



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PROCEDIMIENTOS EN EL DIAGNOSTICO DE
PROTESIS FIJA Y REMOVIBLE.

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

SERGIO GERARDO HERNANDEZ OVIEDO

MEXICO, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PROCEDIMIENTOS EN EL DIAGNOSTICO DE PRÓTESIS FISA Y REMOVIBLE.

Contenido :

+ Dedicatorias.

+ Introducción .

Tema I .- Historia Clínica e Interrogatorio .

a.) Examen Físico .

b.) Datos generales e Interrogatorio .

c.) Pruebas clínicas y de Laboratorio .

Tema II.- Historia Clínica (Examen Bucal)

1.- Ayudantes para el examen Bucal :

a.) Inspección simple y armada .

b.) Palpación y percusión.

c.) Pruebas Térmicas y Eléctricas.

d.) Sonda parodontal

2.- Examen Bucal Parodontal .

3.- Examen Bucal Endodóntico.

4.- Examen Bucal Ortodóntico y de Oclusión .

Tema III.- Auxiliares en el diagnóstico .

1.- Radiografías :

a.) Que es radiografía Dental .

b.) Tipos de radiografía Dental .

c.) Observaciones Radiográficas .

2.- Modelos de Estudio :

- a.) Que son y para que sirven .
- b.) Como hacerlos y que material empleamos para su fabricación .
- c.) Que observamos en los modelos .

3.- El Articulador y los registros Intermaxilares

4.- El Paralelómetro .

5.- Fotografía Clínica .

Tema IV.- Diagnóstico y Plan de Tratamiento .

- a.) Que es el diagnóstico .
- b.) Que es el Pronóstico .
- c.) Que es Plan de Tratamiento .
- d.) Que es Prótesis y Tipos de Prótesis.

Tema V.- Cuando está indicada una Prótesis Fija o Removible.

- a.) Indicaciones para Prótesis Fija.
- b.) Indicaciones para Prótesis Removible.
- c.) Partes de un Puente Fijo .
- d.) Partes de un Puente Removible .
- e.) Factores que determinan la elección del soporte para un puente .
- f.) Factores que determinan la elección del pilar.

+ Conclusiones.

+ Bibliografía .

+ INTRODUCCION .

En el momento que surgió el Homo Sapiens , sobre la faz del planeta , se dio cuenta de que era un ser superior a cualquier forma de vida sobre la tierra . Pero también se dio cuenta que tenía grandes carencias y defectos , Fue en el momento que apareció en él un instinto de superación . Este no es más que esa fuerza interna que conduce al hombre a tratar de llegar a lograr su perfección .

Una prueba de ello , es el constante avance de la medicina por llegar a conocer, clasificar , tratar y prevenir las enfermedades que aquejan , física y mentalmente a la humanidad .

La Odontología como una de las ramas de la ciencia Médica , no se queda atrás . Es impresionante detectar la cantidad de conocimientos , técnicas y materiales perfeccionados día con día y que florecen en los diferentes campos de la ciencia Odontológica .

Es por esto que cada vez , se marca más la necesidad de gente especializada en cada uno de estos campos . Ya que es casi imposible que una sola persona pueda abarcar todo el conocimiento de las diferentes especialidades odontológicas .

Sin embargo es menester saber que no es una excusa, para el estudiante y para el dentista de práctica general , el tratar de superarse cada vez más en su ejercicio profesional y de tener los conocimientos básicos de cada una de las diferentes ramas de la odontología .

Lo anterior es importante , porque si nos fijamos , Todas las distintas especialidades dentales están siempre relacionadas -

entre sí , Por ser la boca un conjunto de órganos y tejidos que --
cumplen y comparten funciones específicas .

Existe un parámetro que es muy cierto , y que puede ejem-
plificar la importancia del diagnóstico . Para que un Ingeniero o
un arquitecto lleven acabo alguna construcción , es lo primero que
se fijarán es en las condiciones y propiedades que tenga el terre-
no sobre el cual levantarán la construcción, e inmediatamente después
estudiarán con detenimiento el tipo de cimentación de acuerdo con
el terreno . De los buenos resultados que obtengan dependerá básica-
mente el éxito o el fracaso en su obra .

Lo mismo se remite al odontólogo que quiera realizar cual-
quier tratamiento de índole dental , Si no tiene unas bases adecua-
das (Un Buen DIAGNOSTICO) de todos los órganos y tejidos bucales
podremos decir con certeza que fracasará en su intento de dar algún
servicio de origen dental .

La inquietud que me condujo a realizar este trabajo , es -
el recopilar de una forma ordenada y sistematizada los conocimien-
tos básicos de las distintas especialidades dentales que se relacio-
nan entre sí para llegar hacer un DIAGNOSTICO adecuado en la elección
de una Prótesis fija o Removible .

Busca hechos y tendrás ideas
(Kant)

- Tema I.- Historia Clínica e Interrogatorio.
- a.) Examen Físico.
 - b.) Datos Generales e Interrogatorio.
 - c.) Pruebas clínicas y de laboratorio.

La Historia Clínica y el Interrogatorio son factores de gran importancia para llegar a realizar un diagnóstico acertado, Ya sea Bucal o de orden general. Así que pondremos una atención especial en ellos..

La frase que dice "Una buena Anamnesis (historia clínica) representa la mitad del diagnóstico." (Korner) esto es muy cierto por lo que en esta investigación he dedicado dos capítulos para hablar de ella.

La Historia Clínica es el conjunto ordenado de métodos y procedimientos de que se vale el clínico para obtener de un -- paciente los signos y síntomas que lo aquejan, Con ellos elaborar un diagnóstico que no consiste más que en conocer , denominar y catalogar exacta y precisamente una enfermedad .

Como Signos tendremos Las manifestaciones objetivas , Físicas o químicas que se reconocen al examinar al enfermo .

Los síntomas Son las manifestaciones subjetivas como lo son : molestias , dolor etc. Es lo que nos reporta el paciente .

a.) Examen Físico (Primera Impresión)

Denomino Examen Físico a la primera impresión que nuestros sentidos captan de un paciente .Principalmente la vista .

El objetivo principal es el evaluar la capacidad física y emocional de la persona que viene a consulta para poder tolerar un tratamiento odontológico específico . Por lo tanto no se reduce a realizar una simple ojeada a un enfermo , sino que observaremos todos los detalles relevantes a la vista. " Ver es en algunos aspectos un arte que debe ser aprendido, Cuanto mejor se mira más cosas se ven " (Hersche).

La simple observación de un paciente nos aportará datos relevantes para el mejor conocimiento del enfermo, una idea más clara del mal que lo aqueja y una ayuda para comenzar a seleccionar el futuro tratamiento .

A continuación mencionaré algunos puntos en los cuales nos debemos de fijar en la observación física de un paciente:

1.- Las Actitudes o Posturas .

La Persona adoptará instantáneamente la actitud o postura que hace su mal más llevadero. Por ejemplo: En una pulpitis aguda hay manifestaciones de dolor , el paciente tendrá una actitud de desesperación y su postura será característica de una persona con dolor . Si el paciente padece de artritis, Tuberculosis o enfermedad de Paget, adoptará actitudes y posturas características de estas enfermedades .

2.- Las Facies .

Existen varios cambios faciales que se asocian a enfermedades como : Hipertiroidismo, Miastenia grave, Acromegalia , si

xecema, Enfermedad de Paget, Parkinsonismo, Parálisis de Bell y - parálisis facial central, etc. Que tienen un tipo de facies característicos. Con frecuencia la expresión facial denota Ansiedad , Preocupación o dolor .

3.- Hábito orgánico .

La obesidad marcada o la delgadez, Sugieren la posibilidad de alteraciones hormonales ,Nutricionales o enfermedades debilitantes como neoplasmas o tuberculosis.

4.- Marcha .

Es frecuente que la sífilis terciaria, La enfermedad de Paget y la esclerosis múltiple se identifiquen con un modo de caminar anormal . También observaremos si el examinado se ayuda al caminar con bastón , muletas u otro aparato ortopédico .

5.- Respiración .

La disnea puede indicar insuficiencia cardiaca o enfermedad pulmonar, La respiración sibilante se presenta en el asma bronquial . También la dificultad al respirar nos indicara problemas de obstrucción de alguna vía respiratoria.

6.- La Piel .

En diversas dermatosis aparecen erupciones . En la enfermedad de Addison , La Argiria y la pelagra hay presencia de pigmentaciones . En la Anemia o en la insuficiencia Aórtica hay palidez. La coloración amarilla indica ictericia obstructiva , Tóxica o infecciosa. La cianosis puede tener su origen en enfermedades cardiacas o pulmonares. En el cretinismo y el mixedema hay resequedad . Las hemorragias se producen en la diátesis hemorrágicas . Así es menester observar los nevus, Tumores, Queloides o neurofibromatosis.

7.- Los Ojos .

Es preciso notar la presencia de inflamación , exoftalmos o cambios pupilares .

8.- La Nariz.

Las descargas purulentas indican rinitis aguda o infección de los senos. Las deformaciones u obstrucciones de los pasajes nasales pueden originar la respiración bucal.

9.- El Cuello.

Las venas cervicales prominentes pueden tener relación con una falla cardiaca congestiva u otras alteraciones del sistema cardiovascular . las pulsaciones carotídeas vigorosas pueden indicar hipertensión . Las linfadenopatías , El bocio o agrandamientos tiroideos, Quistes, Tumores pueden ser la causa de masa en él .

10.- Zonas Submaxilar y Parotídea.

La Ostiomielitis , la Actinomicosis, la obstrucción del conducto de Wharton y la Angina de Ludwig, Producen la hinchazón de la zona submaxilar . La parotinitis epidérmica , la obstrucción del conducto de Stensen , la enfermedad de Mikulicz o neoplasmas - pueden ser causas de la hinchazón de estas zonas.

11.-A partir del primer encuentro el operador debe intentar hacer una valoración general del paciente, Ello incluye consideraciones sobre el estado mental y emocional, El temperamento (si el paciente se encuentra en estress) , Tics nerviosos, nerviosismo marcado , irritación, Su manera de vestir, Su higiene personal , Si tiene alguna deformación , Contusión , Equimosis o abrasión , Si usa aditamentos auditivos o anteojos. Tambien observaremos la simetría facial y su edad fisiológica .

No solo nuestro sentido de la vista intervendrá en este examen , Tambien intervendrá nuestro sentido del olfato . Por ejemplo : Hay enfermedades que despiden un olor característico , Lo mismo algunas medicinas tienen un olor especial , o si el paciente ha ingerido alguna bebida alcohólica antes de la consulta .

Todo lo antes mencionado nos da una idea global de la clase de persona que na primera vista estamos tratando .

b.) I.- Datos Generales.
 II.- Interrogatorio .

I.- Datos Generales :

Como datos generales especifico aquella información de índole personal que nos aporta el paciente , esta casi siempre es tomada por la recepcionista y consiste en los siguientes datos:

Nombre y Apellidos , Edad, Sexo, Estado civil, Ocupación Lugar de origen, Fecha de nacimiento, Dirección de su casa y de su trabajo, Teléfono domicilio y oficina, Teléfono y Nombre de su Médico familiar, Recomendado por . Si el paciente es menor de edad o es una señora casada pediremos el nombre del responsable .

A continuación hablaré brevemente de la importancia de algunos de estos datos :

El Nombre y el Apellido ;

El identificar a un paciente por su nombre y apellido -- desde el primer contacto con él, da una sensación a éste de confianza y seguridad, Porque lo identificamos como persona y no como número o un expediente. Trataremos de que nunca nos pase el identificar a un paciente como " Usted es el amigo del licenciado " , esto le resta personalidad y falta de interes en su persona. Otra cosa que nos indica el nombre y el apellido es la Raza del sujeto examinado lo cual nos puede indicar hábitos y costumbres específicos.

La Edad y el Sexo:

La relación interpersonal con un hombre es diferente que con una mujer ,Además hay enfermedades que ocurren más en un sexo determinado . Al igual que no es lo mismo el hablar con un niño - que con un adulto, en muchos tratamientos dentales la edad nos da la pauta para diversificar nuestro plan de tratamiento.

El Estado Civil :

Los diferentes estados de vida (Casado , Viudo , Divorcado o soltero) significan modos de vivir distintos , que cuentan en la génesis de muchos trastornos psicológicos e incluso de tipo orgánico .

La Ocupación :

Esta información nos puede llegar a indicar el tipo de tensiones a las que el referido está sometido. Hay trabajos que tienden a desarrollar susceptibilidad hacia algún tipo de enfermedad , por ejemplo; las personas que trabajan con radiación o que están expuestas a ellas, los trabajadores de las minas, etc. Estos tipos de oficios pueden presentar patologías que contraindiquen un tratamiento .

La Dirección o lugar donde reside :

Nos da una idea del contexto donde se desarrolla la persona y el tipo de nivel socioeconómico .

Lugar de Nacimiento :

En México las personas que viven o que muy chicas fueron creadas en el norte del país, pueden tener los dientes con una pigmentación especial debido al contenido de fluor del agua potable.

La Recomendación :

Lo pongo como dato general ya que es importante saber como llegó el paciente con nosotros para que más tarde agradezcamos a la persona que nos lo refirió .

II.- El Interrogatorio .

"Saber escuchar con bondad al que sufre , siempre un poco prólijo al referir los accidentes que experimenta, es en parte aliviarlos". (Cabanis)

El interrogatorio es base fundamental de la anamnesis , hay que tratar de que nunca se escatime tiempo para realizarlo y exige además mayor ciencia y experiencia del médico. Es el contacto verbal doctor- paciente, En el cual el examinado nos indicará el motivo principal de la consulta, El enfermo ante todo desea que el doctor se entere del mal que lo llevó a solicitar su asistencia

Un punto en el que nos fijaremos durante el interrogatorio es la forma en la que el referido contesta a nuestras preguntas , Si presenta problemas al habla (Ortolalia) y además la forma de hablar nos dara una visión de su educación y personalidad.

En los siguientes párrafos enumero cinco recomendaciones para llevar acabo un buen interrogatorio :

1.- El saludo al paciente . El diálogo entre el enfermo y el doctor debe de transcurrir en un clima de simpatía y confianza mutuas, Propicio a las confidencias , Ayuda ello a iniciar el diálogo tratando sobre temas generales (siempre y cuando no existan manifestaciones de dolor o molestias).

2.- Inmediatamente después nos referiremos a la afección que lo aqueja. Dejaremos que el paciente exponga libremente sus molestias . Siempre hay que escuchar primero y no dar juicios hasta no estar seguro de lo que tiene .

3.- Una vez que habló el paciente el dentista ueberá dirigir el interrogatorio, Cualquier paciente dirá lo que tiene que decir si el dentista sabe dirigir el interrogatorio por una mínima de plática de su parte, escuchando , evaluando y registrando todo.

4.- El odontólogo deberá de evitar el escribir mucho , o el fumar , el hablar con otra persona o el permitir que se le dis-

traiga , no se tiene que reiterar en preguntas ya que es un signo de no estar poniendo atención, y por consiguiente puede surgir desconfianza en el enfermo .

5.- Ver siempre a los ojos del paciente y disponer del tiempo necesario nos darán resultados excelentes .

Tanto el interrogatorio ,el examen precínico y el examen clínico serán hechos en la primera cita . Es trascendental dejar en el examinado una imagen de seguridad en nosotros , para así realizar un buen tratamiento más adelante .

c.) Examen Precínico o de Salud General .

El Cirujano dentista tiene que saber el estado de salud general de su paciente , Antes de iniciar cualquier tratamiento de índole dental . Se dará un cuestionario de salud general al enfermo que será llenado por él, siempre ayudado y dirigido por el dentista o asistente por si existe alguna duda.

Los datos de este cuestionario son relevantes y no deben de ser tomados a la ligera , Ya que si la odontología es una rama más de la medicina , es importante para el cirujano dentista conocer las enfermedades de orden general que pueden tener manifestaciones en la boca , así mismo las enfermedades de la boca que pueden llegar a repercutir en la salud global del paciente. Es del conocimiento nuestro que existen enfermedades de índole general que pueden llegar a contraindicar un tratamiento dental .

Aoyado en el cuestionario de salud el cual más adelante ejemplifico , y también ayudado por una serie de preguntas de 16 partes del cuerpo .

- 1.- Cabeza : Si existen , Presencia de Cefaléas, Desmayos frecuentes, sensación de livinidad, vértigos.
- 2.- Ojos : Usa lentes de contacto o comunes , su visión , dolor.
- 3.- Oídos : Tiene buena audición por los dos lados, escucha sum- bidos, tiene secreciones en los oídos .
- 4.- Nariz : Tiene resfrios frecuentes , obstrucción o sinusitis.
- 5.- Boca : Su salivación, lesiones, dolor, gustación, afonía , amigdalitis, sus ganglios linfáticos normales .
- 6.- Cuello : Tiene rigidez, distensión venosa, latidos y tumefaccio- nes .
- 7.- Respiratorio : Presencia de tos constante, esputo, hemóptisis.
- 8.- Cardiovascular : Dolor en el pecho, palpitaciones, disnea , - Ortopnéa, edemas en los tobillos, fatiga , - dolor en las articulaciones.
- 9.-Gastrointestinal: Apetito, presencia de nauseas, vómitos, dia- rrea, hematemesis, ictericia, color de las - heces, dolor abdominal .
- 10.- Genitourinario : Tiene micciones dolorosas, hematuria, fre- cuencia al orinar, orina purulenta, olores- característicos, intolerancia , secreciones penianas , color de la orina .
- 11.- Menstruación : Edad en la que comenzo', regularidad, duración, cantidad, dolor, fecha del último periodo , pro- blemas en lo ovarios .
- 12.- Neuromuscular : Tiene convulsiones, parestecias, debilidad , parálisis, incoordinación de movimientos.
- 13.- Peso : Cifra actual y cambios recientes. Estatura .
- 14.- Piel: Cambios en el color, textura, humedad, pigmentaciones, lesiones.

15.- Signos Vitales : Presión arterial, Temperatura, Pulso , res -
piraciones .

16.- Si tiene hemorragias constantes, su tiempo de coagulación .

17.- Hábitos : Tabaquismo, alcoholismo, otros, estado emocional .

En las siguientes hojas ejemplifico una ficha de datos
generales y un cuestionario de salud, fáciles de contestar .

DATOS GENERALES .

Nombre y Apellidos .		Edad	Sexo
Domicilio	Colonia y Zona postal.	Teléfono.	
Ocupación.	Dirección oficina .	Teléfono.	
Estado Civil,	Lugar y fecha nacimiento.	Escolaridad.	
Responsable o Nombre del Conyuge.			
Médico General (nombre)		Teléfono	
Recomendación (nombre)			
Fecha de su última visita al dentista .			

CUESTIONARIO DE SALUD .

CUESTIONARIO DE SALUD.

Expediente N.º _____

Nombre y Apellido . _____

Edad _____

Sexo _____

Peso _____

Altura _____

En las siguientes preguntas tache con una cruz (X) , en SI o NO según correspondan sus respuestas . Sus respuestas son solo para mi registro y se consideran confidenciales .

- 1.- ¿Ha tenido algún cambio en su salud en el último año? ...SI _ NO
- 2.- SU último examen médico se hizo el _____
- 3.- ¿Se halla bajo atención médica en la actualidad?SI - NO
- 4.- a.) En ese caso de que enfermedad se trata. _____
- 5.- ¿Ha tenido alguna enfermedad u operación grave?SI - NO
a.) En ese caso indique la enfermedad u operación _____
- 6.- ¿Alguna vez fue hospitalizado o padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años ?SI -NO
a.) Si es así en que consistió el problema . _____
- 7.- Padeció alguna de estas enfermedades o trastornos:
 - a.) Fiebre Reumática o reumatismo cardíaco.SI - NO
 - b.) Lesiones cardíacas congénitasSI - NO
 - c.) enfermedad cardiovascular(Trastornos cardíacos, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria alta presión sanguínea, arterioesclerosis , o algún ataque cardíaco.SI - NO
- 1.- Siente dolor en el pecho al hacer ejercicio.SI - NO
- 2.- Alguna vez le falta aire al hacer algún ejercicio..SI - NO
- 3.- Se hinchan los tobillosSI - NO
- 4.- Le falta aire cuando se acuesta o necesita de varias almohadas para dormirSI - NO
d.) AlergiaSI - NO
e.) SinusitisSI - NO
f.) Asma o Fiebre de nenoSI - NO

- g.) Urticaria o erupciones cutaneas.SI - NO
- h.) Desmayos pasajeros o prolongadosSI - NO
- i.) Es usted DiabéticoSI - NO
- j.) Tiene que orinar más de 6 veces al día ?SI - NO
- k.) Siente sed casi siempre ?SI - NO
- l.) Siente la boca seca con frecuencia ?SI - NO
- m.) Hepatitis, Ictericia o enfermedad Hepática.SI - NO
- n.) Artritis.SI - NO
- n.) Reumatismo articulario (articulaciones dolorosas o, inchadas)SI - NO
- o.) Úlcera del estómago.SI - NO
- p.) Trastornos RenalesSI - NO
- q.) TuberculosisSI - NO
- r.) Tiene tos persistente o espectoradora sangre?SI - NO
- s.) Baja presión sanguíneaSI - NO
- t.) Enfermedades VenereasSI - NO
- u.) Otras _____
- 8.¿ Alguna vez tuvo una hemorragia anormal por extracciones, operaciones o traumatismos ?SI - NO
- a.) Se le forman moretones con facilidad?SI - NO
- b.) Alguna vez necesito transfusión de sangre?SI - NO
- En ese caso explique las circunstancias _____
- 9.- Tiene algún trastorno de la sangre como Anemia?SI - NO
- 10.- Fue operado o estuvo en tratamiento con rayos X por tumores u otra enfermedad de la boca o labios,?SI - NO
- 11.- Toma alguna droga o medicamento?SI - NO
- En ese caso cual es .. _____
- 12.- Esta tomando cualquiera de los siguientes medicamentos.
- a.) Antibióticos o Sulfamidas.SI - NO
- b.) AnticoagulantesSI - NO
- c.) Medicamentos para la presión sanguínea elevadaSI - NO
- d.) Cortisona (Corticoesteroides)SI - NO
- e.) AntistamínicosSI - NO
- f.) AspirinaSI - NO
- g.) Insulina, Tolbutamina o drogas similares.SI - NO
- h.) TranquilizantesSI - NO
- i.) Digital o drogas para trastornos cardiacos.SI - NO
- j.) Nitroglicerina.SI - NO
- k.) Otras _____
- 13.- Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción alérgica

- a.) Anestésicos LocalesSI - NO
 b.) Penicilinas u otros antibióticos.SI - NO
 c.) Sulfamidas.SI - NO
 d.) Barbitúricos sedantes o píldoras para dormir.SI - NO
 e.) AspirinaSI - NO
 f.) Yodo, Fluor, Niquel o algún metal.SI - NO
 g.) Otras. _____
- 14.- Alguna vez tuvo algún problema grave en relación,
 con un tratamiento dental ?SI - NO
 En ese caso rogamos explicar , _____
- 15.- Padece usted algunas enfermedades que no figuran anterior-
 mente y que considera usted que debo conocer. _____
- 16.- Trabaja usted en algún lugar que lo expone con re-
 gularidad a los rayos X u otra radiación?SI - NO
- 17.- Tiene hábitos de tabaquismo, Alcoholismo o droga-SI - NO
 dicción. En ese caso explique cual. _____
- 18.- Padece de hemorragias frecuentes en la boca ?SI - NO
- 19.- Al despertar tiene dolor en las articulaciones o
 dolor de cabeza o siente sus dientes flojos.SI - NO
- 20.- Usa lentes de contacto ?SI - NO
- 21.- (Solo Mujeres) Tiene problemas en relación-
 con su menstruaciónSI - NO
- 22.- Ha tenido problemas en el embarazo o algún abortoSI - NO
- 23.- Se encuentra usted embarazada.SI - NO
 De ser así cuanto tiempo lleva . _____
- 24.- Con que periodicidad visita usted al dentista _____

Comentarios :

Firma del Paciente _____

Fecha _____

- c.) I .- Pruebas Clínicas
 II.- Pruebas de laboratorio .

I.- Pruebas Clínicas :

Este tipo de pruebas son las que el odontólogo puede manejar en su práctica diaria . Son sencillas de realizar y no requieren de una aparatología complicada. Estas aportan una ayuda grande en el conocimiento de la salud integral del paciente.

Enumero las siguientes pruebas clínicas :

1.- Presión Arterial .

La presión arterial oscila entre 90/ 60 y 150/ 100 milímetros de mercurio, en el adulto normal. Como la presión puede variar entre 20 y 30 mm en un período breve, Es recomendable tomar varias mediciones y en caso de duda tomar las cifras más bajas..

La presión arterial se mide por medio de un aparato denominado Baumanómetro , y además somos auxiliados para escuchar la presión mínima y la máxima por medio del estetoscopio.

La Presión arterial ideal en un adulto es de 80 / 120.

2.- Medición del Pulso .

En condiciones normales , la frecuencia del pulso varía de 60 a 90 pulsaciones por minuto en el adulto y de 80 a 100 pulsaciones por minuto en el niño.

Una frecuencia menor de 60 o mayor de 110 en el adulto constituyen una evidencia para justificar la consulta médica. la frecuencia del pulso deberá de hallarse dentro de los límites normales y las ondas deberán de ser tan firmes como regulares. Cualquiera irregularidad en el pulso, salvo extrasístoles muy ocasionales, son dignas de una consulta,

En esta prueba palparemos , el ritmo, el volumen y la velocidad con la que asciende el pulso .

La técnica para medir el pulso es muy sencilla, basta localizar cualquier arteria que sea superficial y descansa sobre un plano relativamente duro. La arteria más indicada para esta maniobra es la arteria radial, localizada en la muñeca. Para tomar el pulso nos ayudaremos con el dedo pulgar haciendo esta presión sobre la muñeca del paciente, En la mano contraria podemos sostener un reloj para checar cuantas pulsaciones por minuto tiene el examinado.

3.- La Temperatura.

La temperatura guarda relación con la cantidad de sangre que circula en unidad de tiempo. Se mide con unos aparatos especiales denominados termómetros, estos son muy fáciles de adquirir.

Los termómetros vienen en dos escalas de grados: 1.- en grados Centígrados y 2.- En grados Fahrenheit. El termómetro fue inventado por Galileo..

La importancia de la temperatura es que en un proceso patológico, esta se eleva. El calor normal del cuerpo oscila entre los 36.3° y 37.3° (medida en el recto). La temperatura normal axilar no debe de pasar de los 37° , ni bajar de los 35.5° . Medida la temperatura en la boca no debe pasar de los 37.3° .

Conviene saber que los termómetros envejecen con el tiempo, también por el uso o si permanecen inactivos por largos periodos.

Técnica para medir la temperatura:

1.- Se checa que el nivel de mercurio en el termómetro esté lo más abajo posible.

2.- Se limpia el termómetro con alcohol antes de usar.

3.- Colocación del termómetro: Hay distintas partes donde se usa el termómetro, las más usadas son en la boca y en la axila. (las otras dos son en el recto y en la vagina).

4.- El termómetro se debe poner en cada ocasión una sola vez, y no menos de 2 minutos ni más de 5 minutos .

4.- Prueba de Tiempo de Apnea :

Al completar la historia y el examen físico pueden que dar serias dudas sobre la reserva funcional de un paciente afectado por enfermedad cardiovascular o pulmonar. Si es así , La prueba de apnea o tiempo durante el cual el paciente puede contener la respiración, es muy útil y de gran precisión , puede considerarse de igual valor a la de la prueba del esfuerzo (subir escaleras).

Técnica : 1.- El paciente aspira profundamente.

2.- A continuación obstruye los orificios nasales con sus dedos para evitar la expiración, En caso contrario algunos respirarían igualmente por la nariz.

3.- El paciente contendrá la respiración tanto como le sea posible , y se mide el tiempo alcanzado.

Interpretación :

1.- Los límites superiores varían bastante y pueden ser de más de 35 o 45 segundos.

2.- Resultados de 15 segundos o menos deberán considerarse sospechosos, especialmente si existe evidencia de enfermedad cardiovascular o pulmonar .

5.- Ruidos Cardiacos .

Esta prueba también es sencilla de realizar y requiere un entrenamiento un poco más profundo por parte del operador. Para realizarla nos valemos del estetoscopio, por el cual oiremos los ruidos cardiacos normales y trataremos de distinguir cualquier anomalía en los ruidos cardiacos .

Los ruidos cardiacos normales son dos.. El primero es de tono bajo, timbre suave y larga duración es un (S₁) se genera -

por el cierre de las válvulas Mitral y cuspídea durante la sístole ventricular . El segundo ruido es breve y de tonalidad aguda (TA) y consiste con la diástole ventricular y el cierre de las válvulas sigmoideas y aórticas. La fase áfona entre el primer ruido y el -segundo se llama pequeño silencio y la media entre el segundo ruido y el primero se denomina gran silencio .

Los ruidos cardiacos pueden modificarse en sus cualidades fundamentales (intensidad, tono, timbre y frecuencia) . La fre -- frecuencia varía entre límites muy amplios 38- 40 s/m (sístole minuto en sujetos vagotónicos . y de 95 -100 s/m en sujetos vegetativos , la frecuencia ideal es de 60 s/m .

Existen otros exámenes clínicos que podríamos realizar , pero considero que estos son los más importantes .

II. Pruebas de Laboratorio .

No es frecuente que el Cirujano Dentista en su consulta-profesional, requiera de este tipo de pruebas . Pero nunca está - por demás el asegurarnos cuando existen sospechas de alguna enfer- meiad en un paciente . Estas pruebas requieren gente y material es- pecial (laboratorios de análisis clínicos) , y además de conoci- miento y práctica por parte del operador .

1.- Examen General de Orina :

Este examen de secreción urinaria , tiene gran valor - semiológico para el diagnóstico de los procesos del riñon y de - las vfaa urinarias .

Técnica : La orina se deberá recoger limpia (se pide de preferencia la primera micción del día) , de ser posible en un recipiente estéril, para su estudio bacteriológico. Otras pruebas

que se realizan en la orina son como por ejemplo, Prueba de proteínuria, de ebullición, de ácido úrico, de ácido nítrico , de ácido acético, de acetona, de bilirrubina, glucosa etc.

2.- Análisis de Sangre .

Este es otro de los análisis que se le piden al paciente si nos reporto alguna anomalía en la historia clínica.

Es importante para el dentista saber el RH del paciente, su tiempo de coagulación(protombina) y el conteo de los componentes de la sangre . Todo esto nos servirá para asegurarnos más en un tratamiento dental , por ejemplo : Si realizamos una extracción o extracciones múltiples es importante saber si su coagulación y cicatrización son buenas, o si existe alguna anemia u otra enfermedad que contraindique el tratamiento .

Mencionaré a continuación el tiempo normal de coagulación de la sangre por punsión de la piel, el tiempo es de 2 a 6 minutos En la vena varía de 5 a 15 minutos . El tiempo de sangrado normales de 1 a 6 minutos desde que sale la primera gota hasta la última gota que sale. El tiempo normal de protombina es de 12 a 14 segundos . El recuento de eritrocitos promedio en hombre es de 5.4 millones por milímetro cúbico, y en mujeres es de 4.8 millones por milímetro cúbico, El contenido de hemoglobina en hombres adultos es de 16 ± 2.0 g/ 100ml. El recuento leucocitario es de 7500 en promedio .

3.-Curva de Tolerancia a la glucosa :

Este análisis se pide al paciente cuando nos dá síntomas diabéticos o tendencia a esta enfermedad. Tambien se le pide-

un comprobante del médico que lo esta tratando , en el caso que el examinado tenga deabetes, de que el paciente está controlado.

4.- Biopsias .-

Es uno de los análisis de gran ayuda para nosotros , nos sirve para confirmar sospechas de neoplasias orales o enfermedades gingivales o de la mucosa .

Técnica :

1.- Cuando la lesión sea pequeña, la excisión es un poco más grande que la lesión y debe abarcar tejido sano .

2.- Cuando la lesión sea muy grande , Obténgase muestras representativas de la lesión .

3.- Manejo de nuestras muestras . No hay que aplastar o mutilar la muestra., Se le coloca inmediatamente un fijador (Formalina al 10 x 100) , Hay que etiquetar la muestra con el nombre, edad, y sexo del paciente . y mandaremos al patólogo la información si la muestra se compone de tejido blando o si hay hueso.

Por una equivocación producida
por no saber, Decenas de ellas por
no mirar. (Lindsay)

Tema II.- Historia Clínica (Examen Bucal)..

- 1.- Ayudantes para el examen bucal :
 - a.) Inspección simple y armada.
 - b.) Palpación y percusión .
 - c.) Pruebas térmicas y eléctricas .
 - d.) Sonda parodontal .
- 2.- Examen bucal Parodontal.
Examen bucal Endodóntico.
Examen bucal Ortodóntico y de Oclusión .

Al Examen Bucal lo considero como la parte esencial de -
la historia clínica de un paciente , En la cual el odontólogo que
quiera realizar un buen diagnóstico, no solo protésico , sino de -
la salud integral de la cavidad oral , Deberá darle a este examen
un cuidado y atención especial , Es la razón por la que dejo un -
capítulo especial para hablar de este examen. Sin embargo no quie-
ro restar relevancia a los otros puntos de la historia clínica y -
de los otros medios auxiliares en el diagnóstico .

El Capítulo lo he dividido en dos partes; En la primera,
hablaré de los métodos e instrumentos que nos ayudan para realizar
el examen bucal . En la Segunda parte del capítulo es lo que pro-
piamente es el examen bucal, Es en este punto donde nos basaremos,
para dar un correcto diagnóstico protésico dado que estudiaremos ,
las estructuras dentales junto con sus tejidos de soporte ; sus re-
laciones con otras estructuras dentales .

1.- Ayudantes para el examen Bucal :

a.) La Inspección simple y armada .

Esto no es más que la observación general de las estructuras de la cavidad oral .

La inspección armada no consiste más que en la observación de las estructuras de la cavidad por medio de la ayuda que nos dan el espejo dental , el explorador y las cucharillas. Toda instrumentación que conducimos a la boca deberá estar limpia y estéril siguiendo siempre las normas de asepsia y antisepsia.

Cuando observemos dentro de la boca , hay que tener siempre una iluminación adecuada , para tener visibilidad del campo por explorar , trataremos de secar perfectamente los tejidos y estructuras por analizar .

b.) Percusión y Palpación .

La percusión .- Es un método del diagnóstico que consiste en dar un golpe rápido y suave con distintas angulaciones sobre el diente examinado . Este golpe se puede hacer con la punta del dedo o con un instrumento (Mango metálico de un espejo dental).

Al realizar este golpecito sobre el diente determinaremos si el diente esta sensible o no. Antes de proceder a la percusión se recomienda presionar el diente ligeramente con el dedo -- (ligeramente) Tambien la percusión sirve como método sonoro para detectar dientes con soporte periodontal disminuido . Hay que percutir los dientes con la misma fuerza , y si hay alguna sensibilidad el paciente nos la reportará .

La Palpación.- Consiste en determinar presionando ligeramente con los dedos , la consistencia de los tejidos. Tambien se -

emplea para averiguar si existe , una tumefacción, Si el tejido - afectado se presenta duro o blando , áspero o liso , etc.

Se utiliza generalmente cuando se sospecha la presencia de un absceso ; En tal caso , se aplica una ligera presión con la punta de los dedos sobre la encía o mucosa a nivel del ápice del diente afectado, se observará si existe una tumefacción o si los tejidos blando se muestran dolorosos a la presión . También la palpación se emplea para determinar si los gánglios linfáticos correspondientes están comprometidos . En caso afirmativo los gánglios - no deben ser manipulados pues el trauma resultante podría liberar microorganismos retenidos en ellos .

c.) Pruebas eléctricas y Pruebas Térmicas .

Las pruebas electricas consistiran sobre todo en los probadores pulpares eléctricos , Estos pueden aplicar sobre el diente cuatro tipos de corriente ; 1.- Alta frecuencia . 2.- baja frecuencia . 3.- Corriente Farádica . 4.- Corriente galvánica .

Las corrientes de alta frecuencia , Farádica y galvánica se consideran las más adecuadas para probar la vitalidad pulpar .

Las limitaciones del probador pulpar eléctrico son ;

1.- Pueden ocurrir ligeras variaciones en las respuestas No solo cuando los dientes se prueben en diferentes días , sino también cuando se prueban con diferencia de minutos . Debido a un umbral variable de respuesta . Es aconsejable hacer dos o tres pruebas y tomar el promedio .

2.- No tiene bastante sensibilidad para diferenciar de manera segura las enfermedades pulpares . aunque informa de la vitalidad o la falta de esta .

3.- Puede dar una falsa respuesta de vitalidad ;

a.) En dientes multiradiculares , Cuando la pulpa tiene vitalidad en una raíz y no tiene en otra .

b.) En dientes con pulpa putrescente , debido a la humedad existente en el conducto , por la descomposición pulpar.

c.) En dientes necrosis parcial de la pulpa .

4.- Los dientes portadores de coronas fundas (Oro o -- porcelana) no pueden probarse. A menos que se haga una cavidad - perforando la corona para permitir un contacto directo con el diente .

Técnica : Para probar una pulpa es aconsejable establecer sus límites de reacción normal. Esto se logra probando a un diente vecino o a un homólogo, del lado opuesto o del otro maxilar.

Se aísla el diente testigo y se seca y se aplica el electrodo . El electrodo se aplica sobre la cara labial o vestibular . En el tercio incisal u oclusal . No debe colocarse en contacto con restauraciones metálicas o acrílicas pues estas influyen en la conducción . Solo se aplica sobre esmalte sano . El electrodo debe establecer un buen contacto con la superficie del diente, con tal fin se emplea un poco de pasta dentífrica o se humedece un poco en electrodo . La corriente debe aumentarse gradualmente , de no ser así el paciente sentirá un shock desagradable .

Prueba Térmica .- Es la aplicación de calor o frío sobre la superficie dentaria . El calor puede aplicarse por medio de : - Aire caliente , Un brinidor caliente , o un trozo de gutapercha caliente (con esta hay que tener cuidados especiales pues puede llegar afectar la pulpa). El calor es útil para llegar a diagnosticar casos de pulpitis supurativa aguda o absceso alveolar agudo, ya que provoca una respuesta de dolor inmediata .

El Frío se aplica : Por medio de una corriente de aire - frío , con un hielo , con el sifón de cloruro de etilo, o un algodón impregnado de cloruro de etilo , o con la nieve carbónica .

Los dientes dan las siguientes respuestas al frío: Los - dientes con vitalidad normal reaccionan en un tiempo determinado , Los dientes con pulpa hiperhémica lo hacen en periodos más cortos, muchas veces en forma inmediata ., súbita y dolorosa. En cambio los dientes sin vitalidad no dan respuesta alguna .

Existen otras pruebas que nos ayudan en el diagnóstico - pulpar como son : La Transiluminación , El test de la cavidad y el test por anestesia . Este tipo de exámenes que con anterioridad - solo nombre , no son tan usados como los ya referidos .

d.- Sondas Parodontales .-

Las sondas parodontales se usan para medir la profundidad de las bolsas parodontales y determinar su forma . Las caracterís- ticas representativas son una hoja en forma de varilla troncocóni- ca , calibradas con marcas cada milímetro o cada dos , Con punta - roma redondeada . En algunas el cuello y la hoja están unidos por una curva en forma de cuello de ganso para tener mejor acceso a las superficies dentarias . Pero hay muchas otras clases de sondas.

Para medir una bolsa se introduce la sonda con presión - firme y suave hasta el fondo de la bolsa , la hoja debe estar ali- neada con el eje longitudinal del diente , Se hacen varias medicio- nes para determinar el curso de la bolsa en cada superficie .

Aunque solo los mencionare existen otros instrumentos y materiales que también nos sirven en el diagnóstico como son el pa- pel para articular, el estetoscopio , un compás , cera . .

2.- Examen Bucal PARODONTAL .

Este examen consiste en observar y detectar clínicamente la salud de los tejidos de soporte de los dientes y su relación -- con otros tejidos , como por ejemplo : Los carrillos, los labios , las mucosas etc. Como tejidos de soporte mencionare : Las encias , El hueso alveolar y radicular , y los tejidos parodontales . (para esto nos ayudaremos de la radiología y de la sonda parodontal).

Todos los datos registrados en estos tejidos pasan hacer parte de la historia clínica, y deberán estar acentuados en ella - con claridad y bien detallados . Es de vital importancia que demos un cuidado especial al examen parodontal, Pues gran parte del éxito al elegir una prótesis para determinado paciente, es el análisis -- adecuado de los tejidos de soporte , lo que nos aportará datos relevantes que nos indiquen o contraindiquen una prótesis determinada..

"De la buena salud de los tejidos de soporte dependera en gran parte el éxito de una prótesis".(Glikman)

A continuación daré una cronología de como realizaremos el examen parodontal .

I.- Higiene Bucal .-

Una higiene bucal insuficiente conducen a la acumulación de restos alimenticios sobre las superficies de los dientes , dando esto como resultado , la placa bacteriana , materia alba y sarro , los cuales son los factores más importantes en la frecuencia y gravedad de la enfermedad parodontal. Cuando observamos que una persona tiene una higiene oral aceptable o nosotros logramos que la tenga , Tendremos la ventaja que al colocar un aparato protésico , el pronóstico del mismo será más favorable .

He elaborado 4 preguntas para darnos cuenta de la continuidad y grado de higiene del examinado .

- A./ Con que frecuencia cepilla usted sus dientes ?
- E./ Como se cepilla usted y el tipo de cepillo ?
- C./ Usa algún otro aditamento para limpiar sus dientes?
- D./ Tiene mal olor o mal sabor en la boca ?

Una vez realizado el examen bucal completo , Se hará la profilaxis, y si el caso lo requiere una técnica de cepillado específica, El tipo de cepillo dental a usar y el uso de otros aditamentos que nos ayudan a conservar una higiene oral aceptable .

hay que determinar la cantidad de sarro y placa bacteriana que encontramos en el paciente . La placa bacteriana algunas veces es visible pero otras no, por lo que nos auxiliaremos de sustancias reveladoras de placa para así poder determinarla .

El mal olor y el mal sabor de la boca pueden tener orígenes locales o extrabucuales , Siempre hay que determinar su origen..

II.- Observación de la siguientes estructuras :

a.) labios : Color , Forma , Tamaño , Consistencia , Características del tejido y si hay presencia de lesiones .

b.) Lengua : Color , Tamaño , Naturaleza de las papilas, Presencia de lesiones. (El tipo de lesión y su etiología).

c.) Saliva : Cantidad y consistencia .

d.) Piso de boca : Son fuentes frecuentes de dolor , la rábula , los neoplasmas y las Aftas. hay que tratar de determinar la profundidad del piso , pues es importante en los casos de prótesis removible para la elección del conector mayor . Determinar si hay presencia de torus mandibular .

e.) Paladar : Forma , Tamaño , Profundidad , Consistencia continuidad del mismo (Paladar duro y blando) , Así como si existe

-ten neoplasias o torus palatino .

f.) Región Bucofaríngea.

g.) Frenillos e inserciones : Presencia de frenillos y la forma de estos (Cortos o largos)

III.- Encía y Mucosa .-

a.) La encía : Para la observación correcta de la encía , es conveniente secarla . Antes de realizar cualquier reconocimiento de la encía es recomendable preguntar al paciente :

1.- ¿ Le sangran frecuentemente sus encías (sangrado espontáneo o al cepillarse) ?

2.- ¿ Tiene dolor en sus encías ?

La encía tiene tres partes fundamentales ; Encía Marginal y Papila . Encía Libre y Encía Adherida .

Hay que observar en estas tres partes : Color , Tamaño , Forma , Contorno , Consistencia , Textura , Si hay presencia de sangrado o exudado . Así como saber , la distribución , Localización , severidad y calidad de los diferentes procesos patológicos que presenta la encía .

La Severidad en un proceso patológico en la encía la marcamos de tres maneras : Ligera , Moderada y Severa .

La Distribución será : Papilar o Marginal .

La Localización : Generalizado o Localizado

También se determinará si hay presencia de bolsas parodontales . (para lo cual nos ayudaremos con la sonda parodontal) .

Mediremos : 1.- La profundidad de la bolsa en todas las superficies del diente . 2.- El tipo de bolsa parodontal . 3.- Puntualizaremos si existe sangrado o exudado al introducir la sonda . 4.- También se determina si contamos con suficiente encía insertada .

b.) Mucosa Bucal ; Para realizar la inspección tambien es necesario secar la mucosa . Observaremos : El color y la textura , Si hay presencia de pigmentaciones patológicas , Ulceraciones , Que maduras etc.

Puntualizaremos en la Historia Clínica los factores anormales encontrados en la examinación de estos tejidos . Para el buen resultado de este examen , es indispensable tener el conocimiento - de todas las estructuras en condiciones normales . Para que nosotros podamos identificar facilmente cualquier anomalia.

IV.- Examen de los Dientes .

Es recomendable que antes de revizar los dientes , Se remuevan los restos alimenticios , sarro y placa bacteriana de las superficies de los dientes , para su mejor visibilidad y estudio.

Determinaremos :

a.) Dientes Faltantes : Especificaremos la causa de su perdida y la fecha . En el odontograma de la Historia clínica se detallaran los dientes faltantes con una X .

b.) Grado de movilidad ; Todos los dientes tienen un grado de movilidad normal o fisiológica . Todo lo que sobrepase de esta normalidad será de consideración , Se investigara la causa probable (Etiología) de la movilidad y será acentuada en la ficha parodontal. Para hacer el estudio de la movilidad se hace lo siguiente:

Se toman dos instrumentos con mango metálico (espejos dentales) . Se coloca el mango del espejo en la cara vestibular del diente por analizar y el otro mango del espejo en la cara lingual, Comenzaremos a mover el diente en sentido bucolingual con los dos instrumentos , Para deterrinar el grado de movilidad le adoptamos ,

La clasificación modificada de Miller (1947) sobre el grado de movilidad :

	0 = Anquilosis
	+ = Primer signo de movilidad mayor a lo normal.
	I = Permite a la corona moverse 1/2 mm en cualquier dirección.
	I+ = Permite a la corona moverse 3/4 mm en cualquier dirección.
	II = Permite a la corona moverse 1 mm en cualquier dirección.
	II+ = Permite a la corona moverse 1.5 mm en cualquier dirección.
	III = Permite a la corona moverse más de 1.5 mm en cualquier direc.
	III+ = Igual que el anterior , más dientes que pueden insertarse en el alveolo o que se pueden rotar .

c.) Checar sensibilidad a la percusión : El dolor a la percusión es una característica de la inflamación aguda del ligamento-parodontal. Se checa dando pequeños golpes con un instrumento metálico en diferentes partes del diente .

d.) Furcaciones involucradas: Para la medición de las furcas involucradas practico el parámetro de Glickman (1974) .

Furca Grado I .- Furca involucrada a nivel del ligamento parodontal, sin pruebas groceras o radiográficas de pérdida ósea .

Furca Grado II.- Furcación parcialmente involucrada, la sonda puede penetrar parcialmente en la furcación .

Furca Grado III.- Hueso destruido de tal manera que permite el paso de una sonda a través de la furcación, aún cuando ésta , pueda estar cubierta por la encía .

Furca Grado IV.- La furcación esta destruida y abierta de tal manera que permite el paso de la sonda sin obstrucción .

En la identificación de bolsas parodontales , Consideraremos anormal o patológico cuando la sonda nos marque más de 3mm.

V.- Sacer identificar patologías específicas.

- a.) Gingivitis.
- b.) Parodontitis.
- c.) Infecciones de tipo Viral, Bacteriana o Micóticas.
- d.) Infecciones de espacios anatómicos específicos .
- e.) Aspectos bucales de enfermedades metabólicas.
- f.) Traumatismo periodontal .
- g.) Examinación de glándulas salivales y palpación e identificación de tumores y quistes .

Examen Bucal ENDODONTICO .

Es la sección donde analizaremos la integridad de los dientes , Sobre todo en su parte interna (Cavidad Pulpar): y las manifestaciones de esta parte interna con otros tejidos .

Nos valdremos para llevar acabo este estudio de la cavidad pulpar de los siguientes auxiliares del diagnóstico : La radiografía (La cual mencionare con más detalle en el capítulo III.) , Además de ciertas pruebas ya citadas como lo son : La palpación , la percusión , Pruebas térmicas , Pruebas eléctricas y de la transluminación.

Detallare paso por paso , lo que debemos identificar y - anotar sobre el diagnóstico endodóntico .

1.- Preguntar al paciente si tiene alguna sensibilidad o dolor al : Frio, Calor , Dulce o al ácido .

2.- Preguntar si alguna vez fue sometido uno o varios - dientes a tratamiento de endodoncia (que diente o dientes y cuando se lo realizaron)

3.- Preguntar que tipo de restauraciones tiene el examinado

en su boca , Detallando el tipo de rehabilitación, El tiempo que tiene con ella , y verificaremos si cumplen los lineamientos primordiales según sea el tipo de restauración. (Todo esto se anotará en el odontograma específico.)

3.- Presencia de Caries .

a.) Grado de caries y diente afectado.

b.) Si es caries recurrente .

4.- Color del diente (Verificaremos el color del diente a simple vista o con la prueba de la transiluminación).

5.- Percusión. (Observaremos si no hay manifestaciones de dolor o dolor referido a otros dientes).

6.- Palpación .

7.- Sensibilidad . (El referido nos puede reportar sensibilidad en algún diente o dientes , en este caso podemos realizar pruebas Térmicas o eléctricas).

8.- Valorización de dientes sometidos a trauma .

9.- Reconocimiento de las alteraciones Pulpares :

Estas pueden ser : Físicas , Químicas y Bacterianas.

Físicas : I.- Mecánicas

a.) Traumatismos (Accidentes , caídas , golpes, etc . Intervenciones operatorias, separación de dientes etc .)

b.) Abrasión Patológica (Atricción)

c.) Variación de la presión atmosférica .

II.- Térmicas

a.) Preparación de cavidades.

b.) Cementos .

c.) Obturaciones profundas sin aislamiento.

d.) Pulido de obturaciones .

III.- Eléctricas

a.) Obturación con metales distintos .

b.) Corriente de la línea .

Químicas : I.- Acido Fosfórico , Nitrato de plata , número de acrílico etc.

II.- Erosión (ácidos)

Bacteriana : I.- Toxinas vinculadas al proceso de la caries.
II.- Invasión directa de la pulpa .

10.- Reconocimiento de las enfermedades de la pulpa .

- 1.- Pulpitis : a.) Aguda serosa.
b.) Aguda supurativa.
c.) Crónica ulcerosa .
d.) Crónica hiperplásica.
- 2.- Degeneración Pulpar: a.) Calcica
b.) Fibrosa.
c.) Atrófica.
d.) Grasa.

3.- Necrosis o gangrena pulpar .

11.- Reconocimiento (Radiográfico) de las alteraciones de la zona apical :

- 1.- Periodontitis apical aguda.
2.- Absceso alveolar agudo
3.- Absceso alveolar crónico.
4.- Absceso alveolar subagudo .
5.- Granuloma.
6.- Quiste.
7.- Cementoma .

12.- Identificar y diagnosticar las patologías específicas de los dientes. Ejemplo :

1.- Trastornos en el desarrollo del tamaño de los dientes.
2.- Trastornos en el desarrollo de la forma de los dientes.
3.- Trastornos en el desarrollo de la estructura de los dientes.
4.- Trastornos en el crecimiento de los dientes .

Examen Bucal de ORTODONCIA Y OCLUSION.

Cito el diagnóstico de ortodoncia y de oclusión juntos , por la gran similitud de puntos que debemos analizar en un paciente con respecto a estos dos campos de la odontología.

Como en los diagnósticos anteriores tendremos ayudantes , para realizar el reconocimiento como lo son : Radiografías , Modo - los de estudio , Articulador ajustable , Paralelómetro, Papel para articular , Micrómetro de Boley, Estetoscopio etc. Y también nos - ayudaremos de la palpación y la obscultación .

Para realizar un diagnóstico completo de la oclusión es - indispensable , contar con los conocimientos de las leyes, factores y determinantes de la oclusión .

El término oclusión se refiere , a las relaciones de contacto que se originan en el control neuromuscular del sistema masti - catorio (Musculatura, Articulación Temporomandibular , mandíbula y periodonto). La oclusión es más que la simple relación estática de los dientes cuando los maxilares están cerrados . Consiste en todos los contactos durante la masticación y la deglución .

Analizaremos lo siguiente :

- 1.- Observación de manos y dedos . (revisar si hay pre - sencia de articulaciones artríticas)
- 2.- Signos faciales y cutáneos de problemas dermatológi - cos y sistémicos . (Como lo son la Psoriasis y el escleroderma).
- 3.- Evaluación de los nervios craneales .
- 4.- Preguntar al paciente si tiene hábitos o manías pato - lógicas , como son : Respirador bucal , Bruxismo , Apretamiento o - rechirido de dientes , Tics, Hábito de lengua , Protrusión , morder

unas , lápices , labio , lengua o carrillo . Es muy significativo , que antes de iniciar cualquier tratamiento protésico se corrijan o controlen estos tipos de hábitos patológicos del paciente .

5.- Inspección de la Articulación Temporomandibular :

a.) Examen auscultativo con el estetoscópio (poner atención a sonidos como Clik , Pop , o crepitación) .

b.) Palpación de las articulaciones .

c.) Dolor en las articulaciones (En caso afirmativo pedir una historia cronológica desde que comenzo el dolor hasta la fecha de la examinación) .

6.- Palpación de los ganglios cervicales del cuello .

7.- Examen de los músculos de cabeza y cuello :

a.) Palpación de ambos maseteros .

b.) Palpación de ambos bordes anteriores de los maseteros .

c.) Palpación de ambos digástricos posteriores .

d.) Palpación de ambos Pterigoideos internos .

e.) Palpación de ambos Esternocleidomastoidens .

f.) Palpación de ambos Temporales (Anterior, medio y fibras posteriores)

g.) Palpación de ambos frontales .

h.) Palpación de ambos cervicales posteriores .

i.) Palpación de ambos trapecios .

El examen intraoral involucra :

j.) Palpación de los maseteros .

k.) Palpación de los Pterigoideos internos y externos

l.) Palpación de los temporales .

8.- Checar la actividad muscular durante la masticación respiración , deglución y habla .

9.- Debe hacerse ocluir al paciente , En su oclusión céntrica de conveniencia habitual. Esto nos reportara los siguientes hechos :

- a.) Existe o no antagonismo cúspide -fosa
- b.) El grado de sobremordida (Vertical u Horizontal)
- c.) Si su relación céntrica es correcta o incorrecta.
- d.) Armonía de las arcadas .
- f.) Si las piezas dentales estan o no en malposición.

Al ayudar al paciente a ocluir en oclusión céntrica , Podemos notar con cierta facilidad , cual o cuales son las interferencias que obligan a desplazar la mandíbula a posiciones anormales, al hacer el cierre total en oclusión céntrica .

En la oclusión céntrica de conveniencia habitual, Se pide al examinado ; Movimientos protrusivos para llevar a su mandíbula a que los dientes realizen un contacto borde a borde (Dientes superiores con inferiores) . En estas condiciones notaremos si hay evidencias de choques de cúspides , o si por el contrario no existen interferencias ;

Movimientos Lateroprotrusivos derecho e izquierdo ; se analiza la presencia o ausencia de interferencias .

Movimientos laterales derecho o izquierdo ; (Según el lado que se este estudiando) .

Para marcar mejor las interferencias nos ayudamos del papel para articular . Todas las interferencias deben ser marcadas en la historia clínica . Especifico que en este diagnóstico de las interferencias se observan bien solo las interferencias del lado vestibular , Es la razón principal por la cual los modelos de estudio , -

bien articulados (Articulador ajustable) y en relación céntrica son la principal fuente para determinar un buen diagnóstico de la oclusión de un paciente .

- 10.- Checaremos las curvas (Spee y de Wilson)
- 11.- Desgastes de fosas en los dientes .
- 12.- Puntos de contacto abiertos .
- 13.- Diastemas .
- 14.- Dientes impactados y dientes exfoliados .
- 15.- Traumatismo oclusal (Primario o Secundario)
- 16.- Dimensión vertical (Puede ser normal , cerrada o -
abierta .)
- 17.- Clasificación de las maloclusiones (Clasificación
de Angle) .
- 18.- Tratamientos de Ortodoncia (Fecha y tiempo de dura-
ción del tratamiento) .
- 19.- Si es necesario el uso de guardas o no .
- 20.- Checaremos la línea media (Maxilar y mandibular).
- 21.- Examinación del tono de la piel.
- 22.- Características faciales .-
 - a.) Simetría facial .
 - b.) Tipo de cara (Dolicocefálico, Braquicefálico ,
Mesocefálico) .
 - c.) Análisis del perfil .
 - d.) Morfología de los labios (Hipotónico , hipertó-
nico , flácido , sin función , corto, largo , etc).
 - e.) Relación de los maxilares con las estructuras-
del cráneo.
 - f.) Tamaño y forma de la nariz y mentón.

- 23.- Posibles Extracciones .
- 24.- Terceros Molares .
- 25.- Posibles regularizaciones oseas .
- 26.- Dentición Mixta (De haberla , checar los espacios para sus dientes permanentes)

mencionaré algunas definiciones que considero importante que sepamos y se relacionan con oclusión :

1.- Relación Céntrica .- Es cuando los cóndilos guardan la posición más superior, más posterior y media en sus cavidades glenoideas.

2.- Oclusión Céntrica .- Se puede definir como el contacto máximo de las superficies oclusales mandibulares con sus antagonistas superiores . La Oclusión Céntrica es una relación inestable cuando esta influenciada por factores de edad , Erosión o desgaste oclusal , extracciones , hábitos etc. En contraste con la relación Céntrica que es siempre constante , A pesar de la presencia o ausencia de dientes .

3.- Dimensión Vertical .- Es cualquier medida de altura que fije una posición de la mandíbula con respecto al resto de la cara .

El conocimiento de la materia
y el uso adecuado de los instrumentos
nos conducirán a la perfección.

(Leonardo Da Vinci)

TEMA III.- AUXILIARES EN EL DIAGNOSTICO .

- 1.- Radiografías :
 - a.) Que es radiografía dental .
 - b.) Tipos de radiografía dental.
 - c.) Observaciones radiográficas.
- 2.- Modelos de Estudio :
 - a.) Que son y para que sirven.
 - b.) Como hacerlos y que material empleamos para elaborarlos .
 - c.) que observamos en los modelos.
- 3.- El Articulador y los registros intermaxilares.
- 4.- El Paralelómetro .
- 5.- Fotografía clínica .

Como el nombre del capítulo lo indica , Hare mención de los instrumentos básicos con los cuales completaremos un estudio , de diagnóstico satisfactorio de la salud oral de un paciente .

Es indispensable el saber analizar , comprender y manipular estos ayudantes del diagnóstico. Para una mejor comprensión - de estos aparatos , haré mención en las citas bibliográficas de los textos donde especifican con más detalle cada uno de estos implementos indispensables en la práctica diaria .

1.- Radiografías .

a.) Que es radiografía dental :

Es el conjunto de conocimientos que nos permiten conocer las propiedades de los rayos X a fin de poder realizar técnicas -- radiográficas .

Es un ayudante relevante en el diagnóstico de las diferentes ramas de la odontología . (Prótesis , Endodoncia , Perodoncia , Ortodoncia , Cirujía y oclusión) De estas ramas mencionare lo que debemos observar radiograficamente . Esta considerado de - antemano que debemos poseer los conocimientos generales de la radiografía , La observación de las estructuras normales y anormales , así como las diferentes técnicas usadas en la radiografía dental con sus respectivas fallas y errores de técnica .

Señalo que la radiografía es un complemento del examen - clínico y no un sustituto de él.

b.) Tipos de Radiografías:

Los exámenes radiológicos que con más asiduidad practicamos son : Radiografías periapicales , Aleta Mordible , Oclusales , y las laterales extraorales . Hay otras que aunque no las requerimos constantemente debido que requieren técnica y equipo más complicado son: por ejemplo Las Panorámicas y las de las articulaciones temporales mandibulares .

Es recomendable realizar en cada uno de nuestros pacientes lo que denominamos como serie radiográfica . Esta serie consta de 14 radiografías periapicales (7 superiores y 7 inferiores) y 4 radiografías de aleta mordible (2 izquierdas y 2 derechas) .

Esta serie radiográfica , la consideramos como un estudio radiográfico bastante bueno , siempre y cuando se cumplan las reglas de la radiografía dental como son : una técnica adecuada , - incluyendo una angulación correcta , Un buen revelado y montadas correctamente para realizar el análisis de estas. Si el caso lo requiere luego de haber realizado esta serie , se pueden tomar otras radiografías para completar el estudio , como son : Oclusales y Panorámicas .

La obtención de radiografías satisfactorias de los dientes y de los maxilares es uno de los problemas técnicos más difíciles , y comprometidos en radiología .

c.) Observaciones Radiográficas :

Una vez montadas las radiografías en un estuche especial para estas , Realizaremos la observación de las radiografías en un negatoscopio . Siempre en la observación seguiremos un orden y anotaremos en el espacio dedicado en la historia clínica para interpretación radiográfica , Las anomalías encontradas . Es recomendable , para la observación de esta serie de radiografías se estudien primero por cuadrantes (ejemplo: Cuadrante superior derecho) . Cada una de las radiografías de este cuadrante también requieren de un orden para ser analizadas , ya sea de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha , Localizando primero las estructuras anatómicas características de la zona , y luego la observación de anomalías .

Observaciones :

- 1.- Continuidad de la lámina .
- 2.- lámina dura de la cresta .

- 3.- Espacio de Ligamento parodontal (general e individual)
- 4.- Porcentaje de pérdida Osea (general e individual)
- 5.- Tipo de pérdida Osea (Horizontal , Vertical , Cráteres)
- 6.- Furcaciones involucradas .
- 7.- Relación corona - raíz .
- 8.- Caries coronal y radicular .
- 9.- Alteraciones a nivel apical .
- 10.- Existencia de cuerpos extraños .
- 11.- Fracturas .
- 12.- Restauraciones mal ajustadas o restauraciones muy gran des con posible endodoncia .
- 13.- Recubrimientos pulpares , pulpotomías o tratamientos de endodoncia mal ejecutados .
- 14.- Número de raíces , forma y tamaño las raíces .
- 15.- Erosión Apical .
- 16.- Resorción radicular y reabsorciones internas.
- 17.- Calcificación de cuerpos extraños .
- 18.- Forma y números de los conductos radiculares , dirección y conductos accesorios .
- 19.- Verificar todas las estructuras anatómicas (Senos ma xilares , agujeros etc.)
- 20.- Abraciones de la corona .
- 21.- Dientes impactados .
- 22.- Terceros molares y dientes supernumerarios ,
- 23.- Trabeculado Oseo .
- 24.- Articulación temporomandibular .
- 25.- Identificación de áreas índice . (con aquellas áreas de soporte alveolar que revelan la reacción del hueso ante cargas excesivas .)

2.- Modelos de estudio :

a.) Que son y para que sirven .

Un modelo de estudio o diagnóstico debe ser una reproducción exacta de los dientes y de las estructuras adyacentes . Son reproducciones de yeso de la dentadura y de los tejidos circundantes del paciente . Se obtienen mediante el procedimiento de una toma de impresión (La cual especifico más adelante) .

Los modelos de estudio dan al odontólogo un registro permanente del estado tridimensional de la dentición y los maxilares - de la boca en el momento que se tomó la impresión . Nos aportan información valiosísima y nos otorgan la oportunidad única para estudiarla oclusión o relaciones de oclusión del paciente con detalle , Puede ver a las piezas dentales con detalle y a los maxilares desde ángulos imposibles de percibir sólo con la revisión directa de la boca. Además de su valor diagnóstico los modelos de estudio sirven para la planeación del tratamiento , Así como de un material didáctico muy bueno para explicar a los pacientes el estado actual de su cavidad oral , de sus necesidades restauradoras presentes y futuras y los riesgos de un descuido ulterior .

Los modelos de estudio también se emplean para la confección de portaimpresiones individuales , Son usados con frecuencia como referencia constante a medida que el trabajo dental va progresando , Las marcas con lápiz indican los tipos de restauraciones , las zonas de las caras dentarias que van a modificarse etc.

Los modelos de estudio deben de formar parte permanente de la historia clínica de un paciente . Es reconozcable que los modelos sean duplicados , Un juego se utilizará para el diagnóstico y planeamiento de tratamiento y otro juego para guardarlo , para que sirva de con-

- paración de lo que se realizó en la boca una vez terminado el tra tamiento establecido.

Para realizar un diagnóstico funcional con los modelos es tos deberán de estar montados en un articulador ajustable , porque si no es así pierden mucho valor funcional de diagnóstico . debido a que pueden revelar la oclusión céntrica pero no la relación céntrica , además no pueden determinarse los contactos dentarios en las posiciones de trabajo y balanceo . Esto hace resaltar la importancia de un montaje cuidadoso de los modelos del paciente , en un aparato que copie sus movimientos mandibulares .

Los modelos montados en un articulador deben reproducir las adecuadas relaciones de la boca , de tal modo que reproduzcan los movimientos mandibulares propios del paciente .

b.) Como hacer los Modelos y material utilizado.

Lo primero que debemos tener presente para la construcción de unos modelos de estudio es el portaimpresiones donde colocaremos el material con el cual sacaremos el molde de las arcadas dentadas o ies dentadas .

Estos portaimpresiones los encontramos en el mercado de distintas formas, Tamaños y materiales. Debemos seleccionar un portaimpresiones que reúna ciertas características por ejemplo :

1.- Que tenga la medida de la arcada de cada paciente, es to es que no quede grande o corto y que al removerse no lastime ningún tejido del paciente .

2.- Fácil de remover .

3.- Que sus paredes terminales estén bien pulidas.

4.- Que tenga las suficientes retenciones para que el material usado no se desprenda .

5.- Que el portaimpresiones sea de un material resistente

Cuando seleccionamos determinado portaimpresiones para la boca de un paciente y observamos que este no lleva el material en forma adecuada sobre alguna zona anatómica que debamos impresionar será necesario realizar sobre el portaimpresión ciertas modificaciones, como son agregándole cera o acrílico, o al contrario podemos recortar un portaimpresiones cuando quede más largo o lastime.

El portaimpresiones para modelos de estudio debe de ser total, perforado, y de preferencia de metal. Un adecuado portaimpresiones para cada arcada del paciente nos otorga un porcentaje alto de probabilidades de éxito sobre la impresión que tomemos.

El material más usado para tomar impresiones para los modelos de estudio es el alginato; el material con el que corremos esta impresión de alginato es el Yeso.

El Alginato .-

I./ Composición :

- a.) Alginato de sódio (12 a 15%) como reactivo .
- b.) Dihidrato de sulfato de calcio (8 a 12%) reactivo.
- c.) Fosfato de sódio o carbonato de sódio (2%) retardador
- d.) Relleno de refuerzo de tierra de diatomeas (70%) para controlar la tenacidad del gel fraguado .
- e.) Vestigios de fluoruro de zinc alcalinos para dar buenas superficies en los modelos de yeso .
- f.) Vestigios de colorantes y saporíferos para fines estéticos .

II./ Ventajas .

Fácil manipulación y mezclado, mínimo equipo necesario y bajo costo .

III./ Propiedades :

Da un valor de recuperación elástica de 97.3% para los alginatos . Lo que indica una elasticidad menor y por lo tanto menos-exactitud que en el caso de los hidrocolohides de agar y los materia les para impresión a base de mercaptanos . El límite de reproducción también es bajo , lo que indica que se obtendrá un detalle menos fino

IV./ Manipulación :

1.- Dispensado se emplea una medida de polvo para una medida de líquido (Agua) , Generalmente se suministra con el producto una medida para el polvo (Una cuchara) y un cilindro para el líquido (Cilindro graduado) . Con los productos que traen el polvo predispensado , Un sobre de polvo se emplea con la cantidad de agua especificada por el fabricante .

Una relación polvo/ agua más alta aumentara la resistencia mecánica y la resistencia al desgarramiento y la consistencia , pero disminuyen los tiempos de trabajo y fraguado , así como la flexibilidad .

2.- Temperatura del agua : El enfriamiento del agua aumentarán los tiempos de trabajo y fraguado .

3.- Espatulado : Una mala mezcla trae como resultado una pasta granulosa y un mal registro de los detalles . Un espatulado adecuado da una mezcla suave y cremosa con un mínimo de burbujas , En general se recomienda un minuto de espatulado enérgico para el material de fraguado regular , y de 45 segundos para el de fraguado rápido .

4.- Tiempo de trabajo : Los alginatos tienen un tiempo de trabajo relativamente corto de aproximadamente 2.5 minutos , fraguan en aproximadamente 4 minutos .

5.- Estabilidad : Los alginatos son tan inestables como los hidrocoloides de agar, sufren contracción y expansión según pierdan o ganen agua . Por lo tanto hay que procurar lavar la impresión con agua corriente y correrla inmediatamente .

6.- Fraguado del yeso : Los alginatos al igual que el agar retardan el fraguado del yeso y de los materiales para troqueles que estan en contacto con ellos . El fabricante les agrega sulfato de potasio para acelerar el fraguado del yeso y obtener superficies lisas en modelos y troqueles .

7.- Aspectos biológicos : No se han informado sobre aspectos adversos .

Técnica de Impresión :

Una vez provado el portaimpresiones correcto para cada caso , Se pedirá al paciente que se enjuague la boca con algún anticeptico bucal , el cual nos ayudara a romper la tensión superficial de la saliva . Prepararemos nuestro alginato siguiendo las especificaciones del comerciante , y lo llevaremos al portaimpresiones procurando evitar los trapamientos de burbujas de aire y tratando de atascar todas las zonas del portaimpresión .

Secamos la arcada por impresionar lo mejor posible , y colocamos con el dedo un poco de este alginato preparado sobre las caras oclusales de los dientes , sobre el fondo de saco . Llevaremos el portaimpresiones con el material a la boca , cuidando que éste quede bien centrado , hacemos una pequeña vibración del portaimpresiones hacia las caras oclusales de los dientes para que el material fluya , luego hacemos una presión uniforme de atrás hacia adelante, verificando que el alginato fluya hacia los tejidos suaves correcta

mente . En algunos casos como impresiones inferiores , se le pide al paciente que saque su lengua y que la mueva de un lado hacia otro . Debemos de sostener el portaimpresiones hasta que el material (Alginate) gelifique . Una vez gelificado lo retiramos de la boca con mucho cuidado .

Es preferible colocar al paciente sentado con las caras oclusales de los dientes paralelas al piso , Para evitar que el material fluya hacia el tracto respiratorio , pueda ocasionar el reflejo del vómito . Pediremos al paciente que respire únicamente por su nariz y si por casualidad siente que el alginato está sujeta , le diremos que incline su cabeza hacia adelante .

C.) Corrido y terminado .-

Una vez que nos cercioramos que la impresión esta correcta , lavaremos la impresión para quitar de ella restos de saliva o elementos extranos a la impresión . (recomiendo que se lave esta impresión con agua con yeso , por ejemplo agua de una recortadora de modelos) . Ya lavada la impresión se correrá con yeso , del cual hablaré a continuación . Una cosa que debemos de tener siempre en cuenta es procurar correr la impresión de alginato lo más pronto posible despues de ser retirada de la boca . .

EL YESO . /

a.- Aplicaciones en odontología :

- 1.- Material para impresiones . (ahora en desuso)
- 2.- Para modelos y modelos .
- 3.- Articulación de modelos en un articulador .
- 4.- Solas para el procedimiento de pólferos dentales.
- 5.- Agentes de unión como los retardamientos que -
van al yeso como aglutinantes .

b.- Composición :

Los productos derivados del yeso que se emplean en odontología son : El Yeso París (yeso dental) y los yesos de alta - resistencia Yesos Piedra (o piedras artificiales) .

Estos yesos son producidos por la deshidratación parcial del mineral cristalino yeso (Dehidrato de sulfato de calcio $\text{CaSO}_4 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$) . Y son suministrados como polvos finos blancos (yeso de - paris) y pigmentados para fines de identificación como el yeso piedra . Cuando se les mezcla con agua en proporciones adecuadas , Forman una pasta que al fraguar se produce una masa rígida .

La diferencia entre los dos yesos yace en la naturaleza física de los polvos , La que es el resultado de diferencias en la fabricación .

c.- Fabricación :

Según el método de calcinación se van a obtener éstos - dos tipos de yeso . El yeso paris si se calcina en un horno al medio ambiente . Y si se calcina en un horno cerrado , a presión de vapor (autoclave) se obtiene el yeso piedra .

d.- Fraguado :

El fraguado se inicia al agregar agua al yeso y mezclarlo . Sucede que el hemihidrato de calcio se convierte en dihidrato de calcio , desarrolla una reacción exotérmica igual a la cantidad de calor utilizados para la calcinación .

e.- Modificadores del fraguado :

- 1.- Tipo de yeso : Los yesos pueden tener diferentes tipos de grano . Por lo tanto podemos decir que cuanto más fino es el grano del yeso , más rápido es el fraguado .

2.- Relación Agua-Yeso : Afecta el tiempo de fraguado - si la relación agua/ yeso disminuye (mezcla más espesa) , El tiempo de fraguado se acorta y la dilatación y resistencia aumentan .

3.- Temperatura : Consideramos que cuanto mayor es la temperatura a la que se hace la mezcla tanto más rápido es el fraguado

4.- Espatulado : El espatulado tiene influencia en el tiempo de fraguado , En razón de que ha mayor espatulado se reparte en la masa mayores núcleos de cristalización , Acelerandose así el tiempo de fraguado .

5.- Agentes Químicos : Tenemos como aceleradores del fraguado : (Sulfato de potasio y de Zinc , Alumbres , Terra alba , Calor , Gelatina de agar -agar , goma arábica) .

Como retardadores del fraguado tenemos : (Sulfato Ferrico , Crómico y de aluminio , Citrato de sódio y de potásio y -- borax) .

Técnica :

Para la mezcla del yeso con el agua y el vaciado de la impresión , Se deberá tener el siguiente material :

- 1.- Yeso y agua .
- 2.- Una probeta graduada y báscula .
- 3.- Taza de hule y espátula .
- 4.- Vibrador .

Conociendo y teniendo todo el material antes descrito , Se deberá tener conocimiento específico de de las relaciones agua/ yeso que nos indica el fabricante .

La técnica es la siguiente : Colocaremos el agua en la taza (la medida) , después agregar el yeso (previamente dosificado)

-al agua y mezclarlo como mínimo un minuto . Deberemos tener cuidado de tener una taza con superficie lisa , sin ranuras donde pueda detenerse el yeso después de lavarse , Ya que el dihidrato retenido obraría como acelerador del tiempo de fraguado .

La espátula debe de ser en punta y con bordes redondeados para que se deslice con mayor facilidad . (Estas mismas especificaciones de la taza y la espátula son también para cuando vamos el alginato) . Teniendo en consideración que que usaremos una taza y espátula para el alginato y una taza y espátula para el yeso) .

Se aconseja usar en el espatulado la maquina de vacio o espatulador mecánico , Pues no solo evita el atrapamiento de burbujas de aire sino aumenta la resistencia al maximo .

El agregar el polvo al liquido nos ayuda para evitar el atrapamiento de burbujas de aire , Pues al hundirse el polvo evita la aglomeración de las partículas y la incorporación del aire es menor .

Una vez terminada la mezcla del yeso con el agua , Se procederá a vibrarse (esto también evita el atrapamiento de aire en la mezcla) . Iniciaremos el vaciado de la impresión , que deberá hacerse dejando escurrir el yeso del fondo de la impresión a la superficie eliminando el atrapamiento de aire .

Si tenemos una relación agua/ yeso baja esta mezcla tendrá poca fluidez, por lo tanto , Solo el uso del vibrador hará que llegue la mezcla hasta el fondo y se extienda . Pero si tenemos una mezcla fluida bajara considerablemente la resistencia del modelo .

Una vez formada la mezcla se procederá a vibrarse (con el vibrador) para iniciar el vaciado . Este vaciado deberá hacerse dejando escurrir el yeso , del fondo de la impresión a la superficie.

Una vez fraguado el yeso se procederá a retirarlo de la impresión . Esto se deberá hacer despues de 40 minutos . El modelo obtenido deberá presentar una superficie dura y lisa , que nos de los límites de seguridad necesarios .

El siguiente paso será el recortado y terminado de los modelos . Lo primero será eliminar las pequeñas burbujas que presente el modelo , Después se metera el modelo en una solución de agua hipercalcificada durante un tiempo mínimo de 15 minutos (esto es para que no exista al hora de recortarlo ninguna modificación) ya cuando el modelo se comenzará a recortar (con la recortadora para modelos) .

D.) que observamos en los modelos de estudio . -

- 1.- Grado de integridad coronaria .
- 2.- Espacios desdentados (Cortos o largos) .
- 3.- El análisis del paralelismo de las caras de los dientes involucrados a ser un pilar de puente , Para establecer su influencia en el diseño de la prótesis .
- 4.- Posición e inclinación de los dientes .
- 5.- Relación de contacto proximal y zonas de retención de alimentos .
- 6.- Relaciones de las cúspides linguales y vestibulares .
- 7.- Revalorización de la oclusión .
- 8.- Revalorización de las maloclusiones .
- 9.- Migración dentaria y los efectos de nuevas migraciones
- 10.- Pérdida del soporte oclusal y sus consecuencias .
- 11.- Desgastes y erosiones de los dientes . /
- 12.- Peligros de contactos oclusales traumáticos .

- 13.- Tipos de restauraciones presentes y futuras .
- 14.- Línea media y armonía de los arcos .
- 15.- Aspecto de la encía (Revalorización).
- 16.- Pérdidas prematuras , retenciones prolongadas y falta de espacio para la erupción dentaria .
- 17.- Diastemas , frenillos e inserciones musculares .
- 18.- Dudas de simetría y forma de la arcada .
- 19.- Tamaño y forma de los dientes .
- 20.- Grosor del hueso alveolar .
- 21.- Curvas que se presentan en las arcadas dentarias .

3.- El ARTICULADOR y los registros intermaxilares :

Como ya se menciono los modelos de estudio o diagnóstico pierden mucho valor sino estan montados en un articulador ajustable.

El articulador no es más que el instrumento mecánico que representa relativamente la articulación temporomandibular y los maxilares .

Existen varios tipos de articuladores actualmente en el mercado . El que recomiendo es aquel que llere los requisitos indispensables de los movimientos mandibulares y que sea del tipo ajustable . Lo que debe de esperarse de un articulador es la expresión individual de los movimientos condilares del paciente ., por lo tanto algo que pueda diferir de los demás pacientes, además deberá obtenerse un montaje convencional con el arco facial y un registro en relación céntrica , lo que nos permitira montar ambos modelos (superior e inferior) en una relación bastante exacta .

El arco Facial , es un instrumento relativamente simple que se utiliza para obtener un registro que permita la transferencia del modelo superior orientandolo correctamente . Además del arco facial se necesita tomar un registro de la oclusión , para relacionar el modelo inferior . Este registro se puede hacer con cera . Este registro es un dato valioso pues permite relacionar el modelo superior e inferior en oclusión céntrica correctamente .

Como ya lo mencionamos pueden utilizarse para realizar este registro la cera . Juntaremos dos hojas de cera rosa cortandolas en forma de herradura (O en la forma de la arcaus) . La reblandecemos y hacemos que el paciente muerda la cera en oclusión céntrica . debemos de tener cuidado de que el paciente al ocluir no realice movimientos de lateralidad o protrusivos , que no muerda la cera demasiado fuerte que la llegue a perforar .

Para relacionar modelos de pacientes desdentados existen otros procedimientos , los cuales no puntualizo debido que nos llevaría otro capítulo en explicar la técnica .

4.- EL PARALELOMETRO :

Un paralelizador, paralelógrafo o tangenciómetro dental ha sido definido como el instrumento utilizado para determinar el paralelismo relativo de dos o más caras de los dientes de otras partes del modelo de un arco dental .

Los paralelómetros más usados son los de Ney y los de Langford . Las partes principales del paralelómetro de Ney son :

- a.- Base sobre la que se mueve la estructura .
- b.- Arco vertical que sostiene la superestructura .

- c.- Brazo horizontal del que depende el instrumento marca-
dor o analizador .
- d.- Soporte en el que se fija el modelo .
- e.- Base sobre la que gira el soporte .
- f.- Instrumento paralelizador o marcador o delineador.
- g.- Mandril para sostener instrumentos especiales .

El paralelizador puede ser utilizado :

- a.- Para analizar el modelo mayor .
- b.- Para analizar los modelos de diagnóstico .
- c.- Estudiar el tallado de los patrones de cera .
- d.- Analizar los contornos en cerámica .
- e.- Analizar la ubicación de los retenedores intracorona-
rios .
- f.- Ubicar los apoyos internos .
- g.- Tallar las restauraciones coladas .

5. FOTOGRAFIA CLINICA :

Cada vez más frecuentemente el odontólogo usa la fotogra-
fía clínica . La fotografía clínica es un medio excelente para re-
gistrar el progreso del tratamiento de muchos trastornos bucales .
Así como es un estupendo material didáctico para el paciente o el
estudiante de odontología . Además le sirve al odontólogo para con-
sultar el caso de algún paciente al diagnóstico . El viaje a largo -
que dice por un largo tiempo que el paciente es aplicable tan-
do en la odontología , es por eso que día por día se está usando
más la fotografía clínica .

"Sin salud la vida no es vida:
es un estado de tristeza y una imagen
de la muerte". (Rabelais)

Tema IV.- DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO .

- a.) Que es el diagnóstico .
- b.) Que es el Pronóstico .
- c.) Que es el plan de tratamiento .
- d.) Que es Prótesis y tipos de prótesis .

a.) Que es Diagnóstico :

Perteneiente a la diagnósis (Arte de distinguir una enfermedad de otra o determinar la naturaleza de un caso morboso por la observación de los signos y síntomas que le son propios .)

El Diagnóstico puede ser Clínico e Diferencial .

El diagnóstico clínico es aquél que se funda en los síntomas manifestados por el enfermo (Exclusivamente) .

El diagnóstico Diferencial es el obtenido tras el estudio comparativo de los síntomas y lesiones de las diferentes dolencias . También tenemos diagnóstico etiológico : el cual identifica la causa o causas de la enfermedad .

Para realizar un tratamiento inteligente , Es esencial un diagnóstico correcto . Además de reconocer las características clínicas y radiográficas de las diferentes enfermedades , El diagnóstico demanda una comprensión de los procesos patológicos subyacentes y su etiología .

Nuestro interes es por el paciente que tiene la enfermedad y no simplemente por la enfermedad en sí .

Por ello , El diagnóstico en odontología a de incluir - una valoración general del paciente y una valoración de la cavidad oral del mismo .

El diagnóstico debe de ser sistemático y organizado con una finalidad específica . No es suficiente reunir datos , Los hallazgos han de ser armados de manera que proporcionen una explicación coherente del problema oral que presente el examinado .

El diagnóstico y el plan de tratamiento para la rehabilitación bucal deben de tener en cuenta los procedimientos siguientes :

- 1.- La restauración individual de los dientes .
- 2.- la restauración de las relaciones oclusales armónicas
- 3.- La reposición de los dientes perdidos mediante restauraciones fijas o aparatología removible .

Los fracasos en prótesis además de las fallas estructurales , Pueden atribuirse por lo general a un diagnóstico inadecuado, A no evaluar correctamente las condiciones presentes y futuras y a no preparar al paciente y a su boca correctamente .

Los objetivos del servicio protodóntico pueden establecerse en tres partes :

- 1.- La eliminación de la enfermedad .
- 2.- la preservación de la salud y de la relación de los dientes , así como la salud de los tejidos bucales remanentes .
- 3.- la restauración de los dientes perdidos y de la función de una manera estética y agradable .

b.) Pronóstico :

El pronóstico medicamente lo podemos definir como : Pre-
vición del desenlace de una enfermedad .

Para que nosotros en la rehabilitación integral de la sa-
lud oral de un paciente llegemos a formular un adecuado plan de tra-
tamiento , Necesitamos tener una idea lo más acertada posible del -
desenlace de una enfermedad oral . Más específicamente en prótesis
tendremos que evaluar si los dientes que soportan una prótesis sea
fija o removible (Dientes pilares) son lo suficientemente fuertes
y con un pronóstico parodontal bueno . Si el paciente tendra cuida
do especial en su higiene oral ect . Todos estos datos podremos lle-
gar a ellos si seguimos todos los pasos de la historia clínica y sus
ayudantes .

c.) El Plan de Tratamiento :

El tratamiento lo definimos : Como el conjunto de medios
de tipo quirúrgico , Higiénicos y terapéuticos que se ponen en prác-
tica en la curación o alivio de las enfermedades .

El plan de tratamiento no es sino la estrategia ordenada
para restablecer la salud oral .

Una vez conociendo la enfermedad o enfermedades que aque-
jan al enfermo (esto es identificar correctamente la enfermedad y
sus secuelas). Así como también conociendo el pronóstico de la en-
fermedad y puntualizo también la economía de un paciente , Podremos
elaborar un adecuado plan de tratamiento .

El plan de tratamiento se debe hacer teniendo consigo la
historia clínica del paciente (Examen clínico y bucal) así como -

los modelos de estudio articulados y las radiografías del paciente.

Estableceremos que es lo más urgente a tratar . Después - continuaremos puntualizando el tratamiento a seguir hasta lograr la total rehabilitación oral .

No debemos pasar por alto y avisar al paciente de posibles cambios en el plan de tratamiento debido a un pronóstico dudoso de algún diente o dientes . Trataremos de dar un número de citas aproximado para realizar el trabajo en la boca y calcular el tiempo de laboratorio , Mientras realizamos el plan de tratamiento nos daremos una idea del costo del mismo .

d.) Que es Prótesis y tipos de Prótesis :

Prótesis : Es el remplazo de una parte ausente en el organismo humano , Mediante un componente artificial , Tal como un ojo, una pierna o una dentadura .

Cuando el termino Prótesis se aplica a la odontología se transforma en Prostodoncia .

Prostodoncia o prótesis dental es la rama de la odontología que estudia el arte de proporcionar sustitutos adecuados para la porción coronaria de los dientes , o para uno o más dientes naturales ausentes o extraídos ; sus tejidos relacionados ; de modo de restaurar la función alterada , la apariencia , el confort y la salud del paciente .

La prótesis dental se divide en dos grupos principales:

- 1.- Prótesis dental total.
- 2.- Prótesis dental parcial .

La Prostodoncia Total se encarga de la substitución de - la totalidad de las piezas dentarias .

La prostodoncia parcial se encarga de al substitución de de un número determinado de piezas dentarias , Esta se divide en :

- a.) Prótesis parcial Fija .
- b.) Protesis parcial Removible .

La protesis parcial Fija ; Es aquella donde se coloca un aparato dentoprotésico destinado a substituir un determinado número de piezas dentales faltantes , Soportado bajo presión masticatoria exclusivamente por dientes naturales o raices de los mismos dientes naturales . El cual queda permanentemente fijo a estos dientes o raices y devuelve la función masticatoria , apariencia estética y salud del paciente .

La prótesis parcial removible ; Es aquella donde se coloca un aparato dentoprotésico destinado a substituir un determinado número de dientes faltantes soportado bajo presión masticatoria exclusivamente por dientes naturales y que se mantiene en la boca por medio de ganchos retenedores o anclajes de presión , Remplazando a uno o más dientes faltantes pudiendo ser unilaterales o bilaterales según su extensión . Tiene como finalidad tratar de resolver el problema del paciente parcialmente desdentado por medio de un dispositivo que el paciente pueda remover de su boca a voluntad sin sufrir deterioro o alteraciones .

Para llegar a ser un hombre hábil en cualquier profesión , tres cosas son necesarias : Naturaleza , estudio y Práctica (Aristoteles).

Tema V .- Cuando está indicada una prótesis parcial fija o Removible :

- A.- Indicaciones para protesis Fija ,
- B.- Indicaciones para prótesis Removible .
- C._ Partes de un puente fijo .
- D.- Partes de un puente removible .
- E.- Factores que determinan la elección del soporte para un puente .
- F.- Factores que determinan la elección del pilar .

A.- Indicaciones para Prótesis Fija :

La rehabilitación total de la boca es el objeto al tratar al paciente parcialmente desdentado . El reemplazo de dientes mediante restauraciones fijas es el método de preferencia . La restauración removible debe de ser utilizada solo cuando la restauración fija esta contraindicada .

Indicaciones :

1.- Zonas desdentadas dentosoportadas o con un pilar a cada extremo . Generalmente todo espacio desdentado unilateral con dientes remanentes en cada extremo . Con capacidad para ser usados como pilares , Deberán ser restaurados mediante prótesis fijas cementada en uno o más pilares en cada extremo . La longitud de la brecha

y el soporte periodontal de los dientes pilares determinará en número de pilares requeridos .

La falta de paralelismo entre los pilares , Puede ser solucionada mediante cónfos o aditamentos , para brindar un paralelismo para la colocación seccional . Los pilares sanos permitir el uso de retenedores más conservadores , Tales como restauraciones parciales , En vez de coronas totales .

La edad del paciente , la evidencia de caries activa , los hábitos de higiene bucal y el estado de la estructura dentaria restante deben considerarse en toda decisión de usar cobertura parcial de los pilares .

No debe permitirse que el factor económico indique el uso de una restauración removible unilateral dentosoportada , Cuando esta indicada una restauración fija .

Háy dos contraindicaciones específicas para el uso de restauraciones fijas unilaterales . Una es cuando la brecha desdentada es larga y los dientes pilares no son capaces de soportar el trauma de las fuerzas oclusales horizontales y transversas . Y la otra contraindicación es cuando los dientes pilares debilitados por enfermedad periodontal , Pueden beneficiarse mediante el efecto abrazador de una estabilización a lo largo de la arcada . En ambas situaciones y con frecuencia las dos se presentan simultáneamente , Puede emplearse la prótesis removible unilateral , Para reponer más eficazmente los dientes perdidos .

2.- Espacios Modificadores .

Una prótesis parcial removible para una arcada clase III de Kennedy está mejor soportada y estabilizada , cuando existe una zona modificadora en el lado opuesto de la arcada . Esa área desdentada no debe de ser restaurada por prótesis fija , la que es esencial para el diseño de una prótesis parcial removible .

Otros espacios modificadores , particularmente aquellos que comprenden un solo diente perdido , se restauran mejor particularmente por medio de una prótesis parcial fija , . No solamente tendremos un pilar con larga vida al estar así estabilizado con el efecto ferulizador de una prótesis fija , sino que evitaremos un posible efecto de balanceo sobre la prótesis removible , . Por el contrario , la prótesis parcial se hace menos complicada al no tener que incluir otros dientes pilares para el soporte y la retención de un espacio o espacios dentados adicionales .

Cuando se presenta un espacio asentado , que es a su vez una modificación de la clase I o clase II de Kennedy anterior, a un diente pilar aislado , esa pieza dentaria va a estar sujeta al trauma por los movimientos de la extensión distal de la prótesis parcial , más allá de su capacidad de resistir tales fuerzas .

La ferulización se realiza mejor en esos casos mediante una prótesis fija que una los dientes a ambos lados del espacio dentado . La corona del pilar debe ser preparada para proporcionar soporte y retención a la prótesis parcial y para soportar el componente estabilizador sobre el pilar anterior de la prótesis fija o sobre la superficie oclusal del pónico que se proporcione .

3.- Espacios modificadores anteriores :

Generalmente todo diente anterior perdido en una arcada parcialmente dentada se reemplaza mejor mediante restauraciones fijas , Excepto en la clase III de Kennedy en lo que solo faltan los dientes anteriores . En excepciones , algunas veces se obtiene un mejor resultado estético cuando los reemplazos anteriores por una prótesis parcial removible . Esto se debe a que tiene el efecto de un

excesiva reabsorción se hace necesario la ubicación de p^onticos de tamaño grandes para una buena estética y para una relación aceptable con los dientes antagonistas . Sin embargo , a veces desde un punto de vista mecánico y biológico, las reposiciones anteriores se hacen mejor mediante restauraciones fijas .

El reemplazo de los dientes posteriores se hace menos -- complicado y más satisfactoriamente mediante una prótesis parcial removible .

4.- El no reemplazo de molares perdidos :

Frecuentemente Debe tomarse la decisión de reponer los molares perdidos solamente sobre un lado de la arcada . Para hacer esto con una prótesis parcial removible se hace necesario el uso de prótesis parcial a extensión distal , con el conector mayor uniendo ese lado , con los componentes estabilizadores y retentivos ubicados en el lado opuesto dentado de la arcada . En esa situación las fuerzas de palanca son siempre desfavorables y los retenedores que deben de ser usados sobre el lado dentado no son con frecuencia satisfactorios .

Varios factores intervienen para confeccionar una prótesis parcial unilateral a extensión distal ,Primero deben de considerarse los dientes antagonistas ,Si es que va a prevenirse su extrusión y migración , debe proporcionarse una oclusión que actúe como tope . Más que suponer que se logre un aumento en la eficiencia masticatoria . Este factor es el que tendrá influencia en la reposición de los molares perdidos . La necesidad de reponer los terceros molares en un solo lado por necesidad masticatoria es a menudo necesaria .

Segundo , debe de considerarse el futuro de la tulerosidad

del maxilar . Dejada al descubierto , la tuberosidad desdentada frecuentemente parece caer y aumentar de tamaño . Sin embargo cubriendo la tuberosidad con una base protésica parcial , En combinación con el efecto estimulante de la oclusión intermitente proporcionada, Se ayuda a mantener la normalidad en la tuberosidad. Esto puede ser de considerable importancia por las futuras prótesis que el paciente pueda necesitar . En este caso , resulta mejor hacer una prótesis parcial removible unilateral que dejar la tuberosidad del maxilar al descubierto .

Una tercera consideración , Es el estado del segundo molar antagonista . Si esta pieza dentaria se ha perdido o puede ser lógicamente ignorada o eliminada , Entonces es mediante una restauración fija del tipo a extensión distal , la oclusión necesitará ser solo mínima para mantener las relaciones oclusales entre el primer molar natural de una arcada y el molar protético de la arcada antagonista . Ese pñtico debe hacerse estrecho en sentido bucolingual y no debe de ocluir con más de dos tercios del diente antagonista . Frecuentemente , ese tipo de restauración es el tipo de pñtico preferido, Sin embargo a menos de que se usen tres pilares para soportar un molar a extensión distal opuesto a un molar natural , Sólo puede esperarse un éxito limitado .

5.- La prótesis fija esta indicada siempre y cuando los dientes estén suficientemente sanos , los pilares sean de máxima resistencia .

a.) relación Corona - Raíz : El diente no podrá servir como pilar para un puente fijo , cuando la raíz sea tan larga como la corona , Esto se comprueba fácilmente por medio de la radiografía .

b.) Revisaremos los tejidos blandos si existen en ellos alguna patología .

c.) Examen de los dientes remanentes y de los espacios , a estos espacios se les denomina brechas .

d.) Forma y dirección de la raíces .

e.) Cuando existen quistes dentígenos en el ápice del -- diente pilar .

Es importante que tengamos siempre de nuestro conocimiento antes de colocar cualquier restauración fija la ley de Ante . Estadice : En prótesis fija la suma de las superficies periodontales de los dientes pilares debe ser igual o mayor , que el área periodontal que correspondería a los dientes que se reemplazan . Es decir - que cuando la brecha es muy grande , Está contrindicado un puente - fijo e indicado un removible .

B.- Indicaciones para la prótesis parcial Removible :

Aunque la prótesis parcial removible debe ser tenida en cuenta sólo cuando la prótesis fija este contrindicada , Existen varias indicaciones específicas para el uso de prótesis removible.

1.- Casos de extensión distal :

Exceptuando aquellos casos en los cuales la reposición de los segundos y terceros molares no es aconsejable o necesaria , O en los cuales el reemplazo de un primer molar perdido puede hacerse mediante una restauración fija a extensión , la reposición de los dientes posteriores perdidos sin la presencia de un pilar posterior debe de realizarse con una prótesis removible .

Los casos más comunes de arcadas parcialmente desdentadas

son los que corresponden a las clases I y II de Kennedy . En este último caso a menudo existe un espacio desdentado en el lado opuesto de la arcada , Y puede ayudar a la efectiva retención y estabilización de la prótesis parcial . En caso contrario debe buscarse por lo general , Retenedores en forma de abrazaderas o retenedores intracoronarios . Como ya se indicó todas las otras zonas desdentadas se reponen mejor mediante prótesis fija .

2.- Extracciones resientes :

La reposición de dientes resientemente extraídos , Puede llevarse acabo satisfactoriamente mediante restauraciones fijas .

Debe de recurrirse a la prótesis removible cuando se necesite un rebasado posterior o se vaya a construir una restauración fija más tarde . Si se utiliza una prótesis totalmente de acrílico en vez de una prótesis parcial más elaborada , El costo inmediato para el paciente , es mucho menor y la base de resina puede llevarse mejor a futuras modificaciones temporarias .

Una zona desdentada limitada por dientes en la que se anticipa algún cambio en el reborde , también se restaura mejor mediante una prótesis parcial removible. A pesar que el rebasado de una base protética de acrílico dento-soportada es posible de hacerse , generalmente se lo realiza sólo para mejorar la estética, La higiene bucal o la comodidad del paciente y rara vez para proporcionar soporte a la prótesis . El soporte para esta restauración está dado por los apoyos oclusales sobre los dientes pilares en cada extremo del espacio desdentado .

3.- Brecha Protética larga :

La brecha larga puede ser totalmente dento-soportada si-

si los pilares y los medios para transferir el soporte a la prótesis son adecuados y si el armazón protético es rígido . Existe poca diferencia, si la hay, entre el soporte proporcionado a una prótesis parcial removible y el proporcionado a una restauración fija por los pilares adyacentes. Sin embargo , la ausencia de la estructura a lo largo de la arcada , la torsión y la fuerza de palanca - sobre los dos pilares, será excesiva. En cambio una prótesis removible que obtenga su retención , soporte y estabilización de pilares del lado opuesto , está indicada como el medio más lógico de reponer dientes perdidos .

4.- Necesidad de estabilización bilateral :

En una boca debilitada por enfermedad periodontal , debido a la falta de estabilización a lo largo del arco, una restauración fija puede comprometer el futuro de los pilares involucrados - en la enfermedad periodontal, a menos que se emplee el efecto de una ferulización múltiple .

Por otra parte , La prótesis parcial removible puede actuar como una férula periodontal a través de la acción de estabilización bilateral sobre los dientes debilitados por enfermedad periodontal .

Cuando se han preparado varios pilares correctamente a lo largo de la arcada el efecto benéfico de una prótesis parcial puede ser mayor que el efecto de una prótesis fija unilateral .

5.- La estética en el sector anterior:

Cuando las exigencias estéticas y cosméticas sean de primordial importancia en el reemplazo de dientes anteriores perdidos muchas veces éstas se cumplen mejor mediante el uso de una prótesis parcial removible, en vez del uso de puentes fijos (puentes fijos)

Esto resulta particularmente cierto cuando se han perdido varios-dientes anteriores , y cuando a través del uso de dientes artificiales es posible lograr un mejor soporte contorno y fonética .

6.- Pérdida excesiva de hueso residual :

El pñtico de una prótesis parcial fija debe estar relacionado con el reborde residual de modo que el contacto con la mucosa sea suave . En los casos de reabsorción excesiva , los dientes soportados por base protética pueden disponerse en una posición bucolingual más aceptable que la que se pueda obtener a través de una prótesis parcial fija .

Los dientes artificiales soportados por una base protética pueden ser dispuestos sin tener en cuenta la cresta del reborde residual y más cercanos a la posición de los dientes naturales . Esto es particularmente cierto en los casos de prótesis superior .

Anteriormente , la pérdida del hueso residual se produce desde el flanco labial. A menudo , la papila incisiva hace sobre la cresta del reborde residual . Solo que los incisivos centrales se disponen normalmente por delante de esta referencia anatómica , toda otra ubicación de los incisivos centrales artificiales se considera antinatural. Una prótesis parcial fija confeccionada para esa boca , tendrá sus pñticos apoyados sobre la parte labial de este reborde reabsorbido , que estará muy hacia lingual como para proporcionar un soporte labial adecuado. Frecuentemente , la única forma en que pueden cubrir los curvos labiales de los pñticos con sus antagonistas interiores, es usar una inclinación labial que sea reciproca , antinatural , y que sea en detrimento de la estética.

y del soporte labial. A pesar de que el mismo concepto se aplica a una prótesis parcial removible en la que los dientes anteriores están apoyados sobre el reborde residual, hay veces en que el -- flanco labial debe ser utilizado para permitir que los dientes -- sean ubicados más cerca de su posición natural .

Lo mismo se aplica al reemplazo de los dientes anteriores inferiores que se han extraído . A veces, se hacen prótesis - parciales fijas inferiores anteriores , de seis o más unidades en la que el espacio desdentado y dada la forma de colocación obliga a dejar de lado un diente anterior o bien emplear el número original de dientes, pero estos ubicados muy estrechamente como para - dar un efecto estético. En ambas instancias , la prótesis parcial fija está casi en línea recta , ya que los púnticos del reborde - reabsorbido siguen esta forma (la del reborde reabsorbido) . La prótesis parcial removible permite la ubicación de los dientes de reemplazo, en una relación favorable con el labio y con los dientes antagonistas , independientemente de la forma del reborde residual . Cuando se hace una prótesis removible como la descrita - puede obtenerse un soporte positivo de los pilares adyacentes .

7.- Dientes pilares Sanos :

Muy a menudo se da como excusa para hacer una rehabilitación removible , el deseo de no cubrir un diente sano con una - corona u otro tipo de retenedores pilares. Las causas de la pérdida de dientes a reemplazar, deben considerarse primero. Si la pérdida ha sido por caries , entonces es probable que se desarrollen caries en los dientes pilares. Si los dientes se perdieron por -- causa de enfermedad periodontal, entonces el periodonto de los -- dientes remanentes debe ser evaluado cuidadosamente. Si los dientes se han perdido por otras razones , como ser la negligencia en

el tratamiento de caries incipientes, y si la actividad de caries parece dismínuida o detenida, la utilización de las superficies dentarias existentes puede justificarse como medio de soportar la restauración removible. Si los hábitos higiénicos del paciente son favorables, y si los pilares están sanos, con un buen soporte periodontal pueden tomarse pilares no protegidos para soportar y retener una restauración removible.

B.- Consideraciones Económicas :

El factor económico no debe de ser el único criterio que determine el método de tratamiento.

Cuando por razones económicas el tratamiento completo no puede realizarse o debe descartarse y si el reemplazo de los dientes perdidos está indicado, el tipo de restauración determinado por estas consideraciones, debe ser claramente descrito al paciente, destacando su naturaleza temporaria y su poca representatividad de lo que la odontología moderna puede ofrecer. Crínicamente una prótesis que se hace para satisfacer sólo condiciones económicas está condenada al fracaso, con lo que se deteriora la imagen del profesionista y sufre el paciente.

C.- Partes de un Puente Fijo :

A continuación enumeraré las partes que componen un puente fijo, teniendo en cuenta de antemano, que el estudiante de odontología y el cirujano dentista en general, conocen la acción, forma y parte que sirven cada una de estas partes.

1.- Soporte .- Es un elemento protésico que une el puente a los dientes pilares, los soportes están en los pilares y pue-

den ser de distintas formas y tamanos , de acuerdo al caso específico de la prótesis , pueden ser coronas , onlays , restauraciones parciales etc .

2.- Póntico .- Elemento protésico que reemplaza a los dientes perdidos estética y funcionalmente , el cual está suspendido y unido a los soportes .

3.- Pilar .- Es el diente natural o raíz a la que la prótesis se fija .

4.- Conector .- Elemento que une a los pónticos con los soportes , estos pueden ser rígidos (soldadura) y semirígidos -- (editamentos de precisión) .

D.- Partes que componen un puente removible :

Como en las partes de un puente fijo , sólo enumeraré-- las partes que componen a un puente parcial removible , ya que el hablar de cada una de estas partes sería muy extenso .

1.- Conector Mayor : Es la parte del énte protésico o -- unidad de la prótesis parcial que conecta las partes del énte protésico ubicado en un lado del arco dentario con aquellas que se encuentran en el lado opuesto . Es el elemento de la prótesis parcial al cual se unen directa o indirectamente todas las otras partes que forman el aparato dentoprotésico .

2.- Conector Menor .- Provieniendo del conector mayor , los conectores menores unen al conector mayor con las otras partes de la prótesis ,por ejemplo: Cada retenedor directo y cada apoyo oclusal-- están unidos al conector mayor mediante un conector menor .

3.- Apoyos y Leones para alfileres : El soporte oclusal para la prótesis parcial removible debe ser proporcionado por algún tipo

de apoyo ubicado sobre los dientes pilares, Estos siempre deberán ser colocados sobre las superficies dentarias adecuadamente preparadas para recibirlos .

4.- Retenedores directos : La retención de la prótesis-removible se logra mecánicamente , ubicando elementos de retención sobre los pilares y a través de la íntima relación de las bases y conectores mayores con los tejidos subyacentes. Existen dos tipos de retenedores directos : a.) Retenedor intracoronario y, b.) Retenedor extracoronario .

5.- Retenedores indirectos .

6.- Componentes de reciprocación .

7.- Una o más bases: Cada una de las cuales soporta uno o varios dientes artificiales . Estas soportan los dientes de reemplazo y efectiviza la transferencia de las cargas oclusales a las estructuras bucales de soporte .

E.- Factores que determinan la elección del soporte para un puente :

1.- Higiene: Dependiendo de los hábitos de higiene que tenga el paciente .

2.- Índice de propensión a Caries : Altamente relacionado con la higiene , dieta , técnica de cepillado y colonias de gérmenes que tenga el paciente , Ambos factores pueden ser disminuidos tomando en cuenta la reeducación del paciente .

3.- Grado de integridad coronaria y forma coronaria : Este nos dice que tipo de anclaje deberos de utilizar, y es importante - ya que las piezas usadas como pilares para soporte de puente deben de brindar máxima resistencia .

4.- Posición del pilar en el arco ; Puede haber piezas - dentarias en posiciones distintas (mesializadas, distalizadas etc)

5.- Longitud del espacio desdentado ; Tambien influye en la elección de los soportes , ya que si el espacio es grande , debemos escoger el soporte que presente mayor anclaje .

6.- Estética .

7.- Espacios problema .

F.- Factores que influyen la elección del pilar:

1.- Posición del pilar en el arco ; La posición nos indica como usarlo y si lo podemos utilizar como pilar .

2.- Longitud de la raíz ; Una raíz corta , no ofrece la suficiente resistencia a las fuerzas de masticación .

3.- Diámetro de la raíz ; Una raíz muy angosta tendremos problemas con ella para elegirla como pilar principal de un puente. En estos casos la usaremos como pilar adicional (Como cuando tiene raíz corta .)

4.- Grado de integridad periodontal ; Hay que fijarse en la movilidad que tenga un pilar , para ver si está pieza dental nos sirve como pilar de puente , por lo tanto hay que conocer el pronóstico periodontal de todos los pilares para saber si pueden resistir las fuerzas de la masticación .

5.- Longitud del espacio ; Habrá pilares que por su condición no pueden ser soporte de puente , ya que el espacio puede -- ser demasiado grande ..

6.- Forma de la raíz ; Esta sirve como anclaje , por ejemplo ; Si las raíces son divergentes tendremos mayor anclaje , que si

las raíces fueran convergentes .

7.- Oclusión : Es muy importante la oclusión , Ya que de esto puede depender el éxito de nuestros restoraciones .

+ Conclusiones :

La experiencia aportada por la práctica diaria, nos ha relevado , que para cualquier tratamiento de índole dental se debe de seguir un orden y una secuencia .

Cuando menciono tratamiento dental , me refiero a la -- obligación que tiene el cirujano dentista de reestablecer la salud de toda la cavidad oral ,

Este trabajo fue dirigido específicamente al campo de -- rehabilitación fija y removible , Y considero que no basta el tener mucha habilidad manual o técnica para saber preparar o colocar cualquier aparatología protésica . Ya que si sólo la rehabilitación protésica consistiera en preparar coronas o puentes bonitos seríamos simplemente técnicos en rehabilitación fija o removible.

Por lo tanto considero que todo dentista debe poseer el conocimiento de todos los elementos que participan en la función oral , de la salud integral del paciente y de los medios auxiliares del diagnóstico .

Este conocimiento deberá llegar una secuencia y un orden plenamente establecidos, para poder obtener un diagnóstico adecuado , Ya que considero al diagnóstico como la parte fundamental del tratamiento dental .

El principal problema en los fracasos de elección entre prótesis fija o removible se debe al que no se cuenta con un diagnóstico completo .

Si comenzamos cualquier rehabilitación protésica , sin -

bases adecuadas , es casi seguro que culminaremos el tratamiento en una forma desfavorable

El principal objetivo de una rehabilitación protésica es el de devolver la salud , la función y la estética a un paciente.

Por lo tanto si cumplimos con estos tres objetivos de la rehabilitación protésica , estaremos dando un servicio auténticamete profesional a la persona que nos deposito toda su confianza.

+ BIBLIOGRAFIA :

- 1.- J. Suros .- Semiología Médica y Técnicas Exploratorias
Salvat edit. 1975 pp. 2 - 77,106-209, 256-300 , 402*
432, 717-755, 803-928 .
- 2.- Arthur C. Guyton .- Tratado de Fisiología Médica .
Interamericana edit. 1979 , Capítulos 8 , 10 , 14 , 16
25, 26, 64,69 y 75 .
- 3.- Frank M. McCarthy .- Emergencias en Odontología .
El Ateneo edit. 1976 . Capítulos 1, 2 , y 3.
- 4.- Thomas W. Brehm. Diagnosis and treatment planing for
fixed prosthodontics. J. Prosthet. Dent. December 1973
vol. 30 Num. 6 pp. 876 - 881 .
- 5.- Arvin William Mann. - Examination , diagnosis , and -
treatment planing in oclusal rehabilitation. J. Pros.
Dent. January 1967 vol.17 num. 1 pp. 73-78
- 6.- William L. McCracken.- Differential diagnosis: Fixed or
partial dentures , J. of A. D . A December 1961 vol
63 pp 169-175 .
- 7.- Terry T. Tanaka .- Apuntes sobre diagnóstico clínico
University of California Medical Center 1982 .
- 8.- Terry T. Tanaka .- Dolor Facial y Disfunción de la ar
ticulación temporomandibular . University of Califor
nia Medical Center . 1982.
- 9.- Alex Cooper .- Parcial Dentures .
Apuntes Inéditos 1979 .
- 10.- Goldman/ Cohen .- Periodontal Therapy sixth edition
Mosby edit. 1980 . cap. 5, 6,11,12, 13,15,16,17 20 y 31

- 11.- Irving Glickman.- Periodontología clínica .
Interamericana edit. 1974. Cap. 6,7,9,14,15,16,17,
18,22,30,31,33,34,35,52,53,54,55 y 56 .
- 12.- Tyman / Malone Teoría y Práctica de la prótesis fija . Inter-Médica edit. 1981 cap. 1,2,3,4,5
- 13.- A. Villa .- Articuladores .
Utnea edit. 1952, cap. 1, 3
- 14.- Oclusión . Facultad de Odontología (SUA) 1979.
- 15.- Roberto Villegas Balda .- Materiales de Impresión.
Diogenes edit. 1976. pp 15-39, 111- 125
- 16.- Robert F. Renner .- Complete Dentures .
Masson edit. 1961. pp. 1-50
- 17.- Ralph S. Phillips.- La Ciencia de los Materiales Dentales . septima edición . Interamericana edit. 1980
cap. 4,5,8 y 9
- 18.- T.H. Graber . Ortodoncia Teoría y Práctica .
Interamericana edit. tercera edición 1981. cap. 8,17
- 19.- Bam / Phillips ? Bond .- Operative Dentistry .
Saunders edit. 1971. cap. 1, 4, 5.
- 20.- Eissmann / Eude / Barros .- Dental Laboratory Procedures . Vol II Mosby edit. 1980 cap. 1.
- 21.- Staffin / Gibilisco .- Diagnóstico Radiológico en Odontología . Panamericana edit. 1978. pp13-56 363-424.
- 22.- Gilmore / Lund .- Odontología operatoria .
Interamericana edit. 1981. Cap 1 y 2 .
- 23.- G. Richard Deuret .- Higiene local y control en la práctica odontológica . Lusa edit. 1978 Cap. 1
- 24.- Shanon . Principios de cirugía odontológica .
Editorial el manual Modern . 1981. cap. 2,3,10,11,12
- 25.-

- 25.- Max Kornfeld. Rehabilitación Bucal . Tomo I y II
Mundi edit. 1972. Tomos (cap. 2,3,4,4,5,6.) y
tomo II cap 11 y 13 .
- 26.- Davis Henderson / Victor L. Steffel.- Prótesis parcial
removible según McCracken . Mundi edit. 1974 Cap 3,
9, 10, 11,12,13 .
- 27.- Grossman Louis.- Endodontic practice 5a. ed.
1960 edit. Lea y Febiger. caps. 1, 2 y 3
- 28.- Diccionario Enciclopédico Salvat .