncalves, Falavinha & De Jesus. 2002)

El paciente debe ser colocado con cabeza y tronco en posición erecta, sin ningún apoyo, con la vista puesta en un punto fijo a 3 metros, se pide al paciente que habrá y cierre la boca suavemente tocando los labios superior e inferior varias veces, la determinación se hace con dos marcas una en la nariz y la otra en el mentón, a la dimensión vertical de reposo se le resta 2-3 milímetros y nos da como resultado la dimensión vertical oclusal tentativa (Goncalves, 2002; Rahn et al, 2009).

2.7.6 Relación céntrica

El termino relación céntrica se refiere a llevar a la mandíbula a la posición más posterior con respecto al maxilar en el plano horizontal, esto va a ser determinado por músculos y ligamentos que participan en la función del cóndilo-disco del ATM (Telles, 2011).

Los métodos más comunes para registrar la relación céntrica son de manipulación fisiológica, mecánicos y gráficos. El método de manipulación se realiza con la ayuda de una o las dos manos del profesional, hay que evitar que la base inferior se mueva del reborde para que haya un registro claro, el método fisiológico utiliza métodos como el levantamiento de la lengua o la técnica de deglución, estos métodos son más claros cuando se fusionan con otros métodos como la manipulación (Telles, 2011).

Los métodos mecánicos son dispositivos como el jig de Lucia o las tiras de Long, utilizadas en la región anterior como un punto de apoyo en la mandíbula, impide los contactos de dientes posteriores y lleva a la mandíbula a una posición más retraída (Telles, 2011).

La utilización de un apoyo central con dos dispositivos de trazado superior e inferior

mejora la determinación de la relación céntrica mediante la realización de movimientos mandibulares de lateralidad y protrusión este dispositivo se conoce como arco gótico el cual está formado por una platina de registro y una platina de trazado, el tornillo localizado en la platina inferior del rodete dibuja un trazado sobre la platina del rodete superior dibujando un flecha cuyo ápice establece la relación céntrica (Milano & Desiate, 2011).

Los métodos gráficos permiten una visión directa de la técnica, está conformado por una plataforma con forma de arco que cubre la parte lingual de la arcada superior y una púa que sostiene un pino central móvil, la plataforma se coloca en la base de prueba superior (en la plataforma se coloca cera que nos indica los movimientos de la púa)y la púa en la base de prueba inferior, esta se ajustan sobre las bases de prueba con cera calentada, se coloca las bases de prueba en boca y se pide al paciente que realice movimientos de lateralidad y de protrusión con la púa en contacto con la plataforma, la púa tiene como objetivo dibujar en la plataforma un trazado llamado arco gótico, el vértice de la flecha dibujada nos indica la relación central (Telles, 2011).

2.8.7 Montaje del modelo inferior

El montaje del modelo inferior se realiza en relación a la ubicación del modelo superior una vez realizada la relación céntrica con ayuda del arco gótico la cual puede es posicionada con una llave de silicona, el modelo inferior se fija en el articulador con yeso (Cacciacane, 2013).

2.8 Selección de dientes

Existen tres procedimientos a tomar en cuenta por el profesional para la realización de una prótesis total estética y confortable para el paciente estos son la impresión funcional en los que tenemos que tener en cuenta el estado de los rebordes residuales, la dimensión vertical y la posición vertical y horizontal de los dientes (Lucas, Gennari, Cohello, Moreno & Falcón, 2010).

Para lograr tener un aspecto adecuado que logre transmitir la estética y naturalidad de la prótesis es esencial características como el nivel incisal, cantidad de soporte labial dado por los dientes anteriores, la dimensión vertical en oclusión que se relacionan directamente con los rodets de registro, para así elegir y determinar el color, forma, tamaño, y material de los dientes a utilizar, logrando armonía en el rostro del paciente (Baster et al, 2012).

Es esencial que el paciente participe en la selección de los dientes artificiales, esta selección se hace teniendo en cuenta parámetros como el tono de la piel, la personalidad y las características sexuales del paciente, los paciente de mayor edad tienen dientes más oscuros debido al desgaste a lo largo del tiempo que ha sufrido el esmalte (Lucas, Gennari, Cohello, Moreno & Falcón, 2010).

2.8.1 Color de los dientes

Es necesaria la utilización de una guía para observar las diferentes gamas de tonos, es importante la elección de los dientes que estén en concordancia con la edad del paciente debido a que los dientes tienden a oscurecer con la edad. Se puede lograr un aspecto más natural y armonioso si las personas con tez oscura utilizan dientes más oscuros y las personas con tez más clara se les añaden dientes más claros (Baster et al, 2012).

2.8.2 Forma y tamaño de los dientes

“Como regla general, se ha indicado que la masculinidad se asocia con << vigor, audacia y rigor >>, mientras que la feminidad, en cambio es descrita en términos de << redondez, suavidad y tersura >>” (Baster et al, 2012, pág 164).

Baster et al, 2012 Señala que los dientes grandes y angulados demuestran fuerza y masculinidad mientras que los dientes curvos y más pequeños se relacionan más con el sexo femenino.

Para determinar la morfología facial se toma en cuenta el tamaño del diente que se relaciona directamente con la constitución esquelética, así se determina dientes grandes para personas con una constitución esquelética pesada y viceversa. Otra manera de determinar la forma de los dientes artificiales es elegirlos de acuerdo a la forma de la cara del paciente la cual puede ser cuadrada, ovoide o triangular, todos estos patrones son importantes para mejorar la estética del paciente edéntulo (Baster et al, 2012).

La anchura de los dos incisivos centrales suele ser igual a la anchura del surco subnasal del labio superior, otra manera de evaluar la posición de los dientes en la prótesis es realizando una línea desde el extremo interno del ojo al ala de la nariz línea que pasa a través del canino superior, estas líneas deben trazarse en el rodete (Baster et al, 2012).

Las alas de la nariz marcan la posición de los caninos superiores. Datos como la edad, el sexo o la constitución del paciente pueden ayudar a realizar la prótesis sin necesidad de ver al paciente (Engels, 2012).

Para determinar la longitud dental artificial el punto de referencia inferior es el área incisal del rodete de registro que ha sido confeccionado para tener una relación ideal con el labio superior, el punto de referencia superior es el área donde el labio superior se eleva al sonreír, cuando los cuellos de los dientes se queden más abajo con respecto a la línea de la sonrisa esta se va a observar más cuando el paciente sonría lo cual puede ser antiestético (Baster et al, 2012).

2.9 Enfilado de dientes

Los primeros dientes que se van a enfilear son los dientes anterosuperiores y deben ser colocados de acuerdo a las guías establecidas en los rodetes, se retira la cera de los rodetes y se coloca los dientes artificiales, el incisivo central se coloca coincidiendo con la línea media, el cuello en la línea de la sonrisa y el borde incisal se coloca hacia el margen del rodete, el canino se enfilea a nivel de las líneas que pasan de las alas de la nariz y comisura, el incisivo lateral se coloca en el espacio que sobra (Bortolotti, 2006).

Es recomendable el montaje de los dientes sobre la zona ‘‘neutra’’, es la región en que las fuerzas musculares de labios y carrillos se hallan en equilibrio con relación a la musculatura de la lengua, así la prótesis actúa como una superficie de apoyo para la musculatura produciendo estabilidad, el montaje en la zona neutra es recomendable en pacientes con reabsorción ósea evidente, pacientes que han utilizado varias prótesis o pacientes con problemas neuronales (Mansour y Setz, 2009).

Cuando la zona neutra sirve para utilizar el cuerpo de la prótesis se va a conseguir estabilidad de esta, logrando estabilidad de los músculos periorales y obteniendo que la prótesis sirva de superficie de apoyo por parte de los músculos (Koeck, 2007).



Figura 13. Zona neutra.

Fuente: Cacciacane, 2013, p. 656

Los dientes inferiores se enfilan después de los dientes superiores, los incisivos centrales son los primeros en colocarse, siempre sobre el centro curvilíneo de la cresta, los caninos inferiores deben colocarse observando la posición de los superiores,

se coloca recto con sus planos inclinados hacia mesial y distal con la misma inclinación en relación al plano horizontal, ayudan a la orientación de los dientes artificiales posteroinferiores, los incisivos laterales son posicionados en el espacio sobrante entre el incisivo central y el canino, su posicionamiento puede mejorar la estética de la prótesis (Bortolotti, 2006).

Los dientes posteriores pueden presentar diferentes formas y angulaciones estos pueden ser dientes no anatómicos ángulo de la cúspide a 0 grados, dientes semianatómicos ángulo de la cúspide a 20 grados y dientes anatómicos con cúspides de 30 o 33 grados (Bortolotti, 2006).

Para la colocación de los dientes posteroinferiores nos debemos guiar por la superficie distal de los caninos, la cara vestibular del primer premolar se debe alinear con la cara vestibular del canino, así logramos alinear el surco central del premolar con la punta del canino, los molares se colocan sobre los rebordes residuales, los surcos de molares y premolares deben estar alineados para lograr una posición correcta (Rahn et al, 2009).

En el enfilado de los dientes anteriores tiene mayor importancia en la estética y el enfilado de los dientes posteriores da énfasis a la estética de la prótesis con el objetivo de que el paciente se sienta cómodo y satisfecho con su prótesis (Mansour & Setz, 2009).

Cuando establecemos una oclusión lingualizada, balanceada o no balanceada los dientes posterosuperiores deben presentar un enfilado cuyas cúspides vestibulares de los dientes antagonistas queden a 0,5 milímetros cuando el articulador se mueve hacia el área de trabajo, esto ayuda a corregir los contactos prematuros al momento de instalar la prótesis. Los dientes posterosuperiores en especial los segundos molares deben dejar un espacio horizontal para no lastimar los carrillos, las cúspides linguales

de los dientes superiores deben ocluir sobre los surcos centrales y los rebordes marginales inferiores, provocando que las cúspides vestibulares de los dientes superiores queden más hacia vestibular que la zona vestibular de los dientes inferiores (Rahn et al, 2009).

Debido al exceso de reabsorción ósea muchos pacientes pueden necesitar una mordida cruzada en los dientes posteriores, en este tipo de oclusión las cúspides vestibulares superiores son cúspides funcionales, esto se puede realizar solo en la zona de segundos molares, muchas veces puede ser necesario realizar un ajuste oclusal (Rahn et al, 2009).

La oclusión balanceada tiene contactos bilaterales en los dientes posteriores y dientes anteriores con contactos en movimientos excursivos, debe existir contactos protrusivos desde la relación céntrica hasta que los incisivos centrales estén borde a borde (Rahn et al, 2009).

2.10 Sesión de instalación

En esta etapa se va a realizar controles por el profesional logrando obtener la adaptación de la prótesis sobre los tejidos del paciente logrando un soporte definitivo eliminando las molestias que describa el paciente, es indispensable un acoplamiento prótesis-paciente para que no existan molestias o alguna alteración de la adaptación, y que el paciente se acostumbre al cuerpo extraño que utilizara en su boca (Corona, Rey, Arias & Núñez, 2007).

2.10.1 Instalación de la prótesis total

Debe revisarse con detenimiento el área interna de la prótesis ya que tendrá contacto directo con la mucosa bucal en cambio generalmente la superficie externa suele presentarse de forma regular y bien pulida, cualquier alteración o sobretensión afilada de la prótesis se puede reconocer con el pulpejo de los dedos y debe ser pulida con piedras de acrílico para comodidad del paciente (Corona et al, 2007).

Debe aplicarse presión digital para comprobar que tenga la misma retención de la cubeta individual, la oclusión nos puede demostrar si hay alguna alteración de la retención, comprobar los contactos oclusales (Cacciacane, 2013).

2.10.2 Instrucciones al paciente

Se recomienda de un descanso de la prótesis de un lapso de 3 horas y en caso de no poder hacerlo mantener la prótesis higienizada lo máximo posible, conservarla en un vaso de agua para evitar una desecación de la prótesis que evita cambios volumétricos, así se facilita una rápida adhesión a los tejidos de soporte debido a su humedad. Los primeros días se recomienda ingerir alimentos blandos, masticar despacio, no dar bocados grandes, empujar los alimentos hacia atrás para lograr una masticación bilateral con estabilidad, puede presentar movilidad de la prótesis durante la masticación, en caso de molestias consultar con el profesional (Corona et al, 2007).

El habla puede alterarse por lo que debe practicar en voz alta sin repetir las mismas palabras, el especialista debe analizar posibles alteraciones que puede presentar el paciente como exceso de saliva, lengua grande, material que cubre el paladar. El exceso de saliva suele ser normal por el estímulo de las glándulas salivales volverá a la normalidad en poco tiempo, la lengua se demora de 4 a 5 semanas en volver a su

estado normal, el espesor de material en el paladar puede alterar las ondas sonoras hasta el mecanismo auditivo del paciente y esto desaparece en horas o días (Corona et al, 2007).

2.10.3 Control periódico

Para corregir puntos dolorosos, instrucciones al comer y perfeccionar la oclusión, se debe controlar la oclusión con papel articular y eliminar las interferencias en el lado de trabajo y de balanceo, en rebordes residuales mínimos es necesario una prótesis balanceada para disminuir las cargas laterales (Corona et al, 2007).

Capítulo III: PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO

3.1 Historia clínica

3.1.1 Datos De Identificación

Nombre y apellido: NN

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 07-09-1965

Edad: 49 años

Dirección: NN

Ocupación: Comerciante



Figura 14. A) Examen extraoral de frente y B) perfil

Fuente: Juan Cevallos



Figura 15 Examen intraoral: A) perfil derecho, B) perfil izquierdo, C) arcada superior, D) Mordida, E) Frente y F) arcada inferior

Fuente: Juan Cevallos

3.1.2 Motivo De Consulta

Paciente masculino de 49 años acude a la clínica refiriendo ''Mis dientes se mueven mucho y me duelen''

3.1.3. Enfermedad o Problema Actual

Presenta dolor y movilidad de los dientes 11,13,14,17,22,24,25,26,27,33,35,41,43,44 y 45

3.1.4 Antecedentes Personales y Familiares

Paciente masculino de 48 años diabético no controlado, acude a la clínica odontológica de la Universidad Internacional del Ecuador el 17 de febrero del 2014, al examen intraoral presenta dolor y movilidad dental de todos los dientes y ausencia de varias estructuras dentarias.

3.1.5 Signos vitales

Al paciente se le realizo la toma de los respectivos signos vitales presentando una presión arterial 125/85, frecuencia cardiaca de 56 pulsaciones por minuto, temperatura de 36,5 grados centígrados y una frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto.

3.1.6 Examen Del Sistema Estomatognático

El examen intraoral nos ayuda a diagnosticar alguna alteración y patología de la cavidad oral por ello analizamos las siguientes estructuras anatómicas:

Labios	Normal
Mejillas	Normal
Maxilar Superior	Deformidades óseas en zonas edéntulas
Maxilar inferior	Deformidades óseas en zonas edéntulas
Lengua	Normal
Paladar	Normal
Piso	Normal
Carrillos	Normal
Glándulas Salivales	Normal
Orofaringe	Normal
A.T.M,	Desviación en apertura y cierre
Ganglios	Normal

Tabla 3. Examen del sistema estomatognático.

Fuente: Juan Cevallos

3.1.7 Odontograma

Se observa ausencia de los dientes 1.2,1.5,1.6,2.1,2.3,3.1,3.2,3.4,3.6,3.7,4.2,4.6 y 4.7 presentando movilidad en todas las estructuras dentarias restantes, restauraciones filtradas de dientes 1.1, 1.7,2.4,2.6,2.7 y 3,5, presencia de perno en el diente 2.2

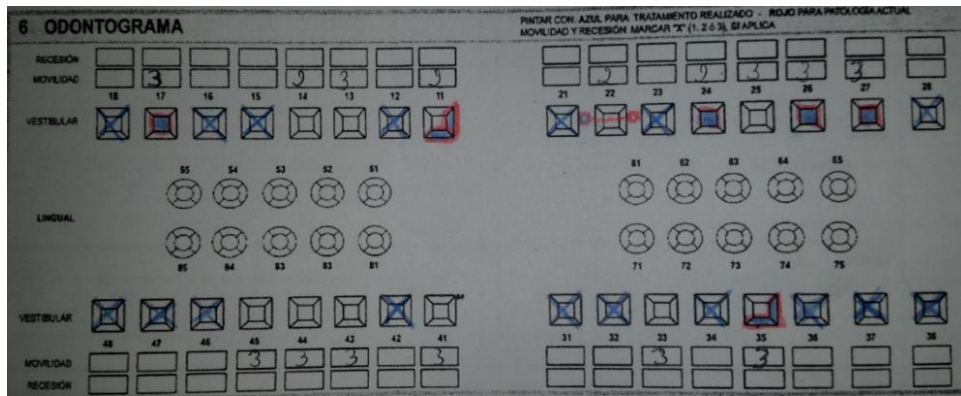


Figura 16. Odontograma

Fuente: Juan Cevallos

3.1.8 Indicadores De Salud Bucal

En el índice CPOD el paciente no presentaba caries pero registraba la pérdida de 13 piezas dentales y 6 dientes restaurados dando como resultado 19.

8 ÍNDICES CPO-CEO				
	C	P	O	TOTAL
D	0	13	6	19
d	c	e	o	TOTAL

Figura 17. CPOD.

Fuente: Juan Cevallos

La enfermedad periodontal se diagnosticó como severa con ayuda del periodontograma al presentar pérdida dental, movilidad dental y pérdida ósea

En los indicadores de salud bucal era visible la presencia de placa, calculo y gingivitis que se puede observar en la figura 18.

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL						
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA						
PIEZAS DENTALES			PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS	
			0-1-2-3-9	0-1-2-3	0-1	
16	17	55	2	2	1	
11	21	51	3	2	1	
26	27	65	2	2	1	
36	37	75	X	X	X	
31	41	71	2	2	1	
46	47	85	X	X	X	
TOTALES			2,25	2	1	

Figura 18. Indicadores de salud bucal.

Fuente: Juan Cevallos

3.1.9 Registro periodontal simplificado

Al registro periodontal simplificado se observó que presentaba pérdida de inserción de la mayoría de estructuras dentales que se observa en la figura 19.

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	3	⊗	4	⊗	4	⊗	3	4	⊗	4	⊗
⊗	⊗	⊗	4	4	3	⊗	4	⊗	⊗	4	⊗	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															

Figura 19. Registro periodontal simplificado.

Fuente: Juan Cevallos

3.1.10 Periodontograma

Al examen periodontal se observó la pérdida de inserción de la mayoría de piezas dentales presente en las figuras 20 y 21.

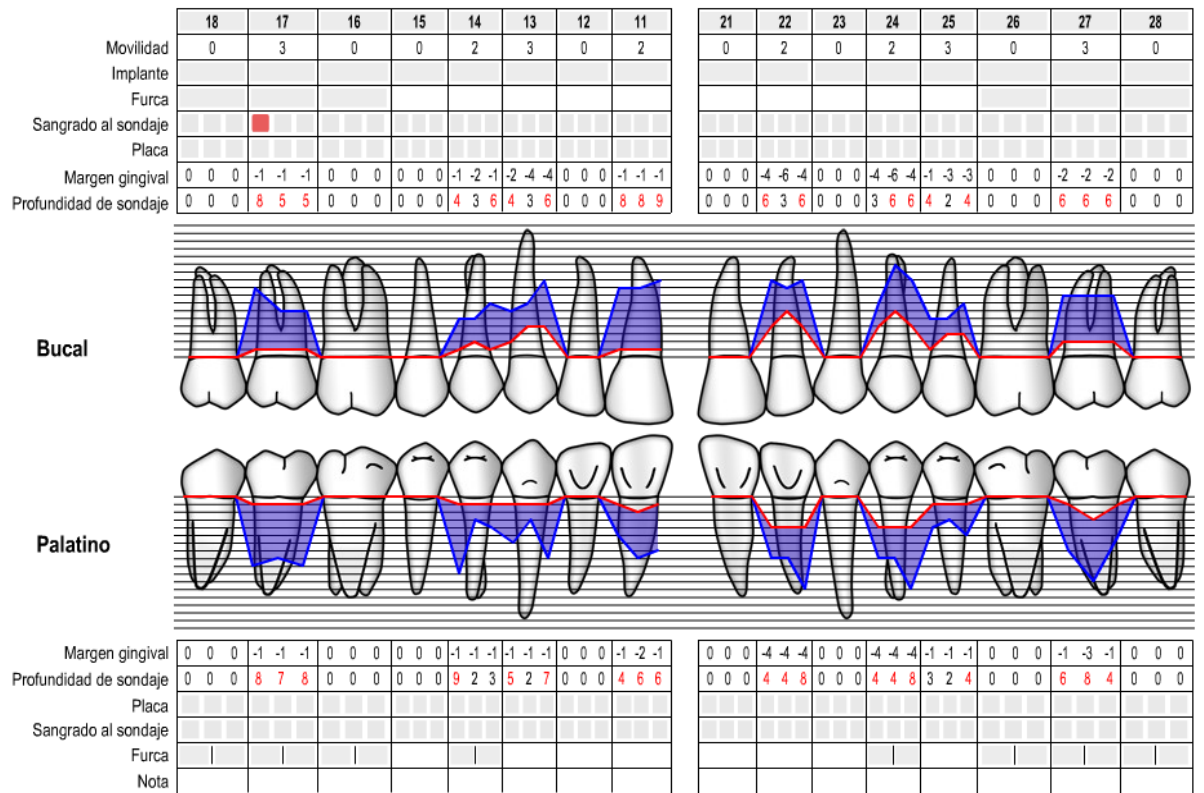


Figura 20. PERIODONTOGRAMA

Fuente: Juan Cevallos

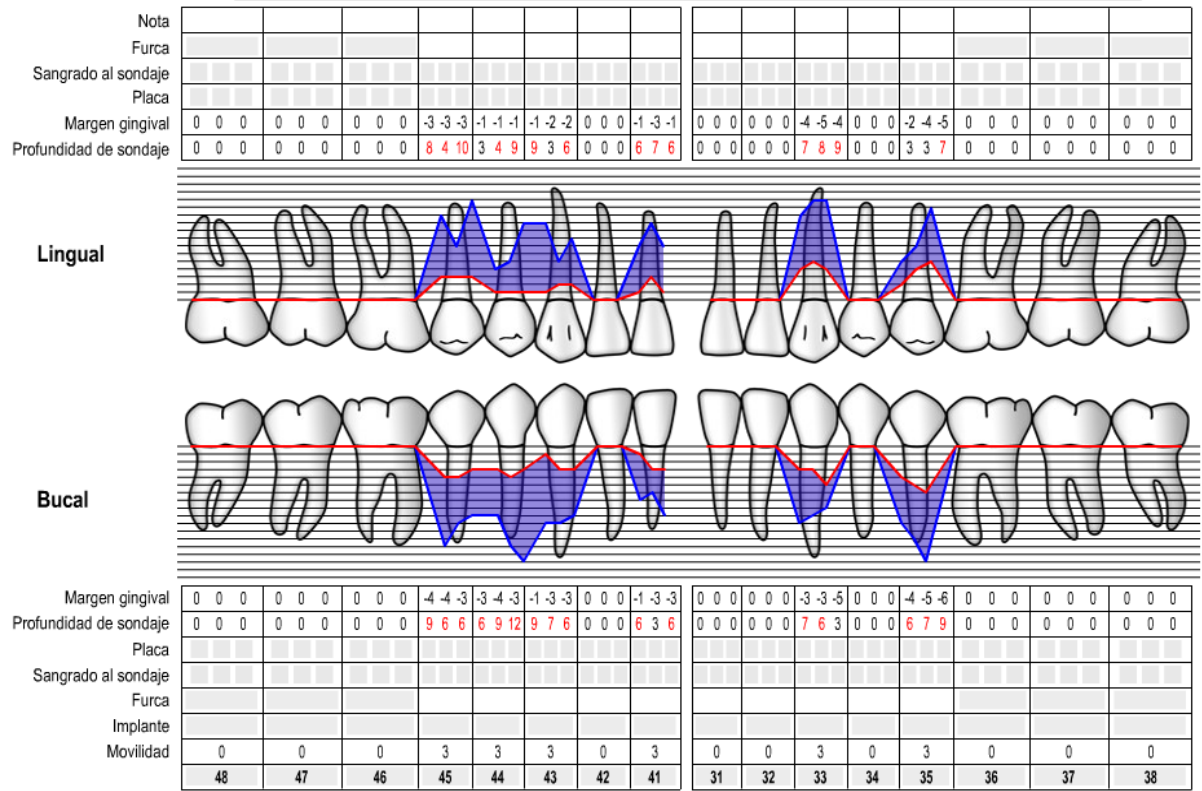


Figura 21. PERIODONTOGRAMA.

Fuente: Juan Cevallos

En el índice de placa la mayoría de dientes presentaban la necesidad de una mejora de la higiene oral con la necesidad de mejorar la técnica de cepillado, utilización de enjuagues bucales e hilo dental presente en la figura 22.

INDICE DE PLACA

Silness- Loe1964

	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
VESTIBULAR		2	X	X	3	3	X	3	X	3	X	3	2	X	2	
MESIAL		3	X	X	3	3	X	3	X	3	X	3	3	X	3	
PALATINO		3	X	X	2	3	X	1	X	3	X	2	2	X	3	
DISTAL		3	X	X	3	3	X	2	X	2	X	3	3	X	3	
índice grupo 1:				índice Grupo 2:				índice Grupo 3:								
BOCA																
	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
VESTIBULAR		X	X	2	2	3	X	3	X	X	3	X	2	X	X	
MESIAL		X	X	3	3	3	X	3	X	X	2	X	3	X	X	
LINGUAL		X	X	3	3	2	X	2	X	X	2	X	3	X	X	
DISTAL		X	X	2	3	2	X	3	X	X	3	X	3	X	X	
índice Grupo 4:				índice Grupo 5:				índice Grupo 6:								

Figura 22. Índice de placa

Fuente: Juan Cevallos

3.1.11 Exámenes Complementarios

En la radiografía panorámica se observó, sombras radiolucidas en los rebordes residuales superior e inferior compatibles con reabsorción ósea, pérdida ósea horizontal de todas las piezas superiores e inferiores, sombras radiopacas de las piezas 1.1, 1.7, 2.4, 2.6, 2.7 y 3,5 compatible con restauraciones, posición de senos

maxilares normales, sombras radiolucidas a nivel apical de los dientes 2.2, 3.3,3.5,4.4 y 4.5 compatibles con procesos periapicales, en los exámenes de laboratorio no se encontró ninguna alteración a excepción de los exámenes de glucosa los cuales estaban ligeramente elevados.



Figura 23. Radiografía panorámica.

Fuente: Juan Cevallos

SU SALUD
LABORATORIOS Clínico, Microbiológico, Inmunológico y Hormonal

Nombre: Eduardo Veneza
 Fecha de recepción: Quito, 16-05-2014
 Tipo de muestra: sangre
 Solicitado por:
 Muestreado por:

Edad: 48
 Sexo: M
 Cod.Lab: 233

Análisis pedido:

ANÁLISIS	BIOMETRIA	HEMÁTICA	RANGO NORMAL
Hematocrito	43.5	%	H: 42-52 M: 37-47
Hemoglobina	15.0	g%	H: 14-18 M: 12-16
Contaje de Glóbulos Rojos	4,780,000	* mm3	4.2-5.4
Contaje de Glóbulos Blancos	5,500	* mm3	4.5-10.8
Sedimentación(VSG)	25	mm/h	H: 0-15 M: 0-20 N: 0-10
Plaquetas	142,000	X mm3	130,000 - 400,000
INDICES HEMÁTICOS			
VCM	91.4	fL	83-87 fL
H.C.M.	31.5	ug	29-31 ug
CHCM	34.5	%	32-36 %
FORMULA LEUCOCITARIA			
Segmentados	59%		43-65
Linfocitos	35%		20.5-45.5
Cayados	0%		0.00-0.01
Eosinofilos	0%		1.0-3.0
Basofilos	2%		0-1.0
Monocitos	4%		0-1.0
	100%		

Dirección: Machala N58-404 y Angel Ludeña. Telf. 2536-164
Quito- Ecuador

SU SALUD
LABORATORIOS Clínico, Microbiológico, Inmunológico y Hormonal

Nombre: Eduardo Veneza
 Fecha de recepción: Quito, 16-05-2014
 Tipo de muestra: plasma
 Solicitado por:
 Muestreado por:

Edad: 48
 Sexo: M
 Cod.Lab: 233

Análisis pedido:

ANÁLISIS	RESULTADOS	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
PT	11	segundos	10-14 seg
TP	30	segundos	30-40 seg

Dirección: Machala N58-404 y Angel Ludeña. Telf. 2536-164
Quito- Ecuador

Anexo 1. Exámenes de laboratorio

Fuente: Juan Cevallos

S
S

SU SALUD
 LABORATORIOS Clínico, Microbiológico, Inmunológico y Hormonal

Nombre: Eduardo Veneza Edad: 48
 Fecha de recepción: Quito, 16-05-2014 Sexo: M
 Tipo de muestra: suero Cod.Lab: 233
 Solicitado por:
 Muestreado por:
 Análisis pedido:

BIOQUIMICA SANGUINEA
ANÁLISIS RESULTADO UDS VALORES DE REFERENCIA

ANÁLISIS	RESULTADO	UDS	VALORES DE REFERENCIA
Glucosa	148.2	mg/dl	Adultos: 70 - 105/ niños: 60 - 110mg/dl

LABORATORIO CLINICO
 QUITO
 DR. [Signature]
 FOLIO: [Signature]

Dirección: Machala N58-404 y Angel Ludeña. Telf. 2536-164
 Quito- Ecuador

Anexo 1. Examen de glucosa

Fuente: Juan Cevallos

3.2 Diagnóstico

3.2.1 Diagnóstico Presuntivo

Periodontitis crónica, restauraciones filtradas y procesos periapicales

3.2.2 Diagnóstico Definitivo

Periodontitis crónica generalizada severa asociada trauma oclusal, presencia de biofilm duro y blando y diabetes no controlada.

3.3 Aspectos Éticos

Antes de iniciar el tratamiento se obtuvo la aceptación y consentimiento informado del paciente, al paciente se le explico durante la realización de la historia clínica el plan de tratamiento que se le iba a realizar implicando los beneficios, riesgos e implicaciones que ello conlleva y se explica detalladamente en los ANEXOS 2, 3, 5 y los procedimientos de cirugía de los ANEXOS 4.

3.5 PRONÓSTICO

El pronóstico periodontal es malo a causa de la presencia de pérdida ósea avanzada, áreas de mantenimiento alterado, extracciones necesarias para el tratamiento y

factores sistémicos como la presencia de diabetes controlada, por ello se elige las prótesis totales como tratamiento, el tratamiento protésico presenta buen pronóstico.

3.6 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al paciente se le explico el procedimiento y las posibles complicaciones, autorizando a realizar los procedimientos necesarios si las circunstancias lo ameritan.

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

FORMULARIO DE EXPLICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO

Nombre del Paciente Eduardo Rene Venegas No. De Historia Clínica 3796

Diagnóstico Endocarditis aguda sepsis generalizada

Tratamiento Planificado Prótesis total removible superior e inferior

Beneficios del Tratamiento

<ul style="list-style-type: none">- Estético- Plástico- Reparativo- Estético- Preservación de tejido	Riesgos: <ul style="list-style-type: none">- Reacción de adaptación- Absorción ósea de los músculos- Hemorragias
--	--

Todo procedimiento médico no está exento de riesgo. Se me explicó el procedimiento y las posibles complicaciones. Autorizo a mi médico u otro especialista realizar los procedimientos necesarios o interconsultas si las circunstancias lo ameritan, así como la toma de fotos y la filmación con fines docentes.

Quito, 18-08-04

Firma del Familiar Responsable o Representante [Firma]

Firma del Médico-Tratante [Firma]

Firma del Testigo [Firma]

Anexos 2. Consentimiento informado

Fuente: Juan Cevallos

3.7 FASES DEL PLAN DE TRATAMIENTO

3.7.1 Fase de Urgencia: Se le receto al paciente antibiótico: amoxicilina de 500 mg/ 8 horas/ 7 días y aninflamatorio y analgésicos: Ketorolaco 20 mg/ 8 horas/ 3 días; Acetaminofen 500mg/ 8 horas/ 4 días y Meloxican 15 mg/ 24 horas/ 3 días.

3.7.2 Fase sistémica: se usó exámenes complementarios para corroborar que el paciente este controlado, como la biometría hemática y examen de glucosa.

3.7.3 Fase higiénica: No se realizó debido al pronóstico malo que presentaba el paciente.

3.7.4 Fase Correctiva: Exodoncias de dientes 11,13,14,17,22,24,25,26,27,33,35,41,43,44 y 45 a causa de le enfermedad periodontal (periodontitis crónica severa generalizada) y rehabilitación con prótesis totales superior e inferior.

3.7.5 Fase de Mantenimiento: Control radiográfico a los 3 y a los 6 meses para observar la evolución de la reabsorción ósea.

3.5 Descripción De Los Procedimientos Ejecutados

3.5.1 Historia clínica

Se obtuvo datos esenciales del paciente, antecedentes familiares y personales, signos y síntomas, examen del sistema estomatognático, odontograma e indicadores de salud bucal y periodontograma.

3.5.2 impresiones prótesis inmediatas

En la segunda cita se realizó las impresiones para la elaboración prótesis inmediata utilizando alginato como material de impresión, se obtuvo el vaciado y se llevaron los modelos al articulador con ayuda del arco facial como se muestra en las figuras 24, 25 y 26.



Figura 24. Impresiones para elaboración de prótesis inmediatas.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 25. Prótesis inmediata modelos en articulador

Fuente: Juan Cevallos



Figura 26. Articulado de modelo superior e inferior

Fuente: Juan Cevallos

3.5.3 Extracciones seriadas

En la tercera cita se realizó las exodoncias de los dientes 3.3,3.5,4.1,4.3,4.4 y 4.5, y en la 4ta cita de los dientes 1.1,1.3,1.4,1.7,2.2,2.4,2.5,2.6,2.7,3.3,3.5,4.1,4.3,4.4 y 4.5 en las dos citas se realizó alveoloplastia del reborde superior e inferior y en la última cita la colocación de las prótesis inmediatas, como se puede observar en las figuras 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 y 37.

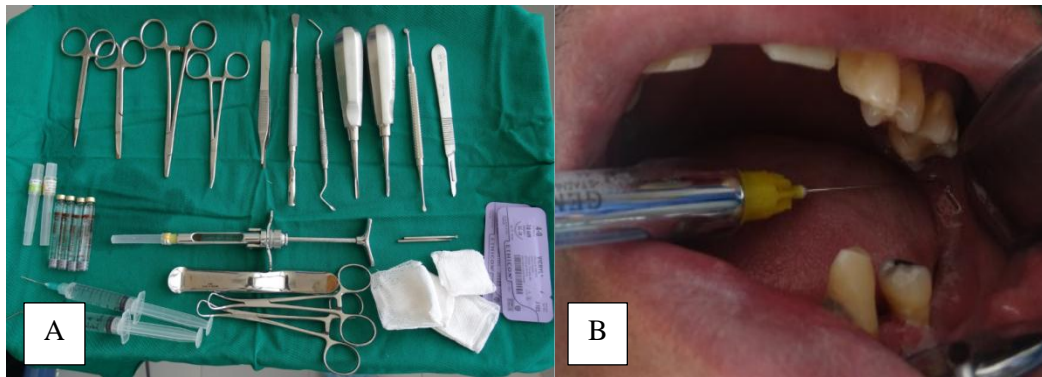


Figura 27. A) Campo quirúrgico y B) anestesia troncular

Fuente: Juan Cevallos

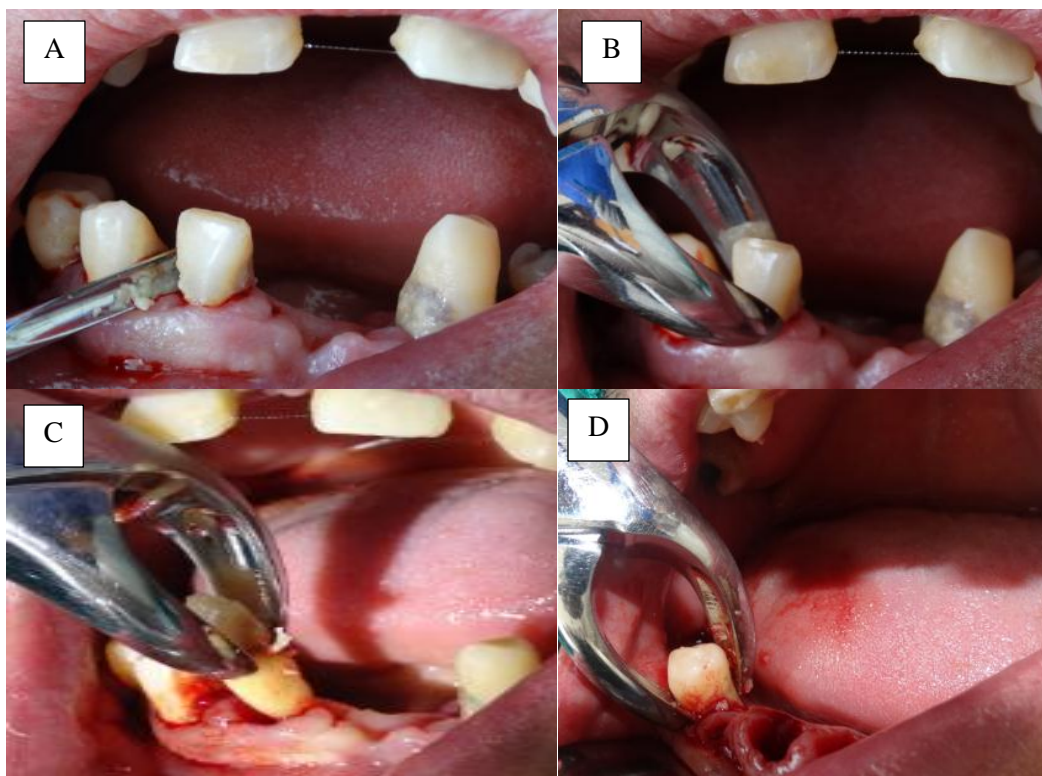


Figura 28. A) Sindemotonia B), C) y D) extracción

Fuente: Juan Cevallos

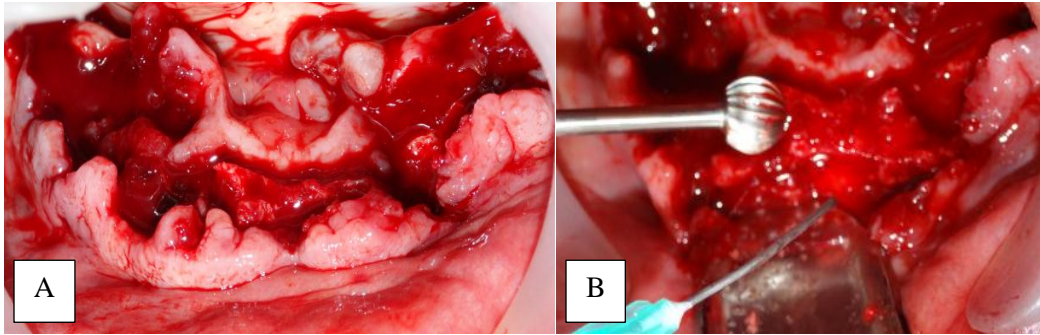


Figura 29. A) y B) Alveoloplastia con lima de hueso

Fuente: Juan Cevallos

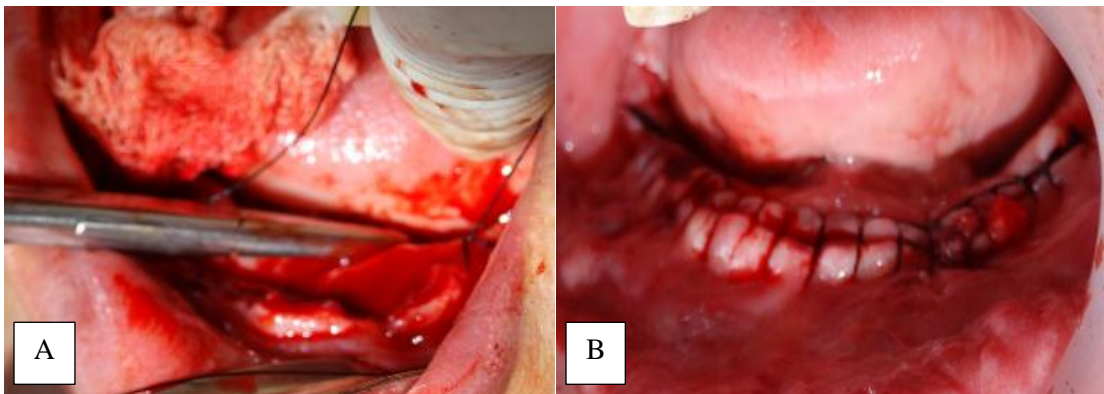


Figura 30. A) y B) Sutura del reborde inferior

Fuente: Juan Cevallos

En la siguiente cita se realizó la extracción de los dientes 11,13,14,17,22,24,25,26,27,33,35,41,43,44 y 45 en el maxilar superior como se observa en las siguientes figuras



Figura 31. Anestesia infiltrativa

Fuente: Juan Cevallos

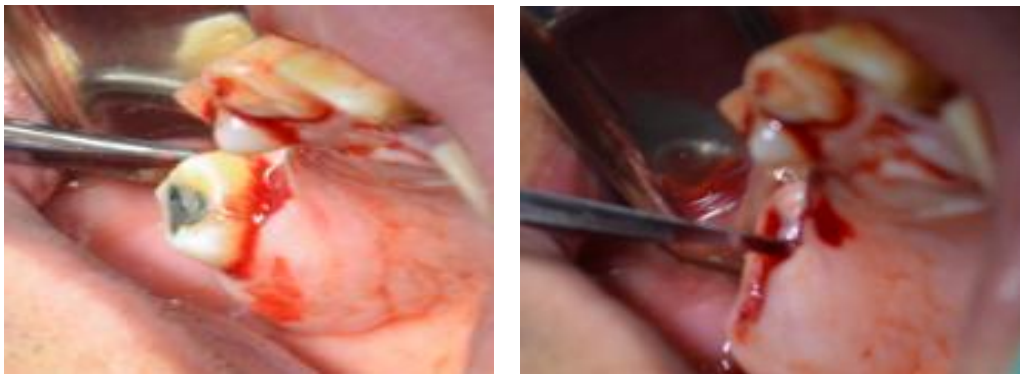


Figura 32. A) Sindemotonia y B) incisión

Fuente: Juan Cevallos

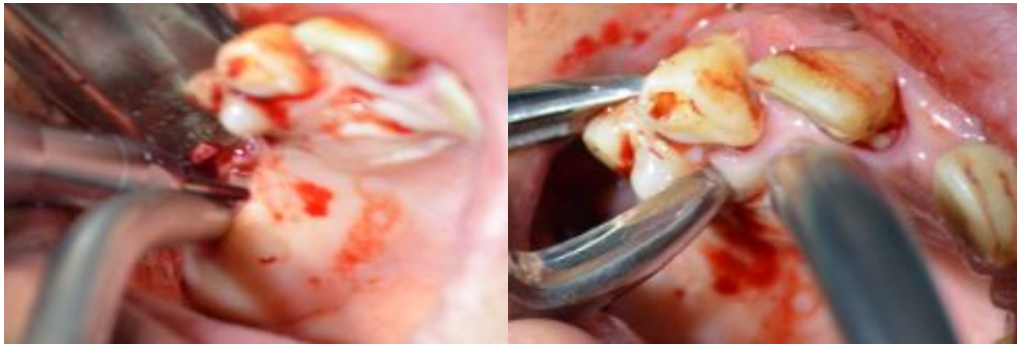


Figura 33. A) Ostectomia y B) Extracción
Fuente: Juan Cevallos

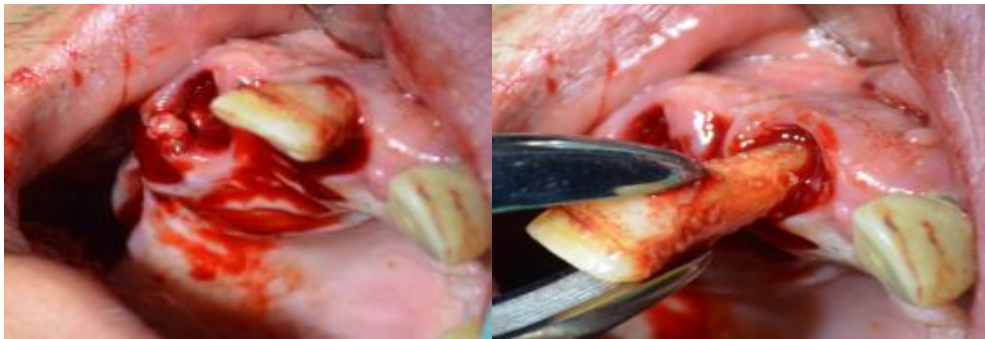


Figura 34. A) Diente extraído y B) Extracción
Fuente: Juan Cevallos



Figura 35. A) y B) Extracciones
Fuente: Juan Cevallos

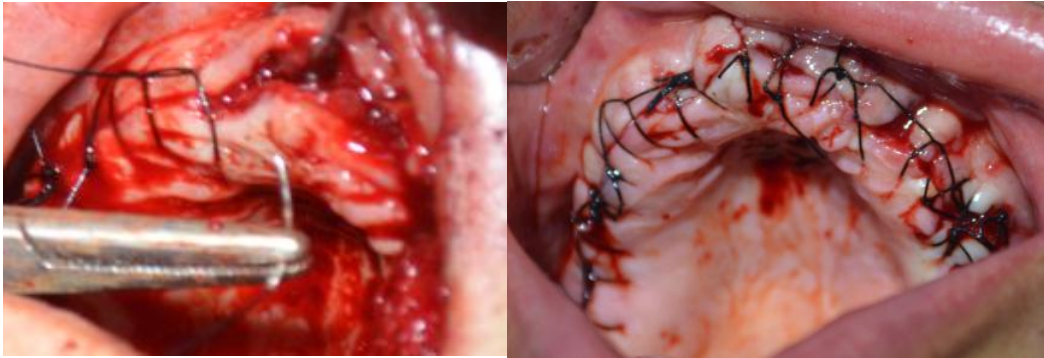


Figura 36. A) y B) Sutura

Fuente: Juan Cevallos



Figura 37. . Colocación de prótesis inmediatas

Fuente: Juan Cevallos

3.5.5 Impresión preliminar y modelos de estudio

Se eligió la cubeta L adecuada para el reborde del paciente, la cual debe ser lo suficientemente grande para cubrir todas las estructuras anatómicas y alojar todo el material de impresión como se observa en las figuras 38, 39, 40 y 41.

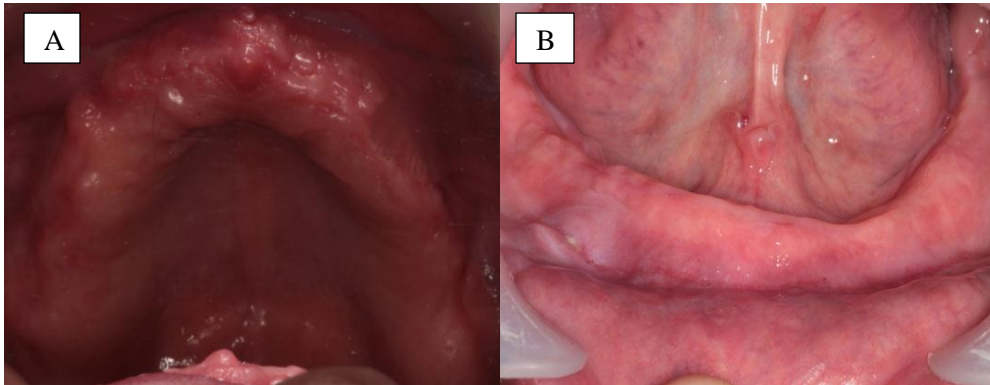


Figura 38. A) Reborde superior y B) Reborde inferior

Fuente: Juan Cevallos

La impresión se realizó con alginato, la cual nos va a servir como base para el vaciado de los modelos de estudio observándose en las figura 24 y 25.



Figura 39. Impresión preliminar superior

Fuente: Juan Cevallos



Figura 40. Impresión preliminar inferior

Fuente: Juan Cevallos



Figura 41. Impresión superior e inferior.

Fuente: Juan Cevallos

3.5.6 Cubeta individual

Para la confección de la cubeta individual es necesario los siguientes materiales: acrílico autopolimerizable, espátula, vaselina y los modelos de estudio presentes en la figuras 42, 43 y 44.

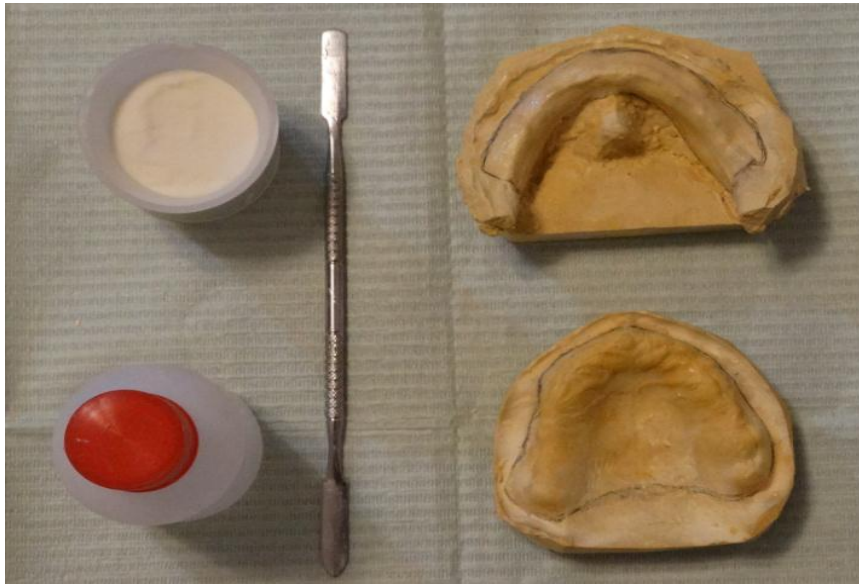


Figura 42. Material para confección de cubeta individual.

Fuente: Juan Cevallos

Se delimito el terreno protésico, se colocó vaselina sobre los modelos de estudio, para evitar que el acrílico autopolimerizable se adhiera a estos y se confeccionó las cubetas individuales, se deja el espacio necesario para tejidos móviles como son los frenillos centrales y laterales.

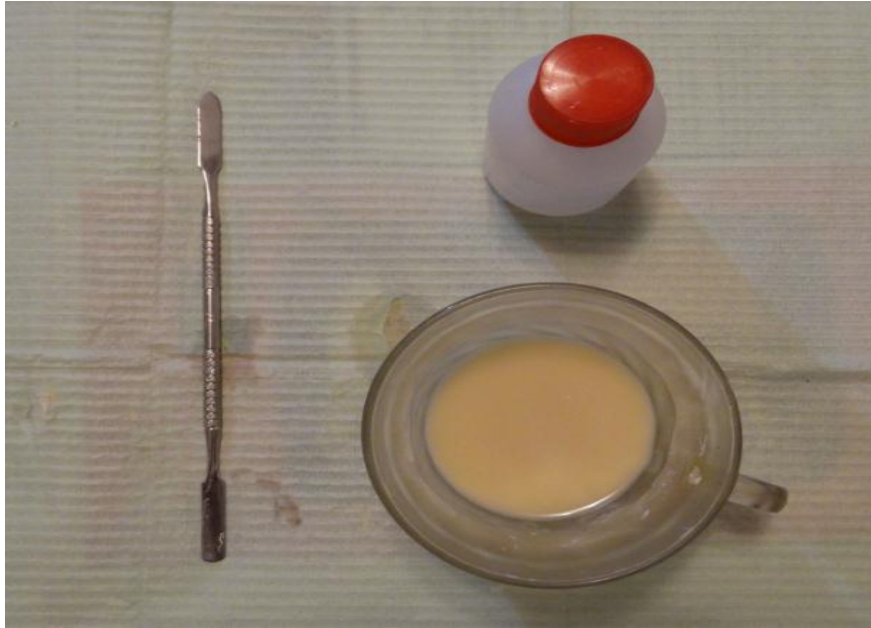


Figura 43. Material de cubeta individual.

Fuente: Juan Cevallos

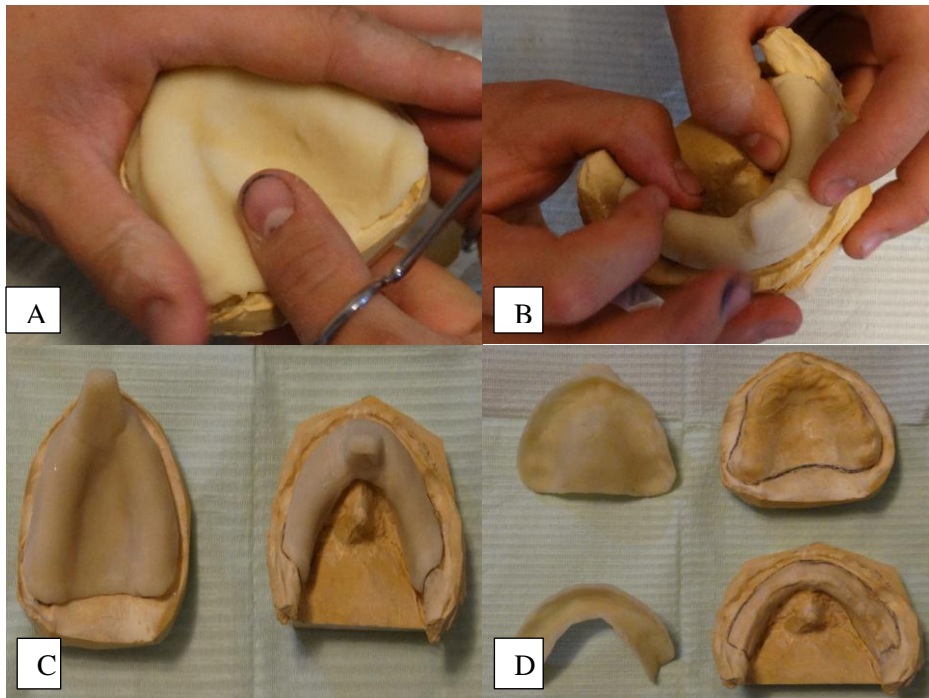


Figura 44. A, B, C y D Confección de cubeta individual superior e inferior

Fuente: Juan Cevallos

3.5.7 Sellado periférico

Para la confección del sellado posterior se utilizó godiva de baja fusión, el modelado se realizó en múltiples sectores pequeños con la ayuda de agua para evitar quemar al paciente con la godiva como se observa en las figuras 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52 y 53.



Figura 45. Material para elaboración del sellado posterior.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 46. Sellado posterior cubeta superior.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 47. Sellado posterior cubeta superior.

Elaborado por: Juan Cevallos



Figura 48. Sellado posterior 1.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 49. Sellado posterior 2.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 50. Sellado posterior cubeta inferior.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 51. Sellado posterior cubeta inferior.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 52. Sellado posterior 3.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 53 . Sellado posterior finalizado.

Fuente: Juan Cevallos

3.5.8 Impresiones funcionales o definitivas

Para la impresión final se utilizó pasta de condensación como material de impresión y se realizó el vaciado de los respectivos modelos definitivos mostrado en las figuras 54, 55, 56, 57, 58, 59 ,60 y 61.

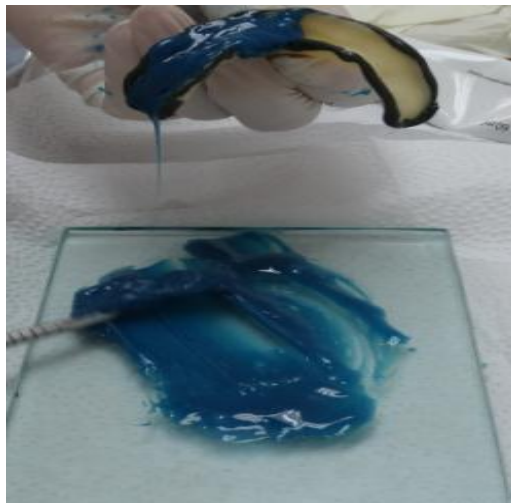


Figura 54. Impresión definitiva con pasta de condensación.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 55. Impresión definitiva inferior.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 56. Impresión definitiva inferior.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 57. Impresión definitiva superior.

Fuente: Juan Cevallos

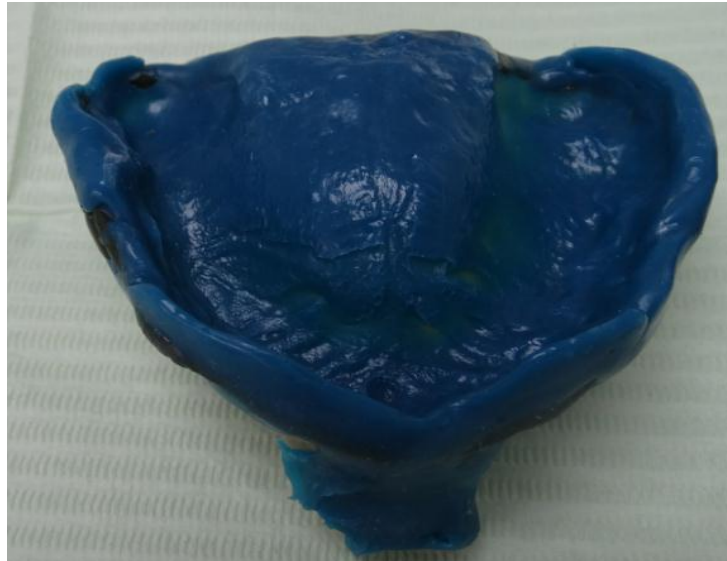


Figura 58. Impresión definitiva superior.

Fuente: Juan Cevallos

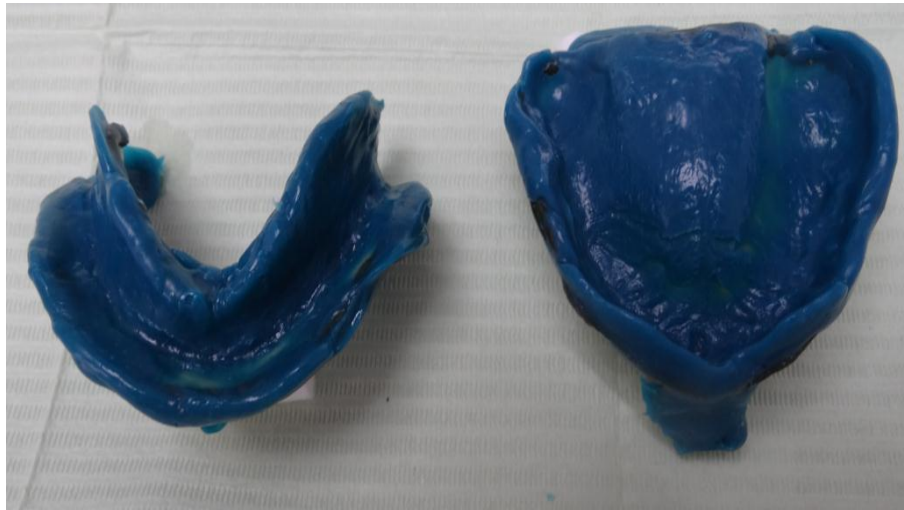


Figura 59. Impresión definitiva superior e inferior.

Fuente: Juan Cevallos

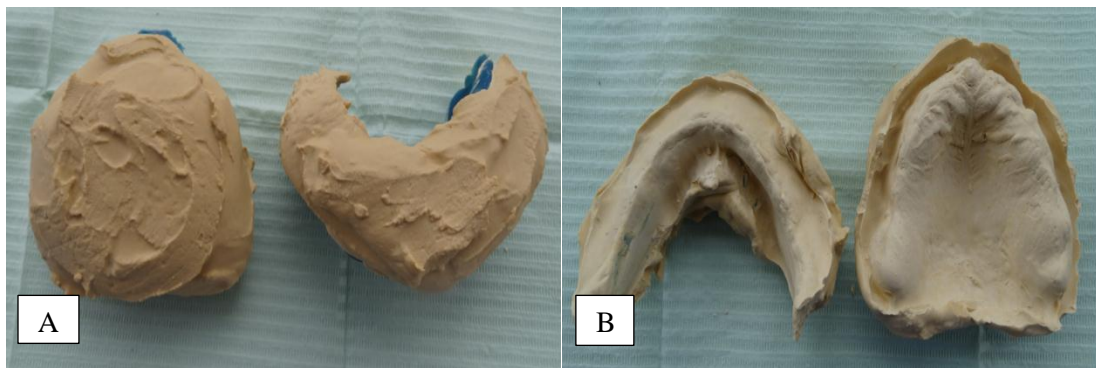


Figura 60. A) Vaciado de modelos definitivos y B) Modelos definitivos.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 61. Placas base.

Fuente: Juan Cevallos

3.5.9 Rodetes de altura

Se preparan las placas base sobre los modelos definitivos dejando espacio para la movilidad de estructuras anatómicas como frenillos centrales y laterales del maxilar superior e inferior. El rodete superior se confecciono con una altura de 22 mm en la parte anterior y 17mm en la parte posterior, con un espesor de 6-8 mm en la parte anterior y 1 cm en la parte posterior con la cara vestibular del rodete con una angulación de 60-70 grados, el rodete inferior con una altura de 18 mm en la parte anterior hasta 15 mm en la parte posterior, con un espesor de 6 mm en la parte anterior y 8 mm en la parte posterior, con una angulación de la cara vestibular de 15 grados para acomodar el labio inferior como se observa en las figuras 62 y 63.



Figura 62. Rodete superior e inferior.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 63. Rodete superior e inferior.

Fuente: Juan Cevallos

3.5.10 Registro maxilomandibular

El rodete superior quedo 2 mm por debajo del labio superior relajado y se marca la línea media para determinar la posición de los dientes superiores, la parte externa del ala de la nariz indica la línea de los caninos mostrado en las figuras 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72 y 73.



Figura 64. Rodete a 2 mm del labio superior.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 65. Demarcación de la línea media y línea de los caninos

Fuente: Juan Cevallos

El rodete superior debe ser paralelo a la línea bipupilar en el sector anterior y al plano de camper en el sector posterior, esto parámetros se establecieron con la ayuda de la platina de fox logrando establecer el plano oclusal.



Figura 66. Plano de camper.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 67. Plano de camper.

Fuente: Juan Cevallos

Para determinar la dimensión vertical de reposo se marcó dos puntos cutáneos uno en la base de a nariz y otro en el mentón en un posición relajada.

La relación céntrica se estableció con un dispositivo de apoyo central, que posee dos placas una maxilar y otra mandibular denominado arco gótico, el dispositivo de trazado es inferior y el de registro superior, se explicó al paciente que realice movimientos de protrusión-lateralidad, derecha-lateralidad izquierda y regreso. Estos movimientos dibujaron en la placa superior un trazado en arco gótico en la que el ápice indica la relación céntrica.

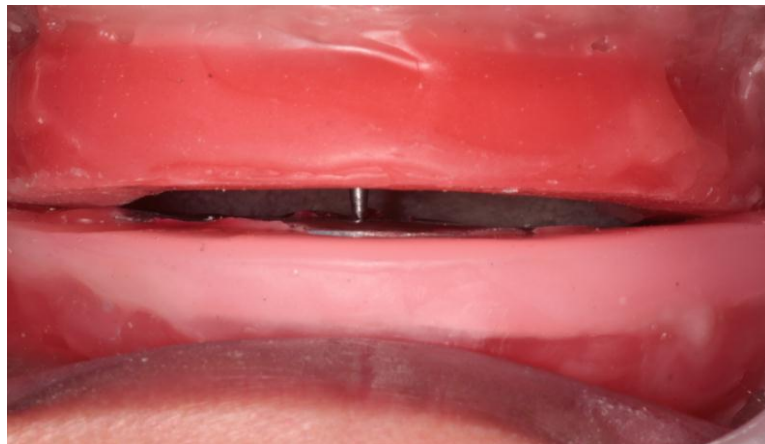


Figura 68. Relación céntrica con punta inscriptora.

Fuente: Juan Cevallos

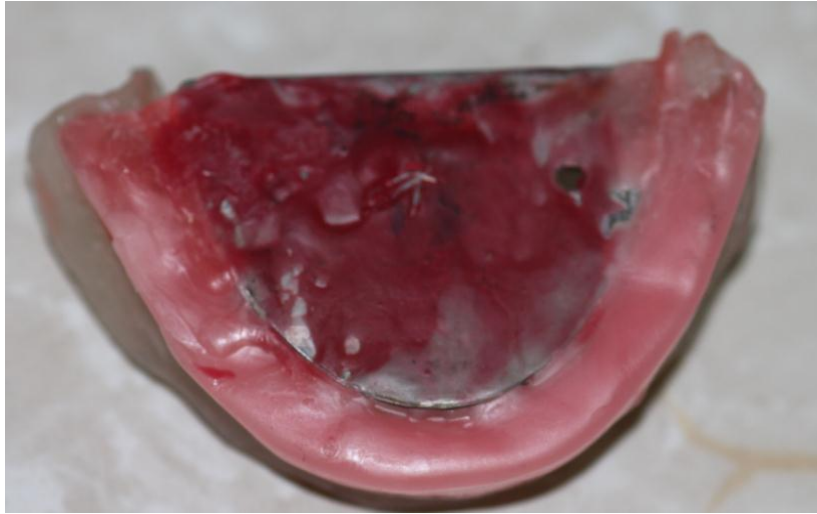


Figura 69. Flecha dibujada en la platina inferior.

Fuente: Juan Cevallos

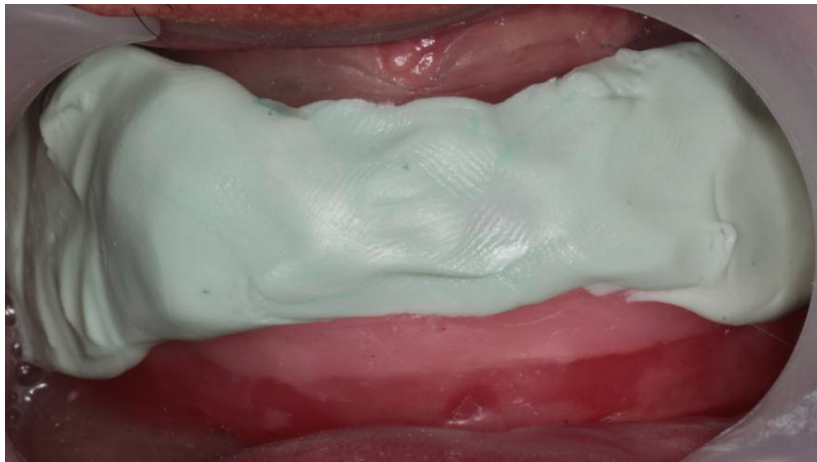


Figura 70. Se fija la relación céntrica con llaves de silicona.

Fuente: Juan Cevallos

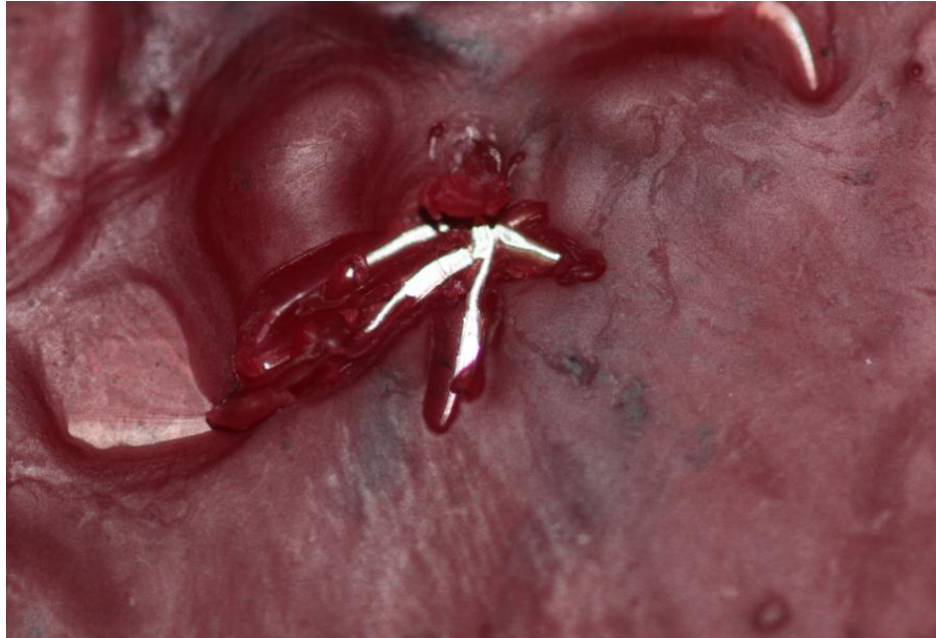


Figura 71. Punta de flecha dibujada en la platina inferior.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 72. Colocación de acrílico en la punta de flecha para fijar la relación céntrica.

Fuente: Juan Cevallos

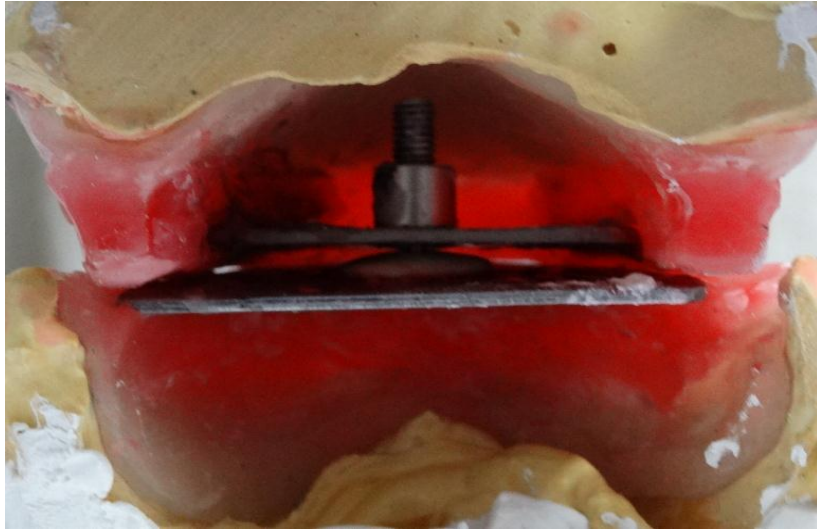


Figura 73. Relación céntrica fijada con modelos definitivos.

Fuente: Juan Cevallos

3.5.11 Montaje del modelo superior en el articulador

Se utilizó el arco facial para llevar el modelo superior al articulador como se observa en la figura 74,75, 76 y 77.



Figura 74. Arco facial.

Fuente: Juan Cevallos

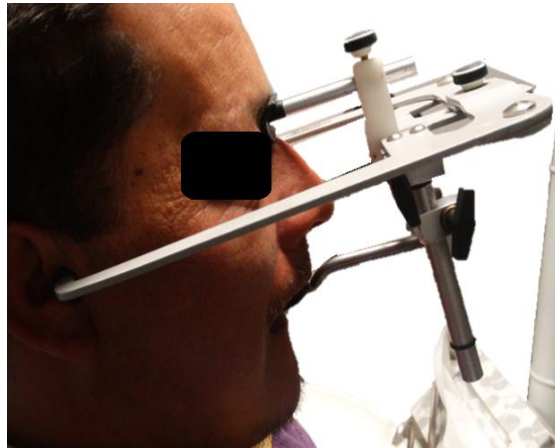


Figura 75. Arco facial.

Fuente: Juan Cevallos

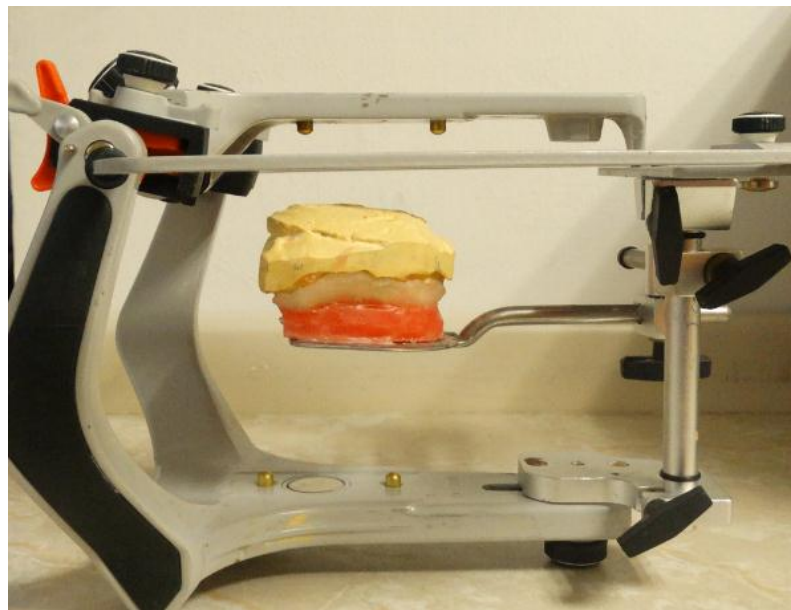


Figura 76. Montaje del modelo superior con ayuda del arco facial.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 77. Fijación del modelo superior en el articulador.

Fuente: Juan Cevallos

3.5.12 Montaje del modelo inferior

El montaje del modelo inferior en el articulador se llevó a cabo con la ayuda de la relación céntrica establecida por el arco gótico, fijado con yeso como se muestra en las figuras 78 y 79.



Figura 78. Montaje del modelo inferior.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 79. Montaje del modelo inferior.

Fuente: Juan Cevallos

3.5.13 Selección de dientes

Se utilizó un color B2-210 de acuerdo a las características faciales del paciente tomando en cuenta la edad, el sexo y su apariencia como se muestra en la figuras 80 y 81.

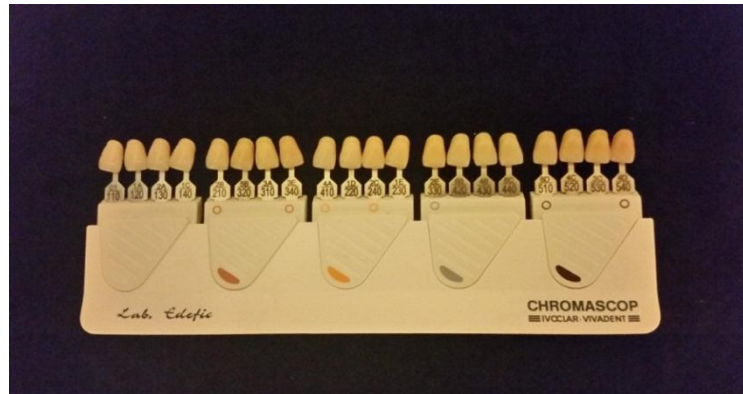


Figura 80. Selección de dientes de la marca CHROMASCOP.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 81. Selección de color del diente

Fuente: Juan Cevallos

3.5.14 Prueba de enfilado

Durante la prueba de enfilado se probó la prótesis en el articulador y en boca del paciente para que nos explique si tiene alguna molestia de la prótesis y valorar la oclusión o alguna molestia que pueda presentar como se observa en la figuras 82, 83, 84, 85 y 86.



Figura 82. Enfilado.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 83. Enfilado

Fuente. Juan Cevallos



Figura 84. Enfilado vista lateral derecha prueba en boca.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 85. Enfilado vista lateral izquierda prueba en boca.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 86. Enfilado vista de frente prueba en boca.

Fuente: Juan Cevallos

3.5.15 Instalación de la prótesis

En la sesión de instalación observamos que el paciente se sienta cómodo con la prótesis preguntándole si tiene alguna molestia como se observa en la figura 87 y 88.



Figura 87. Instalación de la prótesis total superior e inferior.

Fuente: Juan Cevallos



Figura 88. Antes y después

Fuente: Juan Cevallos

CAPITULO IV

4.1 DISCUSIÓN

Rahn (2009) señala que los rebordes alveolares nos ayudan como guías para la selección de los dientes en cuanto a su tamaño, los seis dientes anteriores deberán tener una cierta distancia dependiendo del tamaño y forma del reborde, otros autores como Cacciacane (2013) los elijen dependiendo de la forma de la cara, la constitución física, carácter, personalidad o sexo, es importante la opinión del paciente para cumplir con las expectativas del mismo.

Rodriguez y Fernandez (2013) afirman que la mejor terapia para el desdentado total es la utilización de prótesis totales mejorando satisfactoriamente su función masticatoria, Telles (2011) señala que la prótesis total convencional puede aumentar la reabsorción ósea y lesionar los tejidos blandos eligiendo la sobredentaduras sobre implantes como una mejor opción, explica que este tipo de prótesis mejora el soporte facial incluso en casos de reabsorción ósea.

Preti (2008) afirma que la dimensión vertical de reposo puede ser alterada por factores como la postura del cuerpo, de la cabeza, factores psíquicos, edad, dolor patologías articulares musculares o medicamentos entre otros mientras Milano & Desiate (2011) la relacionan con miedo, ansiedad cólera, prisa, desconcierto, contrariedad o despreocupaciones o alteraciones ambientales adversas como ruidos, frio, calor o incomodidad.

Rahn (2009) afirma que el material de elección para las impresiones primarias es el alginato por una infinidad de características sin embargo Cacciacane (2013) indica que la impresión se debe realizar con otros materiales dependiendo del tipo de mucosa que tenga el paciente o presión que se utilice durante la impresión.

Preti (2008) establece la dimensión vertical fonética mínima cuando se pronuncia el fonema S produciendo un descenso mandibular utilizada como control en las mediciones faciales, mientras Milano & Desiate (2011) explican que establecen la distancia fonética mínima cuando se pronuncian palabras que contienen la consonante S asociada a vocales como la i o la e.

4.2 CONCLUSIONES

- Con la restitución de las estructuras dentarias artificiales se obtuvo una oclusión balanceada bilateral ayudando al paciente a realizar contactos simultáneos en presencia de movimientos excéntricos ideal para dentaduras totalmente completas.
- La función masticatoria del paciente fue restablecida ayudando al paciente a digerir alimentos duros sin presentar dolor o molestias durante la masticación.
- Las prótesis totales restablecieron la dimensión vertical, mejorando la estética y bienestar social del paciente.
- La función fonética del paciente mejoró considerablemente produciendo una corrección del habla mejorando sus relaciones sociales y personales.

BIBLIOGRAFÍA

- A. López Davis & R. Martín Granizo, (2012). CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL. 3ra EDICION; Editorial médica panamericana
- Andreas Polei & Stephanerger (Marzo 2011) Rehabilitación mediante prótesis completa de un paciente tras el uso de una prótesis provisional posicionalmente inestable, Quintessence (ed.esp.). Volumen 22, Núm. 3
- Andrea Engels, (mayo-junio 2012), Gerontoprotesis: prótesis completa en nuevas dimensiones, Quintessence técnica (ed.esp.). Volumen 23, Núm. 3
- Antonio Bascones Martínez, (2009). Periodoncia clínica e implantología oral. Madrid, España. Ediciones avances médico-dentales
- Arteaga Basurto, C. y M. V. González Montaña. (2001). Diagnóstico. En Desarrollo comunitario (pp. 82-106). México: UNAM.
- B. Koeck (2007). Prótesis Completas. Barcelona, España. Masson
- Baster, Davenport & Thomason. (2012) Tratamiento protésico en pacientes edéntulos 5ta edición. Reino Unido: AMOLCA
- Botero & Bedoya (2010), Determinantes del diagnóstico periodontal, Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral, Vol (3) No 2 Colombia
- Carolina Valle, Laura Godoy, Ofelia García & Guillermo Pradés (octubre-diciembre 2007). Adhesivos para prótesis completas: situación actual, RCOE 2007; 12 (4): 273-282. Madrid-España
- Corona Carpio: Blanca Rey Prado Dra. ; Zulema Arias Arañó & Dr. Leonardo Núñez Antúnez (oct.-dic. 2007). Rev Cubana Estomatol . Manual instructivo de instalación y control de prótesis totales. Vol. (44) No. 4 Ciudad de La Habana

- Díaz Torreblanca F. & Quintana Del Solar. (2013 Ene-Mar 23) M. Prótesis Total inmediata como alternativa de tratamiento. Reporte de Caso. Rev Estomatol Herediana. Volumen (1), 29-33.
- Dr. Brenes Barquero; ELABORACIÓN DE PRÓTESIS TOTALES, (2005).Vol 1 Nro Loma Linda University; California.
- Dr. Castro Rodríguez & Paz Fernández, J.J, (2013). SECUENCIA CLINICA DE LA REHABILITACIÓN DEL EDÉNTULO TOTAL BIMAXILAR. Vol 51,Nro 3
- Elio Mezzomo, Roberto Makoto Suzuki & colaboradores. (2010). Rehabilitación Oral Contemporánea. Sao Paulo, Brasil .AMOLCA
- Giulio Preti. (2008). Rehabilitación Protésica, Tomo 2. Venezuela: AMOLCA
- Hidalgo-López I, Vilcahuaman-Bernaola J.(2009) Oclusión en prótesis total. Rev Estomatol Herediana.; 19 (2):125-130
- Ingrid Grunert & Michael Crepaz (2008). Prótesis total estético-funcional-individual Un concepto terapéutico global de orientación práctica. Barcelona: Quintessence..
- Ingrid Grunert, (Agosto-Septiembre 2009) Montaje de dientes con guía canina en la prótesis completa, Quintessence técnica (ed.esp.). Volumen 20, Núm. 7.
- José Liebana (2004) enfermedades periodontales consideraciones microbiológicas, Med oral,Patol oral Cir bucal.
- José Carvallo. (2010). Diagnóstico clínico periodontal. Odont Moder ; 7(76) : 11
- Karl-Heinz Körholz. Abril 2008. La cubeta individual, Quintessence técnica (ed.esp) Volumen 19, Num. 4.
- Kertész, 2007. Impresiones para el desdentado total RAAO. Vol XLVI/ Num 2, p. 36-41
- Lilia Bortolini. (2006) Prótesis Removibles Clásica e Innovaciones. Milan, Italia: AMOLCA.
- Lucas, Gennari, Cohello·Moreno, Falcón-Antenucci, Abril-Jul (2010). Estética en prótesis removibles. Rev Cubana Estomatol v.47 n.2 Ciudad de La Habana

- Milton Goncalves, Lucimar Falavinha & Rudys De Jesus. (Enero-Diciembre 2002).
 Determinación de la dimensión vertical de reposo y de oclusión en pacientes
 desdentados totales portadores de dentaduras completas y con desordenes
 craneomandibulares. Revista Odontológica Dominicana., Vol 8, p. 44-48 Sao
 Paulo, Brasil.
- Moreno JA, Montoya AF, Gómez DP, Arboleda A, ZEA FJ & Agudelo A.
 (noviembre – febrero 2012) Situación de salud bucal y estado protésico del
 paciente edentado bimaxilar que acude a la facultad de odontología de la
 Universidad de Antioquia: un estudio piloto. Rev Fac Odontol Univ Antioq ;
 24(1) : 22-36. Antioquia-Colombia
- Newman, Takei & Carranza (2004), Periodontología clínica. México. McGraw-Hill
- Oswaldo Tomás Cacciaccane, (2013). Prótesis bases y fundamentos. Madrid, España.
 Edit Ripano
- OLATE, KLÜPPEL, CHAVES-NETTO, JAIMES, ALBERGARIA-BARBOSA
 MAZZONETTO, (2008). Reposición maxilar y reconstrucción con injerto de
 cresta iliaca. Parte 1- Indicaciones y técnica quirúrgica. Int. J. dontostomat.,
 2(1):43-52, 2008
- Quiroga Del Pozo R, Riquelme Belmar R, Sierra Fuentes M, Del Pozo Bassi J &
 Quiroga Aravena R. (2012) Determinación de la Dimensión Vertical Oclusal
 en desdentados totales: comparación de métodos convencionales con el
 craneómetro de Knebelman. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral
 Vol. 5(1); 20-24, 2012
- Rahn, Ivanhoe & Plummer. (2011). Prótesis dental completa. 6ta edición. Buenos
 Aires, Argentina: Panamericana.
- Riobo Crespo, Bascones (2005), Factores de riesgo de la enfermedad periodontal:
 Factores Genéticos. Avances en Periodoncia y implantología. Vol 17 No 2
 Madrid
- Robert J. Genco, Ray C. Williams (2011). Enfermedad Periodontal y Salud General
 una Guía para el clínico. USA Colgate Palmolive

Sonia Mansour & Jürgen M. Setz, (Mayo 2009). El montaje de dientes en la zona neutra, Quintessence técnica (ed. Esp.). Volumen 20, Núm. 5.

Telles (2011). Prótesis total convencional y sobre implantes. Sao Paulo. SANTOS.

Vito Milano & Apollonia Desiate. (2011). Prótesis Total Aspectos Gnatológicos conceptos y procedimientos. Caracas, Venezuela: AMOLCA.

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

IDENTIFICACION DEL SISTEMA: UNIDAD ODONTOLÓGICA, CDS: 100, CATEGORÍA/OCCASION: HISTORIA CLÍNICA, NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA: 170717

1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISION

Nombre: *Vargas*, Apellido: *Reyes*, Fecha de nacimiento: *Edwards*, Sexo: *Femen*, N° de identificación: *17088850605*

Fecha de ingreso: *14-08-14*, Lugar de nacimiento: *Guayaquil*, Fecha de ingreso: *12-09-14*

2-08-14 *Jorge* (Autorización), 12-09-14 *Edwards* (Autorización)

AUTORIZACION

Fecha: *12-09-14*, Firmado por: *Eduardo Vazara*, C.I.: *17088850605*

En consentimiento que la Clínica de Especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador "Escuela Dental" me someteré a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Se me ha explicado adecuadamente los procedimientos a seguir y se me ha informado sobre el tratamiento de los problemas bucales.

Autorizo a que se me realice procedimiento de diagnóstico y tratamiento dental que se me ha explicado con el paciente informado, comprometiéndome a cumplir los costos correspondientes que se me informaron.

NOMBRE PACIENTE: *Eduardo Vazara*

FIRMA PACIENTE: *Eduardo Vazara*

ODONTOLÓGICO: *Juan Cevallos*

TITULO: *Dr. Juan Cevallos*

Firma: *Juan Cevallos*

Anexo 3. Historia clínica

Elaborado por: Juan Cevallos

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

1 MOTIVO DE CONSULTA
Mis dientes se movieron mucho y se caen

2 EMPLEADOR O PRIMERA ACTIVA
Dolor y movilidad de los dientes 11, 13, 14, 22, 24, 27, 26, 27, 33, 35, 41, 43, 44 y 45

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
 D Diabetes

4 SIGNOS VITALES
Temperatura: *36*, Frecuencia cardíaca: *95*, Presión arterial: *124*

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO
Mandibla superior e inferior con caries, gingivitis y periodontitis.

6 ODONTOGRAMA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

8 INDICES OPCS

9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

Anexo 3. Historia clínica 1

Elaborado por: Juan Cevallos

HISTORIA CLINICA		N° DE HISTORIA CLINICA	
DIAGNOSTICO: <i>Callosidad periodontal, movilidad dental de 2do diente inferior por mal posición</i>			
PLAN DE TRATAMIENTO:		PRESUPUESTO:	
<i>Exodoncia de dientes # 0, 13, 14, 17, 22, 23, 25, 26, 27, 33, 35, 48, 49, 44 y 45</i>		<i>150 \$</i>	
<i>Protesis total superior e inferior</i>		<i>200 \$</i>	
TOTAL:		<i>350 \$</i>	
Habiendo sido informado y leído el plan de tratamiento odontológico autorizo la realización de los procedimientos descritos.			
NOMBRE DEL PACIENTE: <i>Eduardo Varela</i>			
TUTOR RESPONSABLE: <i>Dr. Juan Cevallos</i>		ESTUDIANTE: <i>Juan Cevallos</i>	
FIRMA: <i>Juan Cevallos</i>		FIRMA ESTUDIANTE: <i>Juan Cevallos</i>	

Anexo 3. Historia clínica 1

Elaborado por: Juan Cevallos

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR FACULTAD ODONTOLÓGICA CLINICAS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS					
HISTORIA CLINICA					
FECHA	EXAMEN DEL	PROBLEMA	ALTERNACION	FIRMA DEL TUTOR	
17-02-2014	Foro de periodoncia	malos hábitos PO	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
27-02-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
7-04-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
14-04-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
19-05-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
19-05-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
19-05-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
19-05-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
19-05-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
19-05-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
19-05-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
19-05-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
19-05-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
19-05-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
19-05-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
19-05-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
19-05-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
19-05-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
19-05-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	
19-05-2014	Examen de movilidad dental	"No accede a la cota"	Juan Cevallos	Juan Cevallos	

Anexo 3. Historia clínica 1

Elaborado por: Juan Cevallos

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
QUIRURGIA BUCAL

Nombre de Paciente: Eduardo Viquez No historia Clínica: 3396
 Nombre del Estudiante tratante: Juan Cevallos
 Fecha: 14-03-04

ENFERMEDAD ACTUAL: (Síntomas locales, generales, dominantes, empezar con los síntomas más cercanos que el paciente pueda recordar. Poner los síntomas en orden cronológico. Fecha de iniciación del proceso, antecedentes relativos al dolor. Tratamiento previo)
Inicio de dolor mandibular de 28 días cuando a la clínica por dolor mandibular anterior al examen clínico, se realizó un examen de radiografía de la mandíbula inferior, se observó una fractura de línea sin desplazamiento de 30 por ciento.

HISTORIA DENTAL ANTERIOR
 (Recibe atención dental periódicamente?) No
 Tiempo Transcurrido de la última extracción 3 años
 Indique las razones para extracciones previas dolor con movilidad y dolor
 ¿Ha tenido alguna reacción a la anestesia local? No
 ¿Ha sufrido hemorragias después de la extracción? No
 ¿Ha tenido alguna complicación después de la extracción? No

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR
 (Esta bajo tratamiento médico?) No
 Historia de intervenciones quirúrgicas No
 Padece o ha padecido de? No Hipertensión No
 Enfermedades Cardiovasculares No Sangre No
 Migraña No Ríen No
 Semana de Gestación No ¿Que semana? No TA 124/74
 Temperatura 36.5 Pulso 64 Ritmo NO Frec. 152 Libras 150
 ¿Toma medicamentos? No Esguidera No

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF. Y CODIGO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS
 RX Periapical
 Laboratorio Clínico Examen de sangre
 Diagnóstico Fractura en región anterior de la mandíbula inferior
 Tratamiento (Atiende, progresa, Complicaciones, Post Operativa Inmediata) Atiende

Exclusión: No

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO **NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.**

Anexo 4. Historia de cirugía

Elaborado por: Juan Cevallos

UIDE
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
QUIRURGIA BUCAL

Nombre de Paciente: Eduardo Viquez No Historia Clínica: 3396
 Nombre del Estudiante tratante: Juan Cevallos
 Fecha: 19-05-14

ENFERMEDAD ACTUAL: (Síntomas locales, generales, dominantes, empezar con los síntomas más cercanos que el paciente pueda recordar. Poner los síntomas en orden cronológico. Fecha de iniciación del proceso, antecedentes relativos al dolor. Tratamiento previo)
Inicio de dolor mandibular de 28 días cuando a la clínica por dolor mandibular anterior al examen clínico, se realizó un examen de radiografía de la mandíbula inferior, se observó una fractura de línea sin desplazamiento de 30 por ciento.

HISTORIA DENTAL ANTERIOR
 (Recibe atención dental periódicamente?) No
 Tiempo Transcurrido de la última extracción 3 años
 Indique las razones para extracciones previas dolor con movilidad y dolor
 ¿Ha tenido alguna reacción a la anestesia local? No
 ¿Ha sufrido hemorragias después de la extracción? No
 ¿Ha tenido alguna complicación después de la extracción? No

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR
 (Esta bajo tratamiento médico?) No
 Historia de intervenciones quirúrgicas No
 Padece o ha padecido de? No Hipertensión No
 Enfermedades Cardiovasculares No Sangre No
 Migraña No Ríen No
 Semana de Gestación No ¿Que semana? No TA 124/74
 Temperatura 36.5 Pulso 64 Ritmo NO Frec. 152 Libras 150
 ¿Toma medicamentos? No Esguidera No

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF. Y CODIGO


EXAMENES COMPLEMENTARIOS
 RX Periapical
 Laboratorio Clínico Examen de sangre
 Diagnóstico Fractura en región anterior de la mandíbula inferior
 Tratamiento (Atiende, progresa, Complicaciones, Post Operativa Inmediata) Atiende

Exclusión: No

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO **NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.**

Anexo 4. Historia de cirugía 2

Elaborado por: Juan Cevallos


UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
FICHA CLÍNICA DE PRÓTESIS TOTAL

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

Nombre del Tutor: D. Juan Cevallos No Historia: 3796
 Nombre del Paciente: Juan Cevallos

Desde cuando usa prótesis total?
3 años

La última prótesis hace que tiempo le pusieron? 3 años

Le hicieron algún rebase PSI: SI NO Hace que tiempo:

Le lastima? Si No Esta fija? Si No Usa pega? Si No

EXAMEN CLÍNICO DE LA BOCA
 LABIOS: Labio grueso
 CARRILLOS: normales
 SALIVA: Succión normal
 MOVIMIENTOS MANDIBULARES:

EXAMEN CLÍNICO DEL ÁREA PROTÉSICA
 MAXILAR SUPERIOR:

Anexos 5. Historia de prótesis total

Elaborado por: Juan Cevallos

Reborde gingival: Alto Bajo Normal

Reabsorbido: Estrangulado En lámina Mito

Forma triangular: Ovoidal Cuadrado

Presencia de torus: No

Tipo de mucosa: resiente fibrosa fásida Hipertrófada

Inserción de frenillos: Alto Bajo

Paladar: Ojal Normal Plano

MANDIBULA:

Reborde gingival: Alto Bajo Normal

Reabsorbido: Estrangulado En Lámina Mito

Tipo de mucosa: resiente fibrosa fásida hipertrófada

Inserción de frenillos: alto bajo

Piso de la boca: normal presencia de glándulas

Lengua: Normal Macroglósia

Presencia de torus mandibular: Si No

Presencia de lesiones: Si No De qué tipo?

Espacio intermaxilar en mm: cuánto

Paciente: Receptivo Indiferente Con problemas

Observaciones:

Otras patologías: Diabetes Distancia de ATM

PRONÓSTICO: Favorable Desfavorable

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

FECHA: 18-08-14

Anexo 5. Historia de prótesis total 2

Elaborado por: Juan Cevallos

DATOS CLÍNICOS

DV: REFORO 6,5 cm OCLUSIÓN 6,2 cm

DIC: 2

DIENTES: COLOR 2 B FORMA TAMAÑO

ENCÍAS: COLOR rosa

PROTOCOLO CLÍNICO

FECHA	TRABAJO REALIZADO	MATERIALES USADOS	FIRMA TUTOR
17-08-14	1. ELABORACIÓN HISTORIA CLÍNICA GENERAL Y DE TOTAL		<i>[Firma]</i>
18-08-14	2. IMPRESIONES FRENOLÓGICAS	Aligato y base	<i>[Firma]</i>
18-08-14	3. MODELOS DE ESTUDIO Y 4. RELACION DEL TIEMPO PROTÉSICO	Aligato y base	<i>[Firma]</i>
19-08-14	5. DENTALES INDIVIDUALES SUP-INF	Aligato y base	<i>[Firma]</i>
20-08-14	6. RECORTE MUSCULAR Y SELADO PERIFÉRICO	Aligato y base	<i>[Firma]</i>
20-08-14	7. IMPRESIONES FUNCIONALES	Aligato y base	<i>[Firma]</i>
20-08-14	8. MODELOS DEFINITIVOS	Yeso	<i>[Firma]</i>
21-08-14	9. MODELOS DE ALTURA SUPERIOR-INFERIOR	Yeso base	<i>[Firma]</i>
21-08-14	10. PLANO DE ORIENTACIÓN	Yeso base	<i>[Firma]</i>
21-08-14	11. MODELO EN ARTICULACIÓN MODELO SUPERIOR	Yeso base	<i>[Firma]</i>
21-08-14	12. DIMENSIÓN VERTICAL	Yeso base	<i>[Firma]</i>
22-08-14	13. RELACIÓN CENTRICA CON PUNTO RECEPTIVO	Yeso base	<i>[Firma]</i>
22-08-14	14. MODELOS MÓDULO INFERIOR	Yeso	<i>[Firma]</i>
22-08-14	15. REFORO DE DIENTES SUP-INF	Yeso	<i>[Firma]</i>

Anexo 5. Historia de prótesis total 3

Elaborado por: Juan Cevallos

02-08-14	16. ASISTE OCULAR	positivo	Juan Cevallos
02-08-14	18. PRUEBA EN CENA DE PROTESIS	positivo	Juan Cevallos
03-08-14	17. ACERCIÓN	positivo	Juan Cevallos
03-08-14	18. COLOCACIÓN DEFINITIVA	positivo	Juan Cevallos
1-09-14	19. CONTROL EN 24 HORAS	positivo	Juan Cevallos
1-09-14	20. CONTROL EN 3 DIAS	positivo	Juan Cevallos

Resultado al trabajo y entrega a satisfacción: JOSE M. TORRES

Nombre del Alumno: Juan Cevallos Nombre del Tutor: Dr. José Torres

Firma: Juan Cevallos Firma: Juan Torres

Fecha	Descripción de la consulta	Diagnóstico	Tratamiento	Observaciones
02-08-14	Asistencia ocular			
02-08-14	Prueba en cena de prótesis			
03-08-14	Acerción			
03-08-14	Colocación definitiva			
1-09-14	Control en 24 horas			
1-09-14	Control en 3 días			

Anexo 5. Historia de prótesis total 4

Elaborado por: Juan Cevallos