



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

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE TITULACIÓN COMO REQUISITO DE GRADO PARA LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

**“RECUPERACIÓN DE LA OCLUSIÓN EN RELACIÓN CÉNTRICA MEDIANTE
DESPROGRAMACIÓN NEUROMUSCULAR EN UNA PACIENTE ADULTA QUE
PRESENTA MORDIDA CRUZADA Y PSEUDOPROGNATISMO, COMO
CONSECUENCIA DE PRÓTESIS TOTALES MAL ADAPTADAS”**

ESTUDIANTE: DANIEL FORERO SANCHEZ

TUTOR: Od. Espec. Esteban David Vizcaíno Mancheno

QUITO, 2019

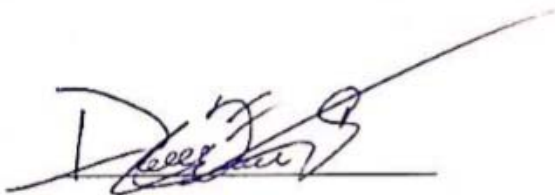
Urkund Analysis Result

Analysed Document:	TESIS CASO CLINICO TOTALES 0.2.docx (D49958873)
Submitted:	3/31/2019 7:06:00 PM
Submitted By:	amfuentesay@uide.edu.ec
Significance:	2 %

CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL AUTOR

Yo, **Daniel Forero Sánchez**, con Cl. **1725233132**, declaro bajo juramento, que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado académico o título profesional y que se ha consultado la bibliografía necesaria para su elaboración.

Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, sin restricción especial o de ningún género.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Daniel Forero Sánchez', with a long horizontal stroke extending to the right.

Firma

CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL TUTOR

Yo, **Esteban David Vizcaíno Mancheno**, certifico que conozco al autor del presente trabajo siendo, el responsable exclusivo de su originalidad y autenticidad, como de su contenido.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the end, positioned above a solid horizontal line.

Firma

C.I. 171189798-1

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado especialmente para mi papá Saúl Forero que en paz descansa, quién desde el inicio de mi carrera, fue y seguirá siendo mi pilar de fuerza, motivación e inspiración para cumplir mis sueños.

A mi mamá, por darme su apoyo incondicional siempre, por su guía y alentarme a elegir el camino correcto.

A mi amada esposa Dianita y mi hijo Santiago Saúl Forero, por brindarme su ayuda, paciencia, y sobre todo su amor, ya que sin ustedes nunca hubiera llegado a este punto de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi excelente tutor el Doctor Esteban Vizcaíno quien considero que además de ser un maestro en mi carrera de odontología, es un gran amigo que siempre me brindó su ayuda en todo momento, me transmitió sus conocimientos y experiencias para la elaboración de este caso clínico.

También deseo expresar mis agradecimientos al Doctor Fernando Aguilera, quien me guio y me ayudo incontables veces en mi formación como odontólogo en la clínica universitaria, además de ser parte fundamental en el desarrollo del presente caso clínico.

INDICE GENERAL

Tabla de contenido

INDICE GENERAL-----	7
INDICE DE FIGURAS -----	10
INDICE DE TABLAS -----	11
RESUMEN -----	12
ABSTRACT-----	13
Introducción -----	14
Planteamiento del problema -----	16
Justificación -----	18
Objetivos-----	19
Objetivo General:-----	19
Objetivos específicos:-----	19
CAPITULO I-----	20
MARCO TEORICO-----	20
1. La oclusión -----	20
1.1. Oclusión ideal-----	21
1.2. Oclusión fisiológica-----	22
1.3. Oclusión no fisiológica -----	22
1.4. Oclusión céntrica y máxima intercuspidadación -----	23
1.5. Posiciones y relaciones maxilomandibulares -----	24
2. Problemas dentarios o disgnacias-----	25
2.1. Clasificación de Angle y sus alteraciones anteroposteriores (plano sagital)-----	25
2.1.1. Clase I -----	26
2.1.2. Clase II -----	26
2.1.3. Clase III -----	27
2.1.4. Overjet o resalte-----	28
2.1.5. Overbite o entrecruzamiento-----	28
2.2. Definición de mordida cruzada -----	30
2.2.1. Clasificación según su origen-----	30

2.2.2. Clasificación según su localización -----	32
2.2.3. Clasificación según las zonas involucradas -----	34
2.3. Oclusión en el paciente edéntulo -----	34
2.3.1. Oclusión bilateral balanceada (O.B.B) -----	35
2.3.2. Oclusión unilateral balanceada (O.U.B) -----	36
2.3.3. Desoclusión o función canina-----	36
2.3.4. Oclusión no balanceada-----	36
2.4. Curvas y planos oclusales -----	37
2.4.1. Curva de Spee-----	37
2.4.2. Curva de Wilson-----	37
2.4.3. Curva incisal -----	38
2.5. Análisis oclusal en sentido transversal-----	38
CAPITULO II-----	39
3. Desprogramación neuromuscular-----	39
4. Relación céntrica-----	41
4.1. Método de manipulación (técnica bimanual de Dawson) -----	41
5. Dimensión vertical-----	43
5.1. Método Cefalométrico -----	44
CAPITULO III-----	45
6. DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CASO CLÍNICO-----	45
6.1. Historia Clínica -----	45
6.1.1. Datos Generales -----	45
6.1.2. Motivo de la consulta -----	45
6.1.3. Enfermedad o problema actual -----	45
6.1.4. Antecedentes médicos personales -----	46
6.1.5. Antecedentes médicos familiares -----	46
6.1.6. Signos vitales -----	46
6.2. Examen clínico -----	46
6.2.1. Examen extraoral -----	46
6.2.2. Examen intraoral -----	48
6.3. Odontograma-----	49

6.4. Exámenes complementarios-----	50
6.4.1. Radiografía panorámica -----	50
6.4.2. Radiografía lateral de cráneo y estudio cefalométrico -----	50
6.4.3. Tomografía de ATM boca abierta y boca cerrada -----	54
6.5. Diagnóstico-----	54
6.6. Plan de tratamiento y planificación -----	55
6.7. Descripción de los procedimientos realizados de la prótesis total -----	56
7. Discusión -----	72
8. Conclusiones -----	75
9. Recomendaciones-----	76
Bibliografía-----	77
Anexos -----	80

INDICE DE FIGURAS

FIGURA #1. LA OCLUSIÓN IDEAL, FISIOLÓGICA Y MALA OCLUSIÓN. FUENTE: (NÚÑEZ, 2014)	21
FIGURA #2. CLASIFICACIÓN DE ANGLE. A) CLASE I, B) PERFIL DE LA CLASE I. FUENTE: (ANIT. J.P, 2012).....	26
FIGURA #3. CLASIFICACIÓN DE ANGLE. A) CLASE II, B) PERFIL DE LA CLASE II. FUENTE: (ANIT. J. P, 2012) ..	27
FIGURA #4. CLASIFICACIÓN DE ANGLE. A) CLASE III, B) PERFIL DE LA CLASE III. FUENTE: (ANIT. J. P, 2012)	27
FIGURA #5. OVERJET. A) DISTANCIA HORIZONTAL. B) MEDIDA ESTÁNDAR. FUENTE: (ORTHOLEMAY, 2010)..	28
FIGURA #6. OVERBITE. FUENTE: (ANIT. J. P, 2012).....	29
FIGURA #7. CLASIFICACIÓN DE ANGLE Y SUS ALTERACIONES. FUENTE: (ANIT. J. P, 2012).....	29
FIGURA #8. MORDIDA CRUZADA ANTERIOR ESQUELÉTICA. FUENTE: (OKESON J, 2013)	32
FIGURA #9. MORDIDA CRUZADA ANTERIOR O PSEUDOCCLASE III. FUENTE: (PETER DAWSON, 2009).....	32
FIGURA #10. MORDIDA CRUZADA POSTERIOR. A) CONTACTOS DENTARIOS CRUZADOS, CÚSPIDES LINGUALES MANDIBULARES CONTACTAN CON LAS FOSAS CENTRALES DE LOS DIENTES SUPERIORES Y LAS CÚSPIDES VESTIBULARES SUPERIORES CONTACTAN CON LAS FOSAS CENTRALES DE LOS DIENTES MANDIBULARES. B) ASPECTO CLÍNICO. FUENTE: (OKESON J, 2013)	34
FIGURA #11. CIRCUITO DEL ARCO REFLEJO. FUENTE: (RAMFJORD, 1995).....	39
FIGURA #12. PASOS PARA LA TÉCNICA BIMANUAL DE DAWSON. FUENTE: (WILSON, 2004).....	43
FIGURA #13. EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL. A) FOTOGRAFÍA FRONTAL, B) FOTOGRAFÍA FRONTAL SONRIENDO, C) FOTOGRAFÍA DE PERFIL LADO DERECHO, D) FOTOGRAFÍA DE PERFIL LADO IZQUIERDO. / ELABORADOR: DANIEL FORERO	47
FIGURA #14. EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL. A) FOTOGRAFÍA FRONTAL DE LAS ARCADAS SUPERIOR E INFERIOR SIN LAS PRÓTESIS ANTIGUAS, B) FOTOGRAFÍA FRONTAL DE LAS ARCADAS SUPERIOR E INFERIOR CON LAS PRÓTESIS ANTIGUAS, C) FOTOGRAFÍA INTRAORAL DE LADO DERECHO, D) FOTOGRAFÍA INTRAORAL DE LADO IZQUIERDO. E) FOTOGRAFÍA INTRAORAL OCLUSAL SUPERIOR DE LA PRÓTESIS, F) FOTOGRAFÍA INTRAORAL OCLUSAL INFERIOR DE LA PRÓTESIS / ELABORADOR: DANIEL FORERO.....	49
FIGURA #15. ODONTOGRAMA. / ELABORADOR: DANIEL FORERO	49
FIGURA #16. RADIOGRAFÍA PANORÁMICA / ELABORADOR: DANIEL FORERO.....	50
FIGURA #17. RADIOGRAFÍA LATERAL DE CRÁNEO ANTES DEL TRATAMIENTO/ ELABORADOR: DANIEL FORERO	51
FIGURA #18. TRAZOS CEFALOMÉTRICOS DE LA PACIENTE ANTES DEL TRATAMIENTO / ELABORADOR: DANIEL FORERO	52
FIGURA #19. FICHA CEFALOMÉTRICA CON LOS VALORES Y ÁNGULOS DE LA PACIENTE ANTES DEL TRATAMIENTO / ELABORADOR: DANIEL FORERO	52
FIGURA #20. RADIOGRAFÍA LATERAL DE CRÁNEO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO/ ELABORADOR: DANIEL FORERO	53
FIGURA #21. TRAZOS CEFALOMÉTRICOS DE LA PACIENTE DESPUÉS DEL TRATAMIENTO / ELABORADOR: DANIEL FORERO	53
FIGURA #22. FICHA CEFALOMÉTRICA CON LOS VALORES Y ÁNGULOS DE LA PACIENTE DESPUÉS DEL TRATAMIENTO / ELABORADOR: DANIEL FORERO	54
FIGURA #23. IMPRESIONES PRIMARIAS A) CUBETAS, ALGINATO, TASA DE CAUCHO B) TOMA DE LAS IMPRESIONES EN EL PACIENTE. C) IMPRESIÓN ANATÓMICA D) VACIADO DE LOS MODELOS EN YESO/ ELABORADOR: DANIEL FORERO	57
FIGURA #24. ELABORACIÓN DE CUBETAS A) LÁMINA DE CERA ROSADA, MODELOS ALIVIADOS, MECHERO, JUEGO DE PKTs Y ACRÍLICO PARA LAS CUBETAS, B) CUBETAS TERMINADAS. C) PULIDO DE CUBETAS CON PIMPOLLOS Y MICROMOTOR / ELABORADOR: DANIEL FORERO.....	58
FIGURA #25. RECORTE MUSCULAR Y SELLADO PERIFÉRICO (A Y B) PRUEBA DE LAS CUBETAS EN LA BOCA DEL PACIENTE C) MOVIMIENTOS PARA EL RECORTE MUSCULAR. D) MATERIALES PARA LA TOMA DE LAS	

IMPRESIONES DEFINITIVAS (E Y F) IMPRESIÓN EN EL PACIENTE G) RESULTADOS FINALES DE LA IMPRESIÓN FUNCIONAL / ELABORADOR: DANIEL FORERO	60
FIGURA #26. PLANO DE ORIENTACIÓN SUPERIOR A) VACIADO EN YESO DE LAS IMPRESIONES DEFINITIVAS B) RODETES EN CERA SUPERIOR E INFERIOR. C) PUNTOS G, SN Y M DEL PACIENTE D) DESGASTE DE LA CERA CON LA ESPÁTULA. / ELABORADOR: DANIEL FORERO.....	62
FIGURA #27. PLANO DE ORIENTACIÓN SUPERIOR (A Y B) PLANO OCLUSAL DEL PACIENTE AL VERIFICAR PARALELISMOS CON LAS LÍNEAS DE CAMPER Y BIPUPILAR, C) LÍNEA MEDIA, D) LÍNEA DE LOS CANINOS/ ELABORADOR: DANIEL FORERO	63
FIGURA #28. MONTAJE DEL RODETE SUPERIOR EN EL ARTICULADOR (A Y B) AJUSTE DEL ARCO FACIAL EN LA PACIENTE C) HORQUILLA CON EL RODETE, D) RODETE SUPERIOR MONTADO EN EL ARTICULADOR CON EL ARCO FACIAL/ ELABORADOR: DANIEL FORERO	64
FIGURA #29. PLANO DE ORIENTACIÓN INFERIOR A) DVR. B) DVO. (C, D, E, F) TÉCNICA BIMANUAL DE DAWSON, G) TRANSFERENCIA DE LOS RODETES CON GRAPAS AL ARTICULADOR / ELABORADOR: DANIEL FORERO	66
FIGURA #30. A) RODETES Y MODELOS MONTADOS EN EL ARTICULADOR B) COLORÍMETRO C) COLOR SELECCIONADO / ELABORADOR: DANIEL FORERO FIGURA #. A) RODETES Y MODELOS MONTADOS EN EL ARTICULADOR B) COLORÍMETRO C) COLOR SELECCIONADO / ELABORADOR: DANIEL FORERO.....	67
FIGURA #31. PRUEBA EN CERA DE LA PRÓTESIS A) ARTICULADOR CON LOS DIENTES ENFILADOS B) FOTO DEL PACIENTE DE MEDIO LADO SONRIENDO, (C Y D) AJUSTE OCLUSAL / ELABORADOR: DANIEL FORERO.....	68
FIGURA #32. ENTREGA DE LAS PRÓTESIS TOTALES A) FOTO FRONTAL DE LA PACIENTE B) FOTO DE PERFIL DE LA PACIENTE, C) FOTOGRAFÍA INTRAORAL OCLUSAL SUPERIOR DE LA PRÓTESIS, D) FOTOGRAFÍA INTRAORAL OCLUSAL INFERIOR DE LA PRÓTESIS E) PACIENTE CONTENTA Y SATISFECHA / ELABORADOR: DANIEL FORERO	70
FIGURA #33. FOTOS DE ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO / ELABORADOR: DANIEL FORERO	71

INDICE DE TABLAS

TABLA # 1. SIGNOS VITALES / ELABORADOR: DANIEL FORERO	46
TABLA # 2. EXAMEN INTRAORAL / ELABORADOR: DANIEL FORERO	49
TABLA # 3. PLAN DE TRATAMIENTO / ELABORADOR: DANIEL FORERO	56

RESUMEN

La pérdida dentaria total puede ocurrir en cualquier etapa de la vida humana, por lo general se la asocia a cambios fisiológicos y/o patológicos que suelen suceder en adultos mayores o incluso en personas más jóvenes. La prostodoncia como rama de la odontología, se encarga de recuperar mediante prótesis, la función masticatoria, estética, fonación y estabilidad de la oclusión en los pacientes edéntulos totales o parciales, esta última característica mencionada es la pieza fundamental para un excelente tratamiento, lastimosamente en ciertos casos el profesional de la salud dental deja de lado las bases y conceptos referentes a una oclusión dental estable, lo cual provocará una serie de trastornos y cambios en el sistema estomatognático. Por estos motivos, se expone el siguiente caso de una paciente de 48 años de edad, con una aparente maloclusión clase III de Angle, como consecuencia de unas prótesis totales desadaptadas por más de 20 años. Posterior a una anamnesis, historia clínica, exploración intraoral y varios exámenes complementarios, se diagnosticó una mordida cruzada con desviación del lado derecho y pseudoprogнатismo sin alteraciones de la articulación temporomandibular. El tratamiento que se optó por realizar en la paciente, fue el confeccionar una nueva prótesis total superior e inferior, devolviendo la oclusión en relación céntrica, dimensión vertical y soporte labial, mediante una previa desprogramación neuromuscular, obteniendo resultados beneficiosos para el paciente, una correcta oclusión funcional, armonía estética y mejoría del sistema masticatorio. La paciente logró adecuarse a las prótesis de forma rápida y satisfactoria, también se incentivó a realizar mejores hábitos en la higiene de las estructuras internas de la boca, así como de las prótesis totales.

Palabras claves: Pérdida dentaria, oclusión, prótesis total, desprogramación neuromuscular.

ABSTRACT

Total tooth loss can occur at any stage of human life, usually associated with a physiological and/or pathological change that happens in older adults or even in younger people. The Prosthodontics as a branch of dentistry, is in charge of recovering by prosthesis, the masticatory function, esthetics, phonation and stability of occlusion in total or partial patients edentulous, this last characteristic mentioned is the essential piece for an excellent treatment, unfortunately in certain cases the dental health professional leaves aside the bases and concepts related to a stable dental occlusion, which will provoke a series of disorders and changes in the stomatognathic system. For these reasons, the following case is presented of a 48-year-old patient with an apparent malocclusion class III of Angle, as a result of total prostheses disadapted for more than 20 years. After an anamnesis, clinical history, intraoral examination and several complementary tests, a cross bite with deviation to the right side and pseudoprogнатismo without alterations of the temporomandibular joint was diagnosed. The treatment chosen was made a new total prosthesis, returning the occlusion in centric relation, vertical dimension and lip support, by prior neuromuscular deprogramming, obtaining beneficial results for the patient, a Correct functional occlusion, aesthetic harmony and improvement of the masticatory system. The patient managed to adapt to the prostheses quickly and satisfactorily, also encouraged to make habit in the hygiene of the internal structures of the mouth, as well as the total prostheses.

Key Words: Tooth Loss, occlusion, total prosthesis, neuromuscular deprogramming.

Introducción

Con el paso de los años, los diferentes procesos fisiológicos y patológicos que tiene el ser humano a lo largo de su vida, se ven afectados por ciertas variaciones progresivas en su dentadura, tales como las caries, el desgaste dental, traumas dentales a causa de golpes o accidentes, enfermedad pulpar, enfermedad periodontal y posterior a ello la pérdida dentaria, lo cual lleva a las personas a disminuir su capacidad masticatoria y generar disfunción en el procesamiento de los alimentos hacia el aparato digestivo. Además, se debe tomar en cuenta, la afectación y repercusión en la psicología del paciente que puede experimentar por ver deteriorada su estética y función, ya sea de manera parcial o total.

La ausencia de varios o todos los dientes, trae consecuencias negativas de tipo facial, funcional e intraoral. Las de tipo facial son la disminución de dimensión vertical, pérdida de soporte labial y reducción o pérdida del soporte óseo. Las consecuencias de tipo funcional son la disminución o pérdida en la propiocepción bucal, insuficiencia en la trituración, corte y desgarre de los alimentos, también se ve afectada la fonación del paciente desdentado total o parcial al pronunciar mal sonidos labiodentales o linguodentales. Finalmente, las consecuencias de tipo intraoral, son la reabsorción del hueso, la disminución en la mucosa adherida creando una menor zona de soporte y una macroglosia relativa.

En este contexto, se plantean varias opciones para la rehabilitación en los pacientes edéntulos totales para la conservación de los tejidos orales y lograr preservar una buena salud bucal. Para reemplazar todos los dientes ausentes, existen las prótesis totales superiores o inferiores convencionales, elaboradas por el odontólogo y laboratorios dentales que sustituyen las estructuras perdidas y con ello conseguir el retornar la funcionalidad, la masticación, estética en la cara y sonrisa del paciente. También existe actualmente la opción de la rehabilitación por medio de implantes, siempre y cuando las condiciones óseas, económicas y sistémicas (ejemplo aquellos pacientes bajo tratamiento de quimioterapia o radioterapia, así como también los pacientes con osteoporosis que son medicados con bifosfonatos) lo permitan.

En el presente caso clínico, se realizará una rehabilitación oral mediante prótesis totales convencionales, con el fin de alcanzar un tratamiento funcionalmente reproducible, equilibrado y estético, además es necesario lograr una oclusión dental fisiológica, es importante conocer los antecedentes patológicos dentales de la paciente quien mantenía unas prótesis totales superior e inferior por más de 20 años en mal estado, desadaptadas y con una oclusión no fisiológica, por este motivo en el tratamiento nuestro objetivo principal es reestablecer la oclusión en relación céntrica de la paciente a través de la desprogramación neuromuscular mediante la técnica bimanual de Peter Dawson, este método es la opción más apropiada para el presente caso al ser una paciente edéntula total superior e inferior, a diferencia de otras técnicas que se aplican en pacientes con todos o algunos órganos dentarios.

Durante el desarrollo del caso clínico se aplicarán y detallarán tanto técnicas convencionales como no convencionales para confeccionar las prótesis totales mucosoportadas, también tendremos la ayuda de estudios radiográficos, tomográficos y cefalométricos, con el fin de diagnosticar o descartar patologías que no se pueden identificar al realizar el examen intraoral y extraoral, por otro lado estos mismos exámenes complementarios aseguraron y definieron el tipo específico de maloclusión adyacente en la paciente mejorando en sí, la calidad y desarrollo del tratamiento.

Planteamiento del problema

Paciente de sexo femenino de 48 años, acude a la clínica odontológica de la UIDE refiriendo inconformidad funcional y estética por sus prótesis totales, las cuales mantiene desde hace más de 20 años y causan dificultad para realizar con normalidad el proceso masticatorio. La paciente no refiere antecedentes patológicos personales médicos ni antecedentes patológicos familiares. Al examen clínico intraoral se observan prótesis antiguas con una aparente clase III de Angle, mordida cruzada anterior, apertura bucal limitada, discrepancias en tamaño y forma de las prótesis. Al examen físico extraoral se logra apreciar una alteración facial debida a sus prótesis mal adaptadas, provocando pseudoprognatismo mandibular con desviación de lado derecho, disminución en la dimensión vertical y perdida de una correcta relación céntrica en oclusión.

Recuperar una adecuada relación céntrica luego de varios años de maloclusión por un tratamiento anteriormente mal adaptado, se presenta como un inconveniente a la hora de rehabilitar al paciente mediante nuevas prótesis totales mucosoportadas. La neuromusculatura de la paciente se adapta o acostumbra a realizar el cierre mandibular incorrecto provocando una apariencia prognata o Clase III de Angle, para reestablecer una normoclusión (Clase I de Angle) se debe ejecutar la desprogramación neuromuscular, esta consiste en borrar la memoria neuromuscular o engrama, mediante la manipulación de la mandíbula para llevarla hacia una nueva relación céntrica y tener éxito en la elaboración de prótesis totales nuevas, consiguiendo la rehabilitación oral de la paciente. (Vásquez F, 2010) (Aristisabala, J, 2014).

En el plan de tratamiento, está contemplado realizar el aumento de la dimensión vertical del paciente, esta se refiere a un concepto clínico por medio del cual se indica la altura o longitud del segmento inferior de la cara. El tratamiento para determinar la nueva dimensión vertical de la paciente es mediante alguno de los siguientes métodos, el método craneométrico de knebelman, la ecuación de Silvermann, el método fisiológico, métodos estéticos, método fonético, método métrico o índice de Willis o métodos cefalométricos de Steinner, Mc Namara y Ricketts. (Okeson J, 2013) (Peter Dawson, 2009)

Para la elaboración correcta de las prótesis totales debemos comenzar por el copiado anatómico de sus estructuras bucales con alginato, seguido de modelos de estudio con su delimitación del terreno protésico, elaboración de unas cubetas individuales primarias, recorte muscular, sellado periférico, impresiones funcionales con modelos definitivos vaciados en yeso, luego nuevamente se deben realizar unas segundas cubetas individuales, rodets de altura, planos de orientación, montaje en un articulador propiamente dicho, selección del color, enfilado de los dientes, ajuste oclusal, prueba en cera de las prótesis, acrilización y finalmente la entrega de las prótesis con sus respectivos controles. Teniendo en cuenta todos los parámetros anteriormente mencionados, se pretende confeccionar unas prótesis totales mucosoportadas superior e inferior, el reborde alveolar de la paciente es razonable para que nos brinde el soporte, estabilidad y retención adecuado, logrando sustituir aquellos dientes ausentes del maxilar superior e inferior. La paciente no cuenta con ninguna pieza dentaria visible o restos radiculares al revisar una radiografía panorámica actualizada, por lo tanto no se efectuarán extracciones dentales. (Telles, 2011)

Al examen radiográfico panorámico, sus estructuras anatómicas son de aspecto normal aparentemente. Se pide a la paciente exámenes complementarios tomográficos, con el fin de descubrir o descartar patologías de cualquier tipo, logrando un diagnóstico más detallado de la articulación temporomandibular (ATM) y su relación maxilo-mandibular, brindando unas nuevas prótesis que solucionen su problema anteriormente expuesto.

Justificación

El presente caso clínico tiene como propósito realizar la rehabilitación funcional y estética del paciente, mediante la colocación de prótesis mucosoportadas superior e inferior convencionales, las cuales son indicadas en adultos que perdieron su dentadura natural por las diferentes razones anteriormente mencionadas y necesitan una rehabilitación de toda su boca de manera rápida, económica y eficaz. Para tener éxito en el presente caso clínico, es indispensable el conocimiento de la anatomía de los huesos maxilares, músculos y demás estructuras que componen el sistema estomatognático. (Telles, 2011).

Se justifica el educar al paciente sobre el cuidado que debe de adquirir en su boca, ya que el presentar pérdida dentaria total es indicativo de no tener un correcto asesoramiento e higiene dental a lo largo de su vida. El brindar al paciente la opción de una rehabilitación integral y un enfoque multidisciplinario, mejorará de manera general su salud bucal y provocará una resolución correcta del tratamiento.

Algunas de las ventajas que ofrece el realizar las prótesis totales, es devolver la función masticatoria, esto quiere decir que la paciente podrá comer con normalidad, mejorando la tonicidad de los músculos, disminuyendo los problemas a nivel de la articulación y mejorando su salud gástrica, también la correcta elaboración de la prótesis permite tener dientes que facilitaran la pronunciación de palabras más claras y de mejor entendimiento. (Rojas, 2009) (Mallat, 2003)

El caso clínico destaca unas prótesis que no presentan una oclusión correcta, probablemente se fue modificando y deteriorando con el pasar del tiempo o por iatrogenia al confeccionarlas, de cualquier forma, se debe lograr reestablecer una oclusión de clase I de Angle y modificar su perfil facial, manteniendo una apropiada estética y función. (Lara, C. L. 2012).

Objetivos

Objetivo General:

- Restituir la oclusión en relación céntrica mediante la desprogramación neuromuscular y la elaboración de las prótesis totales mucosoportadas superior e inferior.

Objetivos específicos:

- Devolver una correcta dimensión vertical, mediante el uso de la ecuación de Silvermann, complementando el tratamiento del presente caso clínico con estudios cefalométricos.
- Corregir el pseudoprognatismo, mordida cruzada y los dientes ausentes, a través de las prótesis totales, obteniendo un equilibrio dento-facial.
- Motivar e incentivar a la paciente en lograr hábitos en su higiene bucal, evitando posibles acumulaciones de placa bacteriana que deterioren las prótesis, u otras patologías en las encías.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1. La oclusión

Proviene del vocablo en griego Ocludens, refiriéndose al acto de cerrar o ser cerrado, según el diccionario Dorland de medicina, ocluir se define como la acción y efecto de cerrar estrechamente, contactar los dientes inferiores y superiores. Existe una estrecha relación entre la forma de las estructuras del sistema Gnático y la función de los dientes, es por ello que el diagnóstico de la oclusión y el tratamiento se basan en la evaluación de la salud y el funcionamiento de cada sistema en particular. En la odontología se entiende que la oclusión es la relación de los dientes maxilares y mandibulares cuando están en contacto funcional al momento de la actividad mandibular al chocar por medio de las caras oclusales de los dientes, lo cual impedirá el movimiento de la mandíbula con relación al maxilar. (Okeson J, 2013)

La oclusión es sumamente importante para el profesional de la salud dental, ya que aplica para la mayoría sus ramas en la odontología; por esta razón en el presente caso, debe existir una estrecha relación entre la rehabilitación protésica y el manejo de la oclusión dental, la cual guiará el tratamiento en un equilibrio natural del sistema Gnático, y por consiguiente un tratamiento exitoso dental que preservará la funcionalidad de la masticación. Existen muchas investigaciones sobre el funcionamiento y la importancia de la oclusión dental, pero lamentablemente en ciertas ocasiones, esta no es considerada por el dentista general, lo cual repercutirá en el fracaso del tratamiento. Se entiende que el sistema Gnático es aquella unidad funcional compuesta por los dientes, la mandíbula, el maxilar, estructuras de soporte, articulaciones temporomandibulares, músculos y el sistema vascular y nervioso. (Chávez, 2011)

1.1. Oclusión ideal

Es aquella que realiza las funciones fisiológicas primarias, y que al mismo tiempo mantiene todas las partes del aparato estomatognático con buena salud. En la oclusión ideal la estabilidad y función, son relacionados con la armonía de los dientes con el ATM, la oclusión ideal representa la interacción anatómica y funcional de los contactos realizados por la arcada superior y la arcada inferior, vinculada al sistema neuromuscular, el tejido periodontal que permite una óptima oclusión y natural. La oclusión ideal es caracterizada por no presentar ningún tipo de trastorno que desencadene desordenes articulares, funcionales y la existencia de una armonía tanto fisiológica-morfológica óptima del aparato estomatognático. (Naranjo, 2003)

Sus características principales son:

- En movimientos de protrusión y lateralidad de los dientes anteriores, los dientes posteriores no deben estar en oclusión.
- Una posición intercuspal fisiológica y armónica al haber relación céntrica funcional.
- Inexistencia de parafunciones en la deglución, fonoarticulación o la respiración.
- Ausencia de migraciones dentales por una relación céntrica oclusal.
- Múltiples contactos entre cúspides de los dientes superiores e inferiores (principalmente en las zonas posteriores), creando una oclusión bien distribuida y funcional.

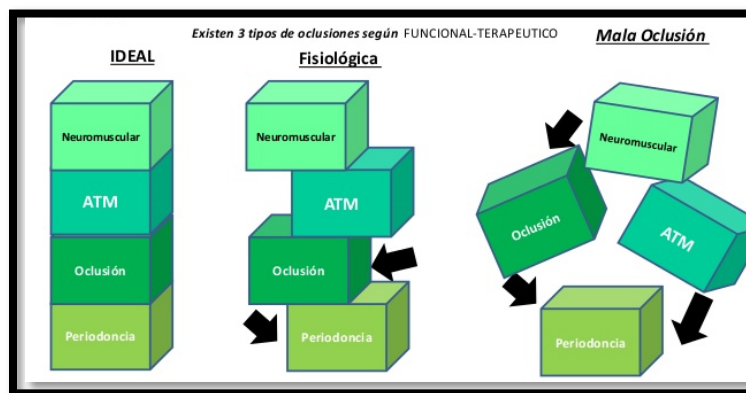


Figura #1. La oclusión ideal, fisiológica y mala oclusión. **Fuente:** (Núñez, 2014)

1.2. Oclusión fisiológica

Es aquella que se ha establecido por el equilibrio funcional de las fuerzas tensionales generadas y la capacidad de adaptarse a los tejidos implicados. Se conoce que aproximadamente el 95% de las personas en el mundo tienen alguna forma de maloclusión, refiriéndose a él apiñamiento y estructuras anormales entre otros. Es de hecho, una variación morfológica de desarrollo sin evidencia de patología en los tejidos de factores intrínsecos y extrínsecos. Este tipo de oclusión está presente en pacientes relativamente saludables que no necesitan tratamiento dental, aun así, no es morfológicamente una oclusión ideal. La oclusión fisiológica puede presentarse como un número de variaciones estructuralmente dispares, pero en estos individuos representa una relación oclusión funcional aceptable. En la literatura los autores la describen como una mala oclusión anatómica, es importante detallar que el paciente no necesita de un tratamiento funcional, si bien es cierto que se encuentran algunas variaciones, se ha llegado a una compensación que no cruza la línea de la patología. Entre las características de este tipo de oclusión podemos especificar es que el tejido periodontal debe estar relativamente sano, también las parafunciones deben ser poco marcadas sobre el tejido dental, ejemplo, atrición o micro fracturas, no se deben visualizar ningún tipo de sintomatologías en función o en reposo del sistema mioarticular. (Pruneda, 2013)

1.3. Oclusión no fisiológica

Se refiere a una oclusión en la que los tejidos de los sistemas masticatorio perdieron su equilibrio funcional como respuesta a una demanda funcional, lesión o enfermedad. En ella encontramos una sobrecarga del sistema al que fue sometido por altas demandas parafuncionales o de microtraumas que se repiten y superan la capacidad del cuerpo a adaptarse. Estas llegan a afectar los tejidos blandos, atm, neuromusculatura, dientes y tejidos de soporte. Estos cambios patológicos resultan en una agresión repentina o abrupta. Al haber una mala adaptación de sistema estomatognático, se pierde el equilibrio funcional oclusal, mioarticular y también periodontal, es por esta razón que provoca su parafunción con daños

a los tejidos que lo conforman, requiriendo que su función y equilibrio sean devueltos, a través de terapia odontológica y rehabilitación de formas distintas, y así lograr devolver la salud y por ende la estética al sistema estomatognático, es importante realizar un completo examen clínico al paciente, solo si presenta signos y síntomas, ya que será el factor indicado que descubrir como comenzar una terapia oclusal, realizando pruebas que demuestren inestabilidad oclusal en céntrica y contactos prematuros en el área céntrica, como interferencias en excéntrica. (Okeson J, 2013)

Algunas de la característica más importante son:

- La relaciona a una oclusión con muchos contactos prematuros e interferencias.
- Disfunción al realizar cualquier movimiento o sintomatología anómala temporomandibular.
- Daños a nivel cervical, recesiones gingivales o abfracciones.
- Inestabilidad oclusal al estar en céntrica.
- El paciente refiere signos y síntomas relacionados con bruxismo.

1.4. Oclusión céntrica y máxima intercuspidadación

Se refiere a la oclusión dentaria en una posición de máximo engranamiento dentario siempre y cuando la mandíbula este en una correcta posición de relación céntrica. Por lo que se puede afirmar que los cóndilos estarán en su posición más anterior, superior y mediana. Según Ayala y Obach, “sólo el 10% de la población logra una perfecta intercuspidadación, siendo considerada teóricamente como una posición ideal y como un factor importante en la estabilidad del tratamiento oclusal, alcanzando así un tripoidismo dado por la ATM derecha, ATM izquierda y la Oclusión”. Esta posición se realiza durante ciertos momentos de la masticación y en la deglución. En esta posición, la mandíbula y las caras oclusales establecen relaciones exactas entre cúspides, fosas y rebordes marginales. (Ayala, 1997)

Este concepto también se puede definir como la posición de la mandíbula relativa al maxilar superior, en la que existe la máxima intercuspidad dentaria. Es un acto de cierre de los dos maxilares, con sus respectivos arcos dentarios, siendo el resultado de la actividad neuromuscular mandibular. Las relaciones oclusales que se instauran en la posición de máxima intercuspidad en un área exacta en milímetros alrededor de esta posición oclusal, se le nombra como área céntrica de la oclusión dentaria o también como posición intercuspídea y posición retraída de contacto. Las relaciones oclusales determinadas fuera de esta área céntrica, se incluyen en la llamada área excéntrica de la oclusión dentaria, estos componentes son importante ya que de no estar presentes resultaran a corto o largo plazo en una oclusión patológica. (Firmani,2013) (Anit J. ,2012)

1.5. Posiciones y relaciones maxilomandibulares

Se establecen como el mayor o menor grado de aproximación de la mandíbula con el macizo cráneo facial en los tres sentidos del espacio. Los cuales son las relaciones sagitales, las relaciones horizontales y las relaciones verticales. (Sánchez, 2014)

Las relaciones sagitales, son determinadas como una relación entre el maxilar, el eje terminal de bisagra del movimiento mandibular y un tercer punto facial o craneal, que lo proporciona el plano de orientación en el montaje del modelo superior, al ser transferido por el arco facial. (Sánchez, 2014)

Las relaciones horizontales de los maxilares, son aquellas que se encuentran en un plano horizontal. La relación horizontal básica es la relación céntrica. Las otras relaciones horizontales de los maxilares, son derivaciones de la relación céntrica en un plano horizontal, estas son la protrusión, relaciones de lateralidad y las relaciones intermedias. (Sánchez, 2014)

Las relaciones verticales precisan la distancia existente entre las arcadas maxilar y mandibular. Se establecen por la magnitud de separación de los dos maxilares en dirección vertical en condiciones específicas. Se clasifican como dimensiones verticales de oclusión y en posición de reposo. (Sánchez, 2014)

2. Problemas dentarios o disgnacias

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal”. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). “En Latinoamérica existen altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85% de la población. La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología desde la infancia y se asocia mayormente a la prevalencia de hábitos”. (OMS, 1997)

Se clasifican en los tres planos del espacio, transversal, vertical y anteroposteriores (sagital).

- a. En el plano trasversal: mordida cruzada posterior y mordida cruzada en tijera.
- b. En el plano vertical tenemos: mordida abierta y sobre mordida.
- c. En el plano sagital tenemos: clase I, clase II, clase III.

2.1. Clasificación de Angle y sus alteraciones anteroposteriores (plano sagital)

En un buen estado de salud bucal y en condiciones normales de la oclusión, los dientes no contactan de forma arbitraria, por lo que se establece el término de normoclusión, la cual se refiere a una posición y forma de los dientes de manera armónica, en cambio cuando hablamos de maloclusión, es cuando los dientes no tienen una posición correcta y provocara malposiciones. La maloclusión, según Angle “es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura”. A finales del siglo XVIII Edward Angle, un gran exponente de la ortodoncia en América, describe las malposiciones anteriores y posteriores a partir de los arcos dentarios como base del sistema estomatognático y los movimientos normales de la mandíbula. Esta se basa en la relación de los molares lo cual nos da únicamente una clasificación dental. (Okeson J, 2013)

2.1.1. Clase I

Según Angle, esta clase se da cuando “la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior”, generalmente esta clase se caracteriza por arcos dentales normales y se les atribuye a personas con un perfil recto y una relación ortognata, también se le denomina como neutro-oclusión, pueden presentar problemas en el sector anterior como apiñamientos, mordida cruzada, sobremordidas y diastemas. (Angle E.H. ,1899)

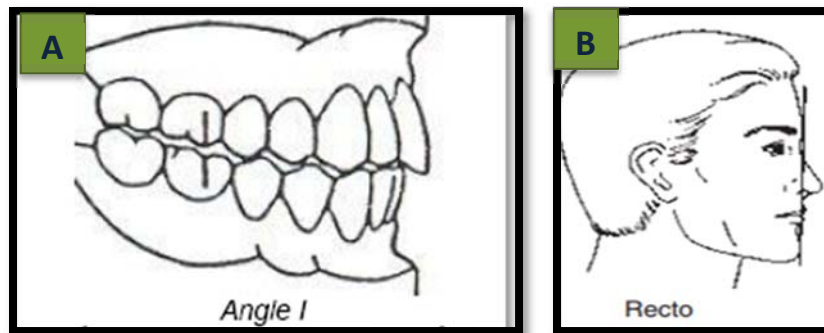


Figura #2. Clasificación de Angle. A) Clase I, B) Perfil de la clase I. Fuente: (Anit. J.P, 2012)

2.1.2. Clase II

Según Angle, esta clase se da cuando “la cúspide mesiovesibular del primer molar intenta ocluir en un punto interdental entre el primer molar inferior y el segundo premolar inferior, o aún más adelante en la arcada inferior”. Así sucesivamente los demás dientes ocluirán anormalmente y estarán forzados a una posición distal, también se le denomina como distoclusión, generalmente esta clase se caracteriza por personas con un perfil convexo y una relación retrognata, esta clase presenta dos divisiones en las cuales su principal diferencia es que las posiciones de los incisivos serán protruidas o retruidos. (Angle E.H. ,1899)

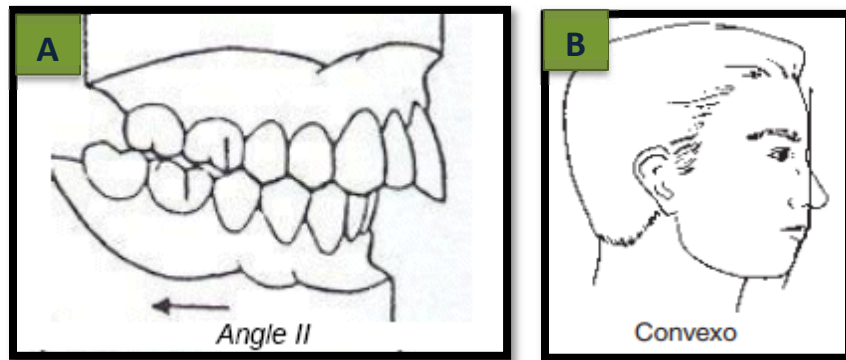


Figura #3. Clasificación de Angle. A) Clase II, B) Perfil de la clase II. **Fuente:** (Anit. J. P, 2012)

2.1.3. Clase III

Según Angle, esta clase se da cuando “la cuspidate mesiovestibular del primer molar superior ocluye en con el surco distovestibular del primer molar inferior o mas atrás en la arcada inferior”, también se le denomina como mesioclusión, generalmente esta clase se caracteriza en personas con un perfil concavo y una relacion prognata, puede darse un apiñamiento dental moderado o severo en ambas arcadas y en especial en el arco superior. Tiende a una inclinacion lingual de los incisivos inferiores y de los caninos, lo que la hace mas pronunciada entre mas grave sea el caso, debido a que ejercerse una presion en el labio inferior por el mismo organismo tratando de cerrar la boca y disimular la malocclusion. Esta clase tiene una subdivision en la que solo se diferencia por ser unilateral. (Angle E.H. ,1899)

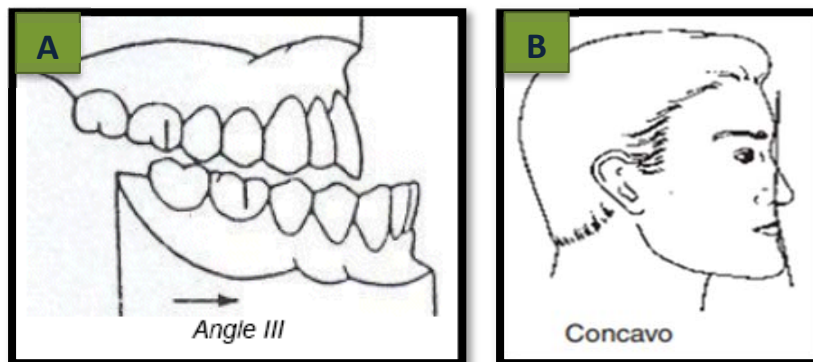


Figura #4. Clasificación de Angle. A) Clase III, B) Perfil de la clase III. **Fuente:** (Anit. J. P, 2012)

2.1.4. Overjet o resalte

Una persona en máxima intercuspidad podemos observar la relación que existe entre los incisivos superiores y los incisivos inferiores desde un plano sagital, según Bustamante, “el overjet o resalte se define como la distancia intermedia horizontal que se encuentra entre el borde incisal del incisivo superior y la cara vestibular del incisivo inferior”, otra definición más simplificada es la forma de cuantificar la distancia que hay entre el incisivo superior y el incisivo inferior medido horizontalmente, o también cuanto más adelante está el incisivo superior con respecto al incisivo inferior. En condiciones normales se centra entre 1 o 2 milímetros. (Bustamante, 2012)

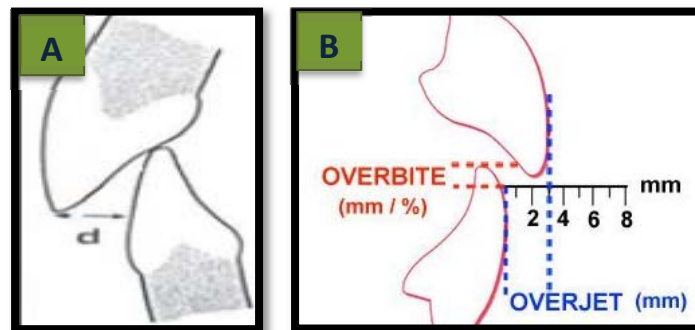


Figura #5. Overjet. A) Distancia horizontal. B) Medida estándar. Fuente: (Ortholemay, 2010)

2.1.5. Overbite o entrecruzamiento

Otra relación que se puede observar en máxima intercuspidad es el overbite o entrecruzamiento, según Bustamante, “existe entre los incisivos superiores y los inferiores, esta se refiere a la distancia vertical entre dos líneas que se trazan paralelas a los bordes incisales de los dientes incisivos de ambos maxilares”. Por lo que nos da una medida expresada de cuanto cubre verticalmente el incisivo superior al incisivo inferior en una vista

sagital. En condiciones de normalidad se encuentra entre 2 o 3 milímetros o también se puede expresar en tercios siendo un tercio la cantidad normal. (Bustamante, 2012)

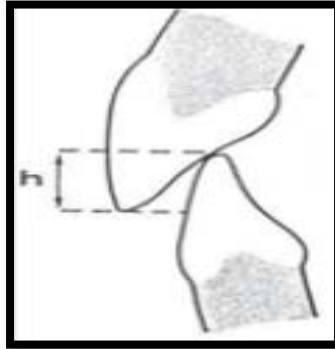


Figura #6. Overbite. Fuente: (Anit. J. P, 2012)

La siguiente imagen nos permite visualizar, las distintas posiciones que pueden llegar a adoptar los maxilares entre sí, al conjugar el perfil facial con los maxilares y las estructuras dentarias con su soporte de tejidos blandos.

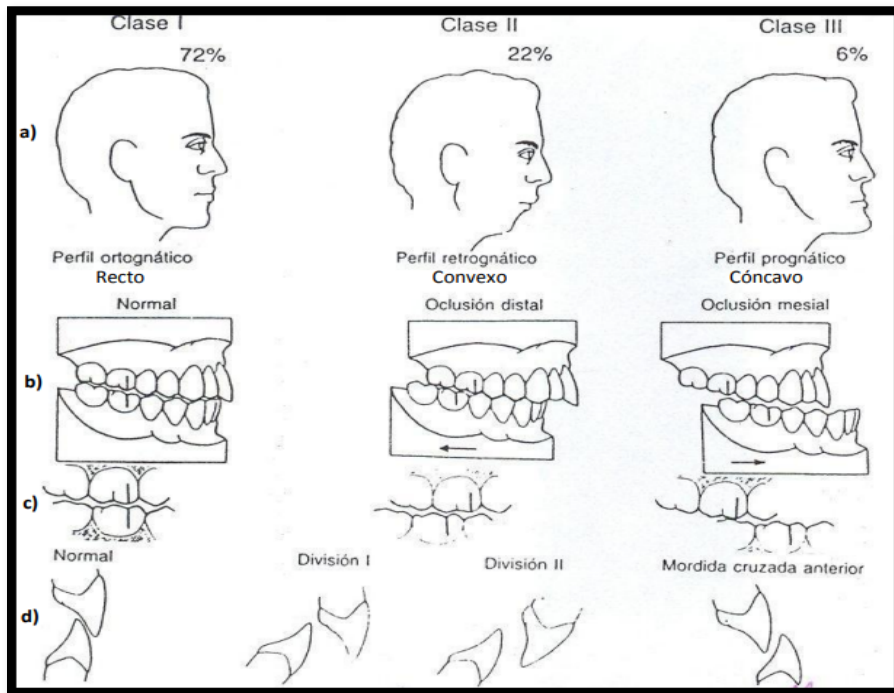


Figura #7. Clasificación de Angle y sus alteraciones. Fuente: (Anit. J. P, 2012)

2.2. Definición de mordida cruzada

La mordida cruzada hace parte de las alteraciones transversales o compresiones laterales en la cual se ve caracterizada fundamentalmente cuando los dientes inferiores se encuentran más vestibulares con relación a los dientes superiores, causando una desviación de la posición normal de los dientes o de la mandíbula dependiendo su clasificación y tipo de mordida cruzada en un sector dentario determinado. (Mosby, 2009) (Canut J. 2000)

2.2.1. Clasificación según su origen

2.2.1.1. Mordida cruzada funcional

Se describe como una desviación mandibular del lado de la mordida cruzada cuando el paciente realiza la acción de ocluir en una posición de máxima intercuspidad. Por el contrario, en una posición de máxima apertura hasta la postura de reposo se va encontrar alineada con las estructuras medias de la cara, esto ocurre porque, sólo durante la trayectoria final del cierre mandibular se desviará funcionalmente. (Canut J, 2000)

Las siguientes características en la exploración intraoral ayudan a diferenciar y diagnosticar la existencia de una desviación funcional mandibular:

1. En cuanto a la oclusión:

- Clase I o Clase III completa o incompleta, en el lado contralateral.
- Clase II del mismo lado de la mordida cruzada.
- Mordida cruzada unilateral anterior o una combinación de ambas.
- No se evidencian compensaciones dentales.
- La línea media inferior se encuentra desviada del lado de la mordida cruzada.

2. En cuanto a una posición mandibular más retraída u oclusión en relación céntrica:

- Clase I molar y canina bilateral normalmente.

- Desaparece total o parcialmente la mordida cruzada.
- Se centran las líneas medias superior e inferior.

(Palma M, 2001).

2.2.1.2. Mordida cruzada dental

Su origen se debe al desplazamiento de uno o varios dientes junto con el hueso alveolar, es decir de origen netamente dentario, ya sea por contactos prematuros o erupciones dentarias mal posicionadas. La relación molar y canina por lo general se encuentra en clase I, Una de sus características principales es la angulación u inclinación anómala, tanto de los dientes anteriores como de los posteriores y también de la vestibuloversión de los dientes inferiores o la palatoversión de los dientes superiores. (Theodosia, 2007)

2.2.1.3. Mordida cruzada esquelética o verdadera clase III

Este tipo de mordida cruzada según su origen, se puede presentar tanto en mordida cruzada anterior como la posterior, siendo la primera correspondiente a una clase III esquelética. En cambio, la de tipo posterior, se identifica mediante el diagnóstico de una asimetría mandibular que se realiza tras descartar una desviación de tipo funcional como se mencionó anteriormente, esto siempre y cuando haya un desplazamiento del mentón tanto en reposo y en máxima apertura, por el contrario, no se aprecia la desviación permanente. Probablemente al realizar la anamnesis del paciente se detecten antecedentes de traumatismos mandibulares con o sin fracturas completas o incompletas de los cóndilos, igualmente también por signos de asimetría mandibular por hiperplasia condilar o elongación mandibular. (Rodríguez E, 2008)



Figura #8. Mordida cruzada anterior esquelética. Fuente: (Okeson J, 2013)

2.2.2. Clasificación según su localización

2.2.2.1. Mordida cruzada anterior o pseudoclase III

Es una maloclusión en la que los incisivos y también los caninos superiores están lingualizados con respecto a los caninos e incisivos de la mandíbula, puede ser de origen dental, esquelético o funcional. Según Hernández, “la frecuencia de la mordida cruzada anterior es variable y se ha mostrado una diferencia étnica, se ha observado en un 50% en la población japonesa y coreana, y un 3 -5% en la población caucásica”. La mordida cruzada anterior de tipo esquelético puede vincularse a discrepancias en el tamaño y posición de ambos maxilares, en pacientes clase III, siendo esta última la menos frecuente de las maloclusiones. (Hernández J, 2011)



Figura #9. Mordida cruzada anterior o pseudoclase III. Fuente: (Peter Dawson, 2009)

La mordida cruzada anterior y la maloclusión clase III de Angle son desordenes que se manifiestan entre sí al diagnóstico clínico, de la misma manera, se asocian a influencias raciales, étnicas, genéticas y ambientales. Esta oclusión invertida puede afectar a uno o varios dientes de forma aislada, o también todos los dientes presentes. (Hernández J, 2011)

La Mordida Cruzada Anterior de carácter Funcional, es también mencionada como una Pseudo Clase III, la cual puede ser provocada por contactos prematuros que llevan a una posición más adelantada de la mandíbula en la máxima intercuspidad dentaria. La maloclusión clase III y la mordida cruzada anterior, pueden atribuirse a una anomalía de la base mandibular, en donde esta podría ser mayor en todas las dimensiones o que la base del cuerpo está posicionada anteriormente. (Velásquez, 2005)

2.2.2.2. Mordida cruzada posterior

Maloclusión en la el que las zonas posteriores (premolares y molares) superiores, se encuentran lingualizados con los premolares y molares de la mandíbula. Esta por otro lado puede subclasificarse según su origen, localización y cantidad de dientes afectados, es decir puede darse de forma uni o bilateral, lo cual podría comprometer unos o más dientes, sea en dentición decidua, mixta o permanente. (Hernández J, 2011)

Al igual que la mordida cruzada anterior, su etiología se puede deber a factores ambientales, genéticos, hábitos, crecimiento asimétrico maxilar o mandibular, pérdida prematura o retención prolongada. La expansión maxilar es una alternativa para el tratamiento de problemas transversales, la cual soluciona la contracción del diámetro transversal mayor de 5mm. De preferencia este método se utiliza en pacientes con mordida cruzada bilateral, con uno o más dientes cruzados. (Lopera AM & Botero PM, 2010)

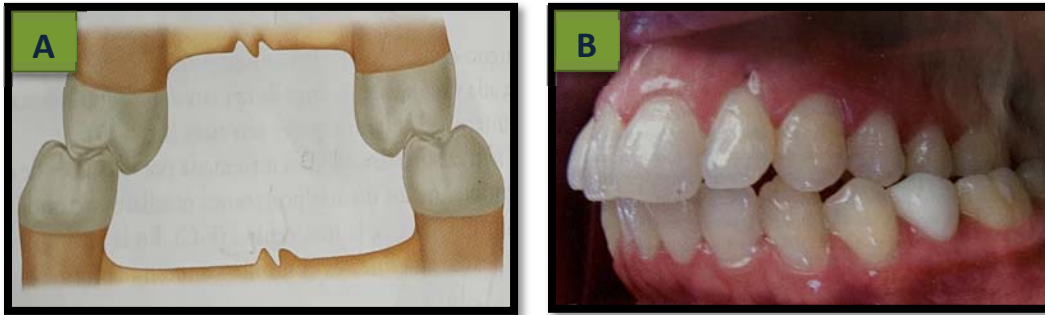


Figura #10. Mordida cruzada posterior. A) Contactos dentarios cruzados, cúspides linguales mandibulares contactan con las fosas centrales de los dientes superiores y las cúspides vestibulares superiores contactan con las fosas centrales de los dientes mandibulares. B) Aspecto clínico. **Fuente:** (Okeson J, 2013)

2.2.3. Clasificación según las zonas involucradas

2.2.3.1. Mordida cruzada unilateral

Esta se refiere básicamente a que solo se encuentran afectados o entrecruzados los dientes de una hemiarcada. (Theodosia, 2007)

2.2.3.2. Mordida cruzada bilateral

Su variación con respecto a la anterior mencionada es que se encuentran afectados los dientes superiores, tanto del lado derecho como izquierdo en mordida cruzada. (Theodosia, 2007)

2.3. Oclusión en el paciente edéntulo

La oclusión es importante para la confección de las prótesis totales, esta se define como una armonía con todas las funciones del sistema masticatorio, la cual se basa en ubicar a la mandíbula en una posición centrada, en la deglución y en el cierre habitual. Se debe tener en cuenta la ausencia de contactos prematuros durante los movimientos de lateralidad y de protrusión, los cuales pueden afectar la estabilidad y retención de las prótesis totales, viéndose comprometida por las fuerzas de desplazamiento que se pudieran producir creadas durante la masticación, deglución y hábitos parafuncionales. Los principales objetivos que

se buscan con el uso de la prótesis total, son el mantenimiento de los tejidos duros y blandos de los arcos edéntulos, la función y la estética. (Araujo W, 2009)

La pérdida de estructura no se detiene por el uso de una prótesis colocada sobre la mucosa, incluso cuando la posición de los dientes artificiales no es favorable puede acelerarse. El objetivo del tratamiento mediante prótesis totales es mantener los tejidos de apoyo o al menos influir sobre ellos de la forma menos negativa posible, para lograr garantizar una función articular y muscular libre de molestias, evitando al máximo posibles efectos secundarios indeseables. (Sutton A, 2007)

Los tipos de oclusión más usados en odontología son la oclusión bilateral balanceada, oclusión unilateral balanceada y la desoclusión o función canina.

2.3.1. Oclusión bilateral balanceada (O.B.B)

En esta oclusión se presentan relaciones iguales de ambos lados, tanto en dientes posteriores como en los dientes anteriores, consiste en obtener el mayor número de dientes protésicos entrando en contacto al momento de realizar los distintos movimientos. Esta oclusión es muy utilizada en prótesis total por que con ella se consigue un número mayor de contactos dentarios, lo cual beneficia a la estabilidad de las prótesis. (Osawa, 2010) (Telles, 2011)

Los requisitos de la O.B.B en las diferentes posiciones:

- **Posición céntrica:** Dientes anteriores ligeramente separados y dientes posteriores en contacto parejo cuando ocluyen.
- **Posiciones excéntricas:**
 - a.) Lado de trabajo. Es el lado de rotación del cóndilo y habrá contacto de las cúspides vestibulares superiores con las vestibulares inferiores.
 - b.) Balance o lado de no trabajo. Es el lado de desplazamiento del cóndilo y habrá contacto entre las cúspides vestibulares inferiores con las palatinas superiores.

- **Posición protrusiva:** Los bordes incisales de los seis dientes anteriores superiores harán contacto con los bordes incisales de los ocho dientes anteriores inferiores. (Osawa, 2010) (Telles, 2011)

2.3.2. Oclusión unilateral balanceada (O.U.B)

Esta oclusión sigue el principio de diente a dos dientes, existe contacto de grupo, la relación céntrica y la oclusión céntrica no coinciden o sea que hay céntrica larga y se utiliza generalmente para prótesis pequeñas y coronas individuales. (Telles, 2011)

2.3.3. Desoclusión o función canina

Esta oclusión sigue el principio de diente a diente, es decir cúspide a fosa, consiguiéndose el contacto de tripoidismo, la oclusión céntrica y la relación céntrica coincidan. (Telles, 2011)

Contacto diente a dos dientes: Cúspides a espacios marginales y a fosas.

Contacto diente a diente: Cúspide a fosa.

2.3.4. Oclusión no balanceada

Se utilizan dientes planos (monoplanos) montados en un plano oclusal recto, este será paralelo al reborde del maxilar inferior. Requiere balance en relación céntrica únicamente y no en las posiciones mandibulares excéntricas. El plano oclusal debe ser paralelo al borde inferior, los molares se montan planos unos contra otros sin cúspide alguna y sin incorporar curvas de compensación. La forma de los dientes posteriores deberá ser seleccionada con el fin de cumplir con los requerimientos de función armoniosa y mantenimiento de los tejidos duros y blandos de los arcos edéntulos. (Lang B, 2004) (Schuyler C, 2001)

2.4. Curvas y planos oclusales

Son aquellas curvas que compensan y a su vez intentan el nivelar las discrepancias óseas y dentales, se puede definir como una combinación de las curvas de la compensación en los planos sagital y frontal (Spee y Wilson), de igual forma, esto aplica para el plano que forma la curva incisiva. (Ugalde, 2007)

2.4.1. Curva de Spee

Es una línea curva imaginaria que va desde el vértice del canino hasta el segundo molar a través de las cúspides vestibulares de los dientes inferiores y se continúa con el borde anterior de la rama de la mandibular. También es llamada curva de la compensación ya que compensa las trayectorias incisivas, molar y condílea. Con ella se registran los movimientos de propulsión y retropulsión o movimientos hacia delante y hacia atrás de la mandíbula. (Anit J, 2012)

En esta curva existe un cambio en la altura de las cúspides, así como de su profundidad en las fosas, la cual varía por una limitación de los dientes y la posición que desempeñan en la arada dentaria. (Ugalde, 2007)

2.4.2. Curva de Wilson

Esta dada en un plano frontal que delimita los vértices de las cúspides vestibular, lingual y palatina. Registra movimientos de lateralidad. Por la inclinación lingual de los dientes posteriores, las cúspides vestibulares están en un plano más alto. Esta curva limita anteriormente con los caninos, premolares y molares. (Anit J. ,2012)

Según Ugalde, “las inclinaciones normales de las cúspides de los premolares inferiores, depende del plano de oclusión, de los ángulos de la eminencia articular, del plano de frakfort, mientras mayor sea la inclinación lingual de los premolares, mayor será la curvatura”. (Ugalde, 2007)

2.4.3. Curva incisal

Trazada por los bordes incisales de incisivos. La suma de las tres curvas determina la curva oclusal. (Anit J. ,2012)

2.5. Análisis oclusal en sentido transversal

Se considera como oclusión normal, (en el sentido transversal) cuando las cúspides palatinas de los molares y premolares superiores ocluyen en las fosas principales y triangulares de los molares y premolares inferiores. (Canut, J. 2000).

Generando de esta manera 3 tipos de contactos:

1. Contactos A: Contacto entre la cúspide vestibular superior contra la cúspide vestibular inferior.
2. Contactos B: Contacto entre la cúspide palatina superior contra la cúspide vestibular inferior o también en contra de la fosa central del diente inferior posterior.
3. Contactos C: Contacto entre la cúspide palatina superior contra la cúspide lingual inferior.

CAPITULO II

3. Desprogramación neuromuscular

En los pacientes con un problema de maloclusión, refiriéndonos a las personas con patologías de tipo horizontal, vertical, sagital, o de muchos contactos prematuros e interferencias oclusales que no son compatibles con las actividades normales y funcionales del sistema estomatognático, crean una protección neuromuscular, el cual intenta evitar las interferencias oclusales. Su fisiopatología da inicio en los receptores propioceptivos periodontales, (algunos de estos también se encuentran en los músculos de la masticación, tendones y en la ATM) estos producen un reseteo propioceptivo al ocurrir un cambio en la oclusión. Luego esta información se envía por una neurona aferente primaria hacia el SNC, que por consiguiente dará una alteración en la respuesta neuromuscular a través de la neurona motora. Este proceso es realmente complejo y puede registrarse mediante estudios electromiográficos. A continuación, podemos observar una imagen del proceso que ocurre en el circuito antes descrito. (Ramfjord, 1995)

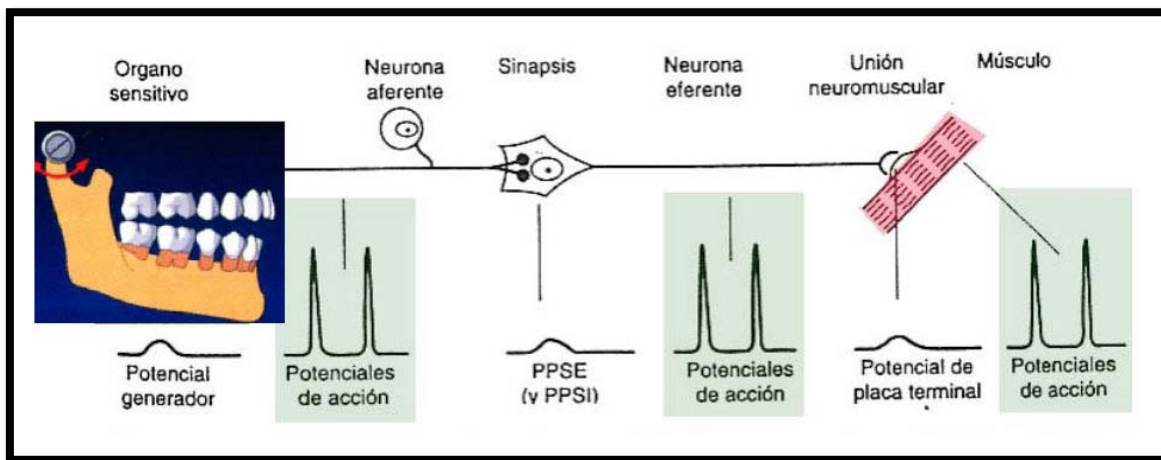


Figura #11. Circuito del arco reflejo. Fuente: (Ramfjord, 1995)

La desprogramación neuromuscular consiste en un proceso de tipo clínico que eliminará la información mecano sensitiva periodontal que viene de la propiocepción periodontal dentaria en aquellos dientes que contactan durante el cierre mandibular en la posición de relación céntrica que tenga el paciente. Estas vías de aferencia al SNC también pueden ser desde receptores articulares (como en el presente caso clínico) ATM, disco, ligamentos, capsula, músculos, receptores del hueso y tendones. (Okeson J, 2013)

El objetivo principal de la desprogramación es determinar la posición articular y su relación con la oclusión dentaria. Es decir, permite una interrupción o bloqueo de la información propioceptiva hacia los centros superiores, lo cual repercutirá en un cambio de la actividad de la memoria musculatura mandibular (engrama) y poder lograr evitar la influencia propioceptiva de las interferencias oclusales o cualquier otra razón que cause la maloclusión, permitiendo la manipulación de una acción muscular y encontrar una correcta relación céntrica. (Okeson J, 2013)

Para lograr lo anteriormente mencionado se deben usar desprogramadores neuromusculares los cuales algunos de ellos son elementos intraorales utilizados clínicamente para suprimir el engrama muscular, de igual manera borra la programación motora que orienta a la mandíbula a través de la musculatura hacia una posición habitual de contacto. Los desprogramadores evitan o eliminan los contactos de los dientes posteriores por un tiempo determinado, lo que producirá una reprogramación de cierre mandibular. A continuación, se nombran algunas de las técnicas de registro para la desprogramación. (Manns, 2006)

- Método fisiológico.
- Métodos mecánicos, entre ellos están, el Jig de lucia, tiras o láminas de Long, el desoclusor, el Jig de Pankey, el desprogramador de Neff, entre otros.
- Métodos gráficos.
- Métodos de manipulación como power centric, bimanual de Dawson, entre otros.

4. Relación céntrica

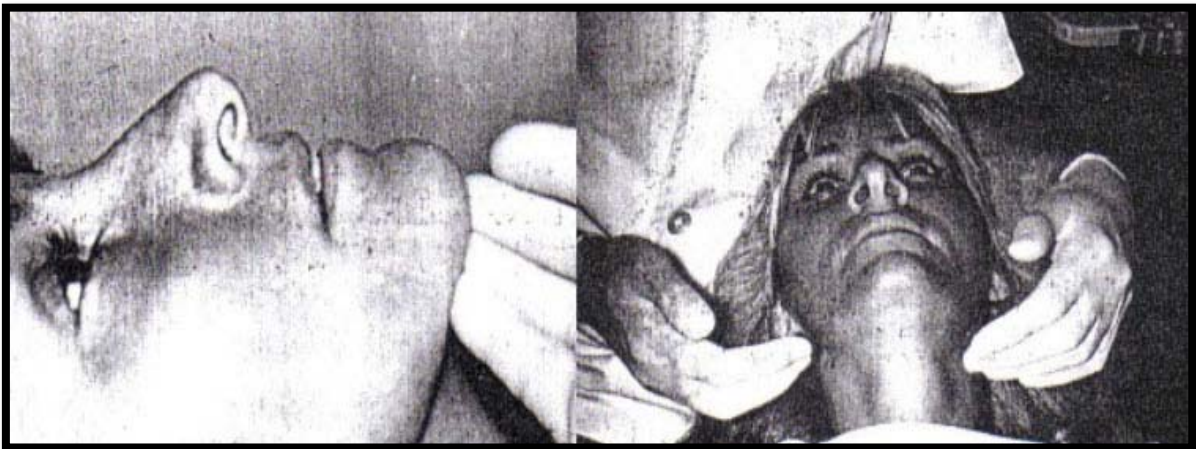
En el año 1985, según Peter Dawson “es la relación articular de la mandíbula con respecto al cráneo, donde el cóndilo se ubica más superior, anterior y medial en la cavidad glenoidea con el disco, interpuesto en posición medial, es independiente de la posición dentaria y de la dimensión vertical” Además según Peter Dawson la relación céntrica “es una posición articular predecible, estable, y que puede ser registrada independientemente de la oclusión dentaria, en la cual se deben cumplir dos criterios fundamentales para que exista, primero está la relajación completa de los Pterigoideos Laterales inferiores y finalmente habla de la adecuada relación de los discos con los cóndilos”. Es importante recordar la diferencia entre la relación céntrica, la oclusión en relación céntrica y máxima intercuspidadación, la relación céntrica se refiere principalmente a la posición de los cóndilos, indiferentemente de los contactos dentarios, mientras que oclusión céntrica es la posición dental interoclusal de los dientes maxilares, en relación a los dientes mandibulares, por otro lado la posición de máxima intercuspidadación, es la completa intercuspidadación entre dientes opuestos independientemente de la posición condilar. (Peter Dawson, 2009, p. 120)

4.1. Método de manipulación (técnica bimanual de Dawson)

Para el presente caso clínico se utilizó el siguiente método para desprogramar a la paciente y por consiguiente llevar a una relación céntrica adecuada. Este método es muy sencillo y generalmente usado por muchos dentistas, también esta técnica es la única que permite desprogramar en pacientes edéntulos, ya que en las otras técnicas requiere tener contactos anteriores superiores e inferiores para poder aplicarlas. El método de Dawson consiste en llevar la mandíbula a una posición lo más posiblemente retraída con una o ambas manos, un punto importante a describir es no guiar sin hacer presión o forzar al momento de manipular la mandíbula. (Telles, 2011).

Esta técnica fue descrita por Peter Dawson y es una de las más comunes y más acertadas para llevar a relación céntrica al paciente, en el presente caso clínico se utilizó esta técnica.

Consiste en poner al paciente en posición horizontal y relajado en el sillón dental, el operador se encuentra justo detrás del paciente, utilizando su cuerpo y brazos para tener mayor estabilidad la cabeza del paciente, evitando algún movimiento durante la manipulación. El operador debe colocar las manos en el borde inferior de la mandíbula y el mentón, siendo más exactos, debe colocar sus pulgares en la línea media sobre la sínfisis mandibular, por otro lado, los 4 dedos restantes de cada mano se deben ubicar en el borde inferior de la mandíbula, colocando el dedo meñique a nivel del gonion. Una vez bien sujeta la mandíbula con ambas manos, se realizarán movimientos de apertura y cierre, posteriormente se ejecutará una leve presión hacia abajo y atrás con los pulgares en la sínfisis, también se realiza presión hacia arriba con los 4 dedos en el borde inferior, hasta que finalmente se logre la indentación de los dientes en dicha posición. (Peter Dawson, 2009)



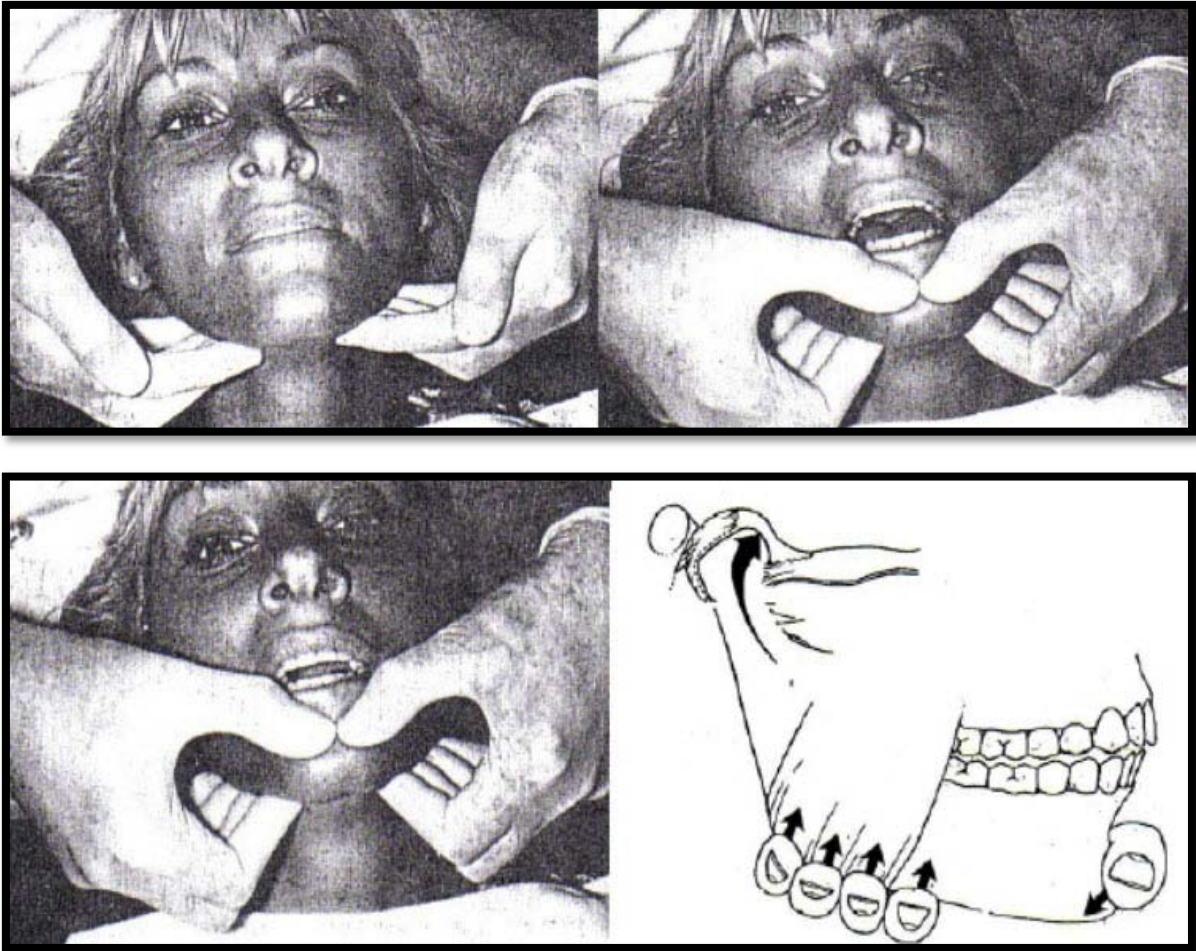


Figura #12. Pasos para la técnica bimanual de Dawson. Fuente: (Wilson, 2004)

5. Dimensión vertical

Es la distancia o altura entre dos puntos seleccionados, uno sobre un elemento fijo y otro sobre un elemento móvil en un plano vertical. Generalmente el punto fijo se ubica en el maxilar a nivel nasal o sub-nasal y el punto móvil en la mandíbula a nivel del mentón, el aumento o disminución de la dimensión vertical, conllevara a alteraciones de pronunciación del paciente, comprometiéndose la masticación y la estética, así como también una disfunción temporomandibular. Hay la dimensión vertical en oclusión (o DVO) que “es la posición de relación estable entre el maxilar superior e inferior cuando el sujeto se encuentra

en máxima intercuspidación”, la dimensión vertical en reposo (o DVR) se refiere “al primer contacto de los labios sin los dientes”, lo cual genera un espacio entre los dientes, al estar la mandíbula en reposo con un tono muscular relajado, este se lo conoce como el espacio funcional libre, tiene una medida estándar de 2 a 3 milímetros, aunque puede variar entre unos valores de 1 y 7mm, esta fórmula fue aplicada en la paciente y también es conocida como la ecuación de Silvermann.(Peter Dawson. 2009) (Telles, 2011)

Otras formas para determinar la dimensión vertical, se pueden clasificar en métodos objetivos y métodos subjetivos. A continuación, se describe uno de los métodos objetivos empleados en el caso clínico, además de este se pueden también utilizar el método métrico de Willis, o el método craneométrico de Knebelman.

5.1. Método Cefalométrico

Los análisis cefalométricos se realizan mediante una previa radiografía lateral de cráneo obtenida del paciente donde se lo compara con un grupo de referencias normales, con el objetivo de descubrir cualquier diferencia entre las relaciones dentoesqueléticas del paciente y lo que se esperaría encontrar normalmente en su grupo étnico o racial. la técnica consta en trazar puntos y planos donde se miden los ángulos y valores lineales para obtener la relación del patrón dental y cráneo facial del paciente. Además, el análisis cefalométrico no solo permite facilitar la DVO, también ofrece una orientación en el plano oclusal, posiciones y direcciones de los dientes anteriores. Existen algunos tipos de estudios cefalométricos que contienen análisis en sentido vertical, los cuales son necesarios para el área de rehabilitación oral, algunos de estos son el análisis de Steinner, Mc Namara, y Ricketts. (Águila, 1993)

Dentro de los métodos subjetivos, se pueden mencionar:

Método fisiológico o de la deglución, método fonético y el método estético

CAPITULO III

6. DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CASO CLÍNICO

6.1. Historia Clínica

6.1.1. Datos Generales

- Nombre: Soila Mercedes Yunga Tenempaguay
- Edad: 48 años
- Género: Femenino
- Ocupación: Vendedora
- Nacionalidad: Ecuatoriana
- Estado civil: Casada
- Residencia: Quito- Ecuador
- Composición Familiar: tres hijos mayores de edad, y su esposo

6.1.2. Motivo de la consulta

“Me quiero cambiar las prótesis”

6.1.3. Enfermedad o problema actual

Paciente de sexo femenino de 48 años de edad, acude a la consulta de la clínica odontológica de la Universidad Internacional del Ecuador, refiriendo inconformidad funcional y estética de sus prótesis totales superior e inferior, las cuales mantiene desde hace más de 20 años y causan dificultad para realizar el proceso masticatorio.

6.1.4. Antecedentes médicos personales

Paciente no refiere antecedentes patológicos personales médicos.

6.1.5. Antecedentes médicos familiares

Paciente no refiere antecedentes patológicos familiares.

6.1.6. Signos vitales

Presión arterial	Frecuencia cardiaca	Temperatura	Frecuencia respiratoria
129/88 mmhg	85 latidos por minuto	35,5 grados Centígrados	19 por minuto

Tabla # 1. Signos vitales / Elaborador: Daniel Forero

6.2. Examen clínico

Paciente adulta sin discapacidad cognitiva o motora, presenta un leve sobrepeso y es de contextura gruesa, proyecta una buena actitud siendo una persona que coopera y es amable.

6.2.1. Examen extraoral

Al examen físico clínico extraoral se observa un biotipo braquifacial de perfil cóncavo, su edad es acorde a su aspecto, al examinar la articulación temporomandibular no refiere dolor alguno, no se escuchan ni se sienten chasquidos y no se encuentra ninguna anomalía aparentemente. A la palpación no se perciben linfadenopatías. Se aprecia visualmente en la paciente una alteración facial debida a sus prótesis mal adaptadas, generando un pseudoprogнатismo mandibular con desviación de lado derecho, dimensión vertical

disminuida, soporte labial colapsado, relación céntrica en oclusión y reposo están alteradas por sus prótesis antiguas y desadaptadas.



Figura #13. Examen clínico extraoral. A) Fotografía frontal, B) Fotografía frontal sonriendo, C) Fotografía de perfil lado derecho, D) Fotografía de perfil lado izquierdo. / **Elaborador:** Daniel Forero

6.2.2. Examen intraoral

Al examen clínico intraoral se observan prótesis antiguas en una aparente clase III de Angle y desviación hacia el lado derecho, mordida cruzada anterior y posterior así como discrepancias en tamaño o forma, su apertura bucal es limitada ya que al realizar un máximo de la misma, las prótesis se desajustan y salen de su posición “habitual”, al pedirle a la paciente que se retire las prótesis para analizarlas, se observan todos los dientes pigmentados, varias zonas con desgaste incisal de los dientes de acrílico en la zona anterior y en las cúspides de los molares superior e inferiores, dando como resultado un desajuste de su oclusión en relación céntrica, también se pueden ver rotas algunas partes de la prótesis en zonas del reborde alveolar y de la bóveda palatina.



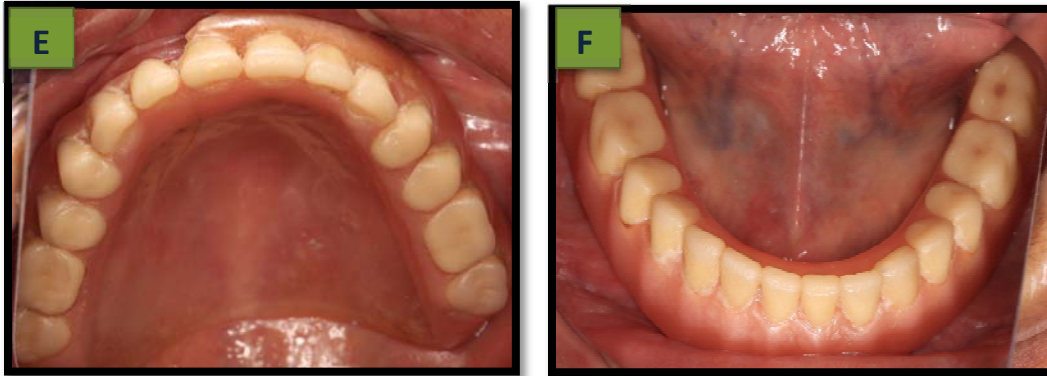


Figura #14. Examen clínico intraoral. A) Fotografía frontal de las Arcadas Superior e inferior sin las prótesis antiguas, B) Fotografía frontal de las Arcadas Superior e inferior con las prótesis antiguas, C) Fotografía intraoral de lado derecho, D) Fotografía intraoral de lado izquierdo. E) Fotografía intraoral oclusal superior de la prótesis, F) Fotografía intraoral oclusal inferior de la prótesis / **Elaborador:** Daniel Forero

En cuanto a las diferentes estructuras del sistema estomatognático se encuentran en el siguiente estado:

Labios	Carrillos	Saliva	Lengua	Maxilar Superior	Maxilar Inferior	Paladar	Piso de boca	Glándulas salivales	ATM
Normal	Normal	Normal	Normal	Edéntula total	Edéntula total	Normal	Normal	Normal	Normal

Tabla # 2. Examen intraoral / **Elaborador:** Daniel Forero

6.3. Odontograma

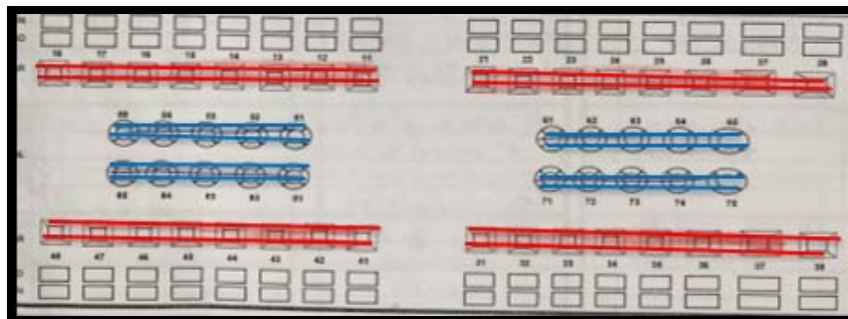


Figura #15. Odontograma. / **Elaborador:** Daniel Forero

6.4. Exámenes complementarios

6.4.1. Radiografía panorámica

Al examen radiográfico panorámico, se observan estructuras anatómicas (ejemplo senos maxilares, septum nasal, cóndilos, ángulos mandibulares) de aspecto normal y sin patología aparentemente, sombras radiopacas que son compatibles con tejido óseo alveolar del maxilar superior y de la mandíbula.



Figura #16. Radiografía panorámica / Elaborador: Daniel Forero

6.4.2. Radiografía lateral de cráneo y estudio cefalométrico

La mandíbula en relación con la base del cráneo nos da el plano horizontal de la paciente, antes del tratamiento, la mandíbula se encuentra en una posición muy adelantada a causa de las prótesis mal adaptadas, lo cual provocó un valor del ángulo SNB de 91 grados y un ángulo SND de 89 grados, dando como resultado la apariencia de una clase III o pseudoprognatismo, posterior al tratamiento y adaptación de las nuevas prótesis, al realizar nuevos estudios cefalométricos, el ángulo SNB da un valor de 80 grados y el ángulo SND de 77 grados, siendo estos valores de norma y referencia según Steiner.

La altura inferior del rostro en el maxilar inferior, nos da el plano vertical de la paciente, antes del tratamiento, el ángulo determinado por los puntos xi, (centro geométrico de la rama ascendente del maxilar inferior) el punto A, (zona más profunda en la concavidad anterior del hueso maxilar) y el punto B (punto más profundo de la concavidad anterior de la mandíbula) daban un ángulo muy cerrado de 30 grados, lo que repercute en una dimensión vertical y una altura inferior del rostro disminuida, luego de realizar las nuevas prótesis y devolver una oclusión adecuada, un nuevo estudio cefalométrico revela que la dimensión vertical y altura facial inferior del rostro aumenta con un ángulo más abierto de 44 grados, siendo este un valor adecuado según las normas de Ricketts.

A continuación, se presentan las imágenes radiográficas con sus respectivos trazos.

Rx. lateral de cráneo de la paciente con las prótesis antiguas, antes del tratamiento.

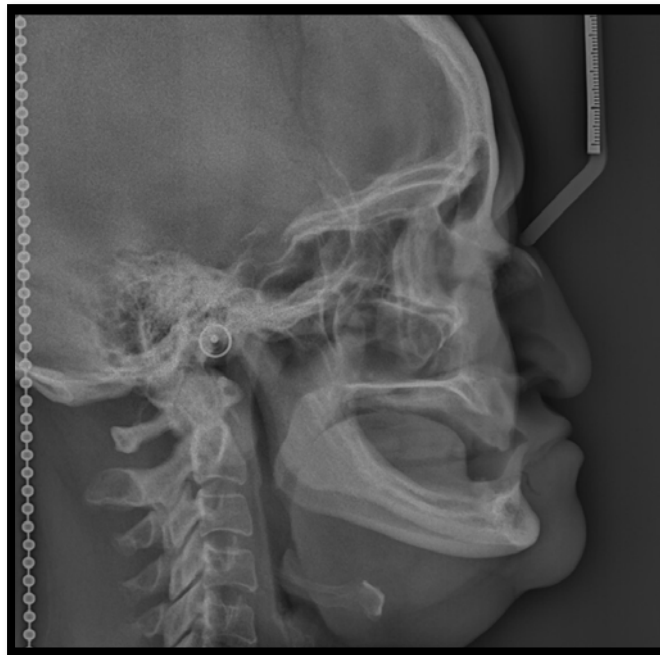


Figura #17. Radiografía lateral de cráneo antes del tratamiento/ **Elaborador:** Daniel Forero

Trazos cefalométricos de la Rx. Lateral de cráneo de la paciente antes del tratamiento.

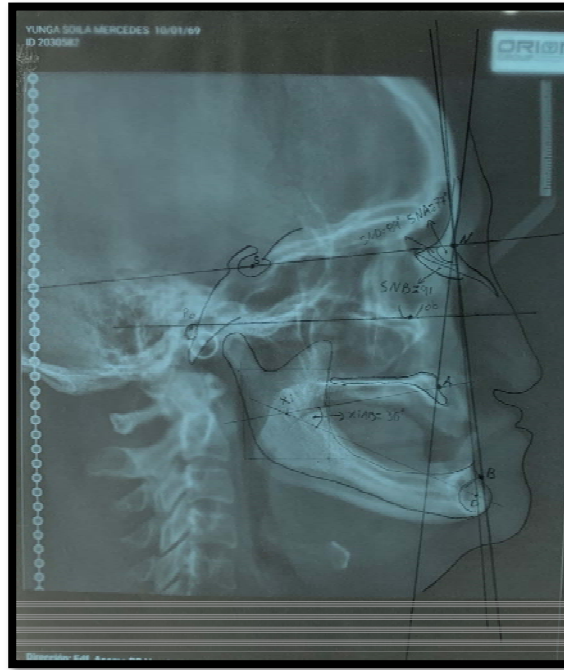


Figura #18. Trazos cefalométricos de la paciente antes del tratamiento / **Elaborador:** Daniel Forero

Ficha cefalométrica con los valores y ángulos de la Rx. Lateral de cráneo de la paciente antes del tratamiento.

FICHA CEFALOMÉTRICA					
PACIENTE: Sola Mercedes Yunga		Antes del tratamiento postésico		EDAD: 49 años	
		EXTRANIERO ADULTO	NORMA ECUATORIANA DENTICIÓN MIXTA	EST.	DIF. INTERP.
I	ESTRUCTURA CRANIAL ESQUELETAL	< BasN (Bjork)	130°	132° ± 1	
II	ESTRUCTURA MAXILAR ESQUELETAL	POSICIÓN MAXILAR < SNA (Steiner)	82°	83,5°	77°
	HORIZONTAL	W prep A (Steiner)	+1	0,25	
III	ESTRUCTURA MANDIBULAR ESQUELETAL	POSICIÓN MANDIBULAR < SNA (Steiner)	80°	80°	91°
	HORIZONTAL	< Facial (Ricketts) FF-N Pg. < Góniaco (Schwarz)	87°(±) 3 123° ± 10	87°(±) 3 123° ± 10	
		< SNO (Steiner)	76° - 77°	76° - 77°	89°
	PROMINENCIA MENTON	Pg - NB 1.1 +/- 1.5 mm	1 - 2 mm a 2mm	2mm a 0mm	

CEFALOGRAMA RESUMIDO DE RICKETTS					
PACIENTE: Sola Mercedes Yunga		Antes del tratamiento Postésico		EDAD: 49 años	
FECHA: 04-04-19		ALUMNO: Daniel Franco Sánchez			
MAXILAR INFERIOR	NORMA A LOS 3 AÑOS	NORMA	EST.	DIF.	INTERPRET.
1. Eje Facial	90°	90° ± 3			
2. Profundidad Facial	84° + 0.33 por año	87° ± 3			
3. Angulo plano Mandibular o Altura de la rama	27° - 0.66 por año	26° ± 4°			
4. Altura facial inferior	46°	47° ± 4°		30°	
5. Arco Mandibular		26° ± 4°			

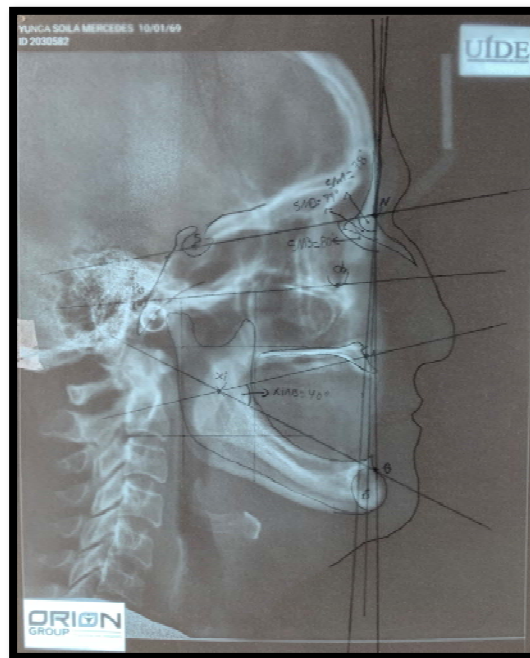
Figura #19. Ficha cefalométrica con los valores y ángulos de la paciente antes del tratamiento / **Elaborador:** Daniel Forero

Rx. lateral de cráneo de la paciente con las prótesis nuevas, después del tratamiento.



*Figura #20. Radiografía lateral de cráneo después del tratamiento/ **Elaborador:** Daniel Forero*

Trazos cefalométricos de la Rx. Lateral de cráneo de la paciente después del tratamiento.



*Figura #21. Trazos cefalométricos de la paciente después del tratamiento / **Elaborador:** Daniel Forero*

Ficha cefalométrica con los valores y ángulos de la Rx. Lateral de cráneo de la paciente después del tratamiento.

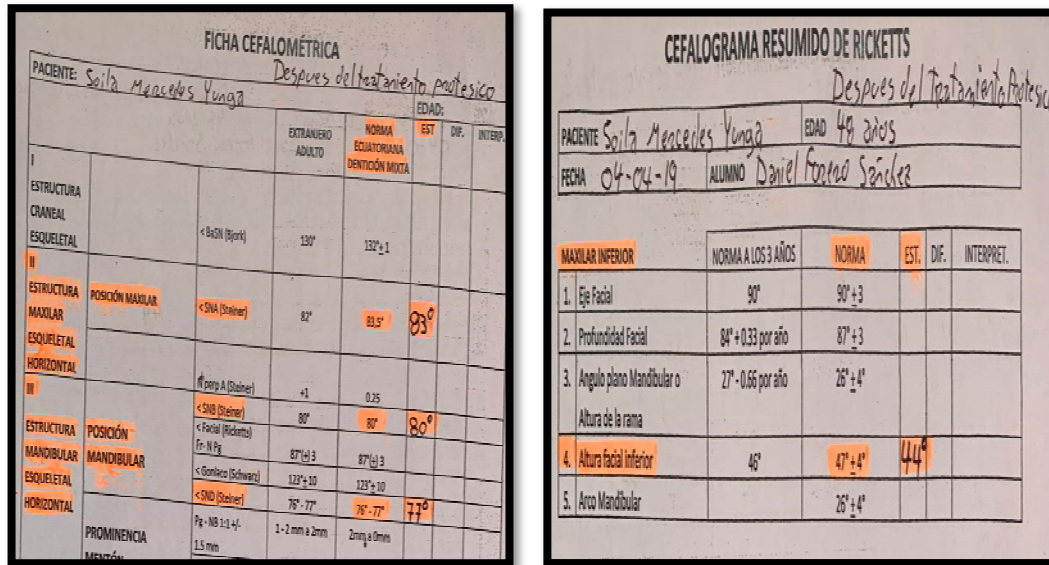


Figura #22. Ficha cefalométrica con los valores y ángulos de la paciente después del tratamiento / Elaborador: Daniel Forero

(Para mayor detalle de los estudios y fichas cefalométricas, observar la sección de Anexos paginas 80-83)

6.4.3. Tomografía de ATM boca abierta y boca cerrada

Las tomografías de ATM con la boca abierta y la boca cerrada, ayudaron en la búsqueda de si existían o no, patologías en la articulación temporomandibular, ya que se sospechaba de daño parcial en sus estructuras, al mantener la paciente sus antiguas prótesis por más de 20 años, afortunadamente el diagnóstico fue favorable y no se encontró patología alguna que afecte a la paciente y el desarrollo de unas nuevas prótesis totales. Las imágenes tomográficas y el informe por parte de la radióloga se pueden observar en la sección de “Anexos pág. 84”.

6.5. Diagnóstico

Paciente de sexo femenino de 48 años de edad presenta edentulismo total superior e inferior.

6.6. Plan de tratamiento y planificación

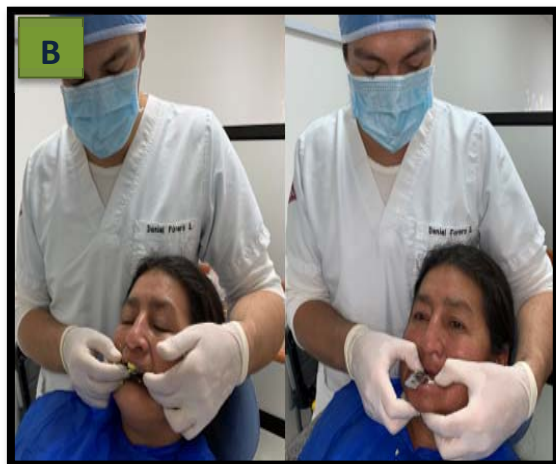
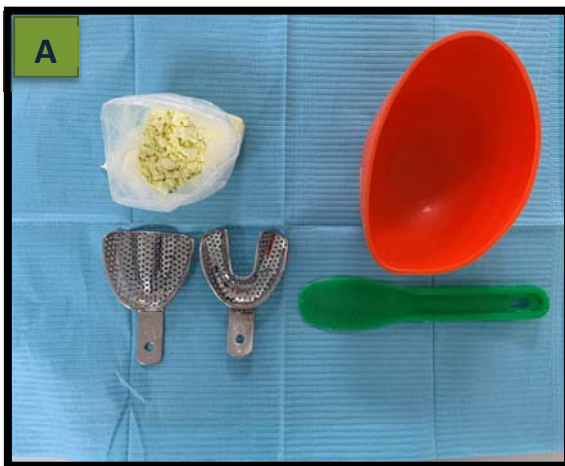
Fecha de atención /sesiones	PROCEDIMIENTO
1era Cita / 16-11-18	<ul style="list-style-type: none">➤ Elaboración de la historia clínica, diagnóstico y plan de tratamiento.➤ Modelos de estudio/ impresiones anatómicas y delimitación de terreno protésico superior e inferior.
2da Cita / 23-11-18	<ul style="list-style-type: none">➤ Elaboración de cubetas individuales superiores e inferiores➤ Recorte muscular➤ Sellado periférico.➤ Impresiones funcionales superior e inferior
3er Cita / 30-11-18	<ul style="list-style-type: none">➤ Modelos definitivos superior e inferior.➤ Rodetes de altura superior e inferior➤ Planos de orientación
4ta Cita / 3-12-18	<ul style="list-style-type: none">➤ Montaje o fijado en articulador del modelo superior➤ Dimensión vertical➤ Relación céntrica
5ta Cita / 10-12-18	<ul style="list-style-type: none">➤ Montaje o fijado en articulador del modelo inferior➤ Selección del color de los dientes

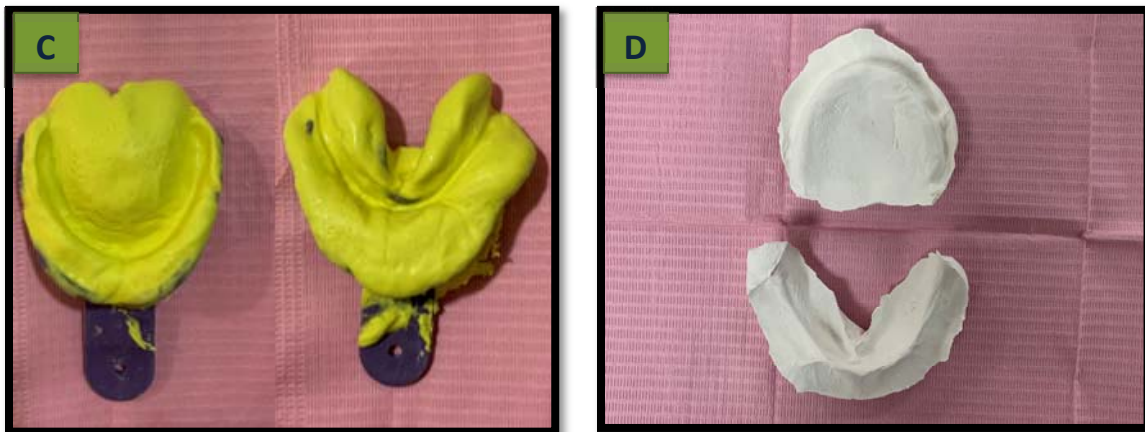
6ta Cita / 17-12-18	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfilado de los dientes superiores e inferiores ➤ Ajuste oclusal ➤ Prueba en cera de las prótesis
7ma Cita / 07-01-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acrilización ➤ Colocación definitiva de la prótesis ➤ Control oclusal
8va Cita / 14-01-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Control 8 días

Tabla # 3. Plan de tratamiento / Elaborador: Daniel Forero

6.7. Descripción de los procedimientos realizados de la prótesis total

Se da apertura en la primera cita con el llenado de la historia clínica, luego se procede a la toma de las impresiones primarias con el alginato, este material brinda una fácil manipulación, es de costo bajo y su propiedad mucoestática permite que no se presionen los tejidos durante la impresión. El material debe ser en una cantidad no excesiva, la impresión debe copiar todos los tejidos presentes en la boca del paciente, también es necesaria una correcta extensión del material sobre la cubeta previamente seleccionada que se adapta al tamaño de la boca y los rebordes del paciente.





*Figura #23. Impresiones primarias A) Cubetas, alginato, tasa de caucho B) Toma de las impresiones en el paciente. C) Impresión anatómica D) Vaciado de los modelos en yeso/ **Elaborador:** Daniel Forero*

Es importante vaciar el modelo negativo en yeso duro de forma rápida, algunos autores describen un máximo de 30 minutos para realizar este proceso, ya que con el paso del tiempo el alginato se contrae y cambiará su forma, por lo que no tendrá el mismo diseño que se copió inicialmente del paciente. Luego con la ayuda de un lápiz se delimita el terreno protésico sobre los modelos, con el fin de ajustar la superficie que tendrán las futuras cubetas, dependiendo de la anatomía copiada del paciente, es necesario realizar alivios tanto en el modelo superior como en el modelo inferior en las zonas irregulares del reborde, mediante el uso de cera rosada en dichas zonas. Para la elaboración de las cubetas, se empleó acrílico autocurable transparente, aislante, una hoja de bisturí o el juego de PKTs y vasos dappen para las mezclas. Las cubetas deben tener en su cara externa un mango fabricado con el mismo acrílico autocurable, el cual sirva para sujetar toda la cubeta y facilitar el llevarla a la boca de la paciente, este no debe interferir con los labios ni con las estructuras anatómicas de la paciente Se deben pulir las cubetas para luego probarlas en el paciente, evitando que las asperezas del acrílico causen daño en la mucosa del paciente.

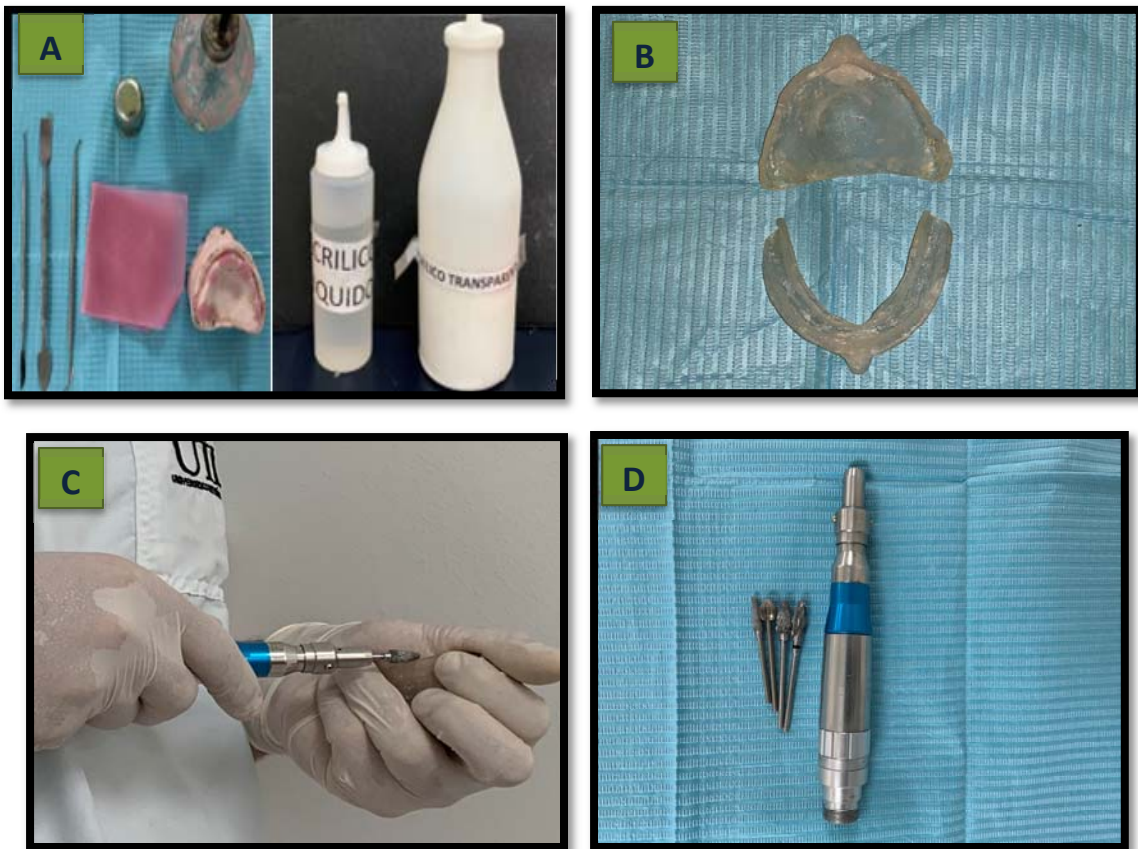
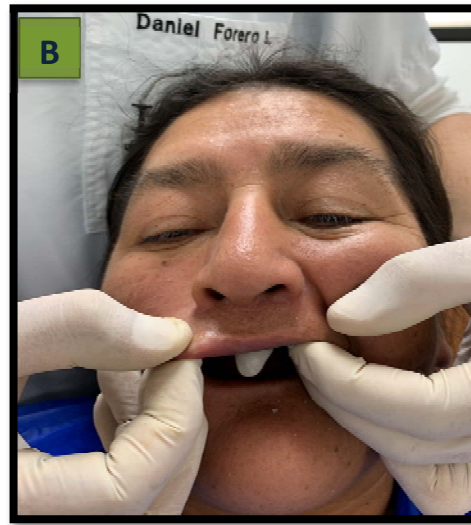
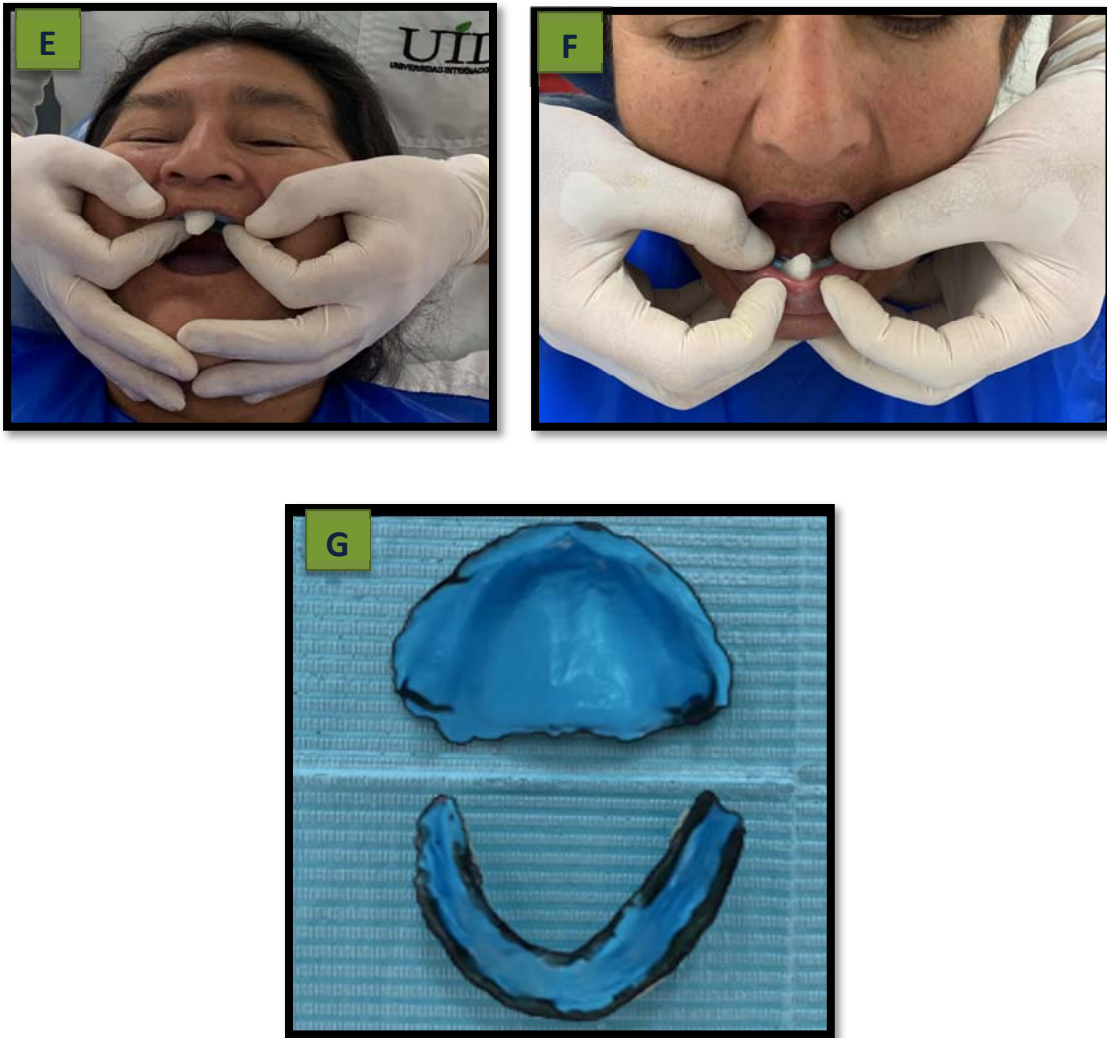


Figura #24. Elaboración de cubetas A) Lamina de cera rosada, modelos aliviados, mechero, juego de PKTs y acrílico para las cubetas, B) Cubetas terminadas. C y D) Pulido de cubetas con pimpollos y micromotor / **Elaborador:** Daniel Forero

Mediante el recorte muscular, se comprueban las cubetas en la boca del paciente, verificando que se extienda sobre el terreno protésico delimitado, es vital probar la estabilidad de la cubeta, al pedirle a la paciente que realice movimientos habituales de apertura, cierre y lateralidad, imitando los procesos fisiológicos normales. Se confirma también que las cubetas no invadan las zonas de los frenillos y las inserciones de musculares. Se realizan movimientos de los labios en todas las direcciones. El siguiente paso que se realiza en la paciente es el sellado periférico, la cual es una técnica para adaptar los bordes de la cubeta a la mucosa mediante una leve presión, se ha descrito que para lograr el sellado periférico se debe usar de material la godiva, luego se utilizó una pasta de adición liviana para copiar los tejidos del paciente, esta permite lograr la impresión funcional o definitiva sin el uso de la pasta zinquenolica. Es importante mencionar el uso de un material adhesivo llamado “virtual” el

cual se coloca sobre la zona protésica de la cubeta, este material ayuda a mejorar la retención al unirse con la pasta de adición.

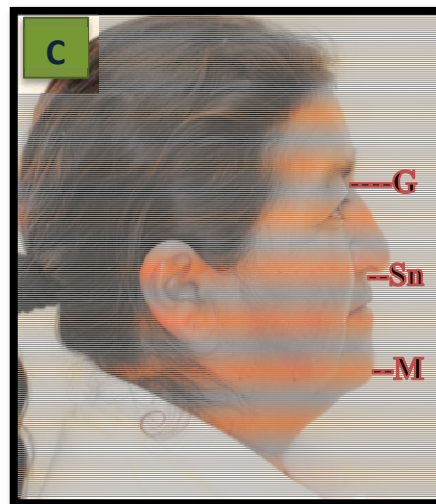
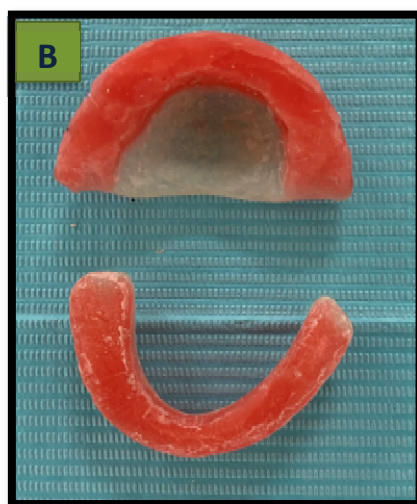




*Figura #25. Recorte muscular y sellado periférico A) Prueba de las cubetas en la boca del paciente B) Movimientos para el recorte muscular C) Godiva en la cubeta para el sellado periférico D) Materiales para la toma de las impresiones definitivas (E y F) Impresión en el paciente G) Resultados finales de la impresión funcional / **Elaborador:** Daniel Forero*

El procedimiento de vaciado de las impresiones funcionales tiene como finalidad darle forma y tamaño al modelo definitivo para conservar la profundidad y el ancho del fondo del surco. Esto se logra mediante la construcción de 3 paredes horizontales alrededor de la impresión. Se utiliza una lámina de cera rosada y cera amarilla para sellar todos los espacios, posteriormente se vierte yeso extraduro para obtener el modelo final. Para la elaboración de los rodets se utilizan láminas de cera rosada, se deben tomar en cuenta las medidas estándares para hacer los rodets encima de las cubetas finales o definitivas confeccionadas

posterior al vaciado de las impresiones funcionales. Para verificar que el rodete en cera superior este correcto en la paciente, son necesarios los planos de orientación superior. En el primero se deben determinar 3 puntos sobre el rostro del paciente, los cuales son el punto G o glabella, Sn o subnasion y el mentoniano. Esto nos ayuda a determinar el soporte labial, si se observa una angulación muy pronunciada, se debe calentar una espátula para rebajar la cera en la cara vestibular y oclusal de los rodetes con la intención de dar una armonía más estética al perfil facial del paciente. La altura incisal se refiere a la parte o altura visible de los dientes que se muestran cuando los labios se encuentran en reposo, su media está entre 1 y 2 mm expuesto por debajo del labio superior en reposo. Se pidió a la paciente mantener sus labios y musculatura relajada para poder marcar esta línea en los rodetes.





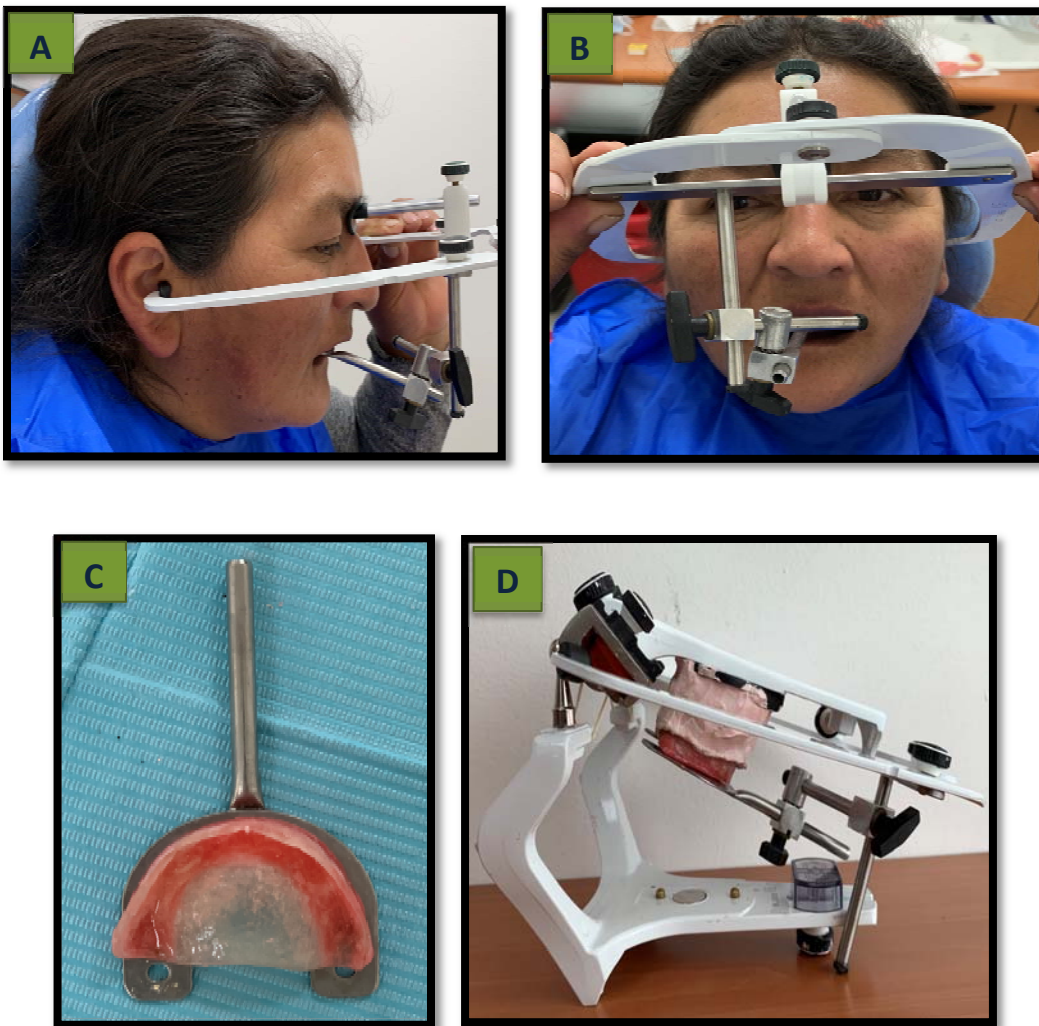
*Figura #26. Plano de Orientación superior A) Vaciado en yeso de las impresiones definitivas B) Rodetes en cera superior e inferior. C) Puntos G, Sn y M del paciente D) Desgaste de la cera con la espátula. /
Elaborador: Daniel Forero*

Para determinar un correcto plano oclusal, se utiliza la platina de fox, mediante la cual se busca un paralelismo con dos líneas, bipupilar y plano de camper, logramos definirlo al poner la platina más grande en la zona oclusal del rodete superior y con la ayuda de la otra parte que trae la platina de fox, se confirma el paralelismo de estas dos líneas antes mencionadas, en el caso de nuestro paciente se notaba un perfecto paralelismo y no fue necesario bajar de tamaño el rodete, luego para señalar la línea de la sonrisa marcamos una línea curva que se formaba desde el borde superior del labio inferior del rodete superior, al pedirle a la paciente que sonriera, de igual manera se marcó la línea media, tomando como referencia la mitad exacta del frenillo medio y la punta de la nariz, de igual modo se toma como relación el ala de la nariz o el centro de las eminencias caninas para posicionar la línea de los caninos.



*Figura #27. Plano de Orientación superior (A y B) Plano oclusal del paciente al verificar paralelismos con las líneas de camper y bipupilar, C) Línea media, D) Línea de los caninos/ **Elaborador:** Daniel Forero*

Una vez terminados los planos de orientación superior con sus líneas estéticas, se procede a montar el rodete superior en un articulador semiajustable, se transfieren los planos al articulador mediante el arco facial, el cual es un aditamento que nos ayuda a determinar la distancia intercondílea y precisa una posición de los arcos dentarios en relación a la ATM, se utilizan 3 puntos como referencia, los cuales son dos ejes posteriores para cada cóndilo (conductos auditivos externos) y uno anterior del nasion o infraorbitario. El arco facial tiene una horquilla que se coloca a la paciente, pegada junto con el rodete superior anclándola con cera o godiva, esta horquilla debe estar alineada con el plano de frankfur, camper y oclusal. Seguido se ajustan y atornillan todas piezas del arco facial para registrar la distancia intercondílea y posterior montarlo en el articulador.

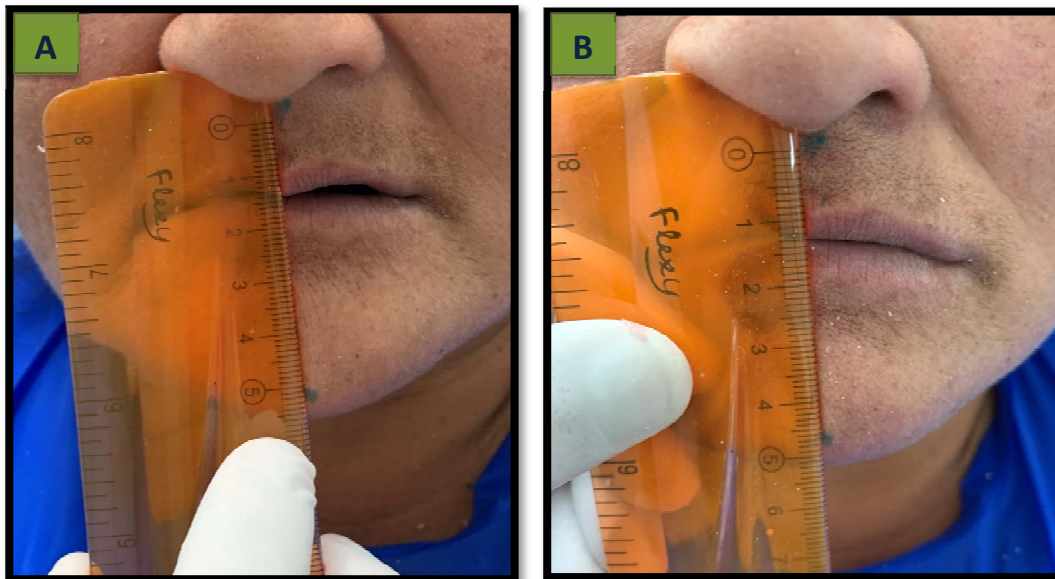


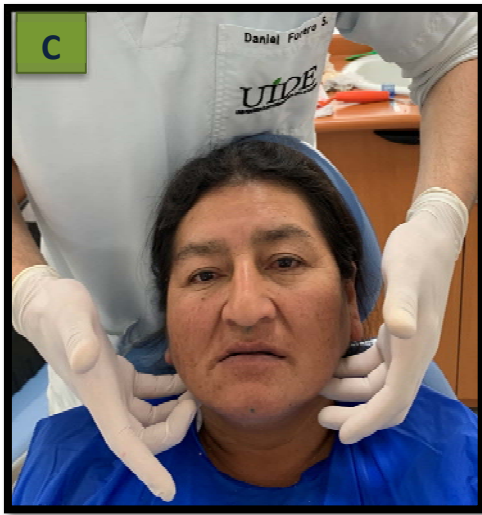
*Figura #28. Montaje del rodete superior en el articulador (A y B) Ajuste del arco facial en la paciente (C) Horquilla con el rodete, D) Rodete superior montado en el articulador con el arco facial/ **Elaborador:** Daniel Forero*

Se obtiene la individualización del plano de orientación inferior mediante la dimensión vertical de la paciente, lo cual nos dará la nueva altura del tercio inferior del rostro, es decir la relación espacial del maxilar con la mandíbula en el plano vertical. Se determinó la dimensión vertical mediante la ecuación de Silvermann, esta consiste en medir con una regla el tercio inferior del rostro, el primer valor a tomar es la dimensión vertical en reposo (DVR), el paciente debe estar sin los rodetes en la boca, se le pide ir cerrando lentamente la boca y parar al primer contacto entre sus labios, esta medida es de 50 mm o 5 cm , luego se colocan los rodetes en la boca del pacientes y se repite el proceso, esto halla la dimensión vertical en

oclusión (DVO), Su valor fue de 47 mm o 4,7 cm, al restar estas dos medidas, (DVR – DVO = EFL) nos da el espacio funcional libre de 2 a 3 mm.

Para la desprogramación neuromuscular de la paciente y con ella llegar a una estable relación céntrica, se utilizó el método o técnica bimanual de Dawson donde se lleva la mandíbula del paciente en una posición lo más retraída posible, al manipular la mandíbula como se ve en las fotos. Se deben de llevar a la boca los dos rodetes, una vez lograda la posición deseada se fijaron grapas a los rodetes para poder montarlos en el articular sin perder la posición reproducida.





*Figura #29. Plano de Orientación inferior A) DVR. B) DVO. (C, D, E, F) Técnica bimanual de Dawson, G) Transferencia de los rodetes con grapas al articulador / **Elaborador:** Daniel Forero*

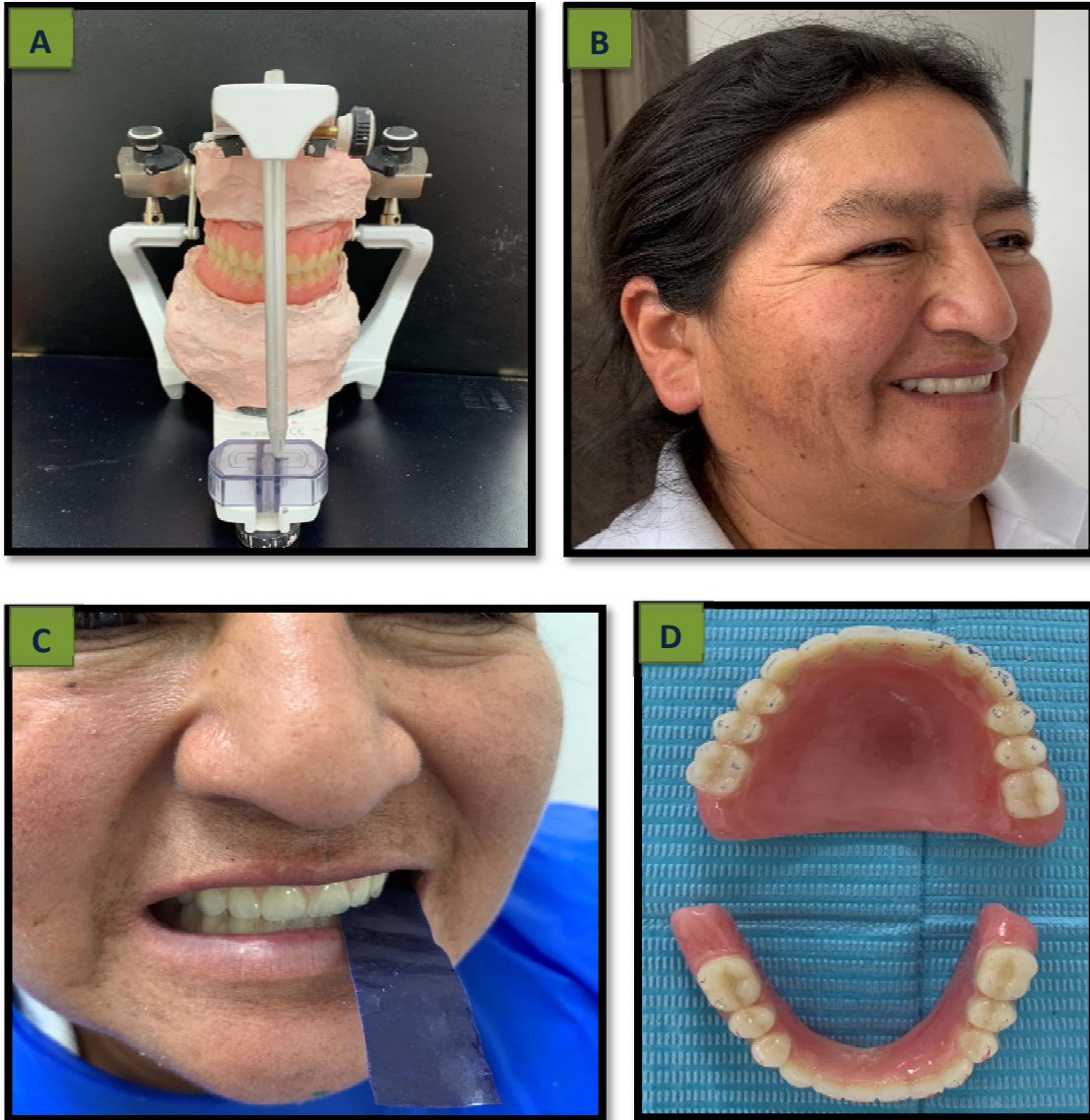
Finalmente se monta el modelo inferior en el articulador, se debe fijar según sea la inclinación del modelo superior en el articulador. Para la selección del color de los dientes, tomamos muy en cuenta los aspectos de la edad, sexo y raza de la paciente, y por su puesto considerar la opinión del paciente. Se utilizó la escala de ivoclar vivadent chromascop, eligiendo el color 2B – 210 teniendo en cuenta los aspectos anteriormente mencionados.



Figura #30. A) Rodetes y modelos montados en el articulador B) Colorímetro C) Color seleccionado / **Elaborador:** Daniel forero **Figura #.** A) Rodetes y modelos montados en el articulador B) Colorímetro C) Color seleccionado / **Elaborador:** Daniel Forero

Luego de haber enviado el articulador al laboratorio en la anterior sesión para que enfilen los dientes, se procede a realizar la última prueba de las prótesis totales, esta prueba en cera nos permite verificar un correcto corredor bucal, línea de la sonrisa, características y posición de los dientes enfilados, línea media, un perfil facial repuesto a través de las estructuras manufacturadas, y por supuesto verificar la recuperación de una oclusión tanto estable como

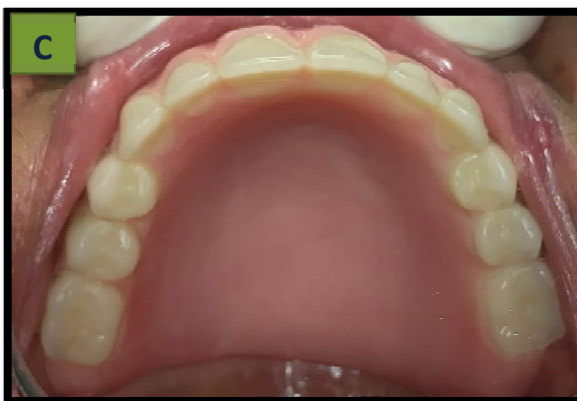
balanceada. Es de vital importancia hacer un ajuste oclusal de las prótesis mediante el uso de papel articular, nos ayudamos a eliminar puntos prematuros de contacto en la prótesis con la turbina y fresas de pulido de grano fino.



*Figura #31. Prueba en cera de la prótesis A) Articulador con los dientes enfilados B) Foto del paciente de medio lado sonriendo, (C y D) Ajuste oclusal / **Elaborador:** Daniel Forero*

En esta última sesión el laboratorio nos envía las prótesis totales ya acrilizadas, se vuelve a revisar aspectos funcionales y estéticos como en la anterior cita, con el fin de brindar un mejor acabado del trabajo y una satisfacción completa del paciente, se realiza un control

oclusal con el fin de chequear que la oclusión no se haya alterado por la acrilización. Se explica a la paciente que le podría costar en los próximos días el acostumbramiento de sus nuevas prótesis, de igual modo, podrá notar inconvenientes al pronunciar o hablar, es por esto que se le indica realizar ejercicios para una mejor y rápido adaptación, como por ejemplo el hablar en voz alta y repetir palabras que no pronuncie correctamente. También se explican los cuidados e higiene que debe tener todos los días con las prótesis y con sus tejidos bucales propios, dando a futuro como resultado unas prótesis más longevas y de mayor duración. La paciente debe volver al día siguiente de la entrega de las prótesis, (así como 8 días después) para constatar que no existan puntos de presión sobre el reborde, así como ejecutar nuevos controles de la oclusión y de cualquier otra molestia o inquietud por parte del paciente.

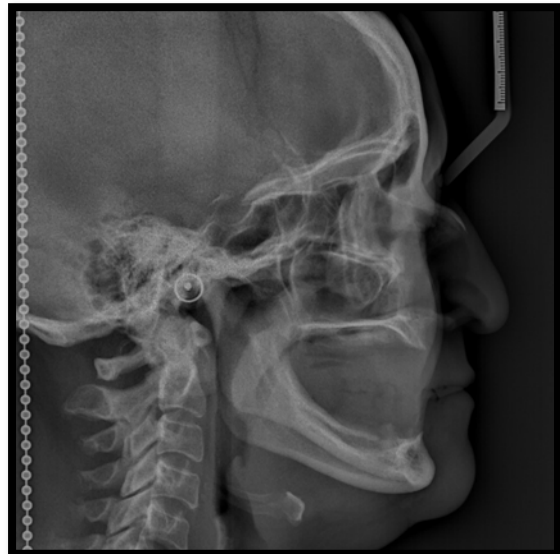
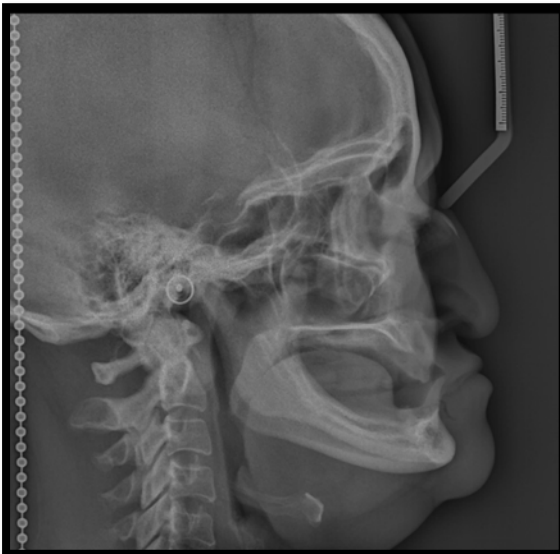




*Figura #32. Entrega de las prótesis totales A) Foto frontal de la paciente B) Foto de Perfil de la paciente, C) Fotografía intraoral oclusal superior de la prótesis, D) Fotografía intraoral oclusal inferior de la prótesis E) Paciente contenta y satisfecha / **Elaborador:** Daniel Forero*

RX LATERAL DE CRANEO ANTES

RX LATERAL DE CRANEO DESPUES



ANTES



DESPUES

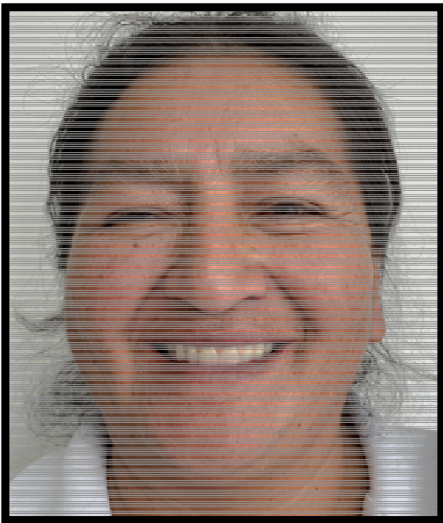


Figura #33. Fotos de antes y después del tratamiento / Elaborador: Daniel Forero

7. Discusión

Según Moreira y col. (2010) muestran que la pérdida dentaria total o edentulismo a nivel internacional se puede relacionar (además de procesos patológicos como la caries, enfermedad periodontal, entre otras) a otros factores como el poco o difícil acceso a servicios de salud por parte ciertas zonas de escasos recursos, también se liga a un pobre nivel social y económico de las personas, así como la falta de controles o chequeos periódicos de su salud bucal y el limitado interés de la población por una dentición sana.

Existe varios tipos de tratamientos para reemplazar dientes de forma parcial o total, según Telles (2011) para sustituir dientes ausentes, el tratamiento ideal son los implantes, pero este procedimiento tiene varias limitaciones de tipo anatómicas, psicológicas y sobre todo económicas, la cual para el presente caso es una de las razones principales por la que no se optó realizar además de que se imposibilitaba a seguir en la clínica de especialidades de la universidad internacional, siendo las prótesis totales convencionales la mejor opción que se ajusta a el interés del paciente.

Según Telles (2011) La prótesis total tiene como objetivo la restauración total de las funciones que se han perdido por falta de los órganos dentarios y mediante ello mantiene la salud de los tejidos de soporte, siempre y cuando se cumplan criterios precisos en la elaboración de la prótesis, al aplicar dichos conceptos y parámetros en el caso clínico anteriormente descrito, se logra una retención o sellado de la base protésica, estabilidad y soporte sobre el reborde residual de la paciente.

En un estudio realizado para medir la efectividad de diferentes métodos para la desprogramación neuromuscular y llegar a relación céntrica, según Caravadossi y col. (2012) proponen que el método bimanual de Dawson y la técnica Power Centric tienen un alto nivel de reproductibilidad de la relación céntrica, las cuales ubican los cóndilos en una posición anterior, superior y medial. De la misma manera, en el presente caso, la técnica de Peter Dawson resultó ser efectiva para cambiar el engrame neuromuscular del paciente.

Según Wilson A. (2004) posiciona a la técnica bimanual de Dawson como una de las más consistentes que logra resultados exactos, reproducibles y fiables.

En un estudio por Kantor y col. (1972) considera esta técnica como la más fiable al resultar como un método consistente en el registro de la relación céntrica.

Según Orozco Varo A. y col. (2008) en su artículo “Centric relation: concepts revision and recording techniques”, llegan a la conclusión de que “La técnica de manipulación mandibular de Dawson es una de las más repetibles y un método consistente de registro de RC”, lo cual es contrastable con los resultados del presente caso clínico.

En el presente caso, los estudios cefalométricos del antes y después sirvieron como medio diagnóstico para determinar con certeza que la paciente presentaba una mordida cruzada pseudoprognata de origen funcional por sus anteriores prótesis totales mal adaptadas, luego de instalar las nuevas prótesis en una oclusión en relación céntrica, se observó en la paciente el cambio a una norma oclusión, corroborando de esta forma que no se trataba de una verdadera clase III de tipo esquelética. La radiografía lateral de cráneo y los estudios cefalometrías han demostrado ser una herramienta muy útil para obtener medidas craneofaciales por medio de trazos en la radiografía que luego se calcan en un papel acetato, las medidas de ciertos puntos anatómicos, crean distancias y relaciones que permiten ser comparados con patrones de normalidad, (Puigdollers, 2000) afirma que la cefalometría de Ricketts da un conocimiento amplio sobre la patología, la fisiología y morfología craneofacial, la cual permite definir un diagnóstico acertado para luego ejecutar un buen plan de tratamiento.

Según Vidal C y col. (2010) en un estudio sobre la detección de incrementos en la dimensión vertical oclusal mediante análisis cefalométrico de Ricketts, reconoce la utilidad del análisis cefalométrico de Ricketts como una herramienta de apoyo diagnóstica complementaria a los análisis arbitrarios de evaluación de DVO y sobre todo en casos que requieren un incremento terapéutico de la dimensión vertical. Para el presente caso, al comparar los valores norma de Ricketts y Steiner en las fichas cefalométricas con los valores de los ángulos de la cefalometría después del tratamiento (anexos pág. 79-82) reafirman que la ecuación de

Silvermann para determinar la dimensión vertical de la paciente, logran aumentar la altura facial del rostro que se encontraba disminuida a causa sus anteriores prótesis.

La adaptación a una nueva prótesis total y más aún un cambio en la neuromusculatura, puede llegar a causar molestia en el paciente, es importante advertir al paciente de posibles interferencias que causan puntos dolorosos, de este modo el paciente debe retornar a la consulta para un reajuste de la prótesis, por otro lado, la fonación puede llegar a alterarse mientras ocurre una adaptación. Según Ozawa (2017) los pacientes de edades medianas tienden acostumbrarse de forma más rápida que los pacientes adultos mayores. Como es el caso del presente trabajo, esto también está relacionado con mandar ejercicios para mejorar el habla y la sensación de un cuerpo extraño en la boca.

8. Conclusiones

- La técnica de desprogramación neuromuscular bimanual preconizada por Peter Dawson, permitió restituir una adecuada relación céntrica articular, logrando la rehabilitación de la paciente mediante las prótesis totales en oclusión céntrica.
- Mediante la aplicación de la ecuación de Silvermann, se logró aumentar 10 mm la dimensión vertical en oclusión, mejorando su estética y armonía facial. Por otro lado, es importante mencionar que los estudios cefalométricos, demostraron por medio del trazado de líneas y ángulos, las discrepancias dentofaciales de la paciente antes del tratamiento y como después de realizar unas correctas prótesis totales, restablecieron la altura inferior del rostro y relación de la mandíbula con base del cráneo.
- La elaboración de unas correctas prótesis totales, obtuvieron un equilibrio dentofacial, corrigiendo el pseudoprognatismo, la mordida cruzada y ausencia de todos los dientes, devolviendo a la paciente a una normoclusión (o clase I de Angle).
- Explicar a la paciente como debe realizar la limpieza de sus nuevas prótesis, permite motivarla a formar hábitos de cuidado e higiene bucal, logrando evitar la acumulación de placa bacteriana y el deterioro temprano de las prótesis.

9. Recomendaciones

Es bien conocido por todos los profesionales de la salud dental, que la odontología cada día avanza y descubre nuevos tratamientos para mejorar la calidad de vida de los pacientes que requieran soluciones estéticas y funcionales, pero se debe considerar, que los tratamientos convencionales aun en la actualidad, dan buenos resultados a corto y largo plazo, se recomienda tener en cuenta el uso de prótesis totales mucosoportadas para futuros casos clínicos, valorando siempre las condiciones y factores independientes de cada paciente, siendo este tratamiento la forma más económica, rápida y eficiente aun en la vida actual.

La ecuación de Silvermann demostró en el presenta caso clínico ser de fácil uso y el tener excelentes resultados para determinar la dimensión vertical, al igual que la técnica bimanual por Peter Dawson para la relación céntrica, se recomiendan aplicarlas para aquellos casos en los que se desee realizar una desprogramación neuromuscular y posterior adaptar prótesis totales en paciente edéntulos o de cualquier otro tratamiento que lo requieran.

Se recomienda realizar estudios comparativos entre los presentes métodos para determinar de la dimensión vertical y relación céntrica, con el fin de obtener un mayor conocimiento sobre cuales técnica dan resultados más confiables, de fácil uso, económicos, y fidedignos para ser aplicados por los estudiantes en la clínica de la UIDE o por otros especialistas.

Es muy beneficioso y recomendable el uso de herramientas diagnosticas como las radiografías periapicales, Rx laterales de cráneo, Rx panorámicas y tomografías, las cuales ayudan para determinar un tratamiento antes de aplicarlo o inclusive como en el presente caso clínico, el uso de un estudio cefalométrico para observar cambios y asegurar el éxito después del tratamiento.

Bibliografía

Águila, J. (1993). Manual de Cefalometría. Aguiram.

Angle E, H. (1899). Classification of malocclusion. 41:248-64. Editorial cosmos.

Anit, J. P. (2012) Oclusion. Recuperado de <http://www.fodonto.uncu.edu.ar/upload/OCLUSION.pdf>

Aristisabala, J. (2014). Fisiología de la mala oclusión-papel en los desórdenes craneomandibulares. Revista ADM.

Ayala, J. Obach, JM. (1997) Diagnóstico en Relación Céntrica. Revista Chilenas de Ortodoncia.

Canut J A.(2000) Oclusión normal y maloclusión. En Ortodoncia Clínica y Terapéutica. 2 ed. Barcelona: Masson SA, 2000: 95-100.

Caravadossi A, Guadalupe M, Odizzio S, Rué G, Vidal A, Villarnobo F, Domínguez D. (2012). Métodos de registro de Relación Céntrica. Son una necesidad en el diagnóstico y tratamiento de ortodoncia. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v24n6/original3.pdf>

Chavez, Benjamin, (2011) Manual de Oclusión I. Recuperado de <http://foposgrado.org/wp-content/uploads/2014/01/occlusion.pdf>

Del Villar, L. (1980). Técnica Cefalométrica de Ricketts. Universidad de Concepción. Escuela Dental.

Hernández J, Padilla M. (2011). Tratamiento temprano de la mordida cruzada anterior. Rev. Estomat. Univalle Recuperado de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/3547/1/07Rev02.pdf>

Kantor ME y cols. (1972) Centric relation recording techniques a comparative investigation. J Prosthet Dent. Recuperado de. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852008000600004

Knebelman, S. (1988). Method for Determining Vertical Dimension.

Lara, C. L. (2012). Tratamiento multidisciplinario en odontología. In Crescendo.

Lopera AM & Botero PM. (2010). Tratamiento para la corrección de mordidas cruzadas posteriores bilaterales. CES Odontología. Recuperado de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1210/753>

Mallat Desplats, & Mallat S. (2003). Prótesis Parcial Removible y Sobredentaduras. España: Elsevier.

Manns, J. Biotti. (2006). Manual Práctico de Oclusión dentaria. págs. 77-86 Editorial Amolca.

Moreira N, Ferraz R, Gomes A, Gomes A. (2010). Prevalencia de edentulismo em descendentes de pomeranos. Rev Gaúcha Odontol.

Naranjo, J. (2003). Oclusion Funcion y Parafuncion., Oclusion Funcion y Parafuncion.

Okeson, J. P. (2013). Tratamiento de Oclusión y afecciones temporomandibulares. Madrid: Elsevier.

Organización Mundial de la Salud. (1997) Encuestas de Salud Bucal. Ginebra. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de. <http://www.dardemamar.com/paginaOMS.htm>

Ozawa, Y, Ozawa, M. (2017). Fundamentos de Prostodoncia total. 1ª ed. 228 – 250. Trillas. Mexico

Palma M., Palma E.(2001). Prevalencia de anomalías dentomaxilares en pacientes del postgrado de ortodoncia de la universidad de Talca entre los años 2005-2010, según la clasificación biogenética modificada.

- Peter Dawson. (2009). Oclusión Funcional, Diseño de la Sonrisa a Partir de la ATM.
- Pruneda, M. (2013). Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el género. Londres: Labor.
- Puigdollers A. (2000) La ortodoncia según ricketts. Rev. Esp. Ortodoncia. Recuperado de. http://www.revistadeortodoncia.com/files/2000_30_3_285-303.pdf
- Ramfjord, SP, Ash MM. (1995). Occlusion. Fourth edition. 85-110. Philadelphia: Saunders.
- Rodríguez E. White L. (2008). Ortodoncia contemporánea. Diagnóstico y tratamiento. Editorial AMOLCA. 2da Edición.
- Rojas, F. (2009). Manual de higiene. 1 ed. buenos Aires: medica panamericana.
- Sánchez, S. (2014) Revisión Bibliográfica sobre Relaciones Cráneo Mandibulares en Prótesis Trabajo de Investigación. Recuperado de. <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od073d.pdf>
- Telles, D. (2011). Prótesis Total Convencional y sobre Implantes. Sao Paulo
- Theodosia B, Jonas I. (2007). Long-term Stability of unilateral Posterior crossbite correction Angle Orthod. Vol 77, No 2.
- Ugalde F. (2017) Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od073d.pdf>
- Velásquez V. (2005). Mordida cruzada anterior: Diagnóstico y tratamiento con Placa Progenie. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Recuperado de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/art-8/>
- Wilson, A. Banerjee. (2004). Recording the retruded contact position: A review of clinical techniques. Br Dent J.

Anexos

FICHA CEFALOMÉTRICA

Antes del tratamiento protésico

PACIENTE: Soila Mercedes Yunga

EDAD: _____

			EXTRANJERO ADULTO	NORMA ECUATORIANA DENTICIÓN MIXTA	EST	DIF.	INTERP.
I	ESTRUCTURA CRANEAL ESQUELETAL	< BaSN (Bjork)	130°	132° ± 1			
		II	ESTRUCTURA MAXILAR ESQUELETAL HORIZONTAL	POSICIÓN MAXILAR	< SNA (Steiner)	82°	83,5°
III	ESTRUCTURA MANDIBULAR ESQUELETAL HORIZONTAL	POSICIÓN MANDIBULAR	N ^o perp A (Steiner)	+1	0.25		
		< SNB (Steiner)	80°	80°	91°		
		< Facial (Ricketts) Fr - N Pg	87° (±) 3	87° (±) 3			
		< Goniaco (Schwarz)	123° ± 10	123° ± 10			
IV	RELACION MAX-MANDIBULAR VERTICAL	CRÁNEO MANDIBULAR Rotación mandibular	< SND (Steiner)	76° - 77°	76° - 77°	89°	
		PROMINENCIA MENTÓN	Pg - NB 1:1 +/- 1.5 mm	1 - 2 mm a 2mm	2mm a 0mm		
		CRÁNEO MAXILAR Incl. Max. Sup.	N perp Pog (Mc Namara) -2 a +2 mm	-4mm a 0mm M -2mm a +2mm H	-8mm a 6mm		
V	RELACION MAX-MANDIBULAR HORIZONTAL	CRÁNEO MAXILAR SN - Bsp (Bjork) pp	8.5°	8.5°			
		CRÁNEO MANDIBULAR	SN - GoGn (Steiner)	32.0°	33.50°		
VI	DENTAL MAXILAR	MÁXILO MANDIBULAR ENP - ENA - GoGn	20 ± 5°	27 ± 5°			
		< PLANO OCLUSAL - SN	SN - P. OCL	14°30	19° ± 1		
VII	DENTAL MANDIBULAR	RELACION MAX-MANDIBULAR HORIZONTAL	ANB (Steiner)	2°	3°		
		POSICIÓN INCLINACIÓN DE INCISIVOS	AO -BO Wits Jacobson M = 0mm H= 1mm		2		
VIII	TEJIDOS BLANDOS	POSICIÓN INCLINACIÓN DE INCISIVOS	< BsP (Schwarz) (1PP)	110° ± 5	110° ± 5		
		< 1 NA (Steiner)	22°	22°			
		1 Na (Steiner)	4mm	4mm			
		1 A-Pog (Down)	3.5 (+2)mm	3 (+2)mm			
VIII	TEJIDOS BLANDOS	POSICIÓN INCLINACIÓN DE INCISIVOS	< 1PM (Schwarz)	90° (±) 5	90° (±) 5		
		< 1 NB (Steiner)	25°	25°			
		1 NB (Steiner)	4mm	4mm			
		1 A-Po (Ricketts)	1 (+2)mm	1 (+2)mm			
VIII	TEJIDOS BLANDOS	INTERINCISIVOS	1.1	130°			
		H - NARIZ	9 ± 11mm	2 - 4 mm			
VIII	TEJIDOS BLANDOS	H - NB	15.5°	13°			

FORMULARIO UIDE-CEO-009

CEFALOGRAMA RESUMIDO DE RICKETTS

Antes del tratamiento Protésico

PACIENTE	Soila Mercedes Yungza	EDAD	49 años
FECHA	04-04-19	ALUMNO	Daniel Forero Sánchez

MAXILAR INFERIOR		NORMA A LOS 3 AÑOS	NORMA	EST.	DIF.	INTERPRET.
1.	Eje Facial	90°	90° ± 3			
2.	Profundidad Facial	84° + 0.33 por año	87° ± 3			
3.	Angulo plano Mandibular o Altura de la rama	27° - 0.66 por año	26° ± 4°			
4.	Altura facial inferior	46°	47° ± 4°		30°	
5.	Arco Mandibular		26° ± 4°			

MAXILAR SUPERIOR		NORMA	EST.	DIF.	INTERPRET.
6.	Convexidad Facial	5mm - 0.6 x año	2mm ± 2mm		
7.	Profundidad Maxilar		90° ± 3°		

DIENTES		NORMA	EST.	DIF.	INTERPRET.
8.	Insicivo inferior a A-Po	1mm	1mm ± 2mm		
9.	Inclinación Incisivo inferior		22° ± 4°		
10.	1er. Molar Superior a PTV	6mm	Edad + 3 (± 3mm)		
11.	Incisivo inferior al plano oclusal		1mm ± 1.25mm		
12.	Ángulo interincisivo	126°	130° ± 10°		
13.	Relación molar		-3mm ± 3mm°		

ESTRUCTURAL INTERNO		NORMA	EST.	DIF.	INTERPRET.
14.	Deflexión craneal		27° ± 3°		
15.	Posición de la rama		76° ± 3°		
16.	Localización del porion		-39mm ± 2mm		

PERFIL BLANDO		NORMA	EST.	DIF.	INTERPRET.
17.	Protrusión Labio inferior	1.1 mm	-2mm ± 2mm		

FICHA CEFALOMÉTRICA

PACIENTE: *Soila Mercedes Yunga* Después del tratamiento protesico

			EDAD:					
			EXTRANJERO ADULTO	NORMA ECUATORIANA DENTICIÓN MIXTA	EST	DIF.	INTERP.	
I	ESTRUCTURA CRANEAL ESQUELETAL		< BaSN (Bjork)	130°	132° ± 1			
II	ESTRUCTURA MAXILAR ESQUELETAL HORIZONTAL	POSICIÓN MAXILAR	< SNA (Steiner)	82°	83,5°	83°		
III	ESTRUCTURA MANDIBULAR ESQUELETAL HORIZONTAL	POSICIÓN MANDIBULAR	N perp A (Steiner)	+1	0.25			
			< SNB (Steiner)	80°	80°	80°		
			< Facial (Ricketts) Fr - N Pg	87° (±) 3	87° (±) 3			
			< Goniaco (Schwarz)	123° ± 10	123° ± 10			
			< SND (Steiner)	76° - 77°	76° - 77°	77°		
	PROMINENCIA MENTÓN		Pg - NB 1:1 +/- 1.5 mm	1 - 2 mm a 2mm	2mm a 0mm			
			N perp Pog (Mc Namara) -2 a +2 mm	-4mm a 0mm M -2mm a +2mm H	-8mm a 6mm			
IV	RELACION MAX- MANDIBULAR VERTICAL	CRÁNEO MAXILAR Incl. Max. Sup.	SN - Bsp (Bjork) PP	8.5°	8.5°			
		CRÁNEO MANDIBULAR Rotación mandibular	SN - GoGn (Steiner)	32.0°	33.50°			
		MÁXILO MANDIBULAR	ENP - ENA - GoGn	20 ± 5°	27 ± 5°			
		< PLANO OCLUSAL - SN	SN - P. OCL.	14°30	19° ± 1			
V	RELACION MAX- MANDIBULAR HORIZONTAL		ANB (Steiner)	2°	3°			
			AO -BO Wits Jacobson M = 0mm H = 1mm		2			
VI	DENTAL MAXILAR	POSICIÓN INCLINACIÓN DE INCISIVOS	< BsP (Schwarz) (1PP)	110° ± 5	110° ± 5			
			< 1 NA (Steiner)	22°	22°			
			1 Na (Steiner)	4mm	4mm			
			1 A-Pog (Down)	3.5 (±2)mm	3 (±2)mm			
			< 1PM (Schwarz)	90° (±) 5	90° (±) 5			
VII	DENTAL MANDIBULAR	POSICIÓN INCLINACIÓN DE INCISIVOS	< 1 NB (Steiner)	25°	25°			
			1 NB (Steiner)	4mm	4mm			
			1 A-Po (Ricketts)	1 (±2)mm	1 (±2)mm			
			INTERINCISIVOS	1.1	130°	130°		
				H - NARIZ	9°11mm	2 - 4 mm		
VIII	TEJIDOS BLANDOS		H - NB	15.5°	13°			

FORMULARIO UIDE-CEO-009

CEFALOGRAMA RESUMIDO DE RICKETTS

Después del Tratamiento Protésico

PACIENTE <i>Soila Mercedes Yunga</i>	EDAD <i>48 años</i>
FECHA <i>04-04-19</i>	ALUMNO <i>Daniel Forero Sánchez</i>

MAXILAR INFERIOR	NORMA A LOS 3 AÑOS	NORMA	EST.	DIF.	INTERPRET.
1. Eje Facial	90°	90° ± 3			
2. Profundidad Facial	84° + 0.33 por año	87° ± 3			
3. Angulo plano Mandibular o Altura de la rama	27° - 0.66 por año	26° ± 4°			
4. Altura facial inferior	46°	47° ± 4°		44°	
5. Arco Mandibular		26° ± 4°			

MAXILAR SUPERIOR		NORMA	EST.	DIF.	INTERPRET.
6. Convexidad Facial	5mm -0.6 x año	2mm ± 2mm			
7. Profundidad Maxilar		90° ± 3°			

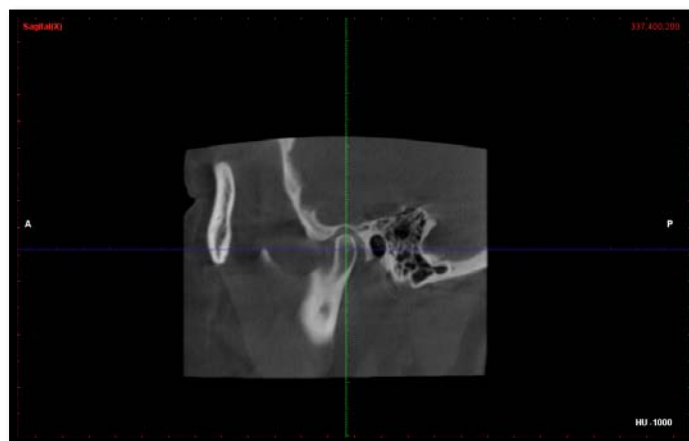
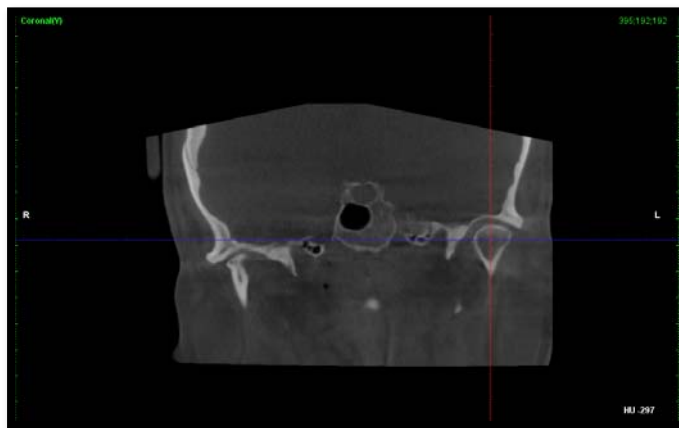
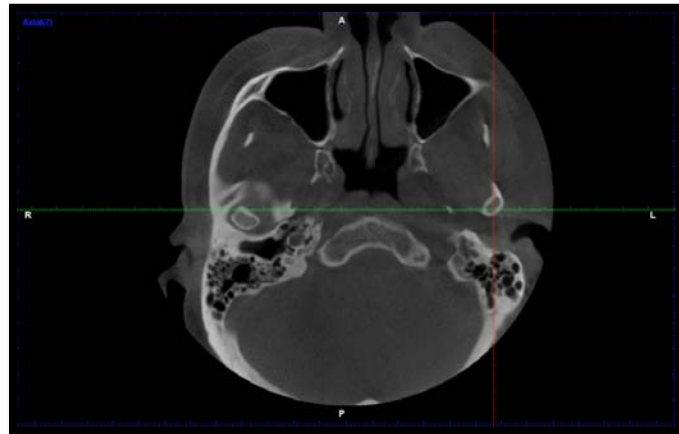
DIENTES		NORMA	EST.	DIF.	INTERPRET.
8. Incisivo inferior a A-Po	1mm	1mm ± 2mm			
9. Inclinación incisivo inferior		22° ± 4°			
10. 1er. Molar Superior a PTV	6mm	Edad +3 (± 3mm)			
11. Incisivo inferior al plano oclusal		1mm ± 1.25mm			
12. Ángulo interincisivo	126°	130° ± 10°			
13. Relación molar		-3mm ± 3mm°			

ESTRUCTURAL INTERNO		NORMA	EST.	DIF.	INTERPRET.
14. Deflexión craneal		27° ± 3°			
15. Posición de la rama		76° ± 3°			
16. Localización del porión		-39mm ± 2mm			

PERFIL BLANDO		NORMA	EST.	DIF.	INTERPRET.
17. Protrusión Labio inferior	1.1 mm	-2mm ± 2mm			

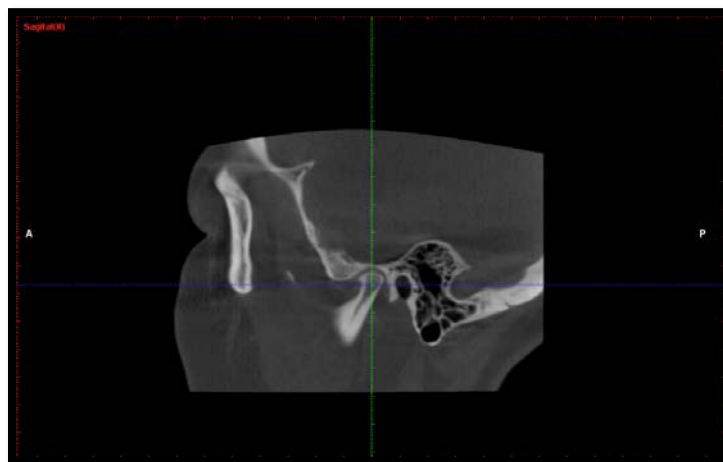
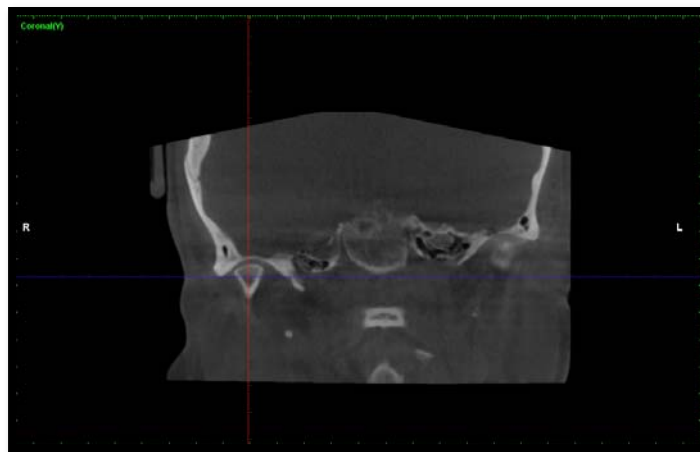
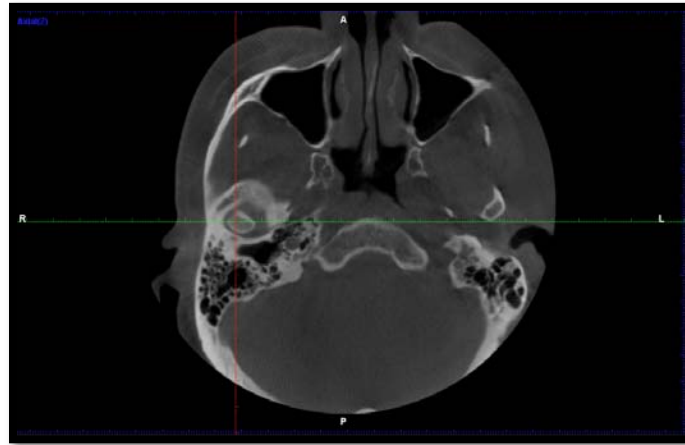
Tomografía del paciente con la boca abierta

Cóndilo Izquierdo



*Tomografía de ATM, boca abierta, cóndilo izquierdo, A) Vista axial, B) Vista coronal, C) Vista sagital. /
Elaborador: Daniel Forero*

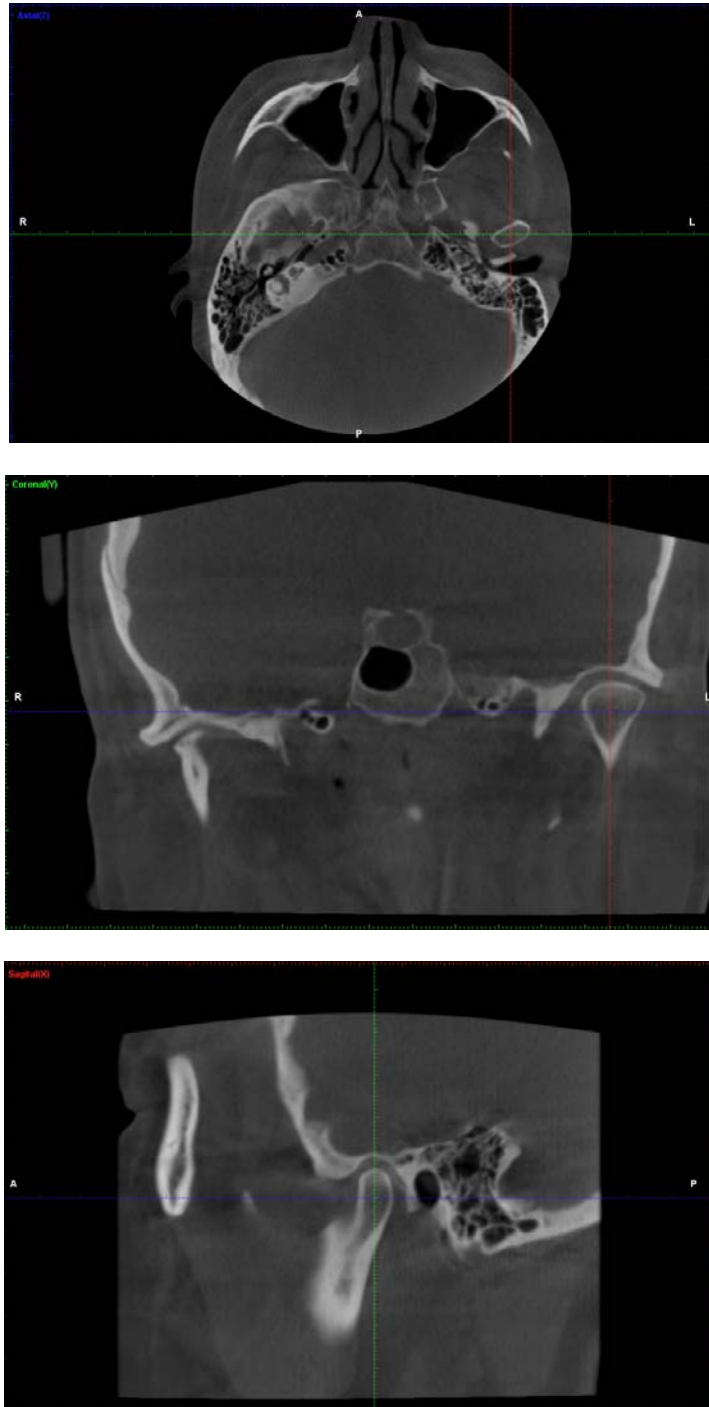
Cóndilo Derecho



*Tomografía de ATM, boca abierta, cóndilo derecho, A) Vista axial, B) Vista coronal, C) Vista sagital. /
Elaborador: Daniel Forero*

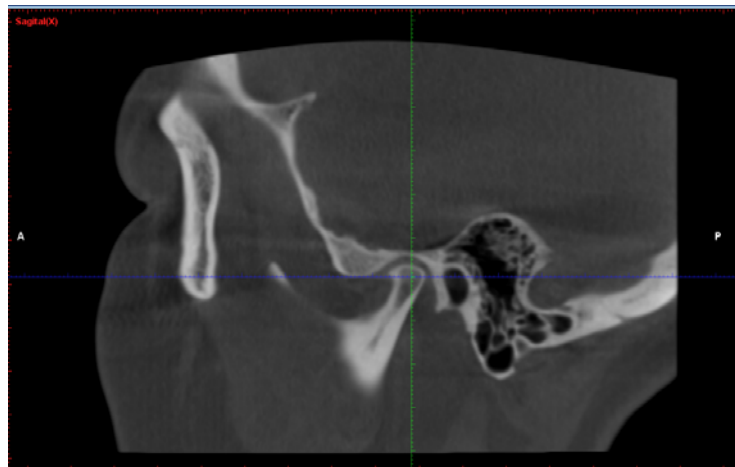
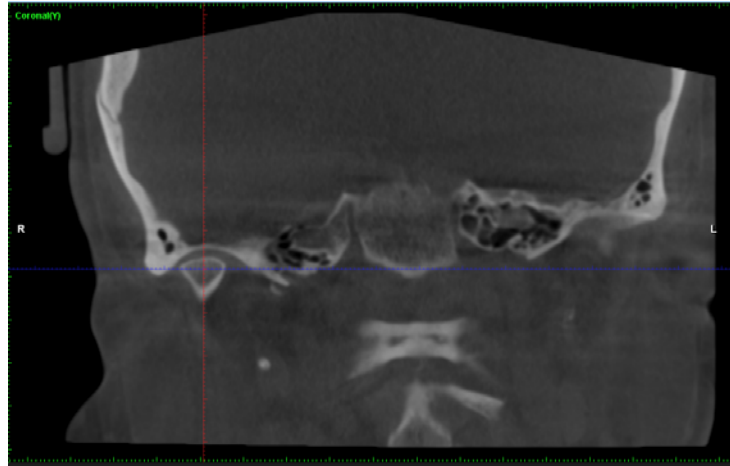
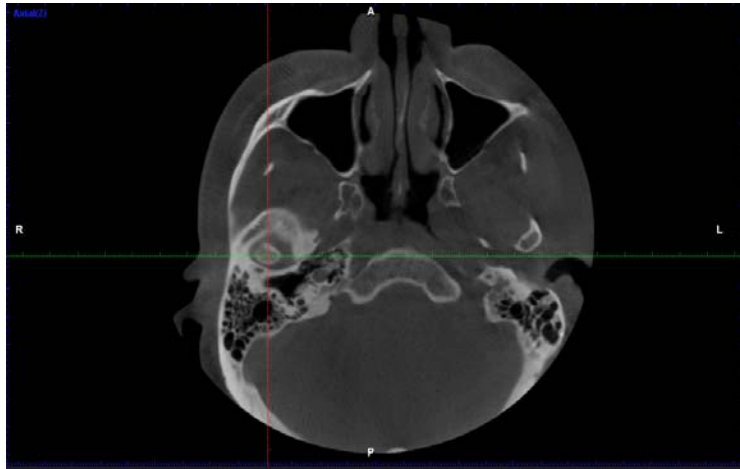
Tomografía del paciente con la boca cerrada

Cóndilo izquierdo



*Tomografía de ATM, boca cerrada, cóndilo izquierdo, A) Vista axial, B) Vista coronal, C) Vista sagital. /
Elaborador: Daniel Forero*

Cóndilo Derecho



*Tomografía de ATM, boca cerrada, cóndilo derecho, A) Vista axial, B) Vista coronal, C) Vista sagital. /
Elaborador: Daniel Forero*

INFORME TOMOGRAFÍA VOLUMÉTRICA CONE BEAM

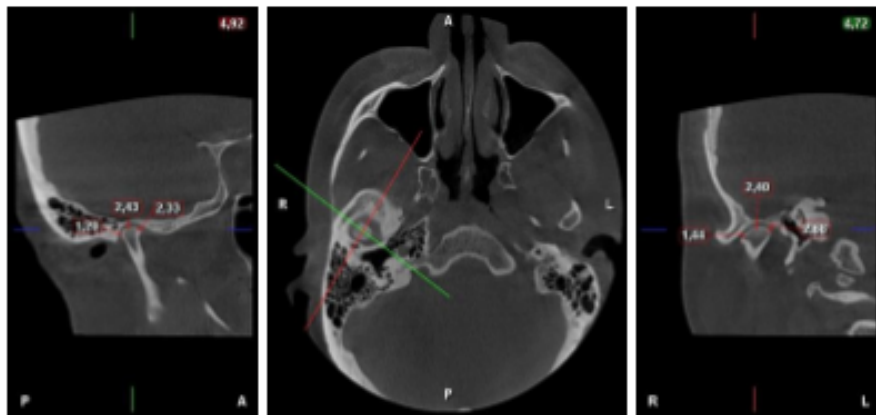
Paciente: ZOYLA YUNGA
Edad:
Tipo de Estudio: TOMOGRAFÍA BOCA ABIERTA, BOCA CERRADA
Fecha de Informe: 28 de enero de 2019

1

ESTUDIO ARTICULACIÓN TÉMPORO MANDIBULAR

Ventanas de captación Boca Abierta Boca Cerrada

LADO DERECHO BOCA CERRADA



Aplanamiento y remodelación condilar.

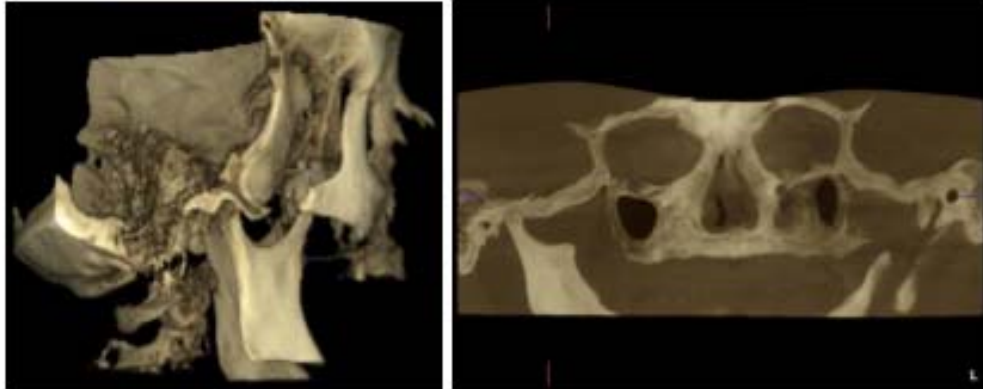
MEDICIONES CORTE CORONAL

Espacio articular superior 2.40 mm
Espacio articular posterior 2.68 mm
Espacio articular anterior 1.44 mm

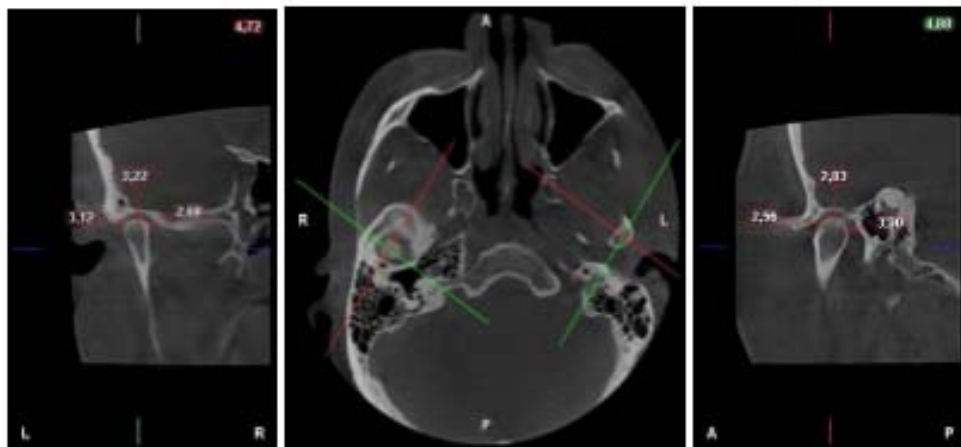
MEDICIONES CORTE SAGITAL

Espacio articular superior 2.43 mm
Espacio articular posterior 1.20 mm
Espacio articular anterior 2.33mm

2



LADO IZQUIERDO BOCA CERRADA



MEDICIONES

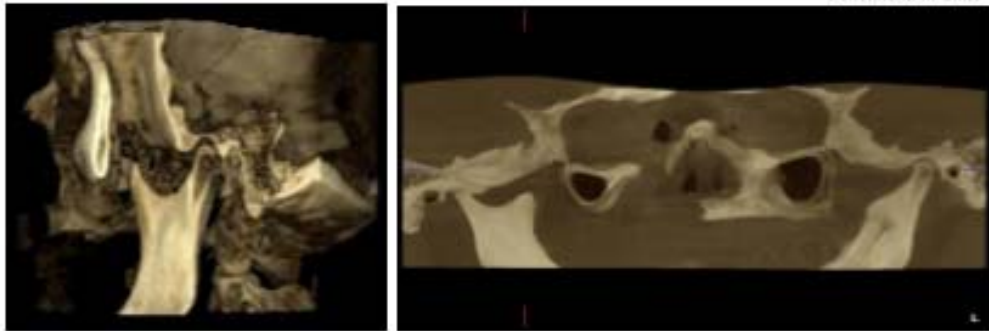
CORTE CORONAL

Espacio articular anterior 2.68mm,
Espacio articular superior 3.22mm.
Espacio articular posterior 3.12 mm

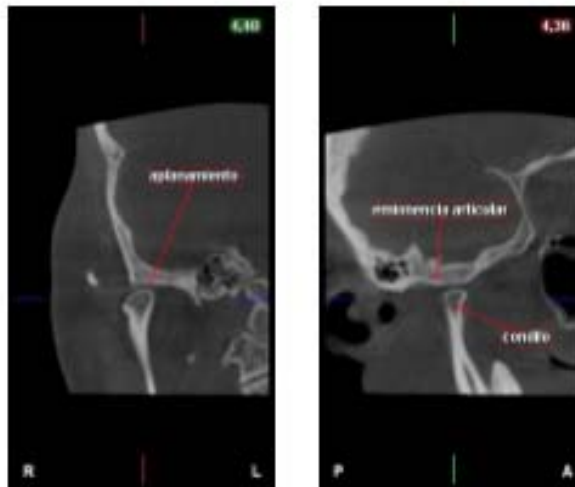
CORTE SAGITAL

Espacio articular anterior 2.56mm.
Espacio articular superior 2.83mm
Espacio articular posterior 3.30mm

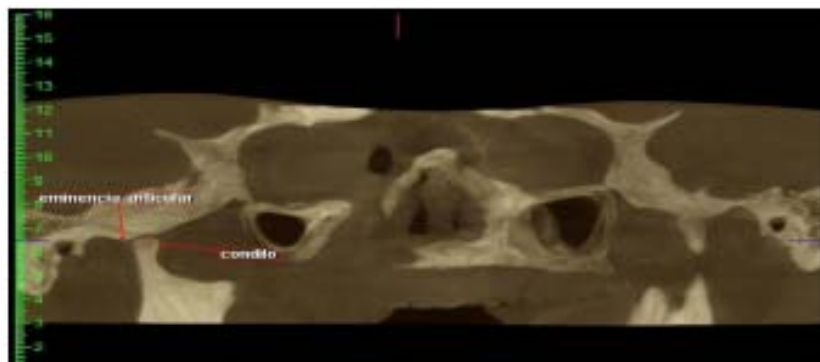
3



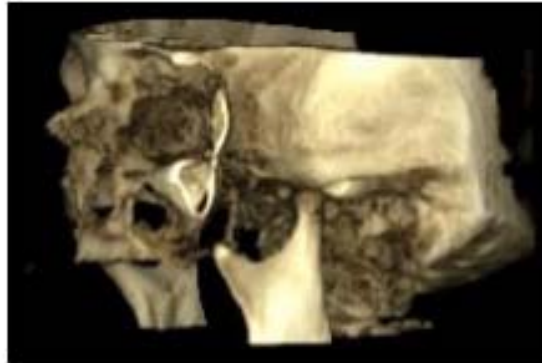
LADO DERECHO BOCA ABIERTA



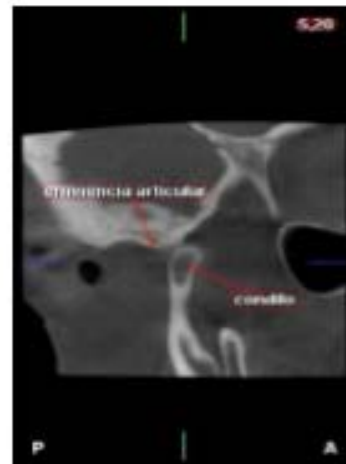
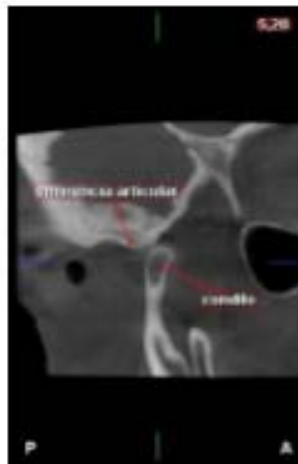
Nótese aplanamiento de eminencia articular con remodelamiento y adelgazamiento de cortical condilar y un aumento de rango de desplazamiento.



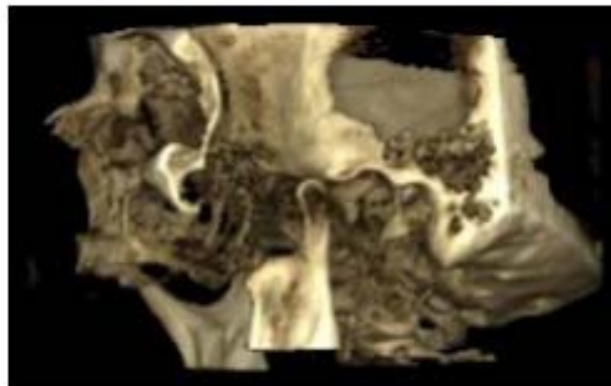
4

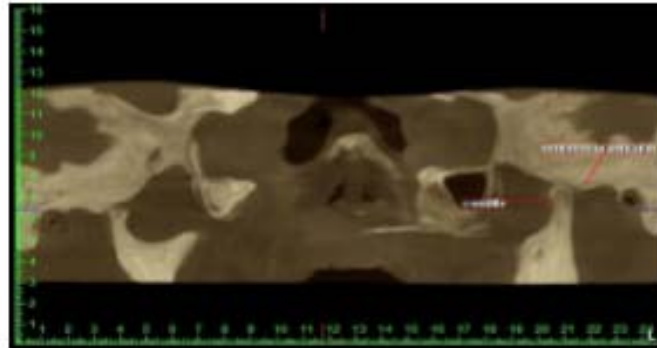


LADO IZQUIERDO BOCA ABIERTA



Rango de desplazamiento aumentado que ocasiona unalaterodesviación.





Se sugiere control clínico de oclusión y sintomatología, para controlar estado de disco interarticular se sugiere complementar con estudio con resonancia magnética.

Atentamente,
ORION GROUP S.A.

Dra. Marcela Cevallos
Radióloga Dento Maxilofacial

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
UIDE	Hos		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	14234

1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	Nº. CÉDULA DE CIUDADANÍA
Yungosa	Tenenpaucay	Saila	Mercedes	0102950516

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y No. - MANZANA Y CASA)	BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (U/R)	Nº. DE TELÉFONO
Bolivia - Imbabura	Centro Histórico	Quito	Quito	Pichincha		289224 / 09983825504

FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD AÑOS CUMPLIDOS	SEXO	ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN ÚLTIMO AÑO APROBADO	
10-01-1994	Cuenca	Ecuatoriana	Mestizo	48	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	SOL <input type="checkbox"/> CAS <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> VDU <input type="checkbox"/> U-L <input type="checkbox"/>					

FECHA DE ADMISIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA	TIPO DE SEGURO DE SALUD	REFERIDO DE
16-11-18	Vendedora	—	—	—

ASO NECESARIO LLAMAR A	PARENTESCO AFINIDAD	DIRECCIÓN	Nº. DE TELÉFONO
Julio Saquirani	Esposo	Bolivia - Imbabura 8-60	0959177013

TIPO DE URBANIDAD	TIPO DE SEXO	TIPO DE ESTADO CIVIL	CÓDIGO
U=URBANA R=RURAL M=MASCULINO F=FEMENINO SOL=SOLTERO CAS=CASADO DIV=DIVORCIADO VDU=VIUDO U-L=UNIÓN LIBRE			ADMISIONISTA

AUTORIZACIÓN

FECHA: 16-11-18
 YO: Saila Mercedes Yungosa Tenenpaucay con C.I. No. 0102950516

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

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

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Saila Mercedes Yungosa Tenenpaucay

FIRMA DEL PACIENTE: Saila M Yungosa

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Daniel Fozzo Sánchez

NOMBRE DEL TUTOR: Dr. Fernando Acosta

FIRMA DEL TUTOR: [Firma]

ESTABLECIMIENTO: UDFR NOMBRE: Soliz APELLIDO: Yuzar SEXO (M-F): F EDAD: 48 N° HISTORIA CLINICA: 14234

1-4 AÑOS: 5-9 AÑOS PROGRAMADO: 5-14 AÑOS NO PROGRAMADO: 10-14 AÑOS PROGRAMADO: 15-19 AÑOS: MAYOR DE 20 AÑOS: EMBARAZADA:

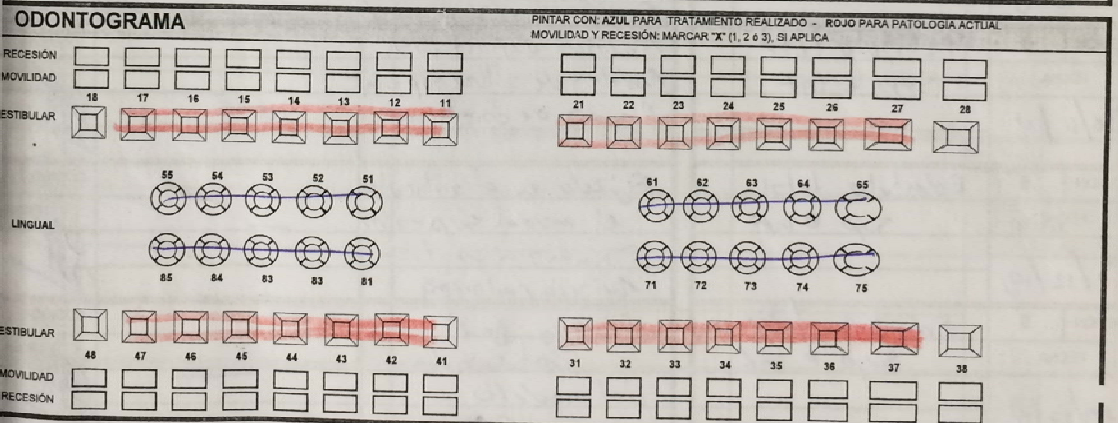
MOTIVO DE CONSULTA: "Me quiero cambiar las prótesis"
ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: Paciente de sexo femenino de 48 años a la consulta con prótesis total superior en mal estado y desea cambiar por una nueva, paciente edulcorada total superior
REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: Paciente No refiere
1. ALERGIAS BIOTICAS 2. ALERGIAS ANESTESIAS 3. HEMORRAGIAS 4. VIHISIDA 5. TUBERCULOSIS 6. ASMA 7. DIABETES 8. HIPERTENSIÓN 9. ENF. CARDIACA 10. OTRO

SIGNOS VITALES: Frecuencia Cardíaca: 85 TEMPERATURA: 38,5 F. RESPIRATORIA: 19
RESION TERIAL: 12/9/08

EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO: Paciente sin patologías aparentes
DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO



INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES	PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS	LEVE	ANGLE I	LEVE
	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	MODERADA	ANGLE II	MODERADA
				SEVERA	ANGLE III	SEVERA
17	55	1	0			
21	51	1	0			
27	65	1	0			
37	75	1	0			
41	71	1	0			
47	85	1	0			
TOTALES						

8 ÍNDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D	0	28	0	28
d				

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

- *rojo: SELLANTE NECESARIO
- *azul: SELLANTE REALIZADO
- X rojo: EXTRACCIÓN INDICADA
- X azul: PÉRDIDA POR CARIES
- ⊗: PÉRDIDA (OTRA CAUSA)
- △: ENDODONCIA
- : PRÓTESIS FIJA
- (-): PRÓTESIS REMOVIBLE
- =: PRÓTESIS TOTAL
- ◻: CORONA
- azul: OBTURADO
- rojo: CARIES

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA	QUÍMICA SANGUÍNEA	RAYOS - X	OTROS
Motivación y fisioterapia oral - Diagnóstico - Profilaxis y Restauraciones de emergencia - Rehabilitación - Prótesis total			

11 DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF+DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1	Edentulo total	K081	3	
2			4	

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	FIRMA
16-11-18		Dr. Fernando Zumbado	

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO
SESIÓN 1 FECHA 16-11-18	Edentulo total sup e inf	Diagnóstico y plan de tratamiento - Remisión al área de rehabilitación para realizar prótesis total		
SESIÓN 2 FECHA 16-11-18	Edentulo total sup e inf	Impresiones preliminares Modelos de estudio y delimitación de terreno protésico sup e inf		
SESIÓN 3 FECHA 23/11/18	edentulo total sup e inf	embetas individuales sup. - inf - Arcos de musculares y sellado periférico - impresiones funcionales sup - inf		
SESIÓN 4 FECHA 30/11/18	edentulo total sup e inf	Modelos definitivos Rodetes de altura sup e inf. Planos de orientación		
SESIÓN 5 FECHA 3/12/18	Edentulo total sup e inf	fijado en el zaticular el modal superior Dimensiones vertical y lateral anteriores		
SESIÓN 6 FECHA 10/12/18	Edentulo total sup e inf	Fijado en el zaticular del modelo inferior		
SESIÓN 7 FECHA 17/12/18	edentulo total sup e inf	Ajuste occlusal prueba en cera de la prótesis		
SESIÓN 8 FECHA 03/01/19	Edentulo total sup e inf	Analizaron y entregaron final control occlusal de las prótesis totales sup e inf		
SESIÓN 9 FECHA				

PLAN DE TRATAMIENTO

RESOLUCIÓN DE URGENCIAS

No urgente

CONTROL DE LA INFECCIÓN Y REINFECCIÓN BUCAL

Se explica técnica de cepillado horizontal sobre las prótesis y la forma de higienizar los encías con gases se explica que también se necesitan colutorios

CONTROL DEL MEDIO ACONDICIONANTE

No urgente

REFUERZO O MODIFICACIÓN DEL HUESPED

Precaución con 9 momentos de recolección por día se le recomienda bajar a 3 por días

CONTROL DE LA INFECCIONES NO RESUELTAS COMO URGENCIAS

No urgente

REHABILITACIÓN

Prótesis total superior e inferior

MONITOREO

3 Meses Inmediato

6 Meses Medial

TUTOR RESPONSABLE:

Pro. Fernando Aguilar

FIRMA:

ESTUDIANTE:

Daniel Forero

FIRMA ESTUDIANTE:

PROCOLO DE PRÓTESIS TOTAL

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Scila M. Yungo Tenenpuma HISTORIA 14234

NOMBRE DEL TUTOR: Dr. Esteban Vizcaino

Desde cuando usa prótesis total Desde los 25 años

La última prótesis hace que tiempo le pusieron 25 años

Le hicieron algún rebase SI NO Hace cuánto tiempo -

Le lastima? SI NO Está floja? SI NO Usa pega? SI NO

EXAMEN CLÍNICO DE LA BOCA

Labios Normal
Carrillos Normal
Saliva Fluida
Movimientos mandibulares Ridmicos

EXAMEN CLÍNICO DE LA BOCA

MAXILAR SUPERIOR

Reborde gingival: Alto Bajo Normal
Reabsorbido: Estrangulado En lámina Mixto
Forma: Triangular Ovoidal Cuadrado

Presencia de torus

Tipo de mucosa: Resilente Fibrosa Flácida Hipertrofiada
Paladar: Ojival Normal Plano

MANDIBULA

Reborde gingival: Alto Bajo Normal
Reabsorbido: Estrangulado En lámina Mixto
Inserción de fenillos: Alto Bajo
Piso de la boca: Normal Presencia de glándulas
Lengua: Normal Macroglosia
Presencia de torus mandibular? SI NO
Presencia de lesiones? SI NO De qué tipo -
Espacio intermaxilar en mm.: Cuánto? -
Paciente: Receptivo Indiferente Con problemas

OBSERVACIONES

Otras patologías -
Distancia de ATM -
Pronóstico: Favorable Desfavorable

Scila M. Yungo
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
C.I.

DATOS CLÍNICOS

DV Reposo 50 Oclusión 45

DIC

Dientes: Color 213 Forma Triangular Tamaño Normal

Encías: Color Normal

PROTOCOLO CLÍNICO

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
16/11/18	1	Elaboración Historia Clínica General y de Total.	
16/11/18	2	Impresiones anatómicas.	
16/11/18	3	Modelos de Estudio y delimitación del terreno protésico.	
23/11/18	4	Cubetas individuales SUP-INF.	
23/11/18	5	Recorte muscular y sellado periférico.	
23/11/18	6	Impresiones funcionales.	
30/11/18	7	Modelos definitivos.	
30/11/18	8	Rodetes de altura Superior - Inferior.	
30/11/18	9	Plano de orientación.	
3/12/18	10	Fijado en Articulador Modelo Superior.	
8/12/18	11	Dimensión Vertical 50 mm.	
3/12/18	12	Relación Céntrica.	
10/12/18	13	Fijado Modelo Inferior.	
17/12/18	14	Enfilado de dientes SUP-INF.	
17/12/18	15	Ajuste Oclusal.	
17/12/18	16	Prueba en cera de Prótesis.	
07/01/19	17	Acrilización.	
07/01/19	18	Colocación Definitiva.	
	19	Control en 24 horas.	
	20	Control en 8 días.	

Recibí el trabajo a entera satisfacción.

FIRMA DEL PACIENTE
 C.I.

ESTUDIANTE

NOMBRE: Daniel Korneo

FIRMA:

TUTOR

NOMBRE: Dr. Esteban Vizcarra

FIRMA:



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
 ESCUELA DE ODONTOLÓGIA
 CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

UNIDAD DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COO. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
UIDE	MOS		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	14234
TIPO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		No. CÉDULA DE CIUDADANÍA	
Yonosz	tempravoz	Sorila	Mercedes		0102450516	

ACCIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARA EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.

ACCIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

PROPOSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS			
evaluar estetica - funcion evaluar funcion - funcion Mastuclor	Protesis total sup. e inf.			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLINICAS			
Variables dieteticas, funcionales y psicologicas	Mala adaptacion - Mala Ocul Mala occlusion - Dolor			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
Dr. Esteban Viazoso	Rehabilitacion			

ACCIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROPOSITOS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

ACCIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA

PROPOSITOS	ANESTESIA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTESICAS			
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD	FIRMAS DEL PACIENTE	
PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD		
CONSENTIMIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD		
CONSENTIMIENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA		
ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS		
COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO		
PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)		
COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO		
DESDE QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIDAD SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.		
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE		
SI MI RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO		
	CÓDIGO	FIRMA