



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, DE LA SALUD
Y DE LA VIDA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**MÉTODOS DE SELECCIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES
EN PACIENTE ADULTO PORTADOR DE PRÓTESIS TOTAL:
REPORTE DE CASO CLÍNICO**

GÉNESIS CAROLINA SALINAS NOVOA

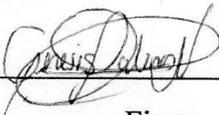
TUTORA: DRA. ALEJANDRA TORRES

QUITO, 2019

CERTIFICACIÓN

Yo, Génesis Carolina Salinas Novoa, con CI 1719502252, declaro bajo juramento, que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada.

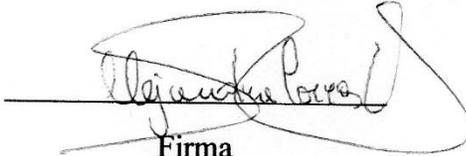
Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, para que sea publicado y divulgado en internet, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, reglamento y leyes.



Firma

CERTIFICACIÓN

Yo, Dra. Alejandra Torres, certifico que conozco al autor del presente trabajo siendo responsable exclusivo tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido.



Firma

DEDICATORIA

A Dios, porque él fue quien me guio a seguir esta carrera y siempre estuvo
acompañándome dándome luz y dirección en cada paso.

A mis padres, por apoyarme incondicionalmente, no estuviera
donde estoy si no fuera por ellos.

A mi hermano, quien a pesar que es menor que yo, es mi gran admiración.

A toda mi familia por su constante apoyo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por haberme permitido culminar satisfactoriamente esta etapa de mi vida.

A mis queridos padres Giovanni y Xime, por su amor, consejos y esfuerzo que hacen que mi hermano y yo seamos aún mejores cada día.

A toda mi familia en general por su apoyo y ánimos, en especial a mi abuelita Mamita Digna y a mi tío Marcelo.

A la Dra. Alejandra Torres por creer en mí y apoyarme en mi trabajo de titulación y a la Universidad Internacional por formarme en esta hermosa carrera.

RESUMEN

En el proceso de la confección de una prótesis dental completa es imprescindible elegir los dientes artificiales óptimos, con el fin de devolver función, estética y fonética al paciente. La selección de los dientes con mucha frecuencia está a cargo del técnico dental, a pesar de la falta de información enviada por el clínico, o simplemente porque no se ha dado la importancia debida. Lo adecuado es que el odontólogo sea quien utilice como guía, registros previos disponibles o elementos anatómicos, para escoger los dientes artificiales y así poder encaminar correctamente el tratamiento protésico que es el que busca el paciente y que además, es el que se merece.

Elaborar un trabajo estético personalizado de acuerdo a los rasgos físicos y deseos del paciente conllevan hacia el éxito del tratamiento, ya que además de querer reflejar naturalidad y autenticidad en las prótesis, mejorara su comunicación y participación en el ámbito social. En el presente caso se realizó una prótesis total convencional superior e inferior a una paciente de 79 años de edad, que acudió a la consulta por referir inconformidad con el aspecto estético de su antigua prótesis, es por ello que se realizó un énfasis en los diferentes métodos de selección de la forma, tamaño y color de los dientes artificiales acorde con las características físicas, fisionómicas, fisiológicas y medidas de elementos anatómicos del rostro de la paciente.

Palabras clave: prótesis total, dientes artificiales, métodos de selección dental, selección de dientes.

ABSTRACT

In the process of making a complete dental prosthesis, it is essential to choose optimal artificial teeth, in order to return function, aesthetics and phonetics to the patient. The dental technician is in charge of the selection of the teeth perhaps because of the lack of information sent by the clinician, or simply because the due importance has not been given. The appropriate thing is that the dentist is the one who uses as a guide, previous records available or anatomical elements, to choose the artificial teeth and thus be able to correctly route the prosthetic treatment that is the one that the patient is looking for and that also is the one he deserves.

To elaborate a personalized aesthetic work according to the physical characteristics and wishes of the patient leads to the success of the treatment, since in addition to wanting to reflect naturalness and authenticity in the prosthesis, it will improve their communication and participation in the social field. In the present case a superior and inferior conventional total prosthesis was performed on a 79-year-old patient, who came to the consultation for referring dissatisfaction with the aesthetic aspect of his old prosthesis, that is why an emphasis was placed on the different methods of selection of the shape, size and color of artificial teeth according to physical, physiognomic, physiological and measures of anatomical elements of the patient's face.

Key words: total prosthesis, artificial teeth, dental selection methods, teeth selection

ÍNDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
ÍNDICE.....	8
ÍNDICE DE TABLAS	11
ÍNDICE DE FIGURAS	12
INTRODUCCIÓN	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
JUSTIFICACIÓN	17
OBJETIVOS	18
OBJETIVO GENERAL:	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	18
CAPÍTULO I	19
MARCO TEÓRICO	19
1. EDENTULISMO TOTAL Y CONSECUENCIAS.....	19
1.1 Consecuencias físicas y anatómicas	19
1.2 Consecuencias biomecánicas	20
1.3 Consecuencias psicosociales	20
1.4 Consecuencias fonéticas.....	21
2. SELECCIÓN DENTAL	21
2.1 SELECCIÓN DEL TAMAÑO DEL DIENTE	22
2.1.1 Distancia interalar	22
2.1.2 Distancia intercantal.....	22
2.1.3 Distancia intercomisural.....	23
2.1.4 Distancia intercigomática.....	23
2.1.5 Distancia interpupilar	24
2.1.6 Ancho mesiodistal	25
2.1.7 Longitud incisoringival.....	25
2.2 SELECCIÓN DE LA FORMA DEL DIENTE	26
2.2.1 Teoría de los temperamentos.....	26

2.2.2 Ley de la armonía.....	27
2.2.3 Teoría dentogénica	28
2.2.4 Forma del arco maxilar	29
2.2.5 Biotipología en odontología.....	30
2.3 COLOR DEL DIENTE.....	31
2.4 Cartas de los dientes.....	32
3. PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS EN PRÓTESIS TOTAL.....	33
3.1 Impresión anatómica	33
3.2 Cubetas individuales y sellado periférico.....	34
3.3 Impresión funcional.....	34
3.4 Bases de prueba y planos de orientación.....	34
3.5 Individualización del plano de orientación superior	35
3.5.1 Soporte labial.....	35
3.5.2 Altura incisal	35
3.5.3 Línea de la sonrisa:.....	35
3.5.4 Corredor bucal.....	35
3.5.5 Línea media	35
3.6 Individualización del plano de orientación inferior	36
3.6.1 Dimensión vertical	36
3.6.2 Relación Céntrica	36
3.7 Montaje de modelo superior e inferior en el articulador	36
3.8 Selección de los dientes artificiales y montaje	37
3.9 Oclusión en Prótesis total.....	37
3.10 Etapa de Instalación	37
3.11 Higiene en prótesis total.....	37
CAPÍTULO III	38
DESARROLLO DE CASO CLÍNICO.....	38
4. HISTORIA CLÍNICA	38
4.1 Datos generales	38
4.2 Motivo de consulta	38
4.3 Enfermedad o problema actual.....	38
4.4 Antecedentes personales y familiares	38

4.5 Signos vitales.....	38
4.6 Examen extraoral.....	39
4.7 Examen intraoral	40
4.8 Exámenes complementarios:.....	41
4.9 Diagnóstico.....	41
4.10 Plan de tratamiento.....	41
4.11 Pronóstico.....	42
4.13 Desarrollo del tratamiento de prótesis total.....	42
DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ancho mesiodistal	24
Tabla 2. Biotipología según Kretschmer	30
Tabla 3. Selección de los dientes según Kretschmer	30
Tabla 4. Signos vitales.....	38
Tabla 5. Examen clínico protésico	40
Tabla 6. Plan de tratamiento	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Método de referencia del ancho total de los dientes anteriores	22
Figura 2. Distancia intercantal.....	23
Figura 3. Método de selección del tamaño total de los dientes anteriores	23
Figura 4. Método de selección del ancho mesio-distal de los dientes anteriores	23
Figura 5. Distancia interpupilar	24
Figura 6. Método de selección del ancho de un incisivo central superior.....	24
Figura 7. Línea de la sonrisa.....	25
Figura 8. Puntos y dimensiones faciales.....	25
Figura 12. Línea bizigomática más larga, adoptando una forma oval de la cara	27
Figura 9. Diente forma cuadrada	27
Figura 10. Diente forma ovoide.....	28
Figura 11. Diente forma triangular	28
Figura 13. Factores: sexo, edad y personalidad.....	29
Figura 14. Forma del arco maxilar	30
Figura 15. Base elemental para escoger el tamaño de los dientes	32
Figura 16. Carta de dientes Duratone-n.....	32
Figura 17. Carta de dientes Tiziano.....	32
Figura 18. Carta de dientes Ivostar	33
Figura 19. Carta de dientes Biotone	33
Figura 20. Carta de dientes Phonares II.....	33
Figura 21. Fotografías extraorales con prótesis antigua	39
Figura 22. Fotografías extraorales sin prótesis	39
Figura 23. Fotografía intraorales	40
Figura 24. Odontograma.....	40
Figura 25. Radiografía panorámica	41
Figura 26. Modelos de estudio previo.	42
Figura 27. Impresión anatómica superior (A), Impresión anatómica inferior (B), Modelo de estudio superior (C), Modelo de estudio inferior (D), Delimitación del terreno protésico (E), Alivio con cera (F).....	43
Figura 28. Material para realizar las cubetas individuales (A), Cubetas individuales (B), Sellado periférico superior (C), Sellado periférico inferior (D).	44
Figura 29. Material para toma de impresión funcional (A), Impresión funcional superior (B), Impresión funcional inferior (C).	44
Figura 30. Encajonado de la impresión definitiva superior (A), Encajonado de la impresión definitiva inferior (B), Vaciado (C).....	45
Figura 31. Bases de prueba y planos de orientación superior e inferior.....	45
Figura 32. Soporte labial vista frontal antes y después (A), Soporte labial vista de perfil antes y después (B) Línea de perfil con puntos glabella, subnasión y mentoniano antes y después (C).	46
Figura 33. Altura incisal.	46

Figura 34. Paralelismo entre la línea bipupilar y plano oclusal. (A), Paralelismo entre plano de Camper y plano oclusal. (B)	46
Figura 35. Corredor bucal.....	47
Figura 36. Línea media.....	47
Figura 37. Arco facial en la paciente para montaje en el articulador.	47
Figura 38. Modelo superior montado en el articulador (A), Vaciado del modelo superior en el articulador (B).....	48
Figura 39. Dimensión vertical medido con calibrador (A), Relación céntrica (B).	48
Figura 40. Modelo inferior montado en el articulador.	48
Figura 41. Distancia interalar medido con calibrador.	49
Figura 42. Distancia intercantal medido con calibrador.....	49
Figura 43. Distancia inter cigomática medido con calibrador.....	50
Figura 44. Distancia intercomisural medido con calibrador.....	50
Figura 45. Distancia interpupilar medido con calibrador.	51
Figura 46. Longitud incisogingival en rodete. (A) Distancia borde del cabello – gnation. (B)	51
Figura 47. Forma de la cara. (A) Forma del arco maxilar. (B) Teoría dentogénica aplicada en dientes artificiales (C) Biotipo corporal. (D) Test de Luscher con colores fundamentales. (E)	52
Figura 48. Carta de dientes Ivostar	53
Figura 49. Modelo de selección de dientes Ivostar	53
Figura 50. Tabla de recomendación de dientes inferiores y posteriores Ivostar	54
Figura 51. Colorímetro de dientes artificiales	54
Figura 52. Toma de color dental.....	54
Figura 53. Dientes artificiales montados en el articulador. (A) Prueba de base con dientes en cera. (B) Modelos en boca. (C).....	55
Figura 54. Máximos contactos en oclusión céntrica. (A) Contactos bilaterales en movimiento de lateralidad. (B, C) Contacto simultáneo en protrusiva. (D).....	55
Figura 55. Colocación definitiva. (A, B, C)	56
Figura 56. Antes y después del tratamiento. (A, B)	57

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales desafíos en la confección de una prótesis completa, es la selección de la forma, tamaño y color de los dientes artificiales.

Los dientes anteriores son determinantes en la sonrisa, por ello, escoger los dientes artificiales en pacientes edéntulos totales se vuelve mucho más complejo, debido a la ausencia de piezas dentales remanentes que puedan orientar y ser un referencial para el odontólogo en cuanto a la elección de la forma, tamaño y color de los mismos. (Aysegul & Gulbahar, 2015)

En la fase de selección de los dientes, las fotografías, modelos de estudio previo, radiografías y prótesis antiguas son de gran utilidad para el clínico (Alarcón, 2018), sin embargo, en la mayoría de los casos no se cuenta con registros previos a la extracción, y por tal razón, la elección de la forma, el tamaño y color del diente puede volverse una tarea muy subjetiva. (Melilli, Calandra, Messina, & Scardina, 2016)

A lo largo de los años se han propuesto varias guías y herramientas que son consideradas como una ayuda para elegir los dientes adecuados para cada paciente, y con ello se puede realizar un meticuloso análisis estético, el cual, a pesar de la naturaleza subjetiva de la evaluación, son técnicas ya existentes que cumplen con criterios aplicados a los tratamientos de prótesis total y son por tanto de gran utilidad. (Fradeani, 2006)

Hasta la fecha, no existe un método con valor universal, capaz de ser confiable de aplicar en cualquier paciente, sin embargo, la forma de la cara, la forma del arco maxilar y otros parámetros como sexo, personalidad y biotipo corporal son guías para la selección de la forma de los dientes. En este sentido, también existen distintas técnicas para escoger el tamaño dental basadas en las dimensiones faciales, tales como el ancho y largo de la cara, ancho de la nariz, entre otros. Tomar en cuenta parámetros como la edad, la tez, y raza del paciente en cambio son guías para determinar el color de los dientes artificiales.

La intención de cada método es volver más sencillo, cuidadoso y con buenos resultados el proceso de selección de dientes para la confección de prótesis totales.

Es por ello que el propósito del presente documento es describir las diferentes técnicas de selección de dientes artificiales que se recomiendan en la literatura a propósito de un caso clínico de prótesis total, en el que se analizó cada método tomando en cuenta la forma del rostro, forma del arco maxilar, sexo, personalidad y biotipo corporal para elegir la forma de los dientes, se realizaron medidas faciales para determinar el tamaño dental adecuado y se observaron características físicas como la edad y tez de la piel para elegir el color; todo con la finalidad de además de recuperar la función masticatoria y favorecer la deglución y fonética, se enfoca en devolver la estética facial y dental a través de un análisis personalizado de acuerdo a dimensiones y características propias de la paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desafío del estomatólogo al realizar dentaduras completas consiste en devolver al paciente la función fonética, masticatoria, el buen aspecto estético y en consecuencia el fortalecimiento de la autoestima que muchas de las veces se encuentra comprometida. De tal modo, que al centrarnos en el aspecto estético, este requiere ser analizado con la misma importancia del resto de parámetros. La mayor parte del problema en relación a la estética en los edéntulos totales, depende de devolver la dimensión vertical correcta, y de la posición y elección adecuada de los dientes artificiales, tanto en su color, forma y tamaño.

En los pacientes completamente edéntulos, se carece de la referencia directa de los dientes vecinos, indispensables para el resto de tratamientos de rehabilitación oral, por tanto, es un verdadero reto al que todo profesional debería darle su justo valor.

En consecuencia de lo planteado anteriormente se atendió a un paciente femenino de 79 años de edad que acudió a la consulta requiriendo una nueva prótesis total. Al realizar la anamnesis la paciente refirió mal adaptación de la prótesis, desgaste de los dientes artificiales e inconformidad con los mismos por no reflejar naturalidad, además de haberla tenido hace aproximadamente 25 años atrás.

Al examen extraoral, se evidenció disminución de la dimensión vertical tanto en oclusión como en reposo, insuficiente soporte labial, pronunciación de los surcos nasogenianos, depresión en los labios y falta de forma y armonía en los dientes artificiales. Al examen intraoral se observa desadaptación de la prótesis superior e inferior, destacando la inferior por una reabsorción ósea severa; sus labios, mejillas, lengua, paladar y piso de boca no presentan ninguna patología aparente y cadenas ganglionares no palpables.

Para devolver la dentición perdida, la colocación de una prótesis sobre implantes es considerada como la mejor opción para pacientes edéntulos, ya que crea estímulos funcionales intraóseos, permitiendo la actividad de los osteoblastos y mejorando la condición del hueso alveolar; por el contrario, una prótesis mucosoportada generara presiones no fisiológicas sobre el hueso remanente, provocando mayor aceleración en el proceso de reabsorción. (Telles, 2011) A pesar de ello, la decisión de la paciente fue optar por las prótesis convencionales removibles por su limitación financiera y por el evidente miedo que le trae someterse a tratamientos más complejos que involucra cirugías, posibles complicaciones, tiempo de espera, etc. De igual manera ocurre en una mayoría de casos, sobretodo en adultos mayores y además por la limitación económica de costear un tratamiento de tal magnitud en el país y en general en Latinoamérica.

Por lo tanto, el plan de tratamiento consiste en realizar una rehabilitación oral funcional y estética de prótesis totales superior e inferior.

El tratamiento seguirá paso a paso el protocolo para la elaboración de dentaduras completas, dando especial enfoque en la selección de los dientes artificiales para buscar personalización en el trabajo.

En tal sentido se plantearon las siguientes interrogantes en base a lo antes expuesto:

1. Que métodos existen para elegir los dientes artificiales en prótesis total?
2. Cuales métodos son los más fiables para escoger la forma, tamaño y color dental según la literatura y estudios realizados?
3. Es útil aplicar los métodos de selección de dientes artificiales en los tratamientos de prótesis total?

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se enfocara en describir los distintos métodos de selección de dientes artificiales para dentaduras completas, que han sido propuestos a partir del año 1886, y que hasta la fecha continúan sus investigaciones con el propósito de definir que método es el más efectivo, ya que con la ausencia total de dientes remanentes presentes en boca, es un reto para el clínico el escoger la forma, tamaño y color que armonice de manera adecuada con los rasgos físicos y proporciones del paciente.

Quien debe decidir cuáles son los dientes a utilizar en la confección de la prótesis total es el estomatólogo, sin embargo es el técnico dental en el laboratorio quien generalmente realiza esta labor guiándose únicamente por las marcas de la línea media, línea de los caninos y la línea labial que son señaladas en los rodets de cera para que el técnico se oriente en el ancho y altura estimada de los dientes que serán aptos en la nueva prótesis. La ejecución de este paso por parte del técnico dental denota que el odontólogo delega esta función demostrando que no da a esta fase de selección la relevancia e importancia que merece.

El presente estudio pretende resaltar la importancia que tiene el hecho que el odontólogo sea quien aplique las técnicas necesarias para escoger los dientes apropiados, aplicando todos estos conocimientos teóricos de manera práctica en una paciente de 79 años que acudió a la consulta en busca de unas nuevas prótesis, esperando obtener óptimos resultados.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Demostrar los diferentes métodos que existen para la selección dental artificial aplicados en los tratamientos de prótesis total.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Seleccionar la forma, tamaño y color de los dientes artificiales de acuerdo a las características físicas, faciales, temperamentales, fisiológicas y medidas de elementos anatómicos del rostro del paciente.
2. Comprobar la importancia de aplicar métodos para la selección de los dientes artificiales tanto en la forma, tamaño y color, para uso en la práctica diaria en los tratamientos de prótesis total.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1. EDENTULISMO TOTAL Y CONSECUENCIAS

Se ha verificado que alrededor de un 5% de adultos entre los 40 y 44 años de edad presentan edentulismo total, cuya cifra va incrementando hasta 26% a la edad de 65 años y llega aproximadamente a 44% en personas de más de 75 años de edad a nivel mundial. (Misch, 2007) Von Marttens et al. (2010) plantearon que la prevalencia de edentulismo total en Chile es de 33.84% en individuos mayores a 65 años, mientras que un estudio realizado por Vanegas et al. (2016) encontraron una prevalencia del 25% de individuos edéntulos totales mayores a 40 años de edad en el Ecuador.

La pérdida de todos los dientes y por ende el uso de dentaduras completas además de constituir un problema físico, involucra un problema social y psicológico que afecta en la calidad de vida del paciente. (Molin & Gunne, 2014)

La demanda de este tratamiento sigue siendo elevada a pesar que ha aumentado la concientización en el cuidado y prevención de la salud bucal, es así como Koeck (2007) predijo que las prótesis dentales completas seguirían siendo tratamientos frecuentes para los rehabilitadores orales en las próximas décadas.

1.1 Consecuencias físicas y anatómicas

Tras la pérdida dental, el hueso alveolar sufre reabsorción por la falta de estímulos generados por los ligamentos periodontales, responsables de mantener una actividad celular equilibrada entre osteoblastos y osteoclastos. (Preti, 2008) Es por ello que existe una evidente disminución del trabeculado y densidad ósea, evidenciado en la pérdida del ancho externo y en la altura del volumen del hueso alveolar. (Misch, 2007)

Una vez que al paciente se le realiza las extracciones dentales, se calcula que en un periodo de un año el hueso maxilar pierde de 2 a 4 mm de su espesor, mientras que en los años siguientes se reduce a 0,1 mm; por otro lado el hueso mandibular en el primer año pierde alrededor de 4 a 6 mm de espesor para posteriormente llegar a perderse 0,4mm anualmente durante el resto de la vida. (Telles, 2011)

La reducción de la altura del reborde alveolar con el tiempo causa disminución de la dimensión vertical, y si llega a ser severa puede alterar de manera drástica la fisionomía del paciente, que trae como consecuencia la disminución de la altura del tercio inferior del rostro y al deterioro del soporte labial y mejillas. Por tal razón es necesario realizar ajustes o rehacer la prótesis total cada cierto tiempo con el fin de mantener la estética inalterable y compensar los diversos cambios que se han producido. (Molin & Gunne, 2014)

Con el fin de devolver la dentición perdida se tiene como alternativa las prótesis convencionales mucosoportadas y las prótesis sobre implantes. En el caso de las prótesis mucosoportadas se observa que estas al no generar una presión fisiológica sobre el hueso remanente, el proceso de reabsorción ósea continua, al contrario de lo que ocurre con las prótesis sobre implantes que generan estímulos funcionales intraóseos, promoviendo que el hueso se conserve (Telles, 2011), a pesar de ello no existen dudas que una prótesis convencional es la forma más accesible, rápida y módica (en lo que a costo económico se refiere) de reemplazar los dientes ausentes.

Se ha evidenciado que hasta en países desarrollados donde el tratamiento sobre implantes se ha vuelto mucho más frecuente, las dentaduras completas convencionales siguen siendo el método de elección para una gran mayoría, es así como Molin y Gunne (2014) afirman que las prótesis totales en la actualidad y en un futuro inmediato seguirán siendo la única alternativa con carácter realista para la mayoría de los pacientes edéntulos.

1.2 Consecuencias biomecánicas

El uso prolongado de las prótesis mucosoportadas trae como consecuencia una considerable reducción del espesor de la mucosa adherida al hueso, debido a que son las que toleran las fuerzas recibidas en la masticación; si las cargas son excesivas provocan la aceleración del proceso de reabsorción ósea como resultado de la falta de irrigación en la región tisular comprimida. (Koeck, 2007)

El agente principal para promover la retención de la superficie interna protésica con la mucosa es la saliva, ya que crea una película cuya función se basa en aumentar la tensión superficial entre las moléculas de un líquido con un sólido y como resultado la retención de la prótesis. (Prete, 2008) Mientras más fluida es la saliva, es decir con un espesor de 0,1mm mejor será su capacidad de retención, mientras que en una saliva más viscosa la película tiende a ser más espesa y fácil de romper dando lugar a la inestabilidad de la prótesis. (Telles, 2011)

Otra consecuencia notoria es la disminución de la eficacia masticatoria, en este sentido algunos autores como Molin y Gunne (2014) reportan que los pacientes portadores de dentaduras completas presentan un 25% de eficacia para masticar la comida, contrario a lo que ocurre en una dentición natural, este aspecto limita la ingesta de ciertos alimentos que presentan dificultad para ser triturados.

1.3 Consecuencias psicosociales

Una buena salud bucal contribuye en la calidad de vida del paciente, esta se ve reflejada en diferentes situaciones tales como en una buena función masticatoria, fácil deglución, correcta fonación, así mismo por un aspecto agradable y armónico de los dientes, que ayuden a mantener la autoestima alta y un bienestar psicológico apto para establecer las

comunicaciones interpersonales y relaciones afectivas satisfactorias. Por tal razón, cuando la salud bucal permanece comprometida existe una evidente decadencia de la calidad de vida del paciente. (Jiménez, Justo, Quesada, & Ortiz, 2018)

Algunos pacientes, sobre todo los que primera vez portan dentaduras completas, les cuesta acostumbrarse a utilizarlas y en algunos casos tienden a deprimirse, se muestran ansiosos o incluso sienten vergüenza; de todos aquellos habrá algunos que opten por buscar las prótesis con auxilio de implantes que ofrecen mejor estabilidad, mientras que el otro grupo podrá adaptarse a usar las prótesis convencionales mucosoportadas a pesar de no presentar las mismas características de confort y eficacia masticatoria que ofrecen los dientes naturales. (Prete, 2008)

1.4 Consecuencias fonéticas

Posterior a la inserción de la nueva prótesis total, una gran mayoría de pacientes pueden encontrar cierta dificultad en la pronunciación de algunas silabas, esto ocurre debido a la alteración del flujo de aire a través de la cavidad oral cuando se pronuncian las palabras, sobre todo en la pronunciación de sonidos sordos como en la s, f y en sonoros como la d, ch v y z. (Molin & Gunne, 2014)

Es recomendable evaluar la pronunciación del paciente antes y después del tratamiento, y explicarles los posibles cambios del habla que pueden presentar tras la instalación de la nueva prótesis y que todo requiere de un proceso de adaptación; además es necesario descartar todos los posibles errores que pueden conllevar a dificultar la pronunciación tales como áreas muy voluminosas o muy delgadas de la cara palatina de los incisivos centrales superiores o una cobertura palatina muy gruesa que limita el espacio de la lengua. (Álvarez & Fassina, 2002)

2. SELECCIÓN DENTAL

En prótesis total, es esencial escoger los dientes artificiales adecuados, con la finalidad de devolver función masticatoria, fonación y estética. Es por ello que existen criterios fundamentales que orientan al clínico al momento de elegir los dientes anteriores, como: tamaño, forma y color.

En la primera etapa de selección dental, es importante determinar el tipo de apariencia que busca el paciente reflejar en sus nuevas prótesis, por tanto, es necesario establecer un patrón basado en: natural (consciente del proceso de envejecimiento), ideal (busca estándar estético) y preferido (busca caracterización). Este patrón puede encaminarnos correctamente hacia las expectativas futuras que anhela el paciente. (Evren & Özkan, 2018)

2.1 SELECCIÓN DEL TAMAÑO DEL DIENTE

Si el paciente no proporciona ningún detalle o información acerca del tamaño de los dientes que tenía previo a la extracción o desea en su nueva prótesis, será factible para el profesional poder seleccionar el tamaño adecuado en base a varios métodos existentes, entre ellos la distancia interalar, intercantal, intercomisural, interciomática e interpupilar.

Las medidas obtenidas de los distintos métodos pueden relacionarse con las medidas de los modelos de dientes que se muestran en las cartas dentales o también pueden ser trasladados a los rodetes de cera o de altura, que son elementos de registro ubicados sobre una placa base con una altura anterior de 20 a 22 mm desde el fondo del surco, 5 a 8 mm para su altura posterior y un ángulo de 60° a 70° en la zona anterior con respecto al plano oclusal para el rodete superior, por otro lado, las medidas para el rodete inferior consisten en una altura anterior de 16 a 18 mm, la altura posterior debe terminar ligeramente por debajo de la placa base y por vestibular un ángulo recto con respecto al plano de oclusión. (Calderero, 2017) Los rodetes de altura ayudan a determinar la relación intermaxilar, la dimensión vertical, soporte labial y el tamaño y posición de los dientes artificiales.

2.1.1 Distancia interalar

Esta técnica corresponde a un método descrito por Lee, el cual mide la distancia entre las alas de la nariz con un instrumento de medición como la regla o un calibrador manual o digital, (Christen & Kerschensteiner, 2011) posteriormente se traslada tal medida hacia los rodetes de cera o así mismo se puede trazar una línea vertical imaginaria desde los bordes externos de la nariz hasta los rodetes de altura; este ancho corresponde con la distancia intercanina. (Alarcón, 2018)

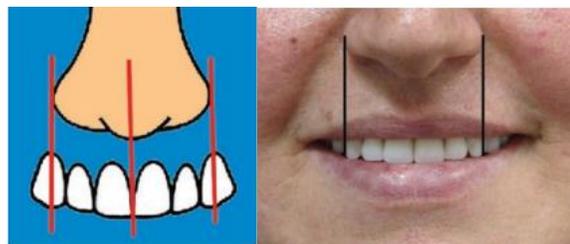


Figura 1. Método de referencia del ancho total de los dientes anteriores
Tomado de: (Evren & Özkan, 2018, pág. 7)

2.1.2 Distancia intercantal

Este parámetro corresponde a la distancia entre los ángulos mediales de las fisuras palpebrales del lado izquierdo y derecho. Esta medida ha sido considerada para correlacionarse con la distancia intercanina debido a su estabilidad dimensional con el paso del tiempo, ya que su longitud se establece y no cambia a partir de los 8 y 11 años de edad. (Kumar K. A., 2015)



Figura 2. Distancia intercantal
Tomado de: (Gupta, Luthra, & Sharma, 2016, pág. 188)

2.1.3 Distancia intercomisural

El ancho total de los seis dientes anteriores se puede obtener al medir la distancia entre las comisuras de la boca con la ayuda de una regla flexible mientras los labios se encuentran en reposo. Tal medida se traspa a un rodete de cera para establecer la distancia de canino a canino desde sus caras distales a comparación de la distancia interalar e intercantal que miden la distancia intercanina (cúspide a cúspide). (Alarcón, 2018)



Figura 3. Método de selección del tamaño total de los dientes anteriores
Tomado de: (Evren & Özkan, 2018, pág. 8)

2.1.4 Distancia intercigomática

Para la selección del ancho total de los seis dientes anteriores, dos incisivos centrales, dos incisivos laterales y dos caninos superiores, se toma como referencia el ancho de la cara que corresponde a la distancia entre los cigomas, para posterior dividir tal medida obtenida para 3.3, obteniendo como resultado la distancia aproximada para los seis dientes anterosuperiores. (Evren & Özkan, 2018)

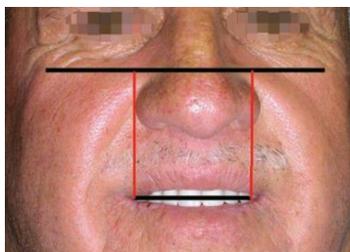


Figura 4. Método de selección del ancho mesio-distal de los dientes anteriores
Tomado de: (Evren & Özkan, 2018, pág. 8)

2.1.5 Distancia interpupilar

Este método fue planteado por Cesario y Latta y correlaciona la medida del ancho interpupilar para establecer el ancho mesio distal de un incisivo central superior al aplicar la proporción de 1: 6.5 a 1: 7.0 para ambos sexos con tez blanca y negra. (Ahmed, Abbas, Naz, & Maqsood, 2015)



Figura 5. Distancia interpupilar
Tomado de: (Gupta, Luthra, & Sharma, 2016, pág. 188)

Otra técnica para obtener el ancho mesio/distal estimado de un incisivo central superior consiste en medir la distancia entre los cigomas, para posteriormente dividir la medida obtenida para dieciséis. (Evren & Özkan, 2018)

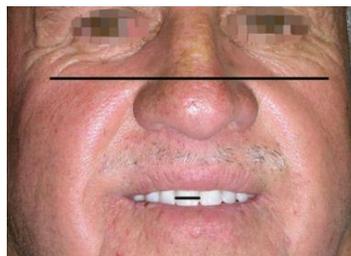


Figura 6. Método de selección del ancho de un incisivo central superior
Tomado de: (Evren & Özkan, 2018, pág. 8)

$$\frac{\text{Ancho bizigomático}}{16} = \text{ancho estimado del incisivo central superior}$$

Tabla 1. Ancho mesiodistal
Elaborador: Génesis Salinas
Fuente: (Ahmad, Ahmed, & Jafri, 2013)

Las relaciones anteriormente descritas, pueden usarse en combinación y utilizarse como referencia para determinar el ancho de los seis dientes anteriores maxilares o del ancho del incisivo central superior, tomando en cuenta que tales mediciones pueden variar o no de acuerdo a la raza y género de la persona. (Attokaran & Shenoy, 2016)

2.1.6 Ancho mesiodistal

Para obtener el ancho de los seis dientes anteriores se puede aplicar cualquiera de los métodos anteriormente mencionados. Los incisivos laterales superiores son generalmente 2 mm menores que los incisivos centrales, mientras que los caninos superiores son 1 mm más estrechos que los incisivos centrales. (Evren & Özkan, 2018) Una vez determinada la medida del ancho de los seis dientes anterosuperiores y la de un incisivo central superior, las cartas de las formas dentales de distintas marcas comerciales ofrecen sugerencias para elegir el tamaño de los inferiores y posteriores maxilares así como también mandibulares.

2.1.7 Longitud incisoringival

En los rodetes de cera se marcara la línea labial para poder determinar la altura de los dientes. Se le pide al paciente que sonría y con ello se puede dibujar una línea horizontal en los bordes de la cera en el punto donde llega el labio superior. Otro método utilizado es el empleado por House y Loop (1939) que sugirieron usar medidas faciales para determinar la altura de los incisivos centrales superiores, es por ello que propusieron medir la distancia entre el punto Trichión o nacimiento del cabello hasta el punto mentón o borde inferior del mentón, para que el resultado obtenido sea dividido para dieciséis, obteniendo así la longitud incisoringival.

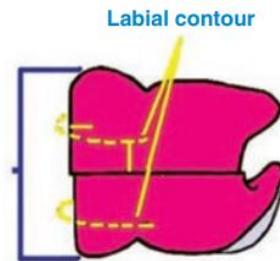


Figura 7. Línea de la sonrisa
Tomado de: (Evren & Özkan, 2018)

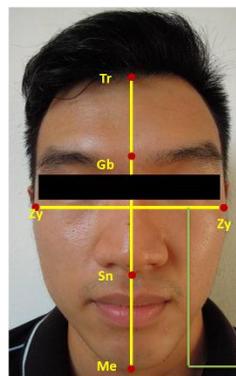


Figura 8. Puntos y dimensiones faciales
Tomado de: (Alam, 2015)

2.2 SELECCIÓN DE LA FORMA DEL DIENTE

2.2.1 Teoría de los temperamentos

El origen de la teoría de los temperamentos fue presentado en el siglo V A.C por Hipócrates, donde explicaba que el cuerpo humano está compuesto por líquidos, que son la bilis amarilla, bilis negra, flema y sangre, a los que se refería como humores, los cuales deben permanecer en equilibrio para evitar cualquier tipo de enfermedad. En este sentido relacionaban a la bilis amarilla con una persona colérica o fuerte, a la bilis negra con un melancólico o sensible, a la flema con un flemático o pacífico y la sangre con un sanguíneo o dinámico; y de acuerdo a eso, se pensaba que un exceso del temperamento del paciente era un indicador de que su salud estaba empeorando. (Triglia, 2017)

En el año 1872 JW White planteo un concepto de correspondencia y armonía, donde su base se regía en que el temperamento de las personas coincidía con el tamaño, proporciones, disposición y color de los dientes. Sin duda un gran desafío, pero así mismo fue la primera técnica empleada por su aceptación universal en profesionales odontólogos; posteriormente conocida como la teoría de los temperamentos. (Kumar, Ahila, & Devi, 2011)

En tiempos pasados no había opciones como las cartas dentales, para escoger diferentes tipos de dientes anteriores artificiales, únicamente existía moldes que habían sido tallados como copias de dientes naturales agradables, y que eran tallados por artesanos. Algunos odontólogos seleccionaban tres o cuatro moldes que más les gustaba y los utilizaban para todos los pacientes, incluso había algunos que utilizaban un solo molde. (Clapp, 1955)

De este modo en 1886 J. W. White y W. R. Hall propusieron el primer sistema de selección de dientes anteriores, que se basa en relacionar el carácter de las personas con la forma y tamaño del diente. (Fonollosa, 2010)

Se creía que una persona con personalidad biliosa le correspondían incisivos pequeños, anchos y afilados, a una persona con personalidad sanguínea en cambio le corresponderían dientes largos, delgados y estrechos y en cambio a un flemático una combinación de ambos. (Wiens, Wiens Priebe, & Curtis, 2018)

Para adquirir el dato de la personalidad de una persona, algunos optan por realizar el test de Lüscher, donde el paciente escoge entre el color rojo, verde, azul o amarillo, el que más sea de su agrado y el color seleccionado indica su tipo de personalidad; si escoge el color rojo es una persona con carácter fuerte, si elige el color verde es una persona sensible, si decide el color azul tiene un carácter pacífico o calmado y si escoge el color amarillo es alguien más bien dinámico. (Lüscher, 1990)

2.2.2 Ley de la armonía

Leon Williams (1914) determinó que la selección de dientes artificiales de acuerdo al temperamento de las personas era una utopía. Lo llevo a esa conclusión al estudiar individuos que presentaban un mismo temperamento y que mostraban dientes muy diferentes.

Williams quería basarse en algo más estético y funcional, donde se obtenga formas dentales armónicas en base al rostro del individuo, es por ello que propuso la ley de la armonía que trata sobre la relación de la forma de la cara y de los dientes, además propuso varios tamaños de las distintas formas dentales, con el objeto de disponer algunas opciones, más no una única opción. (IbrahimagiÊ, Jerolimov, & CelebiÊ, 2001) Esta teoría se basa en un análisis profundo de las curvaturas que forman el contorno de la cara, clasificándolas en tres tipos: cuadrada, redonda y triangular.

Para determinar la forma del rostro se puede medir el ancho de tres líneas imaginarias que corresponden a la línea del cabello, línea bizigomática y la línea del ángulo de la mandíbula. Si el ancho de la línea del cabello sobresale a las otras, se considera un rostro triangular, si la línea bizigomática es la más ancha, se le asigna como un rostro redondo, por lo tanto, un rostro cuadrado es considerado cuando la línea del ángulo de la mandíbula es la que sobresale a las demás. (Telles, 2011)



Figura 9. Línea bizigomática más larga, adoptando una forma oval de la cara
Tomado de: (Telles, 2011, pág. 221)

Forma dental cuadrada:

El diente asemeja una forma cuadrada cuando sus límites externos son rectos y paralelos, creando así una zona cervical ancha y con un borde igualmente grande. (Fradeani, 2006) En comparación con la forma ovoide y triangular, su ancho mesio-distal es proporcionalmente mayor y sus troneras incisales suelen estar cerradas. (Sidney & August , 2008)



Figura 10. Diente forma cuadrada
Tomado de: (Fradeani, 2006, pág. 155)

Forma dental ovoide:

El diente toma un aspecto en forma ovoide cuando sus límites externos son curvos y redondeados, además presenta una reducción gradual en la zona cervical como en la incisal. (Fradeani, 2006) Por ello el ancho mesio-distal es proporcionalmente menor si se compara con la forma cuadrada y triangular. La forma ovoide se destaca por poseer ángulos suavizados y redondos. (Suárez, Parada , Fandiño , & Pedroza , 2014)



Figura 11. Diente forma ovoide
Tomado de: (Fradeani, 2006, pág. 155)

Forma dental triangular:

El diente en forma triangular posee límites externos divergentes en incisal y convergentes en cervical (Fradeani, 2006), mostrando un contorno incisal recto y donde el ancho mesio-distal es proporcionalmente mayor a la forma ovoide y semejante a la forma cuadrada. Sus ángulos mesial y distal son los más agudos en comparación a las otras formas y presentan evidente estrechamiento marcado en el tercio cervical. (Suárez, Parada , Fandiño , & Pedroza , 2014)



Figura 12. Diente forma triangular
Tomado de: (Fradeani, 2006, pág. 155)

2.2.3 Teoría dentogénica

El origen de la teoría dentogénica nace en 1936, cuando el escultor Wilhem Zech tuvo la idea de que, si él podía reflejar delicadeza y vigor en su arte, el odontólogo también era capaz de hacerlo y reflejarlo en la dentadura artificial. El creía que la suavidad y las formas más redondeadas eran ideales para un diente femenino, mientras que algo más robusto y voluminoso lo era para un diente masculino. Por ello cuando se postuló la teoría dentogénica defendía que cada sexo debía tener modelos de dientes prototipos, no un solo modelo que funcione para ambos. (Rajasekhar, Nooji, & Kumar, 2015)

Frush y Fisher (1956) propusieron la teoría dentogénica, que es considerada una filosofía estética, que gracias a la recolección de información en relación al género, personalidad y edad del paciente, es posible restaurar y devolver individualidad a la prótesis.

La edad también se verá reflejada en cada tipo de diente como en jóvenes, adultos y adultos mayores. En este sentido, ningún paciente perteneciente a un grupo en particular se le debe asignar la forma o color dental de otro grupo. Se debe tener en cuenta el desgaste fisiológico y tonos más oscuros para pacientes adultos mayores debido a la mayor cantidad de deposición de dentina secundaria, por la reducción del tamaño de la cámara pulpar, administración de fármacos y tinciones extrínsecas provenientes del consumo de café, té, tabaco, etc. (Bonilla, 2007)

La personalidad se puede clasificar en tres tipos: un tipo delicado, uno medio y un tercer tipo como vigoroso. Generalmente dentro del rango de los pacientes más vigorosos se encuadran a los hombres y dentro de los pacientes más delicados a las mujeres. (Rajasekhar, Nooji, & Kumar, 2015)

Al realizar ciertos refinamientos se puede lograr incorporar el factor sexo al concepto dentogénico; esto se logra al curvar los bordes incisales de los incisivos centrales y laterales en el caso de las mujeres y contorneando bordes incisales más angostos dando una apariencia cuadrada en el caso de los hombres. Se cree que una imagen que revele suavidad, redondez y delicadeza es característica de una mujer. (Rajasekhar, Nooji, & Kumar, 2015)

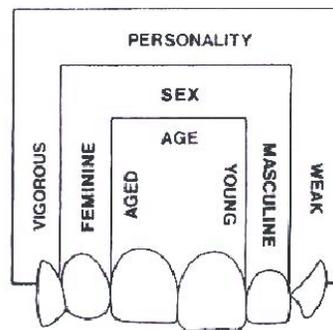


Figura 13. Factores: sexo, edad y personalidad.
Tomado de: (Rajasekhar, Nooji, & Kumar, 2015, pág. 47)

2.2.4 Forma del arco maxilar

Berry (1905) planteó que la forma de la cara y la del arco maxilar se asemejan a la forma invertida del incisivo central superior. Por tal motivo, se reconoce que Berry fue quien propuso una base sólida para llegar años después a la ley de la armonía y a poner en consideración la forma del arco maxilar como método de selección dental artificial.

Esta técnica resumía que la forma del contorno del arco era un método válido debido a que estaba relacionado con la anatomía del individuo y además que era de fácil ejecución. (Young, 1954) Este método puede encontrarse en libros actuales de texto de prótesis total

por lo que algunos profesionales utilizan este criterio para seleccionar la forma del diente artificial.

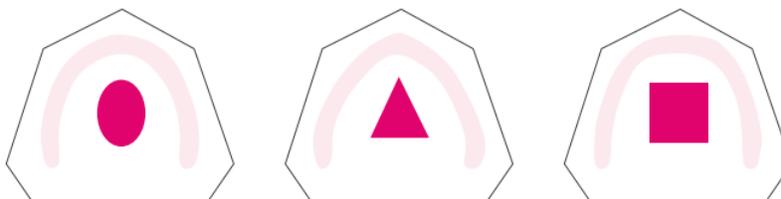


Figura 14. Forma del arco maxilar
Tomado de: (Christen & Kerschensteiner, 2011)

2.2.5 Biotipología en odontología

La Biotipología fue descrita por Ernest Kretschmer en 1930, y tenía como objetivo clasificar a los individuos en base a su estructura corporal. Esta teoría fue aplicada en el campo de la odontología para facilitar la tarea de seleccionar dientes artificiales y hacer esta elección lo menos subjetiva posible en caso de sentir dificultad al correlacionar nuestro sentido artístico o estético. (García Micheelsen, 2006)

Biotipología según Kretschmer
Leptosómico: Individuos con rasgos alargados y finos, con escasa masa muscular, presentan notable predominio en su altura sobre su ancho.
Atlético: Individuo cuya contextura se encuentra en equilibrio con relación a su largo y ancho. Posee una buena condición física y masa muscular.
Pícnico: Son individuos no muy altos, con tendencia a mayor adiposidad en el cuerpo, sobresale su ancho en comparación al alto.

Tabla 2. Biotipología según Kretschmer
Elaborador: Génesis Salinas
Fuente: (García Micheelsen, 2006)

Elección de los dientes según Kretschmer
Diente ovalado: Asociado a una constitución pícnica
Diente triangular: Asociado a una constitución asténica
Diente cuadrado: Asociado a una constitución atlética

Tabla 3. Selección de los dientes según Kretschmer
Fuente: (Calderero, 2017, pág. 45)
Elaborador: Génesis Salinas

2.3 COLOR DEL DIENTE

Un paso importante y crítico en la confección de una prótesis total, consiste en la selección del color de los dientes artificiales, que muchas veces se torna en un proceso muy subjetivo, a esto se suma el hecho que los pacientes por lo general anhelan escoger los tonos blancos (Alarcón, 2018). El color debe ser escogido en base a diferentes rasgos del paciente tales como la tez, el sexo y la edad, que posteriormente deberán ser analizados junto con la guía de colores de la marca de dientes artificiales con la que se trabaja. (Calderero, 2017)

Para seleccionar el color dental adecuado se inicia diferenciando que es tono, croma y valor. El tono corresponde al color específico que es producido por una longitud de onda específica de la luz que es captado por la retina del ojo, el croma es la intensidad o saturación de un tono y el valor o brillo es que tan oscuro o claro es el tono. (Ahmad, Ahmed, & Jafri, 2013)

Al momento de seleccionar el color de los dientes anteriores se debe tomar en cuenta la edad del paciente, ya que con el pasar de los años la pulpa dental se va retrayendo, y este espacio es ocupado por la dentina secundaria, a su vez el esmalte va presentando un menor espesor debido al desgaste normal, es por ello que el color del diente es determinado propiamente por el color de la dentina, dando como resultado un evidente oscurecimiento con tonos más amarillentos. (Evren & Özkan, 2018) Existe la posibilidad de relacionar la edad de la persona con el valor del diente, mostrando preferencia por valores más oscuros con el aumento de la edad y viceversa. (Veeraganta, Savadi, Baroudi, & Nassani, 2015)

Otro parámetro a ser tomado en cuenta es que las personas con tez clara generalmente presentan dientes con tonos claros y menos saturados, en cambio las personas con tez oscura por lo general tienen dientes con tonos más oscuros mostrando armonía con el color de la cara. (Ahmad, Ahmed, & Jafri, 2013) Por otro lado Veeraganta, Savadi, Baroudi, & Nassani (2015) en su estudio resumen que las personas con tez oscura, tienen tonos más claros de los dientes, pero esto obedece a la ilusión de contraste entre el color de la piel y el color dental.

Otros estudios indican que existe relación entre el color de los dientes con el género del paciente, es decir que los dientes de las mujeres son ligeramente amarillos, más claros y menos saturados en comparación con los hombres, sin embargo aún no es un hecho que tal acontecimiento sea seguro. (Gozalo-Diaz, Johnston, & Wee, 2008)

En todos los casos, se recomienda antes de aplicar cualquier método de selección de color, humedecer la guía de color ya que cuando está en boca, los dientes siempre están húmedos y esto produce un efecto sobre la reflexión y refracción de la luz. Además de colocar los dientes a la sombra del labio superior en la posición que va a ser ocupado, ya que se mostraran más oscuros que colocarlos sobre las manos. Durante este procedimiento se debe intentar mirar la cara como un todo en vez de centrarse únicamente en los dientes. (Ahmad, Ahmed, & Jafri, 2013)

El odontólogo debe sugerir al paciente dos o tres opciones de colores apropiados para su biotipo, ya que de otra manera, si se mostrara la guía de colores completa, ellos

seleccionarían el color más blanco y será difícil poder convencerlos de cambiar de opinión. Se recomienda también seleccionar el color bajo luz natural o frente a una ventana. (Evren & Özkan, 2018)

2.4 Cartas de los dientes

Diferentes marcas comerciales de dientes artificiales existentes en el mercado ofrecen al profesional y técnico del laboratorio las cartas de los dientes, con el objetivo de hallar el modelo que más se ajuste a las características individuales del paciente y a las medidas que se obtuvieron por medio de los métodos antes mencionados.

Para utilizarlo, es elemental disponer las dimensiones del ancho de los seis dientes anteriores, además del ancho y alto de un incisivo central superior. Cabe destacar, que diferentes marcas se han basado en formas de la cara (cuadrado, círculo y triángulo) para la elección de la forma del diente, pero así mismo otras prefieren basarse en la biotipología (leptosómico, atlético y pícnico) e incluso por los métodos dentogénicos donde abarcan el género y la edad.

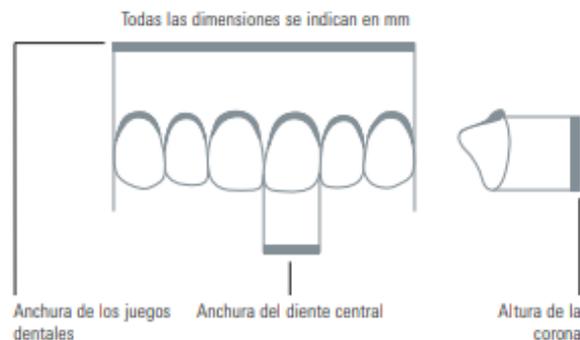


Figura 15. Base elemental para escoger el tamaño de los dientes
Tomado de: (VITA, s.f.)

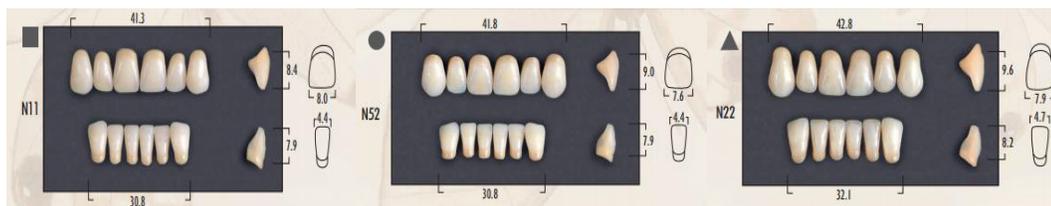


Figura 16. Carta de dientes Duratone-n
Tomado de: (Duratone-n, s.f.)



Figura 17. Carta de dientes Tiziano
Tomado de: (Tiziano, s.f.)



Figura 18. Carta de dientes Ivostar
Tomado de: (Ivoclar Vivadent, s.f.)



Figura 19. Carta de dientes Biotone
Tomado de: (Biotone, s.f.)



Figura 20. Carta de dientes Phonares II
Tomado de: (Phonares II, s.f.)

3. PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS EN PRÓTESIS TOTAL

Antes de aplicar toda la metodología para escoger los dientes artificiales, se debe emplear un plan de tratamiento que inicia con los procedimientos clínicos propios para prótesis total.

3.1 Impresión anatómica

La impresión anatómica se debe obtener con una mínima deformación de los tejidos, es por ello que el alginato es el material escogido por excelencia para la mayoría de los casos ya que además es de fácil manipulación y presenta una buena fidelidad de copia. (Álvarez &

Fassina, 2002) Para introducir la cubeta se separan los carillos para que el material cubra por completo el vestíbulo, asentando la cubeta de atrás hacia adelante para no obstruir la vía aérea del paciente; y se retira la cubeta con el material en un solo movimiento, obteniendo así una impresión inicial de los tejidos bucales para la obtención de un modelo de estudio. (Rahn, Ivanhoe, & Plummer, 2011)

3.2 Cubetas individuales y sellado periférico

Una vez obtenidos los modelos de estudio se delimita el terreno protésico y se colocan alivios con cera en áreas visiblemente retentivas para facilitar su remoción. Se confecciona una cubeta individual sobre el modelo de estudio en un material rígido, en este caso de resina acrílica para que resista la distorsión al remover de la boca. (Molin & Gunne, 2014) Se prosigue con el recorte de las áreas de inserción muscular y verificando una distancia de la cubeta con el fondo del vestíbulo de 2 mm en toda su periferia a excepción de la región del término posterior o postdamming. (Sánchez, 2008)

El sellado periférico tiene como finalidad establecer contacto de los tejidos con el material de impresión. Para realizar este sellado se cuenta con algunos materiales en el mercado, sin embargo la godiva viene a ser el material de elección debido a que presenta propiedades como una adecuada fluidez, buena adhesividad a la cubeta, rigidez apropiada, buena estabilidad dimensional en la temperatura bucal, fácil posibilidad de incrementar o eliminar producto de acuerdo a la necesidad, entre otras. La godiva al finalizar el sellado periférico deberá estar con un espesor adecuado, contornos redondeados sin irregularidades como pliegues o dobladuras y debe presentar un aspecto opaco que nos indica que el material estuvo en contacto con los tejidos blandos durante su enfriamiento. (Telles, 2011)

3.3 Impresión funcional

La impresión funcional se realiza ya sea con pastas a base de óxido de zinc y eugenol como son las pastas zinc-enólicas que reproducen excelentes detalles y con buena estabilidad dimensional o también con elastómeros que son de fácil y amplio margen de tiempo de manipulación. La pasta debe ser distribuida uniformemente sobre la superficie interna de la cubeta individual para posteriormente colocarla sobre el reborde con presión suficiente para que el material fluya y con la ayuda de la otra mano se realiza tracción de la mucosa para evitar excesos del material en la región del fondo del vestíbulo. (Telles, 2011)

3.4 Bases de prueba y planos de orientación

Las bases de prueba se confeccionan con un material acrílico sobre los modelos obtenidos de las impresiones funcionales, estas deben ser rígidas y estar bien adaptadas al reborde residual. Para elaborar los planos de orientación se puede utilizar rodetes de cera ya confeccionados o doblando una lámina de cera rosada varias veces sobre sí misma, esta deberá ser colocada sobre el perímetro de la base de prueba. (Sánchez, 2008)

3.5 Individualización del plano de orientación superior

El principal objetivo de esta individualización está enfocado en restablecer parámetros estéticos que fueron perdidos con la extracción de los dientes naturales, es decir, soporte labial, altura incisal, línea de la sonrisa, corredor bucal y línea media. (Telles, 2011)

3.5.1 Soporte labial

Devolver el soporte labial compensa la pérdida ósea y proporciona soporte a la musculatura facial, además de facilitar la colocación de los dientes artificiales; asimismo los labios acompañan al perfil del paciente determinado por los puntos glabella, subnasion y mentoniano. (Álvarez & Fassina, 2002)

3.5.2 Altura incisal

La altura incisal corresponde a la porción visible de los dientes con el labio en reposo. Como regla general se recomienda exponer alrededor de 1 a 2 mm de rodete por debajo del labio superior relajado, teniendo en cuenta que la cantidad de exposición dental varía considerablemente con la edad de la persona. (Molin & Gunne, 2014)

3.5.3 Línea de la sonrisa:

La línea de la sonrisa corresponde a una curva ligeramente ascendente que acompaña al borde superior del labio inferior. Cuando el plano oclusal se encuentra paralelo al plano de camper en su plano sagital y paralelo a línea bipupilar o plano de Fox en su plano frontal, reflejara una línea de la sonrisa en armonía con el labio inferior del paciente. Estas referencias craneométricas pueden ser evaluadas con la ayuda de una regla o escuadra de Fox. (Preti, 2008)

3.5.4 Corredor bucal

El corredor bucal corresponde al espacio presente entre la cara vestibular de los dientes posteriores y la mucosa interna de la mejilla de ambos lados, que es posible visualizarla cuando el paciente sonríe. (Telles, 2011)

3.5.5 Línea media

La línea media es un punto de referencia que debe coincidir con la línea media imaginaria de la cara, con el centro del filtrum y con el contacto proximal de las caras mesiales de los dos incisivos centrales superiores. (Molin & Gunne, 2014)

3.6 Individualización del plano de orientación inferior

El objetivo de la individualización de los planos de orientación inferior se basa en restablecer la posición de la mandíbula con respecto al maxilar en los planos vertical (dimensión vertical) y horizontal (relación céntrica). (Christen & Kerschensteiner, 2011)

3.6.1 Dimensión vertical

La dimensión vertical es la altura del tercio inferior del rostro. Cuando la mandíbula se encuentra en reposo crea un espacio denominado espacio funcional libre que mide alrededor de 3 a 4mm. La relación que se puede reproducir en el articulador es aquella que no incluye el espacio funcional libre, es decir con los dientes en contacto y que se denomina dimensión vertical de oclusión, por tal motivo existen diferentes métodos para conseguir dicha relación. (Preti, 2008) Uno de los recomendados es el método métrico que con la ayuda de una regla o compas de Willis se mide la distancia entre el canto externo del ojo y la comisura labial, disminuyendo a este valor los 3 a 4 mm del espacio funcional libre, otro método útil consiste en medir la altura del tercio inferior del rostro con la mandíbula en reposo con su respectiva disminución de los milímetros del espacio funcional libre para llegar a dimensión vertical en oclusión que es la que se maneja para rehabilitar. (Sánchez, 2008)

3.6.2 Relación Céntrica

La relación céntrica consiste en la posición más posterior de la mandíbula con respecto al maxilar en el plano horizontal. Existe además la máxima intercuspidad habitual que corresponde a la posición de la mandíbula con el mayor número de contactos dentarios. Lo ideal es que el paciente tenga máxima intercuspidad habitual en relación céntrica que se le denomina como oclusión en relación céntrica, pero por la pérdida de los dientes tal relación se pierde, motivo por el cual se busca devolver dicha oclusión. Uno de los métodos más aplicados es el de la manipulación que consiste en llevar la mandíbula a su posición más retraída con la ayuda de una mano, ya que la otra será la que sujete la base de prueba inferior. Además se puede verificar dicha relación pidiendo al paciente que trague saliva llevando la mandíbula a la posición que asumirá al momento de deglutir. (Telles, 2011)

3.7 Montaje de modelo superior e inferior en el articulador semiajustable

El objetivo de montar los modelos en el articulador consiste en reproducir la relación tanto estática como dinámica de la mandíbula con el maxilar. Para montar el modelo superior al articulador se utiliza el arco facial para establecer el posicionamiento espacial de los arcos dentarios con respecto a la ATM y obtener una distancia intercondílea aproximada. Para montar el modelo inferior al articulador se deberá establecer la relación céntrica del paciente al realizar contacto del plano inferior con el superior dando como resultado la dimensión vertical en oclusión. (Álvarez & Fassina, 2002)

3.8 Selección de los dientes artificiales y montaje

Anteriormente se explicó detalladamente el proceso de selección de los dientes anteriores artificiales para tratamientos en prótesis total.

El montaje de los dientes artificiales escogidos se deberán posicionar de acuerdo a los contornos, señales y dimensiones que se obtuvieron de los planos de referencia en la boca del paciente y que posteriormente serán trasladados al articulador. (Sánchez, 2008)

3.9 Oclusión en Prótesis total

Un prototipo estándar de la oclusión del paciente se logra obtener por las bases de prueba montadas en el articulador para después ser sustituidos por los dientes artificiales logrando su contacto mutuo. Es adecuado optar por un balance oclusal en relación céntrica y en movimientos excéntricos de protrusión y lateralidad conocido como esquema oclusal balanceado donde es necesario que existan contactos bilaterales conjuntamente establecidos, además de estar posicionados en base a la forma del reborde residual. De acuerdo al caso de cada paciente, es necesario evaluar las diferentes alternativas de esquemas oclusales tales como oclusal balanceado, no balanceado, monoplano o lingualizada; reconociendo que la finalidad consiste en devolver cierto porcentaje de eficacia masticatoria, estética, fonética y comodidad al paciente. (Hidalgo & Vilcahuaman, 2009)

3.10 Etapa de Instalación

En las citas posteriores se deberá observar y palpar la superficie interna de la prótesis para descartar posibles irregularidades o porosidades que conlleven a la formación de úlceras o incomodidad al paciente, de igual manera es necesario evaluar que toda la base de la prótesis esté libre de bordes afilados y realizar los debidos ajustes oclusales. (Molin & Gunne, 2014)

3.11 Higiene en prótesis total

Es de vital importancia educar al paciente en el cuidado de sus dentaduras, ya que existen dos técnicas para higienizarlas, la primera corresponde a la técnica mecánica diaria con cepillo específico para prótesis total y jabón neutro, la segunda es la técnica química mediante soluciones de acción bactericida y fúngica como la dilución de 15 ml de hipoclorito de sodio al 2% con 300 ml de agua en un vaso durante toda la noche una vez al mes. Sin embargo varios estudios recomiendan la asociación de ambas técnicas para conseguir una eficiente limpieza de la prótesis. Así mismo se debe recomendar al paciente de cepillar o masajear su lengua, paladar y encías para remover restos alimenticios o placa bacteriana y evitar el uso de la prótesis durante la noche para permitir que exista mejor circulación de la sangre por los tejidos, descartar la posibilidad de presentar estomatitis protética y evitar el desarrollo de hábitos parafuncionales como el bruxismo. (Telles, 2011)

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE CASO CLÍNICO

4. HISTORIA CLÍNICA

4.1 Datos generales

Nombre: Digna Emérita Jiménez

Edad: 79 años

Sexo: Femenino

Nacionalidad: Ecuatoriana

Ocupación: Jubilada

Estado civil: Casada

4.2 Motivo de consulta

La paciente manifiesta: “Quiero cambiar mi placa”

4.3 Enfermedad o problema actual

Paciente femenina de 79 años de edad, asintomática acude a la consulta pidiendo cambio de su prótesis total, refiriendo que el tiempo de antigüedad de la misma es de aproximadamente 25 años.

4.4 Antecedentes personales y familiares

No refiere ninguna patología aparente personal ni familiar.

4.5 Signos vitales

Valores normales en la toma de signos vitales.

Presión arterial:	122/83mmHg
Frecuencia cardiaca:	85 l/m
Temperatura:	36.5 °C
Frecuencia respiratoria:	16 r/m

Tabla 4. Signos vitales
Elaborador: Génesis Salinas

4.6 Examen extraoral

Paciente presenta notable disminución de la dimensión vertical tanto en oclusión como en reposo, perfil cóncavo, nariz prominente, insuficiente soporte labial, pronunciación marcada de los surcos nasogenianos, sonrisa invertida y muy poca visibilidad de los dientes anteriores en la línea de la sonrisa.



Figura 21. Fotografías extraorales con prótesis antigua
(A) Vista frontal (B) Vista frontal sonriendo (C) Perfil derecho (D) Perfil izquierdo
Elaborador: Génesis Salinas



Figura 22. Fotografías extraorales sin prótesis
(A) Vista frontal (B) Perfil derecho (C) Perfil izquierdo
Elaborador: Génesis Salinas

4.7 Examen intraoral

Al examen intraoral se observa desadaptación de la prótesis superior e inferior, principalmente la prótesis inferior por una reabsorción ósea severa; sus labios, mejillas, lengua, paladar y piso de boca no presentan ninguna patología aparente, cadenas ganglionares no palpables y ATM normal.

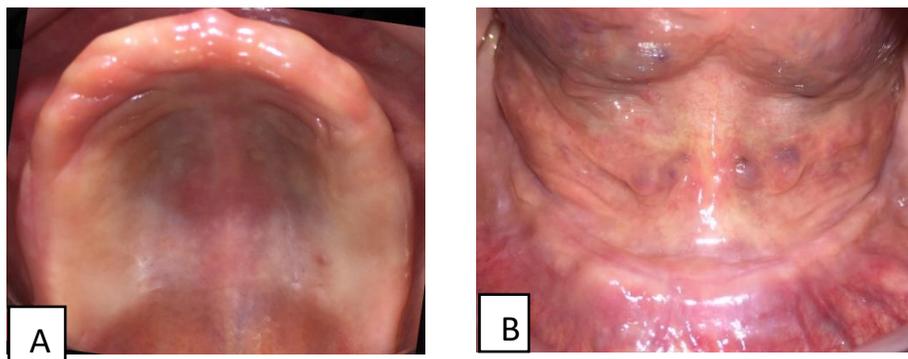


Figura 23. Fotografía intraorales
(A) Arcada superior (B) Arcada inferior
Elaborador: Génesis Salinas

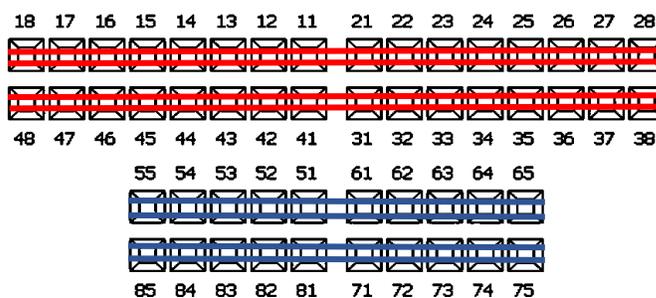


Figura 24. Odontograma
Elaborador: Génesis Salinas

Examen clínico del área protésica:

MAXILAR SUPERIOR	
Reborde gingival	Reabsorbido
Forma	Ovalada
Tipo de mucosa	Rígida
Paladar	Normal
MAXILAR INFERIOR	
Reborde gingival	Reabsorbido
Inserción de frenillos	Bajo
Piso de boca	Normal
Lengua	Normal
Espacio intermaxilar en mm	5mm
Paciente	Receptivo

Tabla 5. Examen clínico protésico
Elaborador: Génesis Salinas

4.8 Exámenes complementarios:

Se observan estructuras anatómicas sin patología aparente y sombras radiopacas compatibles con tejido óseo.



Figura 25. Radiografía panorámica

Fuente: Digna Jiménez

Elaborador: Génesis Salinas

4.9 Diagnóstico

Paciente femenino de 79 años de edad, asintomática y sin compromiso sistémico presenta edentulismo total superior e inferior. (K06.9)

4.10 Plan de tratamiento

Resolución de urgencias	En este caso no requiere
Control de la infección y reinfección bucal	Higiene de la mucosa y lengua con cepillo suave, limpieza de la prótesis con cepillo de cerdas duras y jabón no perfumado después de cada comida. Retirarse las prótesis para ir a dormir y dejarla reposar en un vaso con agua.
Control del medio condicionante	Alimentación normal y equilibrada.
Refuerzo o modificación del huésped	En el presente caso no se necesita
ALTA BÁSICA	
Control de las infecciones no resueltas como urgencias	No requiere
Rehabilitación	Confección de prótesis totales superior e

	inferior
Monitoreo	Inmediato: Control en 24 horas y a los 8 días tras la colocación de las prótesis totales. Mediato: Controles a los 3 meses, 6 meses y al año.
ALTA INTEGRAL	

Tabla 6. Plan de tratamiento
Elaborador: Génesis Salinas

4.11 Pronóstico

El pronóstico es reservado ya que se prevé que persista la desadaptación de la prótesis total inferior debido a la reabsorción ósea severa existente. La paciente acepta el pronóstico dado.

4.13 Desarrollo del tratamiento de prótesis total

Paciente acudió por primera vez a la clínica el 14 de enero del 2018 para una revisión estomatológica, en donde se le aperturó su historia clínica y se le realizaron impresiones primarias para la obtención de modelos de estudio tanto del reborde superior como del inferior y sus respectivas cubetas individuales.



Figura 26. Modelos de estudio previo.
Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Paciente regresa el 06 de marzo del 2019 para iniciar su tratamiento.

Se realizó la impresión anatómica con alginato y con las cubetas individuales que fueron conservadas de la primera cita para mejor adaptación y extensión de la cubeta según el tamaño y forma del reborde. Se prosiguió después con la delimitación del terreno protésico y alivios con cera rosada.

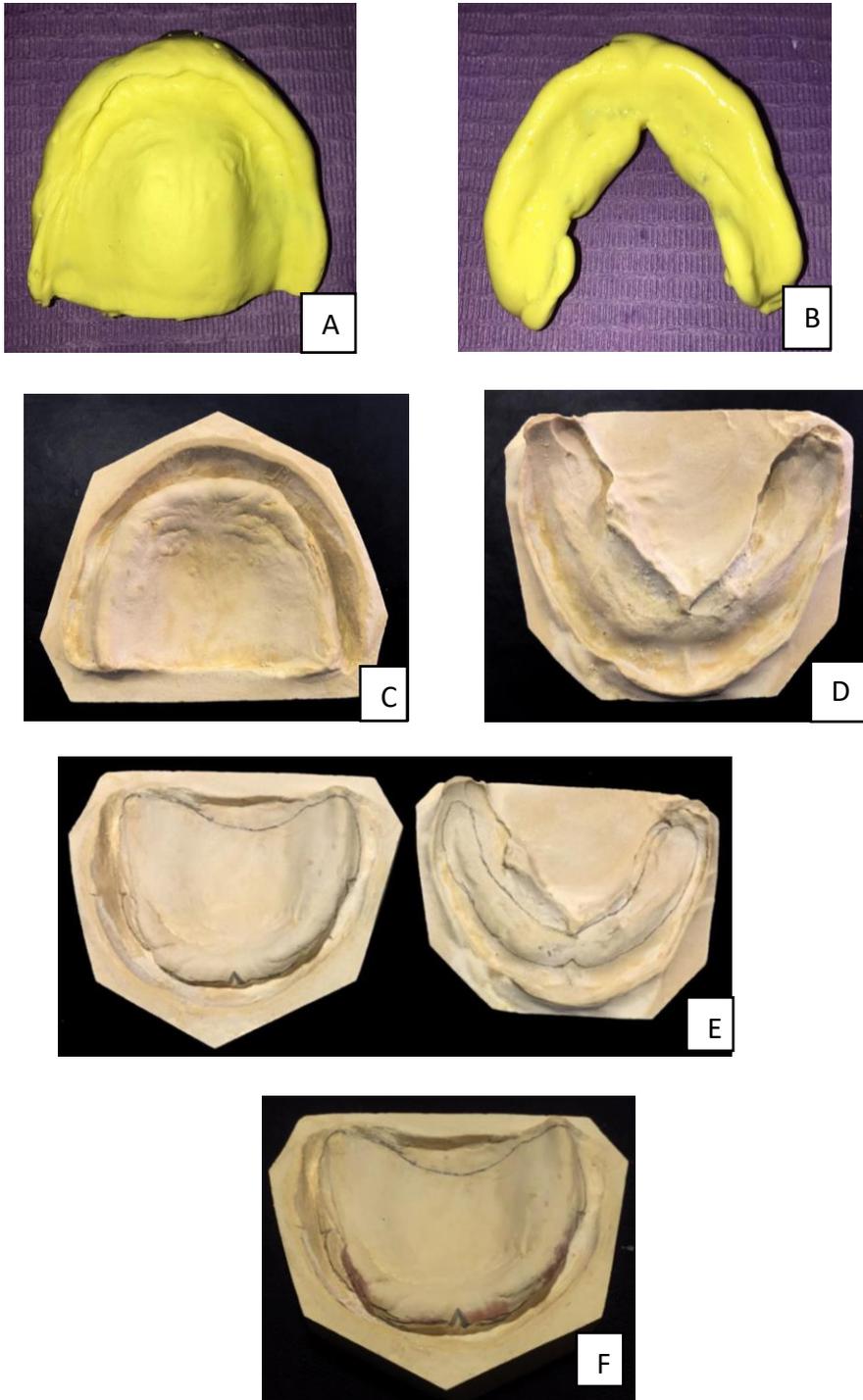


Figura 27. Impresión anatómica superior (A), Impresión anatómica inferior (B), Modelo de estudio superior (C), Modelo de estudio inferior (D), Delimitación del terreno protésico (E), Alivio con cera (F).
Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Cubetas individuales y sellado periférico con godiva

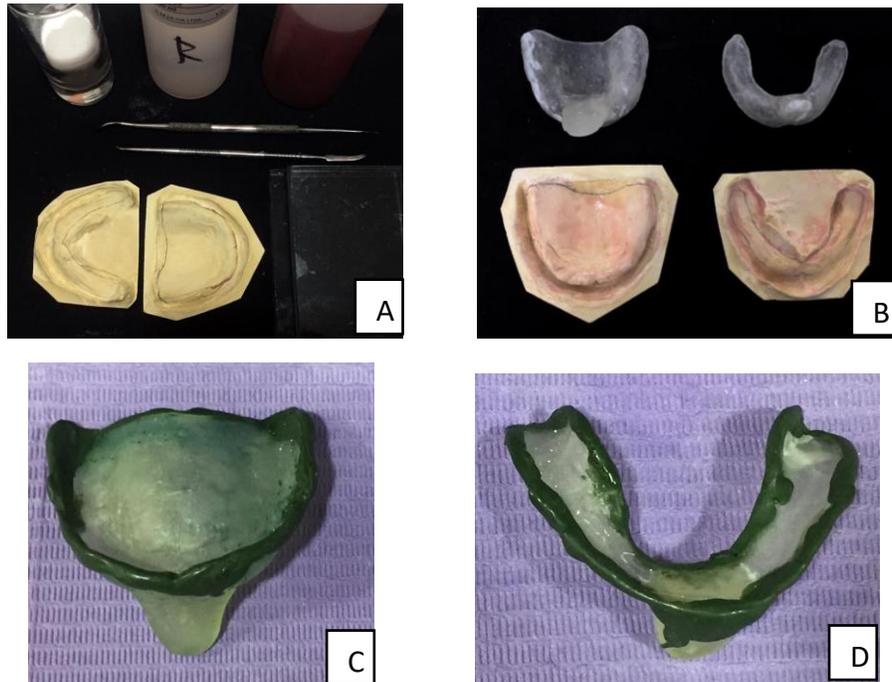


Figura 28. Material para realizar las cubetas individuales (A), Cubetas individuales (B), Sellado periférico superior (C), Sellado periférico inferior (D).

Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Impresión funcional con pasta liviana de adición

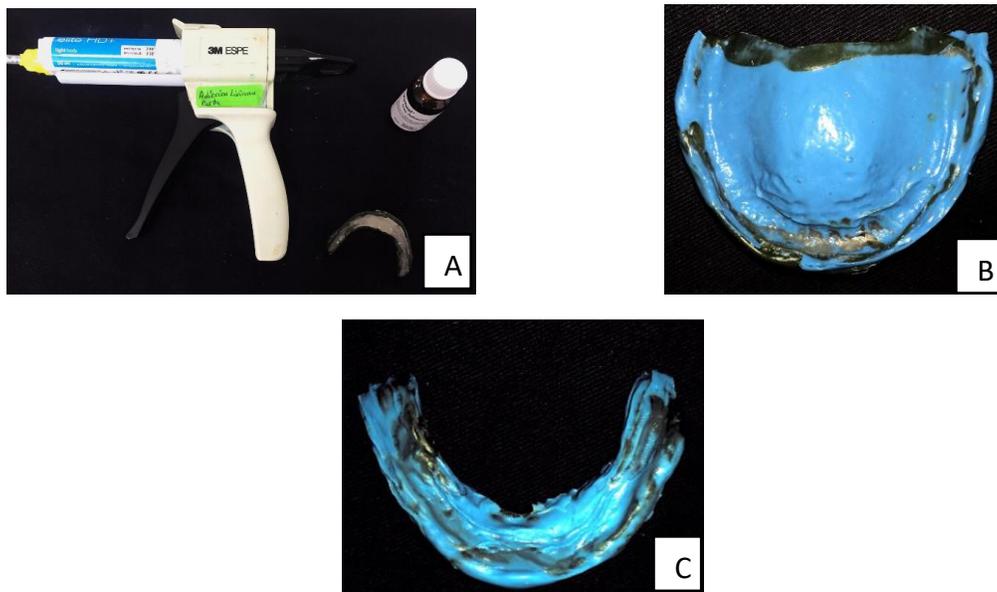


Figura 29. Material para toma de impresión funcional (A), Impresión funcional superior (B), Impresión funcional inferior (C).

Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Encajonado



Figura 30. Encajonado de la impresión definitiva superior (A), Encajonado de la impresión definitiva inferior (B), Vaciado (C).

Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Bases de prueba y planos de orientación



Figura 31. Bases de prueba y planos de orientación superior e inferior.

Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Individualización del plano de orientación superior

Soporte labial





Figura 32. Soporte labial vista frontal antes y después (A), Soporte labial vista de perfil antes y después (B)
 Línea de perfil con puntos glabella, subnasión y mentoniano antes y después (C).

Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Altura incisal



Figura 33. Altura incisal.

Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Línea de la sonrisa

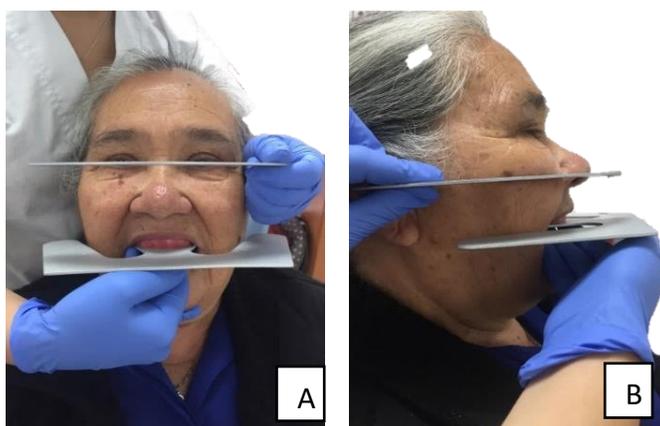


Figura 34. Paralelismo entre la línea bipupilar y plano oclusal. (A), Paralelismo entre plano de Camper y plano oclusal. (B)

Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Corredor bucal



Figura 35. Corredor bucal.

Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Línea media



Figura 36. Línea media.

Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Colocación del arco facial en el paciente para montaje en el articulador



Figura 37. Arco facial en la paciente para montaje en el articulador.

Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Modelo superior montado en el articulador

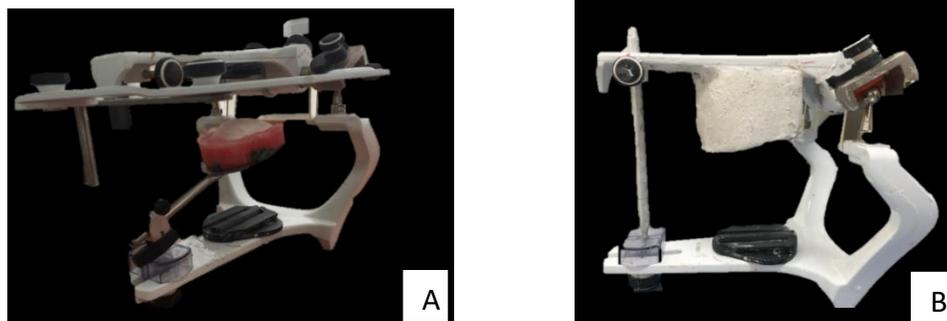


Figura 38. Modelo superior montado en el articulador (A), Vaciado del modelo superior en el articulador (B).
Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Individualización del plano de orientación inferior

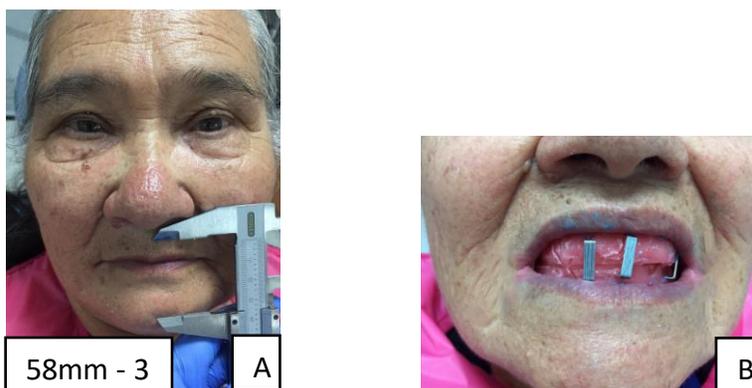


Figura 39. Dimensión vertical medido con calibrador (A), Relación céntrica (B).
Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Montaje del modelo inferior en el articulador



Figura 40. Modelo inferior montado en el articulador.
Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

SELECCIÓN DEL TAMAÑO DE LOS DIENTES ANTERIORES

Distancia interalar



Figura 41. Distancia interalar medido con calibrador.
Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Distancia intercantal



Figura 42. Distancia intercantal medido con calibrador.
Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Los dos métodos anteriores se usan para sacar la anchura intercanina. Además sus valores son muy similares por tal motivo se sacó la media de ambas medidas y su valor total es 3,8cm.

Distancia interzigomática



Figura 43. Distancia interzigomática medido con calibrador.
Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

$$\frac{13,7}{3,3} = 4,15 \text{ Ancho de los seis dientes anteriores}$$

Distancia intercomisural



Figura 44. Distancia intercomisural medido con calibrador.
Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Los métodos de la distancia interzigomática y la intercomisural indican el ancho de los seis dientes anteriores; podemos ver que así mismo sus valores son muy aproximados, por tal motivo se sacó la media y su resultado fue 4,16cm.

Distancia interpupilar



Figura 45. Distancia interpupilar medido con calibrador.
Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

$$\frac{5,6}{6,5} = 0,86 \text{ Ancho de un incisivo central superior}$$

Distancia intercigomática:

$$\frac{13,7}{16} = 0,85 \text{ Ancho de un incisivo central superior}$$

Las técnicas de medir la distancia intercigomática así como la distancia interpupilar son útiles para sacar el ancho mesio distal de un incisivo central superior. En ambos métodos se obtuvieron resultados muy similares por lo cual se determinó usar la medida de 0,85 cm.

Longitud incisogingival:

Para determinar la altura de los incisivos centrales superiores se marcó la línea labial en el rodete de cera y se comprobó al medir la distancia desde el punto trichiión al punto mentón, y tal medida se dividió para dieciséis obteniendo un valor de 0.98 cm.

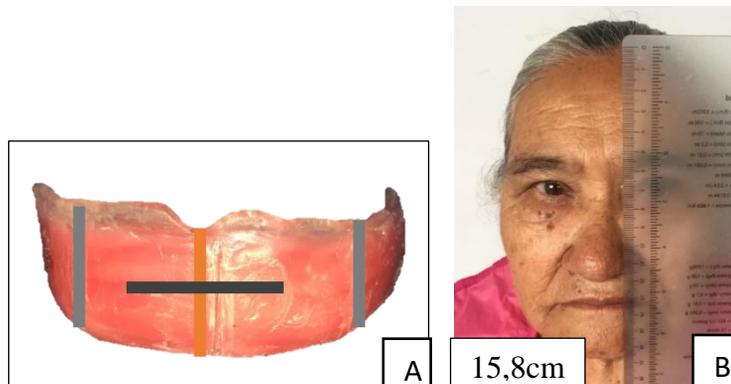


Figura 46. Longitud incisogingival en rodete. (A) Distancia borde del cabello – gnation. (B)
Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

SELECCIÓN DE LA FORMA DE LOS DIENTES ANTERIORES

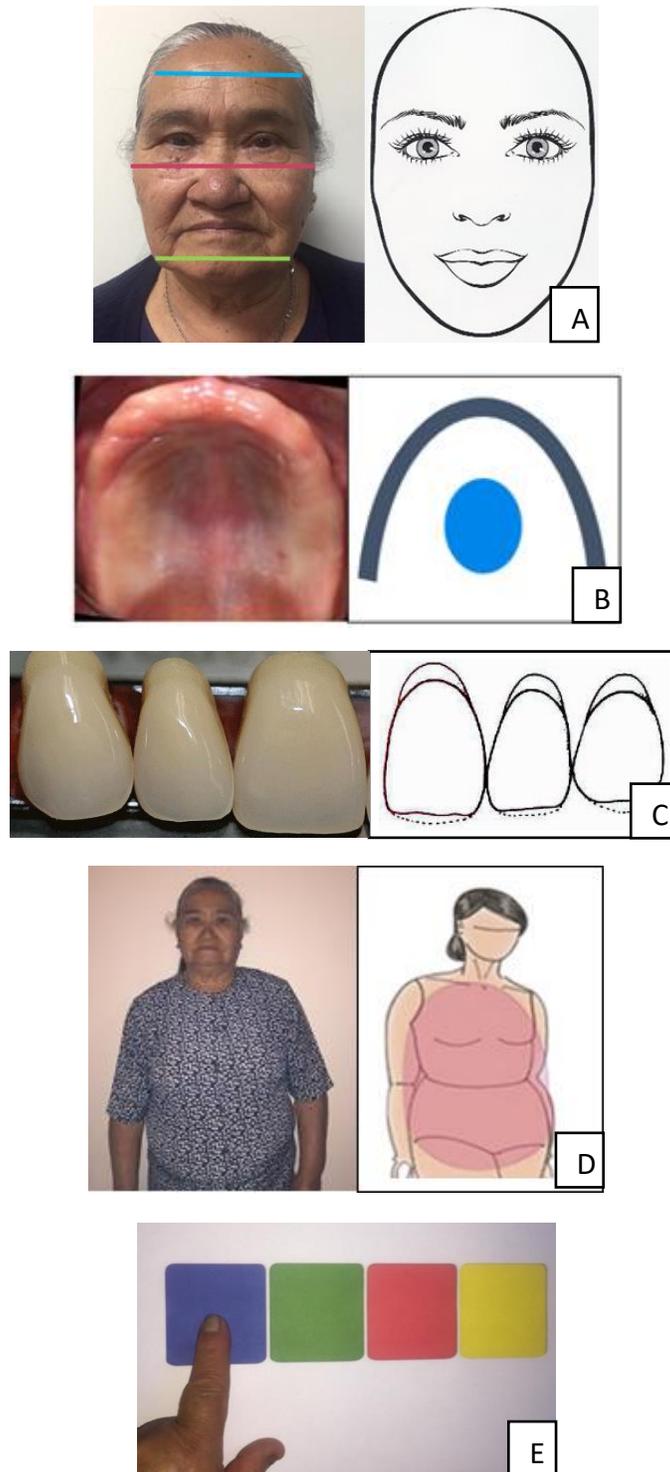


Figura 47. Forma de la cara. (A) Forma del arco maxilar. (B) Teoría dentogénica aplicada en dientes artificiales (C) Biotipo corporal. (D) Test de Lüscher con colores fundamentales. (E)

Fuente: Digna Jiménez. Elaborador: Génesis Salinas

Para determinar la forma de los dientes anteriores se utilizaron los métodos de la ley de la armonía según Williams, análisis de la forma del arco maxilar, teoría dentogénica con relación a la edad, biotipo corporal que en este caso corresponde a uno pícnico, además de la teoría del temperamento, en donde se le hizo escoger a la paciente un color entre cuatro opciones, escogiendo el color azul que señala a un temperamento pacífico; consiguiendo como resultado una forma ovoide en todos los métodos utilizados anteriormente.

Carta de dientes

En el presente caso se escogió dientes de la marca Ivostar, la cual cuenta con su propia carta dental con diferentes opciones en el tamaño, forma y color dental. Con los resultados antes obtenidos 41.6mm para el ancho de los seis dientes anteriores, 8.5mm para el ancho de un incisivo central superior y 9.8mm para el largo, se concluyó por elegir el modelo número 2, cuyos valores se acercan a las medidas obtenidas del paciente.

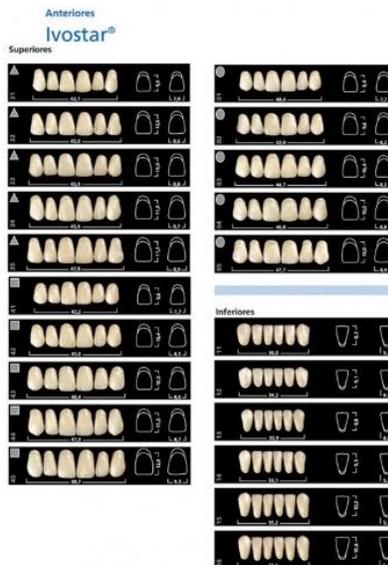


Figura 48. Carta de dientes Ivostar
Tomado de: (Ivoclar Vivadent, s.f.)



Figura 49. Modelo de selección de dientes Ivostar
Tomado de: (Ivoclar Vivadent, s.f.)

De acuerdo al modelo escogido de los dientes anterosuperiores, se buscó la sugerencia para los dientes inferiores y posteriores en la tabla de combinaciones, obteniendo el número 12/13 para inferiores y D80/82 para posteriores.

Tabla de Combinación
Tabela de Combinação

Forma	Superiores	Inferiores	Posteriores
▲	31	13/14	D80/D82/D86
	32	15/11	D88 / D84
	33	11/15	D84
	34	15/14	D84 / D88
	35	16/15	D88 / D84
■	41	14	D80 / D86
	42	15	D84 / D88
	43	16	D88
	44	14/15	D88
	45	16	D88
●	01	12/13	D80 / D82
	02	12/13	D80 / D82
	03	15/11	D84
	04	11/15	D84
	05	11/15	D84 / D88

Figura 50. Tabla de recomendación de dientes inferiores y posteriores Ivostar
Fuente: (Ivoclar Vivadent, s.f.)

SELECCIÓN DEL COLOR DE LOS DIENTES

Se utilizó la guía de colores de la marca Chromascope, y basándose en la edad avanzada, tez clara de la piel y sexo femenino de la paciente, se eligió el color 2B.



Figura 51. Colorímetro de dientes artificiales
Fuente: (Ivoclar Vivadent, s.f.)



Figura 52. Toma de color dental
Fuente: Digna Jiménez
Elaborador: Génesis Salinas

Prueba de base con dientes en cera



Figura 53. Dientes artificiales montados en el articulador. (A) Prueba de base con dientes en cera. (B) Modelos en boca. (C)

Fuente: Digna Jiménez
Elaborador: Génesis Salinas

Ajuste oclusal

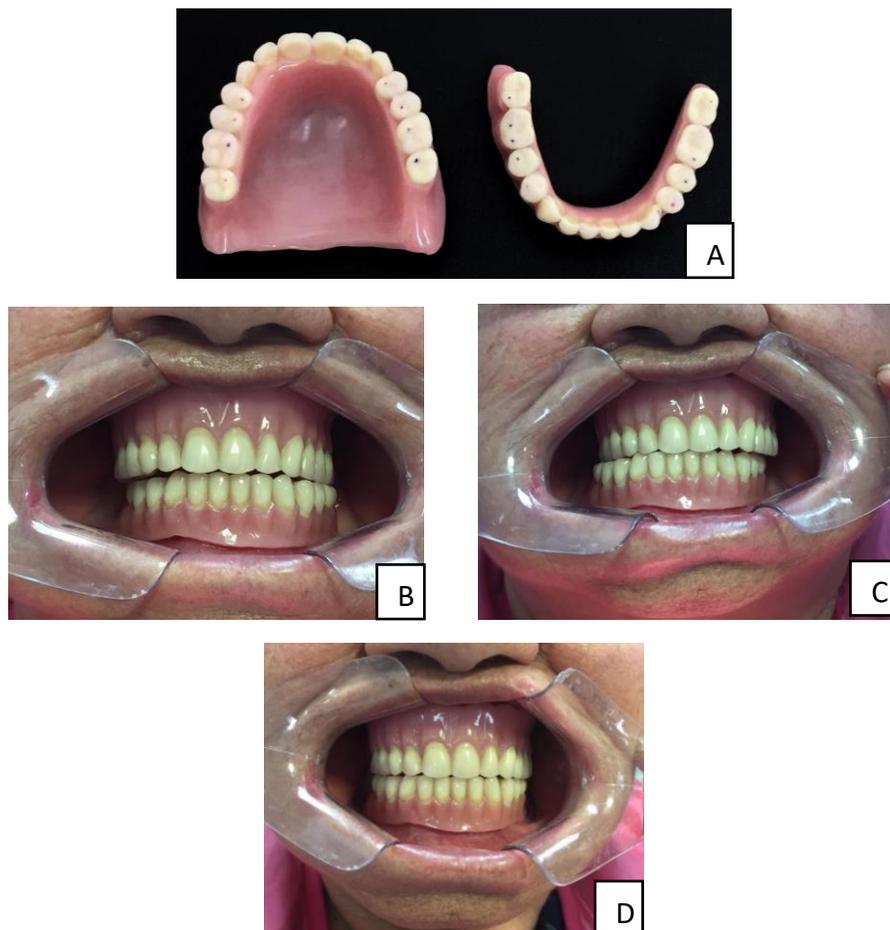


Figura 54. Máximos contactos en oclusión céntrica. (A) Contactos bilaterales en movimiento de lateralidad. (B, C) Contacto simultáneo en protrusiva. (D)

Fuente: Digna Jiménez
Elaborador: Génesis Salinas

Colocación definitiva



Figura 55. Colocación definitiva. (A, B, C, D)

Antes

Después



Figura 56. Antes y después del tratamiento. (A, B)

Fuente: Digna Jiménez

Elaborador: Génesis Salinas

DISCUSIÓN

En ausencia de registros previos a la extracción dental, la elección de la forma, tamaño y color de los dientes anteriores en prótesis total puede volverse muy subjetiva. Por ello, establecer técnicas basadas en medidas anatómicas es siempre útil para los pacientes desdentados. Por tal razón, la literatura ha propuesto para estos casos varios métodos para respaldo del profesional. (Aysegul & Gulbahar, 2015)

Kumar (2011) menciona que la estética en la construcción de prótesis completas muchas veces brilla por su ausencia, por lo cual se incentiva a dar más importancia al uso de las guías de selección de los dientes, brindando la confianza al paciente de esperar resultados óptimos que mejoren su apariencia.

Seleccionar el tamaño, forma y color adecuado de los dientes anterosuperiores es valioso no solo por la estética dental sino también por la estética facial, obteniendo armonía entre los dientes y rostro del paciente. (Kumar K. A., 2015)

En el presente trabajo se aplicaron las diferentes propuestas de conceptos que han sido discutidas y consideradas con el tiempo para la selección de dientes artificiales en un tratamiento rehabilitador a una paciente adulta portadora de prótesis totales hace aproximadamente 25 años atrás.

Una investigación bibliográfica llevada a cabo por Sellen, Jagger y Harrison (1999) expuso que no existía una técnica general para determinar la forma del diente artificial anterior, no obstante el método de Williams es el universalmente más aceptado por los profesionales odontólogos, así mismo lo afirmo Kumar (2011) en sus investigaciones, dando a conocer que la técnica de relacionar la forma de la cara con la forma del diente, no es científicamente exacta, no obstante es la más útil y sencilla para uso en la práctica diaria.

En base a una revisión sistemática de la literatura realizada por Aysegul y Gulbahar (2015) determinaron que no se cuenta con un método universalmente confiable para escoger la forma, tamaño y color de los dientes, además que todavía existe poca certeza en la selección de la forma de los dientes anteriores acorde al sexo, edad y personalidad del individuo que corresponde a la teoría dentogénica, razón por la cual la ley de la armonía de relacionar la forma de la cara con el diente es la más aceptada por odontólogos; así mismo la distancia interalar, intercantal e interpupilar son consideradas como guías fiables para seleccionar el tamaño de los dientes, sin embargo estos parámetros pueden variar de acuerdo a la raza de la persona. Confirmaron también que el principal parámetro a tomar en cuenta para escoger el color dental adecuado, es la edad del paciente, ya que fisiológicamente los dientes se tornan más oscuros y amarillentos a medida que la persona envejece, debido a la deposición de dentina secundaria.

Muhammadi (2016) realizo un cuestionario dirigido a rehabilitadores orales, obteniendo como resultado, que la mayoría prefieren usar el método de la ley de la armonía para elegir la forma dental anterior, guiarse por las comisuras de los labios para elegir el tamaño de los dientes y con el tono de la piel del paciente para elegir el color.

De acuerdo a una revisión sistemática realizada por Alarcón (2018), resumió que la distancia interalar es útil y práctica para seleccionar el tamaño de los dientes, además sugirió que se debe complementar con otras técnicas como apoyo y constatación tales como la medida de las comisuras labiales o la distancia interpupilar. Como cita el autor en el mismo estudio, se luce mejor las formas redondeadas en pacientes femeninos y por el contrario formas más rectas en pacientes masculinos.

En el presente trabajo, se usaron todas las técnicas existentes, la distancia interalar e intercantal para hallar el ancho intercanino, para determinar el ancho de los seis dientes anteriores se midieron las distancias intercigomática e intercomisural, y para obtener el ancho de un incisivo central superior se dividió la distancia intercigomática para 16 y se lo confirmo con la técnica de medir la distancia interpupilar.

Mientras que para hallar la altura de los incisivos centrales superiores se basó en la línea labial y para constatar se midió la distancia de los puntos trichión - mentón para posterior dividirlo para 16. Obteniendo en todos los métodos antes mencionados resultados muy semejantes, razón por la cual se recomienda su aplicación y siempre con el respaldo de una segunda técnica.

Parciak y cols (2017) no hallaron similitud al relacionar todas las proporciones faciales con el ancho de los dientes anteriores superiores en diferentes individuos de distintas etnias. Por tal razón, como explica Jain (2018) en su estudio, las medidas antropométricas depende definitivamente de la raza de la persona y no existe una técnica de medición 100% confiable.

En el presente caso se realizó los distintos métodos de selección de la forma del diente que fueron, el método de la ley de la armonía, la teoría de los temperamentos, la teoría dentogénica, la forma del arco maxilar y biotipo corporal, técnicas que demostraron ser muy prácticas y sencillas, obteniendo en todas ellas una forma ovoide como resultado. Se escogió el color 2B de acuerdo a la edad avanzada, tez clara de la piel y por el sexo femenino de la paciente.

El método de Williams, no garantiza ser la técnica más segura ni confiable, sin embargo varios profesionales lo prefieren. Como menciona (Boujoual, Mouhibi, Mbarki, & Andoh, 2018) en su estudio, “el aspecto más importante no es la forma del incisivo central superior, sino que el resultado general pueda reflejar armonía”.

Se rehabilitó a la paciente con nuevas dentaduras completas, restableciendo la función masticatoria, fonética y el aspecto estético. Se mejoró la adaptación, retención y estabilidad de las prótesis, además de conseguir los dientes anteriores adecuados, en base a su fisonomía y proporciones faciales. No existe fundamento alguno, que afirme seguridad y certeza de algún método en especial capaz de ser aplicado en cualquier raza o género, sin embargo, es claro que el objetivo es encaminar a un plan de tratamiento digno de cualquier paciente.

CONCLUSIONES

Tener conocimiento de los diferentes métodos de selección de los dientes, que la literatura ha propuesto desde 1886 y que actualmente siguen sus investigaciones, demuestra que para todo protocolo clínico se necesita fundamentos, con el fin de tener la plena confianza de esperar óptimos resultados tras un tratamiento, y tan importante como es la confección e instalación de prótesis totales, donde el paciente carece completamente de todas sus piezas dentales y por consiguiente de registros claves para saber cómo lucían sus dientes previo a las extracciones. Si bien es cierto, las radiografías, modelos de estudio y fotografías son de gran ayuda, pero a sí mismo, muchas de las veces no se logra obtener dicha información, por lo cual se debe recurrir a usar los métodos de selección de los dientes anteriores.

A través de diversos estudios se ha podido relacionar las medidas, color y formas faciales con los dientes naturales, de tal modo que si existe tal correlación, es de gran utilidad asumirlas cuando los pacientes son edéntulos totales. Hasta la fecha no existe una técnica certera con la que se pueda aplicar en todos los pacientes, ya que cada uno es auténtico, sin embargo hay la posibilidad de apoyarse en una variedad de métodos cuyo fin es volver el trabajo más personalizado, que no solo es lo deseado por los pacientes, sino que también es la atención que merecen.

Es fundamental la comunicación odontólogo-paciente ya que cada uno tiene la responsabilidad de encaminar correctamente el tratamiento. El paciente es quien debe manifestar sus deseos o anhelos para su nueva prótesis y así mismo, el clínico debe guiarlo para aplicar los métodos de selección dental, ya que no se puede esperar que el paciente esté dispuesto a someterse a las diferentes innovaciones estéticas sin previo conocimiento, de otro modo el trabajo puede fracasar e incluso se deberá repetir el trabajo. Es indudable que a los pacientes que se les permite tomar decisiones acerca de las propiedades estéticas de sus prótesis, muestren gran interés a lo largo del tratamiento y el tiempo de adaptación con su nueva dentadura será mucho más rápido, garantizando un resultado exitoso.

La comunicación con el técnico es imprescindible en todos los tratamientos que involucre enviar los trabajos al laboratorio dental, ya que toda la información receptada que puede obtener el técnico acerca del paciente, únicamente es a través del odontólogo.

En el presente trabajo, se utilizaron todos los métodos de selección de los dientes con la finalidad de demostrar lo práctico y útiles que son para usarlos en la confección de dentaduras completas, así mismo obteniendo al final del tratamiento muy buenos resultados. Sin embargo, es muy probable, que cada profesional tenga una técnica de preferencia que con el tiempo y experiencia le ha demostrado buenos resultados, lo valioso es que lo esté empleando en cada uno de sus pacientes con criterio y experticia.

RECOMENDACIONES

La aplicación de métodos antes mencionados es útil para los tratamientos de prótesis total, por lo cual se recomienda su uso y es aconsejable basarse en dos estrategias, uno como base y el segundo como respaldo del primero.

Se recomienda optar por métodos en los que se obtengan datos relacionados con los requisitos pedidos en las cartas de los dientes, que corresponde al ancho total de los seis dientes anteriores (no corresponde a la distancia intercanina), ancho mesio/distal de un incisivo central superior y la altura inciso/gingival del mismo.

Tener a disposición las cartas de los dientes en los consultorios odontológicos, permitirá que el clínico sea quien escoja el tamaño de los dientes artificiales adecuados en base a las medidas anatómicas obtenidas de los métodos de selección dental.

Es muy importante el aporte del paciente para escoger los futuros dientes de su prótesis, pero así mismo, no dejar asumir caprichosamente ese crítico proceso, más bien orientarlo acerca de los diferentes parámetros con los que se puede manejar su caso.

Las fotografías del antes y después son indispensables para cualquier tratamiento dental, más aún para los que involucren criterios estéticos como es devolver dimensión vertical, soporte labial, altura incisal, además de la forma, tamaño y color de los dientes.

Se recomienda realizar estudios, comparando diferentes cartas de dientes de distintas marcas comerciales, para observar si ofrecen características similares para el tamaño y forma de los dientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmad, N., Ahmed, M., & Jafri, Z. (2013). Esthetic considerations in the selection of teeth for complete denture patients. A review. *Annals of Dental specialty*, 4-7.
- Ahmed, N., Abbas, M., Naz, A., & Maqsood, A. (2015). Correlation between innercanthal distance and the mesiodistal width of the maxillary central incisors. *Isra Medical Journal*.
- Alam, M. K. (2015). Multiracial facial golden ratio and evaluation of facial appearance. *PloS one*, 4.
- Alarcón, N. (2018). Selección de los dientes en rehabilitación oral. *Revisión de tema. Revista San Gregorio*, 85-95.
- Álvarez, H., & Fassina, N. (2002). *Prótesis total removible. Tomo II*. Buenos Aires: Hacheace.
- Attokaran, G., & Shenoy, K. (2016). Correlation between Innercanthal Distance and Mesiodistal Width of Maxillary Anterior Teeth in a Thrissur, Kerala, India, Population. . *The journal of contemporary dental practice*, 382-387.
- Aysegul, K., & Gulbahar, I.-O. (2015). Conventional methods for selecting form, size, and color of maxillary anterior teeth: Review of the literature. *European Journal of Prosthodontics*, 3(3), 57-63.
- Berry, F. H. (1905). Is the theory of temperaments the foundation of the study of prosthetic art. *Dent Mag*.
- Beumer, J., & Hamada, M. (s.f.). *Foundation for Oral-Facial Rehabilitation*. Obtenido de Division of Advanced Prosthodontics, UCLA:
<http://www.ffofr.org/education/lectures/spanish-language-lectures/complete-dentures/22-seleccion-de-dientes-posteriores/>
- Biotone. (s.f.). *Carta de dientes Biotone*. Obtenido de Dentsply:
<http://www.dentsply.com.mx/Pdf/carta.pdf>
- Bonilla, V. M. (2007). Alteraciones del Color de los Dientes. *Revista europea de Odontoestomatología*, 1-12.
- Boujoual, I., Mouhibi, A., Mbarki, E., & Andoh, A. (2018). Correlation between the form of the maxillary central incisor and the inverted form of the face (Part II). *International Journal of Information Research and Review*.
- Calderero, J. (2017). *Prótesis Completas*. Madrid: Sintesis, S.A.
- Christen, U., & Kerschensteiner, E. (2011). *Guía para la prótesis completa*. Obtenido de VITA SYSTEM 3D-MASTER:
<http://www.protesidentalsevilla.com/pdf/guiaprotesiscompletavita.pdf>

- Clapp, G. W. (1955). How the science of esthetic tooth-form selection was made easy. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 5(5).
- Duratone-n. (s.f.). *Carta de dientes Duratone-n*. Obtenido de New Stetic: <http://www.uredent.com/uredent/docs/duratone-n.pdf>
- Evren, B., & Özkan, Y. K. (2018). Anterior Tooth Selection and Arrangement. *Complete Denture Prosthodontics*, 3–29.
- Fonollosa, P. M. (2010). Integración y estética en rehabilitaciones completas acrílicas. *Gaceta Dental*, 152-171.
- Fradeani, M. (2006). *ANÁLISIS ESTÉTICO Un acercamiento sistemático al tratamiento protésico*. Quintessence.
- García Micheelsen, J. L. (2006). *Enfilado dentario, bases para la estética y la estática en prótesis totales*. Editorial AMOLCA.
- Gozalo-Diaz, D., Johnston, W. M., & Wee, A. G. (2008). Estimating the color of maxillary central incisors based on age and gender. *The Journal of prosthetic dentistry*, 93-98.
- Gupta, R., Luthra, R., & Sharma, A. (2016). A comparative evaluation of the inter-relationship between inner-canthal distance, inter-alar width and inter-Pupillary distance with respect to inter canine width amongst the population of Himachal Pradesh. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research*.
- IbrahimagiÊ, L., Jerolimov, V., & CelebiÊ, A. (2001). The Choice of Tooth Form for Removable Dentures. *Acta Stomat Croat*, 237-244.
- Ivoclar Vivadent. (s.f.). *Carta de formas de dientes Ivostar/Gnathostar*. Obtenido de <https://www.ivoclarvivadent.es/zoolu-website/media/document/11268/Carta+de+forma+de+dientes>
- Jiménez, Z., Justo, M., Quesada, S., & Ortiz, Y. (2018). Influencia del edentulismo en la calidad de vida del adulto mayor. *Convención Internacional de Salud*.
- Koeck, B. (2007). *Prótesis completas*. Elsevier.
- Kumar, K. A. (2015). Determination of mesiodistal width of maxillary anterior teeth using inner canthal distance. *Medical Journal Armed Forces India*, 376–381.
- Kumar, M. V., Ahila, S. C., & Devi, S. S. (2011). The science of anterior teeth selection for a completely edentulous patient: a literature review. *The Journal of Indian Prosthodontic Society*, 11(1), 7-13.
- Lüscher, M. (1990). *The Luscher color test*. Simon and Schuster.
- Melilli, D., Calandra, F., Messina, P., & Scardina, G. A. (2016). A New System for Choosing the Form and Size of Complete Denture Anterior Teeth. *Dental Hypotheses*, 147-151.

- Misch, C. E. (2007). *Protesis Dental Sobre Implantes*. Elsevier.
- Molin, M., & Gunne, J. (2014). *Prótesis Removible*. Amolca.
- MUHAMMADI, S. H. (2016). Preferred methods for the selection of artificial teeth in a complete denture patient in a tertiary care hospital at Rawalpindi. *Pakistan Oral & Dental Journal*, 36(1).
- Parciak, E., Dahiya, A., AlRumaih, H., Kattadiyil, M., Baba, N., & Goodacre, C. (2017). Comparison of maxillary anterior tooth width and facial dimensions of 3 ethnicities. *The Journal of prosthetic dentistry*,.
- Phonares II. (s.f.). *Carta de dientes Phonares II*. Obtenido de Ivoclar Vivadent: <https://www.ivoclarvivadent.es/zoolu-website/media/document/15295/SR+Phonares+II+-+Carta+de+formas+de+dientes>
- Pilkington , E. L. (1936). Esthetics and optical illusions in dentistry. *Journal of the American Dental Association*, 23(4), 641-651.
- Preti, G., Bassi, F., Carossa, S., Catapano, S., Corsalini, M., Gastaldi, G., . . . Scotti, R. (2008). *Rehabilitación protésica Tomo 2*. Amolca.
- Rahn, A. O., Ivanhoe, J. R., & Plummer, K. D. (2011). *Prótesis dental completa*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Rajasekhar, A., Nooji, D., & Kumar, M. A. (2015). *Dentogenics in complete denture prosthodontics*. LAP LAMBERT Academic Publishing.
- Sánchez, R. A. (2008). *Manual para el laboratorio de enseñanza en la elaboración de dentaduras*. México.
- Sellen, P., Jagger, D., & Harrison, A. (1999). Methods used to select artificial anterior teeth for the edentulous patient: a historical overview. *International Journal of Prosthodontics*.
- Sidney , K., & August , B. (2008). INVISIBLE Restauraciones estéticas cerámicas. (A. M. Latinoamérica, Ed.)
- Solera, M. (2002). Desmontando una teoría: Las observciones de James Leon. *U.C.M, Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia*.
- Suárez, J., Parada , R., Fandiño , L., & Pedroza , D. E. (2014). Suárez JLC, Parada RAL, Fandiño LA, Pedroza DMG. Estudio antropométrico del componente dentogingival en dientes anteriores superiores. *Revista Mexicana de Periodontología*, 5(3), 87-97.
- Suja, J., Sebastian, T., Suja , M., Cherackal, G. J., & George, A. K. (2015). Characterization of complete denture-11 Case reports. *SRM Journal of Research in Dental Sciences*, 6(1).

- Telles, D. (2011). *PRÓTESIS TOTAL Convencional y sobre Implantes*. São Paulo : Livraria Santos Editora.
- Tiziano. (s.f.). *Cartas de dientes Tiziano*. Obtenido de New Stetic:
<http://uredent.com/uredent/docs/tiziano.pdf>
- Triglia, A. (2017). *Psicología y Mente*. Obtenido de La teoría de los cuatro humores, de Hipócrates: <https://psicologiaymente.com/personalidad/teoria-cuatro-humores-hipocrates>
- Vanegas, E., Villavicencio, E., Alvarado , O., & Ordóñez , P. (2016). Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. *Revista Estomatológica Herediana*.
- Veeraganta, S., Savadi, R., Baroudi, K., & Nassani, M. (2015). Differences in tooth shade value according to age, gender and skin color: A pilot study. *The Journal of the Indian Prosthodontic Society*.
- VITA. (s.f.). *Carta de dientes Vita*. Obtenido de Vita-Zahnfabrik: https://www.dt-shop.com/fileadmin/bestellbloecke_zahne/VITA_1567SP_MFT_es.pdf
- Von Marttens, A. C. (2010). Experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*.
- Wiens, J. P., Wiens Priebe, J., & Curtis, D. A. (2018). *Journal of Prosthodontics on Complete and Removable Dentures*.
- Williams, J. L. (1914). *A new classification of natural and artificial teeth*. New York : Dentists supply Co.
- Young, H. A. (1954). Selecting the anterior tooth mold. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 4(6).

ANEXOS

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR									
ESCUELA DE ODONTOLÓGIA									
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
UIDE		Clínica Odontológica				PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	12349
						Quito	Pichincha		
1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN									
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		No. CÉDULA DE CIUDADANÍA	
Jimenez		-		Digna		Ementa		110009765-6	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y No. - MANZANA Y CASA)					BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (U/R)
El Eden, Manuel Tamayo					Edén		Quito	Pichincha	U
									No. DE TELÉFONO
									3261288
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD AÑOS CUMPLIDOS	SEXO		ESTADO CIVIL		INSTRUCCIÓN ÚLTIMO AÑO APROBADO
01/09/39	Loja	Ecuatorina	Mestiza	78	M F		SOL CAS DIV VU U-L		bachiller
					M F		SOL CAS DIV VU U-L		
					X		X		
FECHA DE ADMISIÓN		OCUPACIÓN		EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE	
29/01/19		jubileada		-		IESS		Guanymy Salas	
EN CASO NECESARIO LLAMAR A			PARENTESCO AFINIDAD		DIRECCIÓN			No. DE TELÉFONO	
Guanymy Salas			Hijo		Castrobulde Ayala y Alamo			3263530	
COD= CODIGO U=URBANA R=RURAL M=MASCULINO F=FEMENINO SOL=SOLTERO CAS=CASADO DIV=DIVORCIADO VU=VUOTO U-L=UNION LIBRE									
								ADMISIONISTA	CÓDIGO
AUTORIZACIÓN									
FECHA: 24 enero del 2018									
YO: Digna Jimenez con C.I. No. 110009765-6									
En conocimiento que la Clínica de Especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador "Servicio Docente" su tratamiento lo realiza especialistas y estudiantes.									
Se me ha expresado adecuadamente las actividades esenciales que se realizaran sobre el tratamiento de mis problemas bucales.									
AUTORIZO a que se me realice procedimiento de diagnóstico y tratamiento clínico quirúrgico con el estudiante asignado, comprometiéndome a cancelar los valores correspondientes previo el tratamiento indicado.									
NOMBRE DEL PACIENTE: Digna Jimenez									
FIRMA DEL PACIENTE:									
NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Geness Salas									
NOMBRE DEL TUTOR: Dr. Daniel Capello									
FIRMA DEL TUTOR:									

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M/F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA
UJDE	Digna	Jiménez	F	78	

MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
					X	

1 MOTIVO DE CONSULTA
 "cambiar mi placa"

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
 Paciente femenina de 78 años de edad, ocluyente, desde el 19
 consulta pidiendo cambio de su prótesis total, refiriendo haberla tenido
 hace aproximadamente 15 años

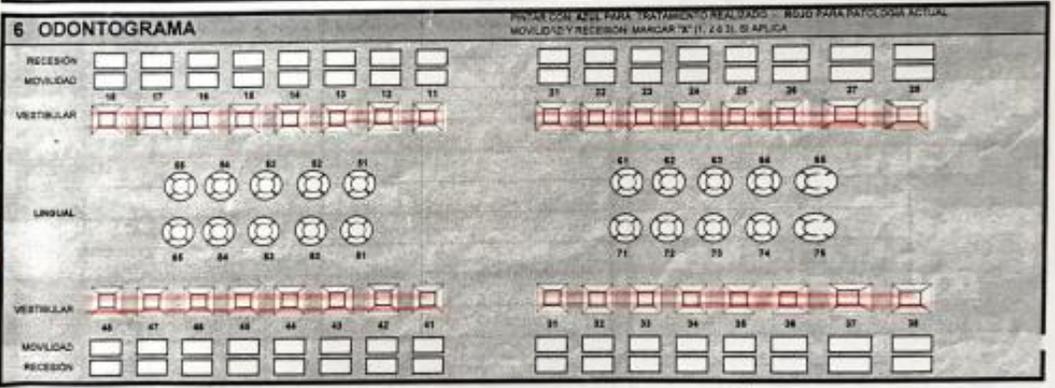
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
 Medicamento para las rodillas glucosamina.

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA (b/min)	TEMPERATURA (°C)	F. RESPIRAT. (b/min)
122/83	60	36.5	16

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMAGNÁTICO

Labios medianos, labra rosa
 No presenta ninguna patología espontánea.



7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA			
PIEZAS DENTALES	PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS
0-1-2-3	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1
16	17	55	
11	21	51	
26	27	66	
36	37	75	
31	41	71	
46	47	85	
TOTALES			

8 INDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D	-	-	-	
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

- *_{imp} RELLENTE NECESARIO
- *_{real} RELLENTE REALIZADO
- X_{imp} EXTRACCIÓN INDICADA
- X_{real} PERDIDA POR CARIES
- ⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)
- △ ENDODONCIA
- (con línea) PROTESIS Fija
- (con línea) PROTESIS REMOVIBLE
- ≡ PROTESIS TOTAL
- ⊠ CORONA
- (con línea) OBTURADO
- (sin línea) CARIES

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

ROENTGEN	QUÍMICA SANGÜEnea	RAYOS X	OTROS
1. Plan Educativa : Fisioterapia oral y edulcor (uso de los prótesis)			
2. Plan Preventivo :			
3. Plan Rehabilitador : Prótesis total sup. / inf.			

11 DIAGNÓSTICO

1.	Edentulismo total						
2.							

FECHA DE APERTURA: 14/11/17 FECHA DE CONTROL: PROFESIONAL: Dr. Donel Cepeda FIRMA: *[Firma]* NÚMERO DE HOJA: 1

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA 14/11/17	Edentulismo total (K06.9)	1) impresiones primarias <i>[Firma]</i>		CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>
SESIÓN 2 FECHA 07/02/18	Edentulismo total (K06.9)	2) Cúbetas individuales - molde muscular - impresiones funcionales para modelos definitivos		CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>
SESIÓN 3 FECHA 06/03/19	Edentulismo total (K06.9)	CASO CLÍNICO: - Impresiones anatómicas - Modelos de estudio - Delimitación del turno protésico		CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>
SESIÓN 4 FECHA 13/03/19	Edentulismo total (K06.9)	- Recorte muscular d.		CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>
SESIÓN 5 FECHA 20/03/19	Edentulismo total (K06.9)	- Sellado periferico (superior) - Impresión funcional (superior) - Modelo definitivo (superior)		CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>
SESIÓN 6 FECHA 27/03/19	Edentulismo total (K06.9)	- Sellado periferico (inferior) - Impresión funcional (inferior) - Modelo definitivo (inferior)		CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>
SESIÓN 7 FECHA 03/04/19	Edentulismo total (K06.9)	- Planos de orientacion superior y montaje del modelo sup al articulador.		CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>
SESIÓN 8 FECHA 10/04/19	Edentulismo total (K06.9)	- Planos de orientacion inferior y montaje del modelo inferior al articulador		CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>
SESIÓN 9 FECHA 17/04/19	Edentulismo total (K06.9)	prueba en caso de prótesis.	→ se mando a corregir utricuoi de linea media	CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>

SNS-MSP/HCU-form.033/2008

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA	
SESIÓN	10				CÓDIGO	
FECHA	08/05/19	Edentulismo total (K06.9)	- prueba in vivo de la prótesis con línea media coronada. (K06.9)	<i>[Firma]</i>		FIRMA
						<i>[Firma]</i>
SESIÓN	11				CÓDIGO	
FECHA	15/05/19	Edentulismo total (K06.9)	- Ajustes oclusales de la prótesis superior e inferior. (K06.9)	<i>[Firma]</i>		FIRMA
						<i>[Firma]</i>
SESIÓN	12				CÓDIGO	
FECHA	22/05/19	Edentulismo total (K06.9)	- colocación definitiva de la prótesis. (K06.9)	<i>[Firma]</i>		FIRMA
						<i>[Firma]</i>
SESIÓN	13				CÓDIGO	
FECHA	17/6/19	Edentulismo total (K06.9)	control de las prótesis totales s/plnt.	<i>[Firma]</i>		FIRMA
						<i>[Firma]</i>
SESIÓN	14				CÓDIGO	
FECHA						FIRMA
SESIÓN	15				CÓDIGO	
FECHA						FIRMA
SESIÓN	16				CÓDIGO	
FECHA						FIRMA

ODONTOLOGÍA (3)

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	SESIÓN No.	FACTURA No.	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	SALA DE MATERIALES
14/11/17	1	1063	silicona de condensación y activador		
7/02/18	2	1063	silicona de condensación y activador		
06/03/19	3	6775	alginato		
13/03/19	4	1063	silicona liviana de aduon y yeso extradura (modelo superior)		
20/07/19	5	1063	silicona liviana de aduon, yeso (modelo inferior) y adhesivo para resina		
03/09/19	6	1063	yeso extradura (2) y yeso blanco (1)		

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CCD. UO	CCD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE
UIDE		Clínica Odontológica			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	HISTORIA CLÍNICA
					Quito Pichincha			12399
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		Nº. CÉDULA DE CIUDADANÍA		
Jimenez		Digna		Emerica		110009765-6		

Toda la información entregada por los profesionales al paciente se hará en el ámbito de la confidencialidad.

1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

PROPÓSITOS	TEMAS Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS			
Devolver función masticatoria, fonación y estética.	Protesis total superior e inferior			
RESULTADOS ESPERADOS	RISGO DE COMPLICACIONES CLÍNICAS			
Estabilizar y devolver función, fonación y estética	falta de retención y estabilidad, falta de ajustes oclusales, color dental no adecuado.			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
Dr. Alejandra Torres	Rehabilitación			

2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROPÓSITOS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS			
RESULTADOS ESPERADOS	RISGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA

PROPÓSITOS	ANESTESIA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS	RISGO DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

A	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD	FIRMA DEL PACIENTE
B	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES CENSALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD	
C	CONSENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD	
D	CONSENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA	
E	HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS	
F	HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO	
G	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIRUSIDA)	
H	HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE NO LO CONSIDERE NECESARIO	
I	DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGRA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONSCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.	

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE

COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPEDIDO 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				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

PLAN DE TRATAMIENTO

<p>1. CONTROL DE URGENCIAS</p>	<p>no requiere.</p>
<p>2. CONTROL DE LA INFECCIÓN Y REINFECCIÓN BUCAL</p>	<p>no requiere.</p>
<p>3. CONTROL DEL MEDIO CONDICIONANTE</p>	<p>aseo de prótesis - retirar las prótesis al dormir - cepillar la prótesis con gel limpiador de 2-3ms y abundante agua - limpiar con: uvas con agua y bicarbonato todas las noches.</p>
<p>4. REFUERZO O MODIFICACIÓN DEL HUÉSPED</p>	<p>no requiere</p>
<p>5. CONTROL DE LAS INFECCIONES NO RESUELTAS COMO URGENCIAS</p>	<p>no requiere</p>
<p>6. REHABILITACIÓN</p>	<p>continuar prótesis total sup-inf.</p>
<p>7. MONITOREO</p>	<p>- a la semana - a los 3 meses - a los 6 meses.</p>



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, DE LA SALUD
Y DE LA VIDA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Digna Jiménez con cédula de identidad N°1700041397 autorizo a la estudiante Génesis Salinas para que pueda tomar fotografías de rostro sin censura, dientes y cuerpo completo de mi persona y que estas puedan ser copiadas y publicadas con fines académicos.

Digna Jiménez
CI: 110009765-6

Tutora: Dra. Alejandra Torres

Estudiante: Génesis Salinas