UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

TEMA:

"Efecto del diseño de la prótesis parcial removible sobre las estructuras periodontales, en paciente atendido en la clínica de la Facultad Piloto de Odontología periodo 2014-2015".

AUTORA:

Karina Annabel Díaz Pangay

TUTORA:

Dra. Pilar Pantoja Rodríguez, CDEP.

Guayaquil, Junio del 2015

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutor/es del Trabajo de Titulación

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el Trabajo de Titulación como requisito previo para optar por el título de tercer nivel de Odontólogo. Cuyo tema se refiere a:

"Efecto del diseño de la prótesis parcial removible sobre las estructuras periodontales, en paciente atendido en la clínica de la Facultad Piloto de Odontología periodo 2014-2015".

Presentado por:

Karina Annabel Díaz Pangay

C.I: 1104780117

Dra. Pilar Pantoja Rodríguez.
Tutor Académico

Dra. . Elisa Llanos Rodríguez Msc.
Tutor Metodológico

Dr. Washington Escudero Doltz.MSc.
Decano

Dr. Miguel Álvarez Avilés. MSc.
Subdecano

Dra. Fátima Mazzini de Ubilla. MSc.
Directora Unidad Titulación

Guayaquil, junio 2015

AUTORÍA

Las opiniones, criterios, conceptos y hallazgos de este trabajo son de exclusiva responsabilidad del autor.

Karina Annabel Díaz Pangay

C.I: 1104780117

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi padre Hugo Vicente Díaz Macas, A mi madre Blanca Liduvina Pangay Agila, que durante este tiempo fueron mi fortaleza, y que han sabido enseñarme cada uno de los valores, inculcándome entre ellos la perseverancia por alcanzar los sueños que uno se propone. A mi Hermana Glenda Mariuxi Díaz Pangay que durante este tiempo supo ganarse el puesto de una segunda mamá y que me ayudó a no retroceder y darme la fuerza para seguir adelante, por último a mi Padrino Sergio Díaz que estuvo presente durante mi formación profesional brindándome su apoyo incondicional.

Karina Annabel Díaz Pangay

AGRADECIMIENTO

Primero agradezco a Dios por brindarme la elección de esta carrera, por darme la perseverancia de seguir adelante y la oportunidad de adquirir los conocimientos que me ayudarán a culminar mi carrera.

Agradezco a mi Padre que ha sido durante estos cinco años de estudio mi apoyo económico, moral y que ha sabido dar el mejor regalo a su hija que es una educación y que gracias a él estoy cumpliendo una de mis tantas metas.

A mi madre que contantemente estuvo apoyándome, dándome sus sabios consejos y supo durante este tiempo ser mi pilar de fuerza para seguir adelante y no decaer.

A mis Hnas. Que en esta etapa que me apoyaron en la realización de mis trabajos y en la búsqueda de pacientes.

También quiero agradecer a los diferentes catedráticos de la Universidad por brindarme sus conocimientos y experiencias para ser de mí una buena profesional.

Y de manera especial agradezco a mi Tutora de Tesis Pilar Pantoja que con su ayuda tanto profesional y su conocimiento en el tema me supo brindar la oportunidad de finalizar este trabajo.

Karina Annabel Díaz Pangay

ÍNDICE GENERAL

Contenido	**Pág.**
Carátula	I
Certificación de tutores	II
Autoría	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Índice general	VI
Índice de cuadro	IX
Índice de fotos	X
Resumen	XII
Abstract	XIII
Introducción	1
CAPITULO I	
EL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del problema	**¡Error! Marcador no definido.**
1.2 Descripción del problema	3
1.3 Formulación del problema	4
1.4 Delimitación del problema	4
1.5 Preguntas de investigación	4
1.6 Objetivos de la investigación	5
1.6.1 Objetivo general	5
1.6.2 Objetivos específicos	5
1.7 Justificación de la investigación	5
1.8 Valoracion crítica de la investigación	6

ÍNDICE GENERAL

Contenido **Pág.**

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO 7

2.1 Antecedentes 7

2.2 Fundamentos teóricos. 8

2.2.1 Anatomía macroscópica de la periodoncia 8

2.2.2 Etiología de la enfermedad periodontal enfocado en la prótesis parcial removible. 11

2.2.3 Componentes de la prótesis parcial removible 16

2.2.4 Efectos de la prótesis parcial removible sobre la estructura periodontal. 19

2.2.4.1 Desafíos protésicos 22

2.2.4.2 Desafíos periodontales 24

2.2.5 Consideraciones periodontales en pacientes parcialmente edentulos. 25

2.2.5.1 Requisitos desde el punto de vista periodontal. 27

2.2.6 Consideraciones periodontales en el diseño de prótesis parcial removible. 28

2.3 Marco conceptual 355

2.4 Marco legal 37

2.5 Variables de investigación 388

2.5.1 Variable independiente 38

2.5.2 Variable dependiente 388

2.6 Operacionalización de las variables 399

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Pág.
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA	40
3.1 Diseño de la investigación	40
3.2 Tipos de investigación	40
3.3 Recursos empleados	40
3.3.1 Talento humano	40
3.3.2 Recursos materiales	40
3.4 Población y la muestra	422
3.4.1 Población	422
3.4.2 Muestra	422
3.5 Fases metodologicas.	422
4. Análisis de resultados	444
5. Conclusiones.	466
6. Recomendaciones	488
Bibliografía	499
Anexos	52

ÍNDICE DE FOTOS

Fotos	Pág
Foto 1: Información General	53
Foto 2: Historia Dental	54
Foto 3: Valoración clínica extra-oral e intra-oral	55
Foto 4: Periodontograma inicial	56
Foto 5: Control de Placa bacteriana	57
Foto 6: Examen e interpretación radiográfica	58
Foto 7: Periodontograma de valoración final	59
Foto 8: Valoración Periodontal Inicial	60
Foto 9: Valoración Periodontal Final	61
Foto 10: Actividad Clínica Realizada	62
Foto 11: Serie radiográfica	63
Foto 12: Foto frontal del paciente antes del tratamiento periodontal	64
Foto 13: Perfil de lado derecho del paciente antes del tratamiento periodontal	64
Foto 14: Perfil de lado izquierdo del paciente antes del tratamiento	65
Foto 15: Vista Frontal Dentaria antes del tratamiento periodontal	65
Foto 16: Vista oclusal del arco superior con prótesis.	66
Foto 17: Vista en oclusión de lado derecha antes del tratamiento periodontal	66
Foto 18: Vista oclusal del arco superior sin prótesis y antes del tratamiento	67
Foto 19: Vista oclusal del arco inferior antes del tratamiento	67
Foto 20: Vista frontal dentaria después del tratamiento periodontal	68
Foto 21: Vista oclusal del arco superior después del tratamiento periodontal	68

Foto 22: Vista oclusal del arco inferior después del tratamiento 69

Foto 23: Modelo de maxilar superior con prueba de metal 69

Foto 24: Modelo de maxilar inferior con prueba de metal 70

Foto 25: Vista oclusal del arco superior con prueba de metal 70

Foto 26: Vista oclusal del arco inferior con prueba de metal 71

Foto 27: Vista en oclusión de lado derecho en prueba de metal 71

Foto 28: Vista en oclusión de lado izquierda en prueba de metal 72

Foto 29: Modelo de maxilar superiorr con prueba de encerado 72

Foto 30: modelo de maxilar inferior con prueba de encerado 73

Foto 31: Vista frontal dentaria con prueba de encerado 73

Foto 32: Vista oclusal del arco superior con prueba de encerado 74

Foto 33: Vista oclusal del arco inferior con prueba de encerado 74

Foto 34: Vista en oclusión de lado derecho en prueba de encerado 75

Foto 35: Vista en oclusión de lado izquierdo en prueba de encerado 75

Foto 36: Modelo de maxilar superior con la prótesis parcial Removible 76

Foto 37: Modelo del Maxilar inferior con la Prótesis parcial removible 76

Foto 38: Vista frontal dentaria con la Prótesis parcial removible 77

Foto 39: Vista oclusal del arco superior con la Prótesis parcial 77

Foto 40: Vista oclusal del arco inferior con la prótesis parcial 78

Foto 41: Vista en oclusión de lado derecho con la Prótesis Parcial Removible 78

Foto 42: Vista en oclusión izquierda en el paciente con Prótesis 79

Foto 43: foto frontal después del tratamiento periodontal 79

Foto 44: foto de perfil de lado derecho después del tratamiento periodontal 80

Foto 45: foto de perfil de lado izquierdo después del tratamiento periodontal 80

RESUMEN

El uso de prótesis, con frecuencia se asocia a alteraciones de las estructuras dentales y periodontales remanentes. A través del tiempo se han efectuado muchos estudios para determinar el efecto de la Prótesis Parcial Removible sobre las estructuras bucales, especialmente el periodonto y los dientes remanentes, utilizando como patrón de comparación estructuras dentarias no relacionadas con la prótesis. Es por tal motivo que nuestro objetivo fue determinar, analizar y evaluar el efecto que tiene el diseño de la prótesis parcial removible sobre las estructuras periodontales. Los resultados indican que, las primeras investigaciones evidencian un incremento de la ocurrencia de caries y enfermedad periodontal asociado con el uso de Prótesis Parcial Removible y otros reportan que prácticamente no existen caries o progresión de la enfermedad periodontal después de la instalación de Prótesis Parcial Removible. Así que se concluye mediante este estudio bibliográfico no experimental que la adaptación de las prótesis parciales removibles debe tener tanto en sus componentes como en sus diseños, las medidas adecuadas para que no afecten de manera negativa al periodonto. Recomendando así el cuidado en la higiene de la prótesis por el paciente como las visitas regulares al odontólogo.

PALABRAS CLAVE: Prótesis dental, prótesis y estructuras periodontales, encía, enfermedad periodontal.

ABSTRACT

The use of prothesis, often it is associated to alterations of the dental structures and remaining tissues. Over the time, many studies have been conducted to determine the effect of Removable Partial Dentures (RPD) on the oral structures specially the periodontium and the remaining teeth, using as a model of comparison dental structures not related to the prothesis. It is for this reason that our aim was to identify, analyze and evaluate the effect of the design of the removable partial denture on periodontal structures While the an others reports no caries or progression of periodontal disease after the installation of Removable Partial Prothesis. So, we may conclude through a bibliography study that a Removable Partial Denture must include suitable components and designs. in order to preserve teeth and periodontal structures. Every patient must be instructed not only about the proper care of its prothesis but also the importance of the propitious visits to his dentist

KEYWORDS: dental prostheses, prosthetics and periodontal structures, gum, periodontal disease.

KEYWORDS: Dental prostheses, prosthetics and periodontal structures, gum, periodontal disease.

INTRODUCCIÓN

El principal objetivo que tiene la prótesis parcial removible además de reponer la piezas perdidas es mantener la integridad de las estructuras periodontales, por lo que será un factor de riesgo el mal diseño de la Prótesis Parcial Removible, en especial en sus pilares que van a ser aquellos que determinara su soporte al no estar adecuados.

Es por ello que el presenta trabajo trata sobre el efecto que tiene la prótesis parcial removible sobre las estructuras periodontales ya que es muy importante determinar cuándo una prótesis está correctamente adaptada en boca sin que ésta afecte a los tejidos periodontales, pues en muchos casos los mismos retenedores de las prótesis producen retracciones gingivales.

Las estructuras que presentan las prótesis parciales deben estar adecuadas de tal manera que no afecten la encía ni algún otro tejido bucal. La consecución de una rehabilitación protésica de éxito depende de muchos factores diversos que deben tenerse en cuenta para asegurar una estética ideal y una funcionalidad adecuada con la máxima durabilidad posible. Uno de los aspectos claves en este sentido son las consideraciones periodontales de los dientes pilares y del periodonto en general. El conocimiento de la anatomía y características de normalidad del periodonto por el dentista rehabilitador es vital durante el análisis y selección de los dientes pilares.

El presente trabajo tiene como objetivo establecer el efecto del diseño de la Prótesis Parcial Removible sobre las estructuras dentales El mismo se desarrolla en IV capítulos debidamente estructurados:

Capítulo I: EL PROBLEMA: Describe el planteamiento del problema, y se analiza el fenómeno detectado: Como incide el diseño de la Prótesis Parcial Removible en las estructuras dentarias

Se ubica el problema en un contexto, situación conflicto, sus causas y consecuencias, la delimitación del campo de acción y del objeto de estudio, área, lugar y periodo así como la formulación de objetivos, justificación y la evaluación del problema.

Capitulo II. Dentro del **MARCO TEÓRICO**, se expone sus antecedentes, se emplea un marco teórico que fortalece los conocimientos y refuerza las diferentes teorías, definiciones conceptuales, bases teóricas, conceptual y legal, lo cual orienta nuestra búsqueda interrelacionada con las preguntas de investigación, se formulan las variables; independiente, dependiente para y su Operacionalizacion.

Capitulo III. METODOLOGÍA, permite desarrollar el Trabajo de Titulación. En él se muestran aspectos como el tipo de investigación, las técnicas métodos y procedimientos que fueron utilizados para llevar a cabo dicha investigación.

Las conclusiones y recomendaciones indican las posibles soluciones a los problemas encontrados. Las referencias bibliográficas se las realiza con el sistema APPA lo que nos permiten detallar con precisión cada uno de los textos, documentos y folletos consultados como referente científico.

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando no está indicada una prótesis fija, la prótesis parcial removible (PPR) puede ser el tratamiento de elección para la restauración de rebordes parcialmente edéntulos. Aun cuando la PPR es un medio para reemplazar dientes perdidos puede volverse una amenaza para los dientes remanentes de los pacientes debido a que puede incrementar la incidencia de caries, afectar el periodonto y aumentar la cantidad de fuerzas sobre los pilares. Estas alteraciones se atribuyen a una higiene oral deficiente, incremento de la placa bacteriana y acumulación de cálculos, además de la transmisión de fuerzas excesivas a las estructuras periodontales a partir de la estructura metálica de la PPR.

Uno de los factores que intervienen en el paciente para que no adquiera una PPR, es el costo que suelen presentar ya que sus costos varían y los pacientes no suelen requerir por tal motivo el confeccionamiento de una PPR.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Algunos autores han sugerido que el uso de prótesis parciales removibles (PPR) conduce a cambios importantes en la cantidad y calidad de la formación de la placa dentobacteriana alrededor de los dientes remanentes. Por otra parte, varios investigadores han concluido que cuando se realiza una buena higiene bucodental se presenta poco o ningún daño sobre los dientes remanentes y su soporte periodontal.

La consecución de una rehabilitación protésica de éxito depende de muchos factores diversos que deben tenerse en cuenta para asegurar una estética ideal y una funcionalidad adecuada con la máxima durabilidad posible. Uno de los aspectos claves en este sentido son las

consideraciones periodontales de los dientes pilares y del periodonto en general. El conocimiento de la anatomía y características de normalidad del periodonto por el dentista rehabilitador especialista en prótesis dental es vital durante el análisis y selección de los dientes pilares.

La seguridad de estar construyendo la prótesis sobre dientes sanos periodontalmente lleva a un pronóstico más favorable y a una mayor durabilidad. Durante el examen clínico, se debe anotar el sondaje del surco gingival, evaluando profundidad, sangrado, envolvimiento de furca y retracciones gingivales en fichas específicas para este procedimiento, facilitando la visualización y análisis de cada elemento dental, aún en la ausencia del paciente.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En tal virtud, se plantea el siguiente problema.

¿Cómo incide el diseño de la Prótesis Parcial Removible sobre las estructuras dentarias?

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Tema: Efecto del diseño de la prótesis parcial removible sobre las estructuras periodontales.
Objeto de estudio: Diseño de prótesis parcial removible
Campo de acción: Estructuras periodontales
Área: Pregrado
Periodo: 2014-2015

1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los efectos que produce el inadecuado diseño de la Prótesis Parcial Removible sobre la mucosa bucal?

¿Cuáles son los daños ocasionados por el mal diseño de la Prótesis Parcial Removible?

¿Cuáles son las características del diseño de la Prótesis Parcial Removible según la clasificación de Kennedy?

¿Cómo influye la oclusión en el diseño de la Prótesis Parcial Removible?

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.6.1 OBJETIVO GENERAL:

Establecer el efecto del diseño de la Prótesis Parcial Removible sobre las estructuras periodontales.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar los efectos que produce el inadecuado diseño sobre la mucosa bucal.

Definir las características de diseño de la Prótesis Parcial Removible según la clasificación de Kennedy

Describir la etiología de la enfermedad periodontal interrelacione la enfermedad periodontal con el diseño de la Prótesis Parcial Removible.

1.7 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El empleo de PPR da lugar al deterioro cualitativo y cuantitativo por cambios relacionados con la placa. Parece ser que no hay suficiente información sobre los efectos de las PPR en el estado de los dientes pilares con un compromiso periodontal. Varios estudios, han intentado obtener el consenso sobre el diseño ideal de la PPR. Los estudios clínicos muestran que, si se siguen los principios básicos del diseño de la PPR (conectores mayores rígidos, diseño sencillo y adaptación adecuada de la base), es posible mantener la salud periodontal en la dentición remanente. Las prótesis parciales removibles no producen reacciones periodontales adversas, sobre todo cuando se ha instaurado y mantenido una salud periodontal preprotésica basada en la higiene oral meticulosa. Las revisiones frecuentes y el mantenimiento protésico son esenciales para conseguir un buen pronóstico a largo plazo. Deben hacerse más

estudios prospectivos para conocer los efectos de las PPR sobre la salud periodontal de los dientes pilares, con su periodonto afectado.

1.8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Evidente: Porque se encuentra redactada en forma precisa y fácil de entender.

Concreto: Está redactado de manera corta, precisa y adecuada.

Contextual: Pertenece a la práctica social del contexto educativo.

Útil: Contribuye con soluciones alternativas.

Factible: Porque plantea una posibilidad de solución según el tiempo y los recursos.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

A pesar del descenso de la perdida de las piezas dentarias a nivel mundial tal como lo mencionan diferentes autores y de su remplazo que se prefiere en la actualidad a los implantes más que el uso de una prótesis convencional, hay que considerar que en ambos casos se presentan límites para su uso, es por eso que en este trabajo nos basaremos en el efectos que tiene la prótesis parcial removible en las estructuras periodontales.

Farías A, et al. Menciona en el 2012 que “el evidente descenso de la pérdida dentaria y la consolidación de los implantes ha cuestionado a los investigadores sobre cuál será el futuro de los procedimientos protéticos”. Este tema es de mucho interés para la comunidad odontológica, pues está directamente relacionado a la necesidad y demanda de tratamiento clínico, así como a su enseñanza en las universidades. Uno de los problemas a tratar en este estudio es sobre el efecto que tienen las prótesis en el periodonto.

Medina A. En el 2010 menciona que cuando no está indicada una prótesis fija, la prótesis parcial removible (PPR) puede ser el tratamiento de elección para la restauración de rebordes parcialmente edéntulos. Aun cuando la PPR es un medio para reemplazar dientes perdidos puede volverse una amenaza para los dientes remanentes de los pacientes debido a que puede incrementar la incidencia de caries, afectar el periodonto y aumentar la cantidad de fuerzas sobre los pilares.

Cabe indicar que la fuerza de la oclusión también es un factor que puede perjudicar al periodonto tal es el caso de Sánchez A en el año de 1998 donde indica que “el control de la placa y los programas de mantenimiento son los factores fundamentales para la conservación de los tejidos remanentes, objetivo principal de toda restauración protésica, en tal

sentido también es importante considerar el control de la cobertura del tejido periodontal por alguna parte de la P.P.R. y la fuerza oclusal transmitida a las estructuras de soporte".

Ya en el 2009 Vélez O, et al. Menciona que cuando se involucra a los pacientes con enfermedad periodontal en un plan de tratamiento integral, se pretende, en primera instancia, controlar la enfermedad. Sin embargo, superado este objetivo, se espera y se requiere el reemplazo protésico de los dientes perdidos así como la rehabilitación de los remanentes en la mayoría de los casos.

Considerando que la elección de los dientes pilares para un restauración protésica depende de la capacidad biológica del periodonto sano reducido de soportar a largo plazo la restauración, numerosas investigaciones se han diseñado para establecer los criterios determinantes en tal selección. Con todo lo dicho el uso de una prótesis parcial removible ayuda en el estado de salud de las personas.

Como lo dice Esquivel R, et al. (2012) "el efecto en diversas áreas de la funcionalidad bucal debida a la pérdida de dientes en los adultos puede ser disminuido por el uso de prótesis, con lo que mejora la autopercepción de salud bucal que a su vez afecta la calidad de vida de las personas"

2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

2.2.1 ANATOMÍA MACROSCÓPICA DE LA PERIODONCIA

El investigador Ortiz M. (2014), menciona que la mucosa bucal se continúa con la piel de los labios y con las mucosas del paladar blando y de la faringe. La mucosa bucal consta de:

- La mucosa masticatoria que incluye la encía y el recubrimiento del paladar duro.
- La mucosa especializada que cubre la cara dorsal de la lengua.
- La parte restante denominada mucosa de revestimiento.

La encía es la parte de la mucosa masticatoria que recubre la apófisis alveolar y rodea la porción cervical de los dientes. Está compuesta de una capa epitelial y un tejido conectivo subyacente denominado lamina propia. La encía adquiere su forma y textura definitivas con la erupción de los dientes.

En sentido coronario, la encía de color rosado coralino termina en el margen gingival libre, que tiene contorno festoneado. En sentido apical, la encía se continúa con la mucosa alveolar laxa y de color rojo oscuro, de la cual está separada por una línea demarcadora por lo general fácilmente reconocible llamada unión mucogingival o línea mucogingival.

No existe una línea mucogingival en el lado palatino, pues el paladar duro y la apófisis alveolar del maxilar superior están revestidos por el mismo tipo de mucosa masticatoria.

Se pueden distinguir dos partes de la encía:

- La encía libre.
- La encía adherida.

La encía libre es de color rosado coralino, con superficie opaca y consistencia firme. Comprende el tejido gingival en las caras vestibular y lingual/palatina de los dientes y la encía interdental o papilas interdentales. En las caras vestibular y lingual de los dientes, la encía libre se extiende desde el margen gingival en sentido apical, hasta el surco gingival, ubicado al nivel correspondiente al de la conexión cemento adamantina. La encía adherida está delimitada en sentido apical por la conexión mucogingival.

El margen gingival libre a menudo es redondeado, de modo que se forma una pequeña invaginación o surco entre el diente y la encía. Cuando se inserta más apicalmente una sonda periodontal en esta invaginación, hacia la unión cemento adamantino, el tejido gingival es separado del diente y se abre artificialmente una "bolsa gingival" o " surco gingival”. Por

lo tanto, en la encía normal o clínicamente sana no existe "bolsa gingival" o "surco gingival", sino que la encía se halla en estrecho contacto con la superficie adamantina.

La forma de la encía interdental (Ia papila interdental) está determinada por la relación de contacto entre los dientes, el ancho de las superficies dentarias proximales y el delineado de la unión cementoadamantina. En las regiones anteriores de la dentadura la papila interdental tiene forma piramidal, mientras que en la región de los molares las papilas son más aplanadas en sentido vestibulolingual.

A causa de la presencia de las papilas interdentales, el margen gingival libre sigue un curso festoneado, más o menos acentuado, a lo largo de los dientes. En las regiones de premolares, /molares de la dentadura, los dientes tienen superficies de contacto proximal, en lugar de puntos de contacto. Como la papila interdental está configurada según el contorno de las superficies de contacto interdental se establece una concavidad, llamada col.

Por consiguiente, en estas áreas las papilas interdentales tienen a menudo una porción vestibular y una porción lingual/palatina separadas por la región del col, que está cubierta por un epitelio delgado no queratinizado. Éste posee muchas características en común con el epitelio de unión.

La encía adherida está delimitada en sentido coronal por el surco gingival o, cuando no está presente ese surco, por un plano horizontal situado a nivel de la unión cemenloadamantina. El surco gingival a menudo es más pronunciado en la cara vestibular de los dientes y se observa con mayor frecuencia en las regiones de los molares inferiores y de los premolares superiores. La encía adherida se extiende en sentido apical hasta la unión mucogingival, desde donde se continúa con la mucosa alveolar.

La encía adherida es de textura firme, de color rosado coralino y a veces presenta pequeñas depresiones en su superficie. Las depresiones,

denominadas "punteado", le dan aspecto de cáscara de naranja. Está adherida firmemente al hueso alveolar subyacente y al cemento por fibras del tejido conectivo y por esa razón es comparativamente inmóvil en relación con el tejido subyacente.

Por otra parte, la mucosa alveolar, de color más oscuro y situado hacia apical de la unión mucogingival, está vinculada laxamente al hueso subyacente. Por consiguiente, a diferencia de la encía adherida, la mucosa alveolar es movible en relación con el tejido subyacente.

2.2.2 ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ENFOCADO EN LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

La Placa bacteriana es una película incolora, pegajosa compuesta por bacterias y azúcares que se forma y adhiere constantemente sobre nuestros dientes. Provoca caries cuando los ácidos atacan a los dientes después de comer. Los ataques ácidos repetidos destruyen el esmalte dental y originan caries.

Además, si la placa no se elimina correctamente irrita las encías alrededor de los dientes y da origen a una gingivitis (encías sangrantes, inflamadas y enrojecidas), a enfermedades periodontales (enfermedad en los tejidos de soporte del diente) e incluso a pérdida de piezas dentales.

Las prótesis mal adaptadas al paladar pueden ocasionar diferentes problemas bucales en este sentido Ysmael Sánchez, et al. (2012) indica que el uso de prótesis, con frecuencia se asocia a alteraciones de las estructuras dentales y periodontales remanentes.

A través del tiempo se han efectuado muchos estudios para determinar el efecto de la Prótesis Parcial Removible (PPR) sobre las estructuras bucales especialmente el periodonto y los dientes remanentes, utilizando como patrón de comparación estructuras dentarias no relacionadas con la prótesis. Los resultados de estos estudios son contradictorios, las primeras investigaciones evidencian un incremento de la ocurrencia de caries y enfermedad periodontal asociado con el uso de PPR y otros

reportan que prácticamente no existen caries o progresión de la enfermedad periodontal después de la instalación de Prótesis Parcial Removible.

Los resultados poco favorables de los estudios efectuados en la década de los sesenta, se debe a que dichas prótesis no eran construidas de acuerdo a los principios comúnmente enseñados en las escuelas de odontología de los Estados Unidos, en algunos casos no se realizaba una preparación bucal previa a la colocación de la prótesis, algunas dentaduras no tenían conectores rígidos o eran diseñadas sin descansos oclusales.

Desde la década de los ochenta se han realizado estudios longitudinales para evaluar el estado periodontal relacionado con uso de Prótesis Parcial Removible, los parámetros utilizados comúnmente en dicha evaluación son: higiene bucal, inflamación gingival, la profundidad del surco gingival, la movilidad dentaria y la pérdida de hueso alveolar.

En este sentido, la investigación realizada en Venezuela por Angulo F (1998), así como los estudios realizados, en otras latitudes, coinciden en que la PPR no causa alteraciones periodontales siempre y cuando se realice una terapia periodontal completa previa a la instalación de la prótesis, se establezca un adecuado plan de tratamiento, control de placa dental y de la prótesis; agregado a la cooperación y motivación del paciente.

Sin embargo, existen resultados adversos asociados al uso de Prótesis Parcial Removible a un mayor índice de placa dental, inflamación gingival y pérdida de inserción, situación puede empeorar por la acción de las tensiones excesivas producidas por la prótesis.

Estudios donde igualmente se evidencia la relación de la salud periodontal con los diseños de Prótesis Parcial Removible empleados, incorporan la evaluación de la movilidad dental mediante un medio auxiliar denominado Periotest.

El Valor Periotest (VPT) es un parámetro cuantitativo reproducible de la reacción del periodonto a estímulos de percusión, esta medida es un medida biofísica basada en una escala numérica de -8 a +50. El Periotest no es una herramienta de diagnóstico, sin embargo, su empleo en evaluaciones sucesivas genera información precisa y objetiva de la evolución del caso ante la aplicación de tratamientos en diferentes áreas de la odontología.

El VPT permite evidenciar una periodontitis con una escala de valor que va desde 10 a 50 lo cual es mucho más preciso que el método de evaluación manual de la movilidad, sin embargo, no sustituye la medición de la profundidad de surco gingival y los registros radiográficos. Así por ejemplo, la movilidad grado III de Miller posee 20 valores que permiten evaluar de forma precisa la evolución del periodonto ante la aplicación de determinado tratamiento

Por otro lado investigadores como Jacobson T. (1998) establece que los principios de diseño de la PPR deben incorporar rasgos que minimicen la tendencia a la acumulación de placa dental y aumentar el potencial del paciente para mantener los niveles de higiene oral.

Los enfoques tradicionales del diseño de las PPR enfatizan sobre una distribución máxima de las fuerzas sobre los dientes remanentes, tales diseños incorporan muchos componentes que resultan en una cobertura no deseable de los tejidos duros y blandos. Los diseños que controlan tensiones deben aplicarse dentro de un contexto que minimice la tendencia a la acumulación de placa dental.

Estudios realizados en Venezuela en los últimos 20 años, coinciden en que el retenedor combinado-colado es el utilizado con mayor frecuencia en PPR a extensión distal, seguido del retenedor RPA (Retenedor parcial con Ackers) una modificación del RPI (Retenedor parcial en I), alternativa de retención que no era empleada en el diseño de PPR para inicios de los noventa. En relación a la frecuencia con que se indican los diferentes

diseños de conectores mayores inferiores se observó que existe un claro predominio de la utilización del conector tipo Placa Lingual sobre la Barra Lingual.

De lo anterior, se planteó un estudio con el propósito de analizar la asociación entre el diseño empleado y el estatus periodontal en PPR mandibulares clínicamente aceptables.

Ya en el 2012 el Dr. Esquivel R, et al. Menciona que las principales enfermedades que afectan a los adultos mayores son la caries dental y las enfermedades periodontales y como consecuencia de éstas se presenta un alto porcentaje de dientes perdidos. Estas enfermedades son influenciadas por múltiples factores como la edad, género, enfermedades sistémicas, consumo de múltiples fármacos, factores socio demográficos (urbanización, estado socioeconómico bajo), forma de vida (el fumar, consumo de alcohol, visitas dentales irregulares), factores psicológicos y sociales (depresión, tensión, aislamiento social) y carencia de servicio dental.

Cuando la gente envejece, su capacidad física se ve disminuida y afecta su capacidad de mantener sus dientes. Por otra parte, los adultos mayores sufren de enfermedades crónicas múltiples, lo que conlleva a la consecuente prescripción de numerosos medicamentos. El curso y pronóstico de la enfermedad es diferente en los jóvenes y adultos que en los mayores. Por lo tanto, experimentan mayor afectación bucal como xerostomía, incremento en el número de dientes perdidos, caries dental, enfermedad periodontal y cáncer oral. Los dientes perdidos influyen en una pobre selección de alimentos, masticación deficiente, alteraciones fonéticas y aislamiento social. Se ha observado alto predominio de enfermedades de la mucosa bucal por el uso de prótesis en pacientes desdentados.

En personas de edad avanzada, con altas tasas de enfermedades crónicas, mentales y discapacidades físicas, los estudios han demostrado

que los trastornos orales tienen un efecto significativo en el bienestar y la satisfacción con la vida de los individuos. Se observa una relación significativa entre los indicadores clínicos del estado de salud bucal y la percepción de salud bucal y calidad de vida. La mejor manera de medir esta última es a través de la percepción individual; a lo largo de la vida las personas se plantean metas y realizan una evaluación de los logros obtenidos, buscando siempre el bienestar.

Existe una diferenciación entre calidad de vida objetiva y subjetiva, la primera se refiere al grado en que una vida cumple estándares explícitos de “buena vida” tal como se mediría por un observador externo, como en el caso de un examen médico. La segunda se refiere a la autovaloración basada en criterios implícitosy valores propios como, por ejemplo, sentimiento subjetivo de la salud. Éstas no necesariamente son incluyentes, una persona puede tener una mala percepción de su estado de salud, aunque desde el punto de vista médico tenga buen estado de salud. Los trastornos bucales tienen un efecto significativo en el bienestar y la satisfacción con la vida de los individuos.

El Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), ha sido diseñado para medir los problemas de salud bucal de los adultos mayores. El instrumento muestra un alto nivel de consistencia interna y confiabilidad en todas las edades por lo que recientemente ha sido utilizado en adultos jóvenes y se ha recomendado que se cambie el nombre por el de General Oral Health Assessment Index (GOHAI).

El edentulismo y el uso de dentaduras convencionales han mostrado un impacto negativo en la calidad de vida de las personas; este instrumento ha sido utilizado para evaluar el efecto en la calidad de vida en la utilización de nuevas prótesis en pacientes edéntulos, observándose una relación entre la satisfacción de los pacientes con las nuevas prótesis y el valor del GOHAI, así como cambios funcionales después de un mes de haber colocado las nuevas prótesis.

El efecto del tratamiento protésico es clínicamente observado o deducido de la satisfacción del paciente, los indicadores clínicos no proporcionan una imagen completa de la salud bucal del paciente, porque no reflejan los aspectos funcionales y psicosociales, de tal manera que no incluye las necesidades o preferencias de los pacientes. Cuando se colocan prótesis nuevas rara vez se realiza una evaluación a partir del punto de vista del paciente, por lo que la utilización de mediciones subjetivas es importante para medir el efecto de los tratamientos protésicos. (Rosa Esquivel Hernandez, Juana Jiménez Pérez, 2011)

2.2.3 COMPONENTES DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Conector mayor o armadura o estructura metálica: Es el elemento básico (metálico) de la prótesis al cual van unidos el resto de componentes. Debe tener una rigidez adecuada para una efectiva distribución de las fuerzas producidas durante la masticación.

El diseño de los conectores mayores superiores para prótesis dentosoportadas debe incluir solo la cantidad de metal necesario para obtener rigidez, 8 a 10 mm de ancho y 1,5 a 2 mm de espesor es suficiente. En los casos dentomucosoportados, un requisito adicional para el soporte debe tomarse en cuenta, al cubrir una región mayor del paladar duro se obtendrá resistencia adicional al movimiento de la base durante la función. Sin comprometer los requerimientos mecánicos el diseño de los conectores mayores, se debe incorporar un requisito biológico fundamental, de mínima cobertura gingival; el mantenimiento del margen gingival libre de cobertura aumenta la salud periodontal al reducir la tendencia a la acumulación de placa.

(Jacobson, 1988); En tal sentido, Stewart y col, (1993). Establece que el conector mayor nunca debe contactar los tejidos gingivales, ya que estos son altamente vascularizados y muy susceptibles a la inflamación; razón por la cual se debe asegurar que el margen gingival este libre, en el maxilar superior el borde del conector mayor debe estar como mínimo a 6

mm del margen gingival y en el maxilar inferior debe estar a 3 mm del margen gingival.

Conectores menores: Es un elemento metálico que sirve de unión entre el conector mayor y otros elementos de la prótesis (como pueden ser retenedores y apoyos).

Deben ser muy rígidos, reforzados y adaptados a los espacios interdentales que previamente deben ser preparados en la boca. Los conectores menores deben diseñarse con dimensiones que aseguren resistencia y rigidez mientras se cubra una cantidad mínima de superficie dentaria, un espesor de 1,5 mm y un ancho de 2,5 a 3 mm satisface estos requisitos biomecánicos; al no extender los conectores menores para cubrir la superficie proximal total del retenedor, queda más estructura dentaria expuesta y un nicho amplio que puede crear mejor salud gingival.

El alivio del área gingival al contacto entre el conector menor y el plano guía debe realizarse para crear un espacio que permita el flujo de saliva, es recomendable por lo menos 3 mm de alivio entre el diente y la base del conector menor. (Jacobson, 1988).

Retenedores: Los retenedores o ganchos de las prótesis removibles metálicas, son retenedores por prensión, que retienen a las prótesis en la boca aplicando su acción sobre el contorno del diente. Se construyen y se cuelan al mismo tiempo que el resto de la estructura metálica.

El retenedor extracoronal o gancho opera bajo el principio de resistencia del metal a la deformación, está diseñado de tal forma que la parte terminal sea localizada en una superficie externa del diente que converge apicalmente para producir la retención.

Cuando la P.P.R. es insertada o removida, el brazo retentivo del retenedor es forzado a deformarse sobre el máximo contorno, ejerciendo una fuerza horizontal o de torsión al diente pilar, para evitar el daño periodontal, esta fuerza es contrarrestada por el brazo reciprocador, que se ubica en la

superficie opuesta del diente, el brazo reciprocador debe ser lo suficientemente rígido para éste propósito y además debe colocarse aproximadamente al mismo nivel del brazo retentivo, en sentido vertical; si el brazo reciprocador se ubica cerca de oclusal o incisal del diente, entonces cuando la dentadura es insertada, la acción desplazante del brazo retentivo se producirá antes de que el brazo reciprocador tome contacto con el diente; la misma acción desfavorable se producirá al momento de retirar la dentadura.

Para asegurar una acción simultánea entre los dos brazos retentivo y reciprocador, es frecuentemente necesario modificar la superficie del diente que es contactada por el brazo reciprocador.

Bases: Son los componentes cuya principal función es servir de soporte a los dientes artificiales y a la resina estética en forma de encía. Estas bases transfieren las fuerzas oclusales a la mucosa y, por tanto, también a las estructuras orales que la soportan. La adaptación máxima y la extensión de las bases es de primordial importancia en el esfuerzo de distribución de las fuerzas entre los sistemas de soporte y el reborde alveolar residual por si mismo.

(Weintraub, 1985). En tal sentido, Jerbi, (1992), establece que la base favorecerá la salud periodontal si es diseñada para hacer una disipación equitativa de las fuerzas que son dirigidas a ella; la máxima extensión con la consiguiente menor fuerza sobre cada unidad de superficie de soporte, también favorecerá la permanencia del reborde alveolar residual. En relación a la salud periodontal, Krol (1981), refiere además que la base adyacente al diente pilar debe exponer tanto tejido gingival como sea posible.

Apoyos oclusales*:* Son apoyos todo elemento de la prótesis removible metálica que descanse sobre una superficie dental, y sirva para dar soporte vertical a dichas prótesis. Previene el hundimiento de la prótesis (enclavamiento), evitando así daños sobre mucosa y encía. La otra

función importante de los apoyos es la distribución, hacia los dientes pilares, de las fuerzas recibidas durante la masticación. (Rosa Esquivel Hernandez, Juana Jiménez Pérez, 2011)

2.2.4 EFECTOS DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE SOBRE LA ESTRUCTURA PERIODONTAL.

En el 2010 y bajo diversas investigaciones el Dr. Medina A. Indico que en sus diferentes estudios han mostrado el efecto de la PPR sobre la calidad y la cantidad de la placa bacteriana. Se evaluó la formación de placa sobre 44 dientes pilares de PPR mientras los sujetos usaban o no sus prótesis. Se encontró que el uso de la PPR incrementó la formación de placa sobre todas las superficies de los pilares objeto de investigación.

El mismo investigador, realizó un estudio con el fin de evaluar la composición de la placa bacteriana formada sobre 15 dientes pilares en nueve pacientes parcialmente edéntulos. Se examinaron las bacterias localizadas en las muestras de placa formada sobre las superficies vestibulares y proximales contiguas a los espacios edéntulos. Se encontró que la presencia de PPR favorecía la proliferación de espirilos y espiroquetas, alterando la composición de la placa bacteriana.

En una investigación llevada a cabo por Yeung Al, et al. (2000), examinaron la salud periodontal en 87 sujetos que recibieron PPR cinco años antes de la iniciación del estudio.

En todos los pacientes se detectó placa bacteriana, sangrado al sondaje y pérdida de inserción. Aquellos sitios del diente que hacían contacto con la PPR presentaban más placa ($p<0,001$) y la mayoría de ellos (63%) tenían al menos un sitio con una profundidad de sondaje mayor a 4 mm. Se llevó a cabo un seguimiento en 36 pacientes durante 30 meses con el fin de evaluar el efecto de la plancha lingual, como conector de PPR sobre la salud periodontal, cuando se comparaba con la barra lingual.

Los investigadores encontraron un índice de placa mayor en el grupo con plancha lingual ($p<0,05$), así como también mayor recesión gingival. Un

total de 205 pacientes que usaban PPR participaron en un estudio con el fin de evaluar su efecto sobre la salud periodontal de dientes pilares y no pilares.

Los sujetos habían tenido sus prótesis por periodos entre 1 y 10 años. La mayor parte de pilares naturales (70%) presentaron índices de placa elevados. El 54% de los pilares naturales presentaron el valor promedio más alto para la profundidad de sondaje (3 a 5 mm) y el promedio más elevado de recesión gingival (2 mm). Los pilares con coronas presentaron resultados similares a los arrojados por los pilares naturales ($p>0,05$).

Otra investigación hecha por Addy M, et al. (1979), en donde estudiaron 46 PPR y su efecto sobre la acumulación de placa bacteriana, concluyendo que en los sujetos que usan PPR es fundamental emplear medidas estrictas de higiene oral, recomendando además diseños protésicos simples. Varios estudios clínicos han concluido que un adecuado control de placa en pacientes portadores de PPR requiere la implementación de programas estrictos de mantenimiento y excelentes medidas en higiene oral.

Diferentes publicaciones han sugerido que el diseño de la PPR afecta la distribución de las fuerzas sobre los dientes pilares y los rebordes alveolares residuales. Sin embargo, la mayoría de estudios incluyen modelos de laboratorio y no hay un consenso claro en el momento de considerar un diseño ideal de PPR.

Los autores están de acuerdo en que la rigidez de los conectores mayores y el máximo cubrimiento de las áreas de soporte con las bases protésicas son de gran importancia para reducir las fuerzas sobre los dientes pilares. Un grupo de investigadores, midieron las fuerzas horizontales laterales aplicadas a los dientes pilares durante el funcionamiento de PPR, demostrando que las fuerzas ejercidas sobre ellos durante la deglución son casi el doble de las desplegadas durante la masticación.

Ogata K, et al. (1992), analizaron longitudinalmente el torque transmitido desde la base de la dentadura hacia los pilares. Sus hallazgos indican que no solamente las fuerzas oclusales sino también la lengua, los carrillos y los labios contribuyen a generar torque y fuerzas adicionales sobre los dientes pilares. Se midió intraoralmente la movilidad dentaria de los dientes pilares empleando dos diseños diferentes de PPR a extensión distal mandibular y con anclaje en los caninos.

El primer diseño presentaba un apoyo meso-oclusal mientras que el segundo no lo mostraba. Los dos tipos de PPR estudiados produjeron cambios agudos, graduales y significativos sobre la movilidad dental de los pilares. Un estudio longitudinal evaluó durante 4 años sujetos que usaban PPR. Los autores encontraron movilidad en el 18% de los dientes presentes, mientras que en aquellos pacientes que por alguna razón no emplearon sus PPR no se encontró movilidad.

Se realizó una investigación con el fin de evaluar el grado y la cantidad de movimiento de los pilares distales y la base protésica producidos por el retenedor directo de extensión distal de una PPR y la localización de la carga funcional.

Los resultados revelaron que el tipo de retenedor directo influye más sobre la magnitud que la dirección de desplazamiento de los dientes pilares. Por otra parte, la localización de los puntos de carga influye tanto en la magnitud como en la dirección del movimiento de los dientes pilares y la base protésica. Las cargas posteriores y linguales ocasionan un desplazamiento distal significativo de los pilares ($p<0,05$).

Jin X, et al. (2004), exploraron los efectos de diferentes posiciones de carga sobre los movimientos de los dientes pilares y la base protésica de PPR con diseños unilaterales y bilaterales. Los movimientos de los dientes pilares y la base protésica de PPR con diseño unilateral fueron significativamente mayores durante las posiciones de carga bucal, lingual y centro distal producidos en PPR.

Kawata T, et al. (2008), midieron las fuerzas tridimensionales ejercidas sobre los dientes pilares de PPR durante la masticación empleando un mecanismo piezoeléctrico. El mecanismo fue localizado en el segundo bicúspide inferior derecho de un sujeto edéntulo superior.

Cuando no se usaba la Prótesis Parcial Removible (PPR) la magnitud de la fuerza fue mayor y su dirección más posterior. La dirección fue más posterior con una Prótesis Parcial Removible (PPR) con un apoyo distal solamente y más anterior con un apoyo mesial único. Los autores concluyeron de esta forma que las fuerzas tridimensionales ejercidas sobre los dientes pilares de una Prótesis Parcial Removible depende de la localización de los apoyos.

Diferentes estudios clínicos longitudinales han demostrado que Prótesis Parcial Removible (PPR) con diseños adecuados no tienen ningún efecto sobre la movilidad dental siempre y cuando se realicen controles estrictos de higiene oral dentro de un programa de mantenimiento frecuente. Adicionalmente, y con el fin de garantizar una mejor distribución de las fuerzas, algunos autores sugieren la ferulización de los pilares primarios en PPR de extensión distal. (C.M., 2010)

2.2.4.1 DESAFÍOS PROTÉSICOS

El uso de las prótesis conlleva a un gran requerimiento por parte del paciente como del profesional es por eso que el investigador Vélez O, et al. (2009) dice que Los pacientes periodontalmente comprometidos, forman parte de un grupo altamente demandante de soluciones protésicas que sean tanto estéticas como biomecánicamente compatibles con su soporte periodontal disminuido.

En el caso de los pacientes parcialmente edéntulos, con soporte periodontal disminuido y que requieren un reemplazo protésico en su extensión distal, las opciones de tratamiento pueden incluir implantes, prótesis fija en cantilever y sobredentaduras.

Dentro de las indicaciones para la incorporación de prótesis parciales, se encuentra la necesidad de incrementar la comodidad masticatoria, satisfacción de las demandas estéticas del paciente y dirigir apropiadamente las fuerzas en pacientes con soporte periodontal reducido en forma severa.

Las investigaciones de Laurell y Lundgren postulan que las fuerzas masticatorias recibidas por las restauraciones son menores de los aproximadamente 700 reportados en la literatura, indicando también, que el lado restaurado nunca constituye el lado preferente de masticación y que las fuerzas recibidas por tales restauraciones corresponden a solo la mitad o menos de lo que soportan con un pilar terminal distal.

Este efecto se atribuye a la mayor flexibilidad y deflexión en la restauración, lo cual sugiere un menor efecto de la medición del cubrimiento periodontal pericementario en la determinación de la capacidad de soporte de un diente en particular.

Además, cuando se evalúa el efecto de tomar dientes pilares múltiples para restauración en denticiones periodontalmente disminuidas, se observa que el efecto de distribución de fuerzas deja de ser significativo a partir del tercer pilar, descartando la necesidad de preparar protésicamente más dientes adicionales, hecho que solo contribuiría a disminuir la eficacia en la higiene oral, aumentando el costo biológico de la restauración.

En pacientes con periodonto reducido, la restauración fija se considera superior a la prótesis parcial removible, debido a que proporciona una distribución más favorable de las fuerzas de la masticación, al periodonto de los dientes pilares. Teniendo en cuenta que no se encuentran diferencias en los niveles de placa bacteriana y pérdida ósea adicional en aquellos dientes restaurados comparados con aquellos que no lo están, es posible considerar la PPF como un tratamiento adecuado en pacientes con periodonto reducido.

Aunque pueda lograrse eficiencia masticatoria y comodidad en los pacientes que usan restauraciones fijas o removibles, se encuentra que cuando se opta por la segunda opción se produce hasta seis veces más caries en los dientes pilares, en donde además, las condiciones funcionales y oclusales se deterioran en una mayor medida. (Osorio Vélez LS, Ardila Medina CM, 2008)

2.2.4.2 DESAFÍOS PERIODONTALES

Así mismo sobre el periodonto el investigador Vélez O, et al. (2009) señala que este tipo de retos incluye aspectos relacionados con la presencia de defectos óseos angulares y la realización de resecciones radiculares.

Con frecuencia, se presentan defectos óseos angulares profundos en dientes que se consideran pilares estratégicos para la restauración protésica. Las investigaciones, demuestran que dichos defectos constituyen regiones localizadas de concentración preferencial de tensión y que entonces, las fuerzas oclusales, dependiendo de su magnitud y frecuencia, pueden exacerbar la situación en la región del defecto y posiblemente causar una pérdida ósea adicional.

Los defectos óseos angulares han sido tratados con una variedad de acercamientos quirúrgicos diferentes que incluyen procedimientos resectivos y regenerativos. Estudios a corto y largo plazo demuestran que la regeneración tisular guiada podría ser aplicada con éxito en el tratamiento de estos defectos alrededor de los pilares protésicos de manera que mejore el pronóstico de aquellos severamente comprometidos y puedan ser incluidos en las restauraciones definitivas.

Las resecciones radiculares de dientes multirradiculares permite la preservación de dientes pilares de restauraciones fijas y removibles. Sin embargo, a pesar de que algunos autores han informado de buenos resultados, cuando se evalúa el desempeño en el largo plazo se encuentran tasas de fracaso que van desde el 32% hasta el 38%.

A pesar de que la causa principal de fracaso fuese periodontal, es incierto si puede esperarse una alta incidencia de fracturas radiculares como lo sugieren algunos estudios. (Osorio Vélez LS, Ardila Medina CM, 2008)

2.2.5 CONSIDERACIONES PERIODONTALES EN PACIENTES PARCIALMENTE EDÉNTULOS.

Todo tratamiento a realizarse necesita de un estudio es por eso que Sanchéz A, et al. (2000) menciona que antes de cualquier tratamiento protésico debe realizarse una evaluación clínica y radiográfica del periodonto. Es necesario evaluar el estado de la encía, observando si las zonas de encía adherida son adecuadas así como la existencia o no de sacos periodontales, se evaluará el estado del hueso de soporte y se registraran patrones de movilidad.

Si se registra compromiso mucogingival, defectos óseos o patrones de movilidad, debe establecerse las causas y el tratamiento posible. Otros autores indican lo siguiente en cuanto al tema:

(Carranza, 1985). Cada uno de los dientes debe ser evaluado cuidadosamente en cuanto a su movilidad; "la movilidad más allá del margen fisiológico, se denomina patológica en el sentido de que excede los límites de los valores normales de movilidad y no significa precisamente que el periodonto este enfermo en el momento del examen".

(McGivney y Castleberry. 1992; Stewart y col, 1993). El grado de movilidad presente, sumado a la determinación del factor etiológico responsable, proveen información adicional invalorable para la planificación de la Prótesis Parcial Removible (P.P.R.); un diente móvil utilizado como pilar tendrá un pronóstico dudoso a menos que se elimine la causa y se disminuya en forma marcada la movilidad, la causa de la movilidad puede ser por cambios inflamatorios en el ligamento periodontal, trauma oclusal o pérdida de soporte óseo.

La movilidad causada por inflamación en el ligamento periodontal puede ser reversible al eliminar la causa; en cambio la movilidad causada por pérdida de hueso alveolar no es reversible. (Stewart y col, 1993). En este aspecto es importante considerar que la enfermedad periodontal progresiva que se caracteriza por inflamación gingival y una pérdida gradual de inserción de tejido conectivo y hueso alveolar, el tratamiento de la enfermedad periodontal dará como resultado el restablecimiento de un periodonto sano pero con altura reducida. (Lindhe, 1992).

En estos casos la ferulización de un diente débil debe ser considerada con mucha cautela debido a que por lo general se debilita al diente fuerte y no se fortalece al débil. (Off cit, 1993).

La movilidad que resulta de una oclusión traumática es usualmente reversible si la causa es eliminada; los modelos de diagnóstico, montados en el articulador, se evalúan para ayudar a determinar la causa del trauma y si se puede corregir con un desgaste selectivo o si será necesario una restauración. (Off cit ,1993).

En tal sentido Argerakis (1985) refiere que la relación de las arcadas y la condición de la dentición opuesta, es importante en el diseño de la Prótesis Parcial Removible (P.P.R.), debido a que la mayor parte de las fuerzas transmitidas a las estructuras de soporte son masticatorias, el montaje de los modelos de diagnóstico es indispensable para disponer de una información válida en relación a las relaciones interdentales de un arco con su antagonista.

Es necesario determinar los hábitos de higiene bucal del paciente y esforzarse para educarlo en cuanto al control de la placa; además, el paciente debe ser advertido acerca de la importancia de las citas periódicas para mantenimiento, posterior a la restauración protética. (McGivney y Castleberry,1992).

El estado de higiene bucal del paciente antes del tratamiento protésico proporciona pruebas seguras de la importancia que el paciente presta a

éste factor crítico para el éxito del tratamiento con Prótesis Parcial Removible (P.P.R.), que a menos que el paciente desee cooperar con el régimen de control eficaz de placa, el pronóstico se verá comprometido. (Sánchez, 1999)

2.2.5.1 REQUISITOS DESDE EL PUNTO DE VISTA PERIODONTAL.

Antes del tratamiento protésico, es importante establecer una condición de salud de los tejidos periodontales y asegurarse de que los pacientes reciben instrucción detallada de los procedimientos de higiene oral, de manera que la acumulación de placa alrededor de los pilares y de los componentes de la dentadura parcial sea mantenida al mínimo.

Todos los pacientes necesitan instrucción para la higiene bucal y muchos también necesitaran tratamiento periodontal básico; A veces se necesitan tratamientos más complejos. (Dawenport y col, 1992).

Son muchas las razones por la que la enfermedad periodontal debe ser eliminada antes de iniciar el tratamiento protésico, debido a que la enfermedad periodontal es de naturaleza inflamatoria, el edema, la pérdida de integridad de las fibras periodontales y hueso de soporte, producirá cambios en la posición de dientes y tejidos periodontales así como perdida de piezas dentarias, mal oclusiones y esto conllevara a problemas del ATM, también producirá desgastes del esmalte de los dientes; lo cual establece una situación distinta a la condición de salud requerida al momento de la instalación de la P.P.R. , razón por la cual el funcionamiento de ésta se puede ver comprometido. (Jerbi,1992)

La terapia periodontal previo al tratamiento protésico debe satisfacer los siguientes objetivos: eliminación de todos los factores etiológicos que contribuyen a la enfermedad periodontal; eliminación o reducción de todos los sacos periodontales con el restablecimiento de surcos gingivales libres de inflamación; crear una arquitectura ósea y gingival fisiológica, siempre que sea posible; establecer relaciones oclusales funcionales y desarrollar

un programa de control de placa individualizado y un programa definitivo para el mantenimiento. (Sánchez, 1999)

2.2.6 CONSIDERACIONES PERIODONTALES EN EL DISEÑO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

Si el paciente parcialmente edéntulo presenta un periodonto saludable, si las alteraciones periodontales han sido exitosamente tratadas y se ha establecido un pronóstico favorable, el diseño de la Prótesis Parcial Removible(P.P.R.) debe ser realizado de manera tal que no se altere éste estado de salud. (Jerbi, 1992). En tal sentido De Van referido por Thayer y Kratochvil (1980) y Jacobson (1988), establece que el objetivo del tratamiento protésico debe ser la conservación constante de lo remanente, más que la restauración meticulosas de lo perdido, esta afirmación deberá ser el concepto básico de todo tratamiento protésico.

El protesista debe proteger y conservar los tejidos remanentes de la cavidad bucal y mejorar la función del aparato masticatorio, a través de una restauración funcional, cómoda y de aspecto agradable.

En Prótesis Parcial Removible (P.P.R.), las fuerzas mecánicas o las tensiones transferidas a los dientes pilares deben analizarse para determinar la influencia sobre los principios de diseño; cuando la inflamación inducida por placa está ausente, las tensiones solo pueden llevar a síntomas como hiperemia del diente o movilidad debido al aumento del ancho del ligamento periodontal; las tensiones por si solas no inician la enfermedad periodontal, sin embargo, pueden acelerar el progreso de la enfermedad periodontal cuando la inflamación inducida por placa está presente. (Jacobson, 1988).

El uso de algún tipo de prótesis con frecuencia se asocia con alteraciones de las estructuras dentales y periodontales remanentes. A través del tiempo se han realizado muchos estudios para determinar el efecto de la Prótesis Parcial Removible (P.P.R.) sobre las estructuras bucales especialmente el periodonto y los dientes remanentes, utilizando como

patrón de comparación estructuras dentarias no relacionadas con la prótesis.

Los resultados de estos estudios son contradictorios, las primeras investigaciones reportan un incremento de la ocurrencia de caries y enfermedad periodontal relacionado con el uso de P.P.R., algunos establecen una enfermedad periodontal moderada en relación a la P.P.R. y otros reportan que prácticamente no existen caries o progresión de la enfermedad periodontal después de la instalación de P.P.R. (Yusof e Isa, 1994).

En un estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Centrar de Venezuela (U.C.V.) se evaluó el efecto del uso de P.P.R. sobre la placa dental y la salud gingival, en casos clase I de Kennedy inferior, en los cuales los pacientes eran sometidos a programas de higiene bucal controlado; se evidencio que un buen programa de higiene bucal agregado a la cooperación y motivación del paciente, son determinantes para mantener un bajo nivel de placa e inflamación gingival. (Angulo, 1983).

En una investigación realizada por Chandler y Brudvick (1984), en donde estudian un grupo de pacientes que portaban Prótesis Parcial Removible (P.P.R.) desde hace 8 o 9 años, para evaluar la higiene bucal, inflamación gingival, la profundidad de surco gingival, la movilidad dentaria y la perdida de hueso alveolar; se evidencio que los cambios en la profundidad de surco gingival y niveles de placa no son estadísticamente significativos en los grupos que usaban o no Prótesis Parcial Removible (P.P.R.) y entre los dientes cubiertos o no por la dentadura; en cuanto a la movilidad dental, no se observaron cambios significativos en los grupos que usan o no Prótesis Parcial Removible (P.P.R.)

Pero si hubo un descenso de la movilidad en los dientes que no eran pilares; los cambios en el hueso alveolar entre los dos grupos no son significativos y las pequeñas alteraciones observadas se atribuyen a

errores en la técnica de medición utilizada; la inflamación gingival es mayor en las zonas cubiertas por la Prótesis Parcial Removible, esto se debe probablemente a la deficiente higiene oral por parte del paciente. Se evidencio que la enfermedad periodontal no avanza rápidamente debido a que todos los pacientes estudiados recibieron una terapia periodontal completa previo a la colocación de la P.P.R. (Louis C. Schultz, Gerald T. Charbeneau, Robert E. Doerr, Charles B. Cartwright, Frank W. Comstock, Fred W. Kahler, Ross D. Margeson, Donald L. Hellman, Daniel T. Snyder, 1969)

Bergman (1987), estudia los factores etiológicos de la enfermedad periodontal en pacientes portadores de Prótesis Parcial Removible (P.P.R.) y analizan básicamente tres factores: 1º la placa y la higiene bucal; 2º cobertura del tejido periodontal por alguna parte de la Prótesis Parcial Removible (P.P.R.); 3º la fuerza oclusal transmitida a los dientes remanentes y su tejido periodontal. En cuanto al control de placa y la higiene bucal, concluye que la inserción de la P.P.R. crea un cambio potencial cuantitativo y cualitativo en la placa formada en los dientes remanentes, con el consecuente aumento de riesgo de desarrollar gingivitis y periodontitis; establece que si la cobertura del tejido gingival por la Prótesis Parcial Removible.

Es inevitable, un ligero alivio debe ser realizado y regularmente debe ser controlado para prevenir daño periodontal; las fuerzas transmitidas a los dientes pilares y sus tejidos de soporte no parecen causar directamente daño periodontal; no existen evidencias experimentales que muestren que las fuerzas transmitidas al diente pilar por la Prótesis Parcial Removible puede iniciar, agravar o causar un incremento en la movilidad. Estudios clínicos longitudinales han demostrado que si un diente tiene un buen soporte periodontal, si se establece un control de placa y la prótesis es chequeada regularmente, dichas fuerzas no inducen cambios periodontales.

En el trabajo de Bergman y Ericson (1989), se evidencia que no existe un deterioro significativo de los tejidos periodontales en pacientes portadores de Prótesis Parcial Removible. Los parámetros registrados son: higiene oral, inflamación gingival, profundidad de surco gingival y movilidad dental, aproximadamente 92% de las Prótesis Parcial Removible son prótesis a extensión distal bilateral.

En este estudio los pacientes son avisados para acudir a chequeos regulares después de cada año de instalada la Prótesis Parcial Removible, de un total de 34 pacientes, solo 14 asisten regularmente al chequeo; los resultados, en los 14 pacientes que se examinaron regularmente, son similares a los de un estudio realizado 10 años antes, esto confirma la conclusión previa donde se establece que un cuidadoso plan de tratamiento y adecuados chequeos de la higiene bucal y de la dentadura, con citas control regulares, resulta en poco o ningún daño a los tejidos periodontales por parte de la Prótesis Parcial Removible.

En otro estudio donde se evaluó separadamente en el maxilar superior e inferior la probabilidad de aumentar los sacos periodontales asociados al uso de Prótesis Parcial Removible (P.P.R.), se evidenció que los sacos periodontales son más frecuentes en el maxilar superior y que el uso de P.P.R. incrementa significativamente la probabilidad de tener sacos periodontales de 4 mm o más, tanto en el maxilar superior como inferior.

Esto indica que el uso de la Prótesis Parcial Removible (P.P.R.) puede ser una amenaza para los tejidos periodontales, por tanto el odontólogo debe tener la precaución de controlar periódicamente los pacientes portadores de Prótesis Parcial Removible (P.P.R.) (Tuominen y col, 1989).

También se ha comparado el estado periodontal en pacientes tratados con prótesis fijas y P.P.R. En tal sentido Isidor, (1991), realizó un estudio donde evaluó la condición periodontal en pacientes adultos después de 5 años de tratamiento con prótesis fijas a extensión distal o P.P.R. a extensión distal.

Observó que los pacientes tratados con Prótesis Parcial Removible (P.P.R.) muestran mayor índice de placa y de inflamación gingival que los pacientes tratados con prótesis fijas; no se evidenciaron cambios en la profundidad de sacos periodontales en los dos grupos, y solo una pequeña alteración de la altura de hueso alveolar es revelada.

Concluye que solo cambios menores en la condición periodontal ocurren durante 5 años de observación después del tratamiento con prótesis fija o P.P.R. a extensión distal, un factor determinante en estos resultados es el hecho de que todos los pacientes estaban sometidos a control de placa, dos veces al año, realizado por el profesional.

En tal sentido Yusof e Isa (1994), concluyen que el uso de P.P.R. es perjudicial a la salud periodontal en pacientes cuya higiene oral no es la adecuada. En éste caso el estudio consistió en determinar el estado periodontal de los dientes en contacto con la Prótesis Parcial Removible (P.P.R.) y compararlo con otros dientes del arco opuesto, no relacionado con algún tipo de prótesis, se evidencio que el uso de Prótesis Parcial Removible (P.P.R.) resulta en mayor índice de placa, inflamación gingival y pérdida de la adherencia cuando es comparado con el control; estos parámetros son más marcadas a medida que aumenta el tiempo que se ha utilizado la prótesis, en cuanto a la movilidad dental no se encontraron cambios significativos.

El completo control de la placa supragingival probablemente no es una meta factible para muchos pacientes; la presencia de algún grado de placa es aun compatible con la salud de algunos individuos, pero la presencia de la P.P.R. no solo incrementa la retención de placa, cuantitativamente, si no que el medio oral puede ser también cambiado, reforzándose el crecimiento de la placa y el cambio de la flora. Este cambio ecológico puede causar un sobre crecimiento de la flora asociada con alteraciones periodontales.

En el reporte de 25 años de estudio longitudinal en pacientes portadores de Prótesis Parcial Removible (P.P.R.), Bergman y cols.,1995, evidenciaron que el índice de placa y el índice de inflamación, no es significativamente diferente entre los dientes pilares y no pilares de la prótesis; en lo referente a la profundidad de surco el 93,2% de los sacos son de 3 mm o menos; la movilidad dental no muestra cambios significativo; el nivel de hueso alveolar es analizado radiográficamente y no muestra cambios en la altura de hueso marginal.

Esta condición biológica favorable en pacientes portadores de P.P.R., en combinación con la satisfacción y comodidad del paciente, refuerza la conclusión establecida en el estudio de Brergman y Ericson (1989), por lo que la Prótesis Parcial Removible (P.P.R.) es un valioso procedimiento terapéutico para pacientes con reducido número de dientes remanentes. (Bergman y col, 1995).

Bassi y col. (1996), realizan un estudio en pacientes portadores de Prótesis Parcial Removible (P.P.R.) para comparar la condición clínica de los dientes pilares y no pilares de la prótesis, tomando como parámetro la presencia de placa y calculo, presencia de caries, movilidad y sangramiento; evidenciaron que la mayoría de los pacientes no son capaces de mantener una higiene oral satisfactoria, en el grupo de pacientes con una higiene oral deficiente la condición clínica de los dientes pilares es peor que en los dientes no pilares , en el grupo de pacientes con una higiene oral optima la condición de los dientes pilares y no pilares es casi idéntica.

El hecho de que en el grupo de pacientes con higiene oral deficiente los dientes pilares están en peor condición que los dientes no pilares se debe posiblemente a que la acción de las tensiones puede potenciar efecto negativo de la placa.

Los principios de diseño de la Prótesis Parcial Removible (P.P.R.) deben incorporar rasgos que minimicen la tendencia a la acumulación de placa y

aumentar el potencial del paciente para mantener los niveles de higiene oral. Los enfoques tradicionales del diseño de las Prótesis Parcial Removible (P.P.R.) han enfatizado una distribución máxima de las fuerzas sobre los dientes remanentes, tales diseños incorporan muchos componentes que resultan en una cobertura no deseable de los tejidos duros y blandos.

Aunque debe ponerse atención al control de las tensiones dirigidas hacia las estructuras de soporte, la prioridad debe ser a los factores que contribuyen a la inflamación. Los diseños que controlan tensiones deben aplicarse dentro de un contexto que minimice la tendencia a la acumulación de placa. (Jacobson, 1988).

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Periodoncia: Es la especialidad de la odontología que abarca la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de los tejidos de soporte y de los alrededores de los dientes o sus sustitutos; así como el mantenimiento de la salud, la función y la estética de estas estructuras y tejidos; y la sustitución de dientes perdidos y estructuras de soporte mediante injerto o implantación de dispositivos y materiales naturales y sintéticas.

Gingival: Es el tejido conectivo fibroso cubierto por epitelio escamoso estratificado, que rodea al diente y es adyacente con su ligamento periodontal y con los tejidos mucosos de la boca.

Gingivitis: Es La inflamación de la encía

Placa Dental: Es una masa organizada, que consiste principalmente de microorganismos, que se adhiere a los dientes, prótesis, y superficies orales, se encuentra entre el surco gingival y bolsas periodontales.
Entre otros componentes incluyen: Una matriz de polisacárido-proteína orgánica de subproductos bacterianos tales como enzimas, restos de comida, células descamadas y componentes inorgánicos: como calcio y fosfato.

Periodontitis: Es la inflamación de los tejidos de soporte de los dientes. Por lo general, progresivamente destructivo que lleva a la pérdida de hueso y ligamento periodontal.

Periodonto: Es el que comprende los siguientes tejidos de soporte al diente: encía, la mucosa alveolar, cemento, ligamento periodontal y hueso de soporte, además es la unidad de desarrollo biológica y funcional que experimenta determinados cambios con la edad, y modificaciones morfológicas relacionadas con alteraciones funcionales y del medio ambiente bucal

Enfermedad periodontal: se la incluye en la denominación de periodontopatías por producir a toda alteración patológica, de cualquier origen, que ataque a los tejidos periodontales; puede varias desde una simple inflamación de encías hasta una enfermedad grave que daña los tejidos blandos y el hueso que sostiene a los dientes, lo cual en los casos más graves los dientes se caen

Trauma oclusal: Es el daño que produce cambios en los tejidos del aparato de inserción como resultado de las fuerzas oclusales.

Prostodoncia: Es la especialidad de Odontología que se encarga de devolver la función, fonación y estética con el reemplazo de los dientes perdidos o ausentes y las estructuras asociadas, por medio de restauraciones artificiales.

2.4 MARCO LEGAL

De acuerdo con lo establecido en el Art.- 37.2 del Reglamento Codificado del Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, “para la obtención del grado académico de Licenciado o del Título Profesional universitario o politécnico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a solucionar un problema o una situación práctica, con características de viabilidad, rentabilidad y originalidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados”.

Los trabajos de titulación deben ser de carácter individual. La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo.

Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude. Los resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar:

Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional:

Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes:

Posibilidad de identificar este tipo de problemas en la realidad:

Habilidad

Preparación para la identificación y valoración de fuentes de información tanto teóricas como empíricas:

Habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema:

Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos:

Creatividad, originalidad y posibilidad de relacionar elementos teóricos y datos empíricos en función de soluciones posibles para las problemáticas abordadas.

El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

Capacidad de pensamiento crítico plasmado en el análisis de conceptos y tendencias pertinentes en relación con el tema estudiado en el marco teórico de su trabajo de titulación, y uso adecuado de fuentes bibliográficas de obligada referencia en función de su tema:

Dominio del diseño metodológico y empleo de métodos y técnicas de investigación, de manera tal que demuestre de forma escrita lo acertado de su diseño metodológico para el tema estudiado:

Presentación del proceso síntesis que aplicó en el análisis de sus resultados, de manera tal que rebase la descripción de dichos resultados y establezca relaciones posibles, inferencias que de ellos se deriven, reflexiones y valoraciones que le han conducido a las conclusiones que presenta.

2.5 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

2.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Diseño de la prótesis parcial removible.

2.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Estructuras periodontales

2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
INDEPENDIENTE Diseño de la prótesis parcial removible.	Constituye el aspecto más importante de la prótesis para determinar si va a proteger o dañar la salud de los dientes remanentes	Para devolver la funcionabilidad y la estética, así como para proteger la salud de los dientes remanentes y de sus estructuras de soporte, como de los rebordes residuales	Resina Metálica	Son realizadas con resina acrílica (u otros plásticos), y que pueden ser colocadas y extraídas por el paciente. Presentan una estructura metálica colada a partir de un patrón de cera a mano, y con el uso de preformas, sobre los modelos de revestimiento.
DEPENDIENTE. Estructuras periodontales.	Unen el diente al tejido óseo de los maxilares y que mantienen la integridad de la superficie de la mucosa masticatoria de la cavidad bucal.	Contribuir a sostener el diente en el alvéolo dentario. Su grosor influye en los movimientos del diente de tipo fisiológico.	Protección Inserción	Comprende dos regiones; encía y unión dentinogingival. Es el sostén de los dientes, está constituido por el cemento radicular, ligamento periodontal y el hueso alveolar.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo es teórico-práctico no experimental, donde se va a dar a conocer el efecto del diseño de la prótesis parcial removible sobre el periodonto.

Utilizando un método teórico inductivo-deductivo, analítico - sintético pues los problemas que se presentan con respecto al tema es mundial y por tanto la información se hace más compleja diariamente.

Las técnicas que se emplearon para la elaboración del presente trabajo fueron de tutorías con un docente de la Facultad Piloto de Odontología.

Las herramientas empleadas fueron artículos científicos, copias de libros, una laptop, plumas, lápices, pen drive, cámara fotográfica.

3.2 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

Según la naturaleza de los objetivos y en cuanto al nivel de conocimiento que se desea alcanzar, el tipo de investigación que se aplico fue:

teórico-práctico, observacional y descriptivo.

3.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.3.1 Talento Humano

Tutor: Dra. Pilar Pantoja

Investigadora: Karina Díaz Pangay.

Paciente: Nelly Galarza

3.3.2 Recursos Materiales

Los materiales didácticos que se emplearon fueron:

Computadora

Hojas

Cámara

Lápiz bicolor

Esfero

Espejo bucal

Explorador

Pinza algodonera

Sonda periodontal

Sonda de Nabers

Tartrotomos

Grace 1-2/ 11-12/ 7-8/ 13-14

Enjuagatorio de clorexidina al 0,12

Gasas

Líquido revelador

Hilo dental

Pasta profiláctica

Vaso dappen

Vaso plástico

Micro-motor

Cepillo profilácticos

Copa de caucho

Pieza de mano de alta velocidad

Fresa redonda y alpina

Papel articular

Alginato

Yeso

Cubetas

Taza de caucho

Espátula de yeso

Articulador semi-ajustable

Oclufast

3.4 POBLACIÓN Y LA MUESTRA

3.4.1 Población

El universo de esta investigación está dado por los pacientes atendidos en la Facultad Piloto de Odontología en busca de una solución a sus problemas dentales que de los cuales presentaban problemas periodontales relacionados a su prótesis parcial removible.

3.4.2 Muestra

Se seleccionó para la elaboración de este trabajo un paciente desdentado parcial con clasificación de Kennedy, en el maxilar superior clase II Modificación 4, en el maxilar inferior clase II modificación 3 y con problemas periodontales.

3.5 FASES METODOLÓGICAS.

Podríamos decir, que este proceso tiene tres fases claramente delimitadas:

Fase conceptual: Los efectos que producen los diseños de las prótesis removibles es un acontecimiento que suele afectar el tejido periodontal de las personas cuando estos han sido mal diseñados o hubieron problemas durante el proceso de confección de la prótesis en la boca del paciente.

Es por eso que en esta investigación se ha decidido definir cuáles son los efectos que tiene la prótasis parcial removible sobre la estructuras periodontales.

Se obtuvo algunos articulo científicos actualizados sobre el tema, ya que diferentes autores dan opiniones distintas sobre como una prótesis parcial removible puede afectar al periodonto.

Por tal motivo se decidió tocar temas sobres las estructuras de la prótesis dental, formas en las que las prótesis afectan al periodonto, características de un periodonto sano.

Fase metodológica: Este trabajo fue no experimental utilizando una extensa bibliografía para resolver los diferentes puntos que se propuso en este trabajo. Es por tal motivo que este trabajo es de tipo descriptivo pues tomamos la teoría en diferentes puntos de artículos actualizados.

Se obtuvo como muestra un paciente de la facultad Piloto de Odontología en donde se le confecciono una prótesis después de q haya seguido un tratamiento para la mejoración de su salud periodontal.

La variable dependiente fue el diseños de las prótesis removibles parciales y la independiente fue las estructuras periodontales.

Para este trabajo se utilizó pen drives, copias, artículos científicos, mesas, sillas, materiales de exploración bucal.

Fase empírica: La prótesis que la paciente portaba antes de su tratamiento le producía ciertas molestias periodontales y al confeccionarle la nueva prótesis con los diseños bien realizados hubo mejoría en su periodonto.

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de resultados se basa en una revisión bibliográfica, como de un caso clínico de una paciente de 45 años, sexo femenino, que acude a la clínica de la Facultad Piloto de Odontología, por el siguiente motivo de consulta: sangrado provocado al cepillarse los dientes, sensibilidad dentaria. En sus antecedentes médicos-odontológicos, se encontró sistemáticamente sano, con presencia de Prótesis dental acrílica superior con un diseño no adecuado que carece de ganchos

En el examen intra-oral se observa un zona eritematosa en la bóveda palatina del maxilar superior, presencia de materia alba, sarro supra-gingival y sub-gingival y en el periodontograma un sondaje de 4 a 2 mm con sangrado, además se observa en el segundo molar superior derecho (pieza 17) presentaba furca distopalatina tipo I con supuración,

A examen radiográfico, se observó una reabsorción ósea vertical localizada en piezas dentarias del primer y segundo molar superior derecho y en el primer y segundo premolar superior izquierdo (pz. 16,17, 24, 25). La lamina dura generalizada normal, septum interdental patológico localizado en piezas del primer y segundo molar superior derecho y en el primer y segundo premolar superior izquierdo (pz. 16, 17, 24, 25), Forma y longitud de las raíces generalizada normal, porción Corona –raíz generalizada normal, Espacio del ligamento periodontal generalizada normal, ápice radicular generalizada normal y caries localizada en piezas del incisivo central y lateral superior derecho , en el primer premolar superior izquierdo y el primer premolar inferior izquierdo (pz.12, 13, 24,34).

Diagnóstico: Gingivitis asociada a Periodontitis localizada en sextante 1

Tratamiento: Motivación del paciente en el que se explica técnicas de cepillado, uso del hilo dental y enjuague bucal. Después se realizó el detratraje, el raspado, pulido y alisado radicular y coronal, eliminación de caries en piezas del incisivo central y lateral superior derecho, el primer

premolar superior izquierdo y el primer premolar inferior izquierdo (pz 12,13,24,34) y extracción de pieza del tercer molar inferior izquierda 38, aplicación de flúor. Medicación con nistatina y enjuagatorio de clorexidina al 0.12% para desaparecer la lesión micótica del paladar.

Luego de 14 días el paciente va a consulta, siendo su reevaluación favorable la profundidad del sondeo fue de 2 a 1 mm, disminuyó el sangrado, no hay exudado purulento y con buen control de placa bacteriana, luego se le confeccionó la Prótesis parcial Removible superior e inferior.

5. CONCLUSIONES.

En Base a los objetivos propuestos en la presente investigación se concluye que:

- Una prótesis parcial removible al no ser adaptada correctamente puede ocasionar una retracción gingival, así como el sangrado de las encías y problemas del ATM. Así mismo al estar bien adaptada esta puede devolver estética al paciente, como funcionabilidad y una buena fonética, así como una oclusión correcta que no conlleve problemas con el ATM, preserva a los dientes remanentes así como también a las estructuras de soporte como de los rebordes alveolares remanentes, además como puede ser insertada y retirada con facilidad por el paciente.
- Las prótesis constituyen una alternativa para la pérdida de la dentadura. Pero, aun cuando son una buena solución, no están exentas de provocar daños, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos propiciados por el envejecimiento y por los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de las mucosas, los huesos de la cavidad bucal y, en especial, la aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las malignas.
- Mantener una prótesis dental no requiere un esfuerzo excesivo, solo unas normas básicas. Debemos limpiar las prótesis después de cada comida con un cepillo dental. Hay que recordar que las prótesis dentales están confeccionadas con acrílicos, que son materiales porosos que retienen la placa bacteriana, y esto puede provocar irritaciones en las encías y este a su vez se retraerá dejando exposición de la parte radicular del diente por lo que un simple cepillado (limpieza mecánica), en todos los casos, no es suficiente.
- La oclusión sobre la prótesis parcial removible debe tener una armonía que el profesional debe conseguir en el paciente, para evitar problemas como contactos prematuros. Durante el tiempo de uso de las prótesis, estas dejaran huellas sobre el paciente por el largo

tiempo que han sido usadas, un aspecto importante a considerar es que el paciente no debe presentar alergias al material con el cual este hecho la prótesis pues te provocara irritación y dolor en las encías así como problemas en la salud del paciente

6. RECOMENDACIONES

- Dialogar con el paciente una vez terminada la de adaptación de la prótesis removible para verificar que todo esté en orden, preguntando al paciente si este no presenta dolor o molestias con la prótesis en boca.
- Las prótesis deben tener un aseo constante para evitar acumulo de placa bacteriana cepillándolo al momento del aseo oral, y así mismo deben ser colocadas en un vaso con agua antes de dormir.
- Eliminar los puntos de contactos prematuros con papel articular es importante para que una prótesis pueda ocluir bien, es por esto que hay que tener paciencia en el desgaste de estos punto
- Visitar al odontólogo regularmente para mantener la salud de los dientes y encías, como el cambio de la Prótesis Parcial Removible por el deterioro sufrido de los años.
- Higienizar la Prótesis Parcial Removible con cepillo duro y pastas abrasivas, más la utilización de pastillas limpiadoras efervescentes

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosa Esquivel Hernandez, Juana Jiménez Pérez. (2011). Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. Revista ADM, 69-75.

2. Arcelino Farias Neto, Giancarlo De la Torre Canales, Adriana da Fonte Porto Carreiro. (2012). La prótesis parcial removible en el contexto de la odontología actual. Acta odontologica Venezolana, 1-5.

3. C.M., A. M. (2010). Efectos de la prótesis parcial removible sobre la salud periodontal. Avances en periodoncia, 77-83.

4. Od. Andrés Eloy Sánchez Y., Od. Jorge Vieira N., Br. Desirée Arenas R. (2000). Consideraciones esteticas en el diseño de retenedores directos de protesis parciales removibles. Acta odontologica Venezolana, 3-6.

5. Osorio Vélez LS, Ardila Medina CM. (2008). Restauraciones protésicas sobre dientes con soporte periodontal reducido. Avances en odontoestomatología, 287-293.

6. Sánchez Ysmayel, A.E., Villarroel Orrego, M. (2012). Evaluación de la condición periodontal en individuos tratados con prótesis parciales removibles y su relación con el diseño aplicado. Acta odontologica Venezolana, 11-15.

7. Vieira N., J. (2010). DIseño experimental de una prótesis parcial removible a extensión distal para medir in vivo el desplazamiento de la mucosa con la técnica de impresión de modelo modificado. Acta Odontologica Venezolana, 1-5.

8. Y., O. A. (1998). Consideraciones periodontales en el diseño de protesis parciales removibles. Acta odontologica venezolana, 13-18.

9. Diana Carolina Garcés, Luis Fernando Godoy, Ana Victoria Palacio, Mauricio Naranjo. (2008). Acción e influencia del bruxismo sobre el sistema masticatorio: Revisión de literatura. Revista CES Odontología, 61-70.

10. Dra. Esther María Castillo Betancourt, Dra. Marta M. Bosch Pons, Dr. Bienvenido Mesa Reinaldo, Dra. Maricela Seijo Machado, Dra. Zahily Espino Otero. (2009). Sobrecargas e interferencias como factor de riesgo de la enfermedad periodontal. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, 95-98.

11. Dra. Patricia E. Alfaro Moctezuma, Dr. José Martín Núñez Martínez, Dr. Fernando Ángeles Medina, Dra. Gabriela Romero Esquiliano, Dra. Ma. del Carmen Osorno Escareño. (2012). Fuerza de mordida: su importancia en la masticación, su medición y sus condicionantes clínicos. Parte II. Revista Adm, 108-113.

12. German Albertin,i Diego Bechelli, Aníbal Capusotto. (2006). Trauma Periodontal por Oclusión. Revista Internacional de Prótesis Estomatológica., 463-473.

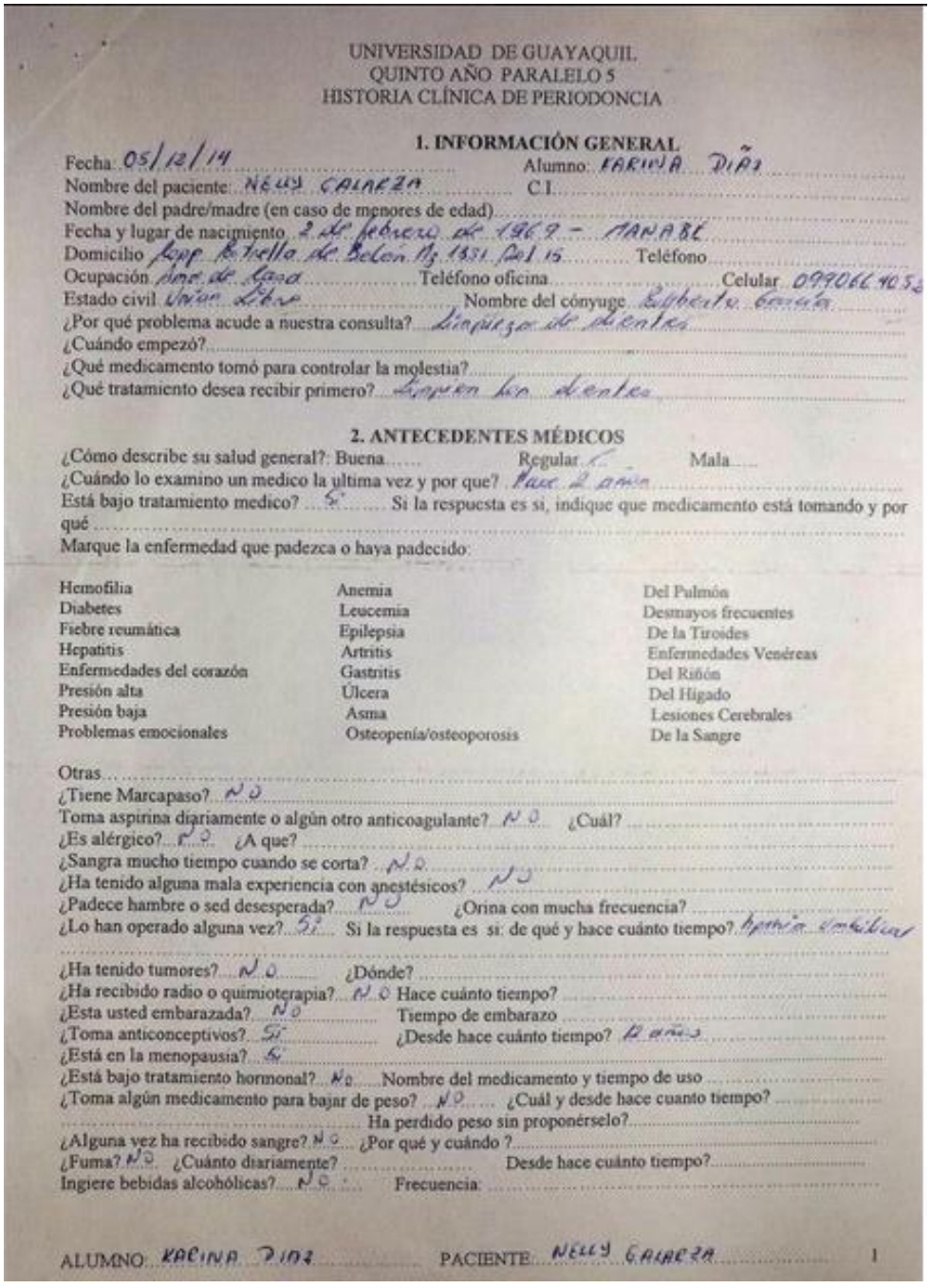
13. Harrel, S. K. (2004). Fuerzas oclusales como factor de riesgo de enfermedad periodontal. Periodontology 2000, 111-117.

14. Leticia Botero Z., María Eugenia Vélez L., Fanny Stella Alvear E. (2007). Factores del pronóstico en periodoncia . Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia, 69-79.

15. María Alejandra Gélvez Vera, Mónica Viviana Martínez Cañón, María Beatriz Ferro Camargo, Juliana Velosa Porras. (2009). Relación de la oclusión traumática con las recesiones gingivales: revisión sistemática de la literatura. Javeriana, 101-117.

16. Sanz-Sánchez I, Bascones-Martínez A. (2008). Otras enfermedades periodontales. II: Lesiones endo-periodontales y condiciones y/o deformidades del desarrollo o adquiridas. Avances en periodoncia, 67-77.

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
QUINTO AÑO PARALELO 5
HISTORIA CLÍNICA DE PERIODONCIA

1. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha: 05/12/14 Alumno: KARINA DIÁZ
Nombre del paciente: NELLY GALARZA C.I.
Nombre del padre/madre (en caso de menores de edad)
Fecha y lugar de nacimiento 2 de febrero de 1969 - MANABE
Domicilio Jopp Estrella de Belén Mz 1331 Sol 15 Teléfono
Ocupación Ama de Casa Teléfono oficina Celular 0990664052
Estado civil Unión Libre Nombre del cónyuge Roberto García
¿Por qué problema acude a nuestra consulta? Limpieza de dientes
¿Cuándo empezó?
¿Qué medicamento tomó para controlar la molestia?
¿Qué tratamiento desea recibir primero? Limpien los dientes

2. ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular ✓ Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y por que? Hace 2 años
Está bajo tratamiento medico? Si Si la respuesta es si, indique que medicamento está tomando y por qué
Marque la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenía/osteoporosis	De la Sangre

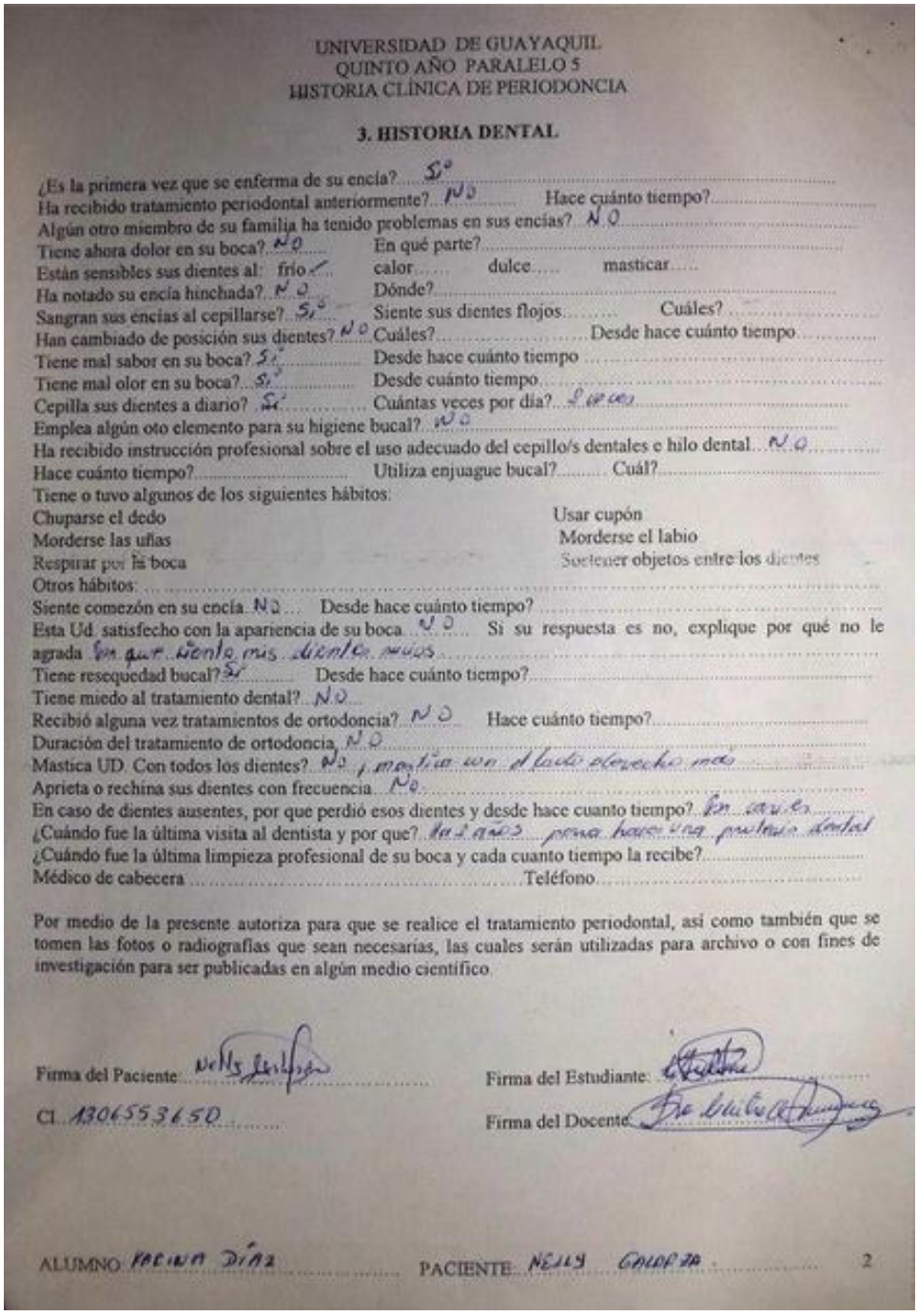
Otras
¿Tiene Marcapaso? NO
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? NO ¿Cuál?
¿Es alérgico? NO ¿A que?
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? NO
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? NO
¿Padece hambre o sed desesperada? NO ¿Orina con mucha frecuencia?
¿Lo han operado alguna vez? Si Si la respuesta es si: de qué y hace cuánto tiempo? hernia umbilical
¿Ha tenido tumores? NO ¿Dónde?
¿Ha recibido radio o quimioterapia? NO Hace cuánto tiempo?
¿Esta usted embarazada? NO Tiempo de embarazo
¿Toma anticonceptivos? Si ¿Desde hace cuánto tiempo? 12 años
¿Está en la menopausia? Si
¿Está bajo tratamiento hormonal? NO Nombre del medicamento y tiempo de uso
¿Toma algún medicamento para bajar de peso? NO ¿Cuál y desde hace cuanto tiempo?
Ha perdido peso sin proponérselo?
¿Alguna vez ha recibido sangre? NO ¿Por qué y cuándo ?
¿Fuma? NO ¿Cuánto diariamente? Desde hace cuánto tiempo?
Ingiere bebidas alcohólicas? NO Frecuencia:

ALUMNO: KARINA DIAZ PACIENTE: NELLY GALARZA 1

ANEXO 1: Información General

Fuente: Ficha clínica de Periodoncia 5to año

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
QUINTO AÑO PARALELO 5
HISTORIA CLÍNICA DE PERIODONCIA

3. HISTORIA DENTAL

¿Es la primera vez que se enferma de su encía? Si
Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? No Hace cuánto tiempo?
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No En qué parte?
Están sensibles sus dientes al: frío ✓ calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No Dónde?
Sangran sus encías al cepillarse? Si Siente sus dientes flojos Cuáles?
Han cambiado de posición sus dientes? No Cuáles? Desde hace cuánto tiempo
Tiene mal sabor en su boca? Si Desde hace cuánto tiempo
Tiene mal olor en su boca? Si Desde cuánto tiempo
Cepilla sus dientes a diario? Si Cuántas veces por día? 2 veces
Emplea algún oto elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental No
Hace cuánto tiempo? Utiliza enjuague bucal? Cuál?
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos:
Chuparse el dedo — Usar cupón
Morderse las uñas — Morderse el labio
Respirar por la boca — Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos:
Siente comezón en su encía No Desde hace cuánto tiempo?
Esta Ud. satisfecho con la apariencia de su boca No Si su respuesta es no, explique por qué no le agrada En que siento mis dientes feos
Tiene resequedad bucal? Si Desde hace cuánto tiempo?
Tiene miedo al tratamiento dental? No
Recibió alguna vez tratamientos de ortodoncia? No Hace cuánto tiempo?
Duración del tratamiento de ortodoncia No
Mastica UD. Con todos los dientes? No, mastica con el lado derecho más
Aprieta o rechina sus dientes con frecuencia No
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? En casa
¿Cuándo fue la última visita al dentista y por que? Hace 2 años para hacer una profilaxis dental
¿Cuándo fue la última limpieza profesional de su boca y cada cuanto tiempo la recibe?
Médico de cabecera Teléfono

Por medio de la presente autoriza para que se realice el tratamiento periodontal, así como también que se tomen las fotos o radiografías que sean necesarias, las cuales serán utilizadas para archivo o con fines de investigación para ser publicadas en algún medio científico

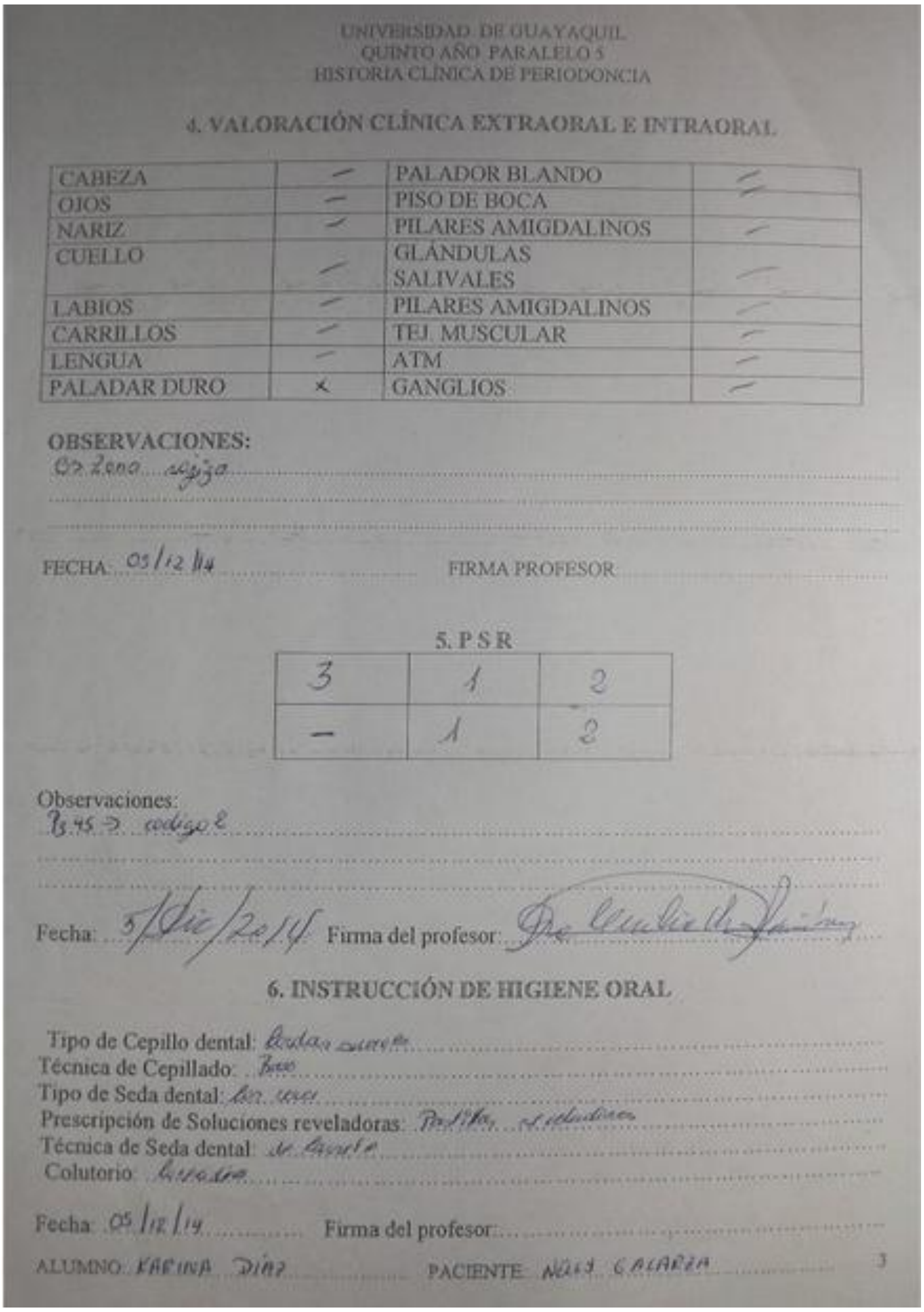
Firma del Paciente Firma del Estudiante
CI 1306553650 Firma del Docente

ALUMNO KARINA DÍAZ PACIENTE NELLY GALARZA 2

ANEXO 2: Historia Dental

Fuente: Ficha clínica de Periodoncia 5to año

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
QUINTO AÑO PARALELO 5
HISTORIA CLÍNICA DE PERIODONCIA

4. VALORACIÓN CLÍNICA EXTRAORAL E INTRAORAL

CABEZA	–	PALADOR BLANDO	–
OJOS	–	PISO DE BOCA	–
NARIZ	–	PILARES AMIGDALINOS	–
CUELLO	–	GLÁNDULAS SALIVALES	–
LABIOS	–	PILARES AMIGDALINOS	–
CARRILLOS	–	TEJ. MUSCULAR	–
LENGUA	–	ATM	–
PALADAR DURO	x	GANGLIOS	–

OBSERVACIONES:
Cv Zona rojiza

FECHA: 05/12/14 FIRMA PROFESOR:

5. P S R

3	1	2
–	1	2

Observaciones:
P.45 → codigo 2

Fecha: 5/Dic/2014 Firma del profesor: [illegible]

6. INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL

Tipo de Cepillo dental: [illegible]
Técnica de Cepillado: Bass
Tipo de Seda dental: [illegible]
Prescripción de Soluciones reveladoras: [illegible]
Técnica de Seda dental: [illegible]
Colutorio: [illegible]

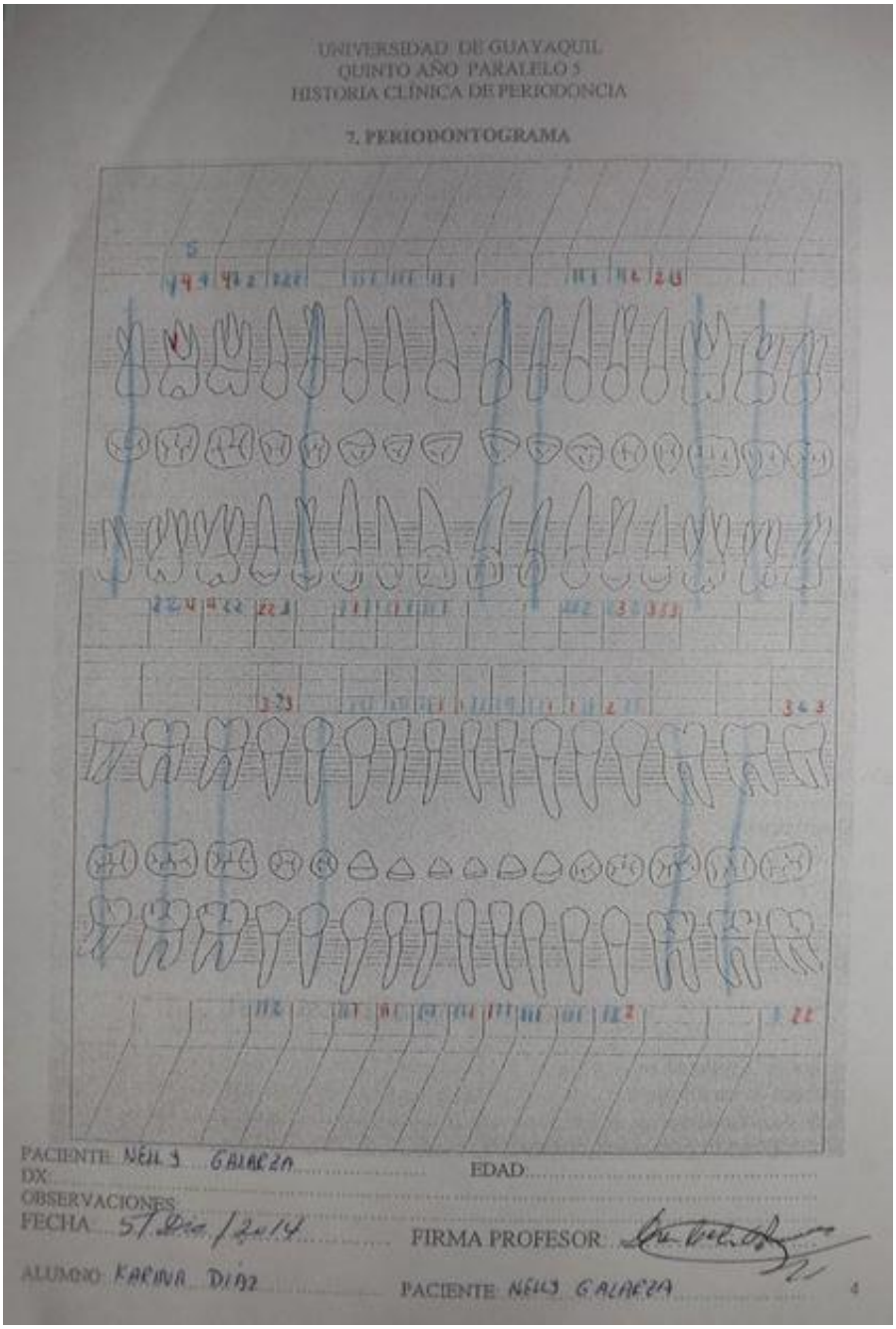
Fecha: 05/12/14 Firma del profesor:

ALUMNO: KARINA DÍAZ PACIENTE: [illegible] 3

ANEXO 3: Valoración clínica extra-oral e intra-oral

Fuente: Ficha clínica de Periodoncia 5to año

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay


UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
QUINTO AÑO PARALELO 5
HISTORIA CLÍNICA DE PERIODONCIA

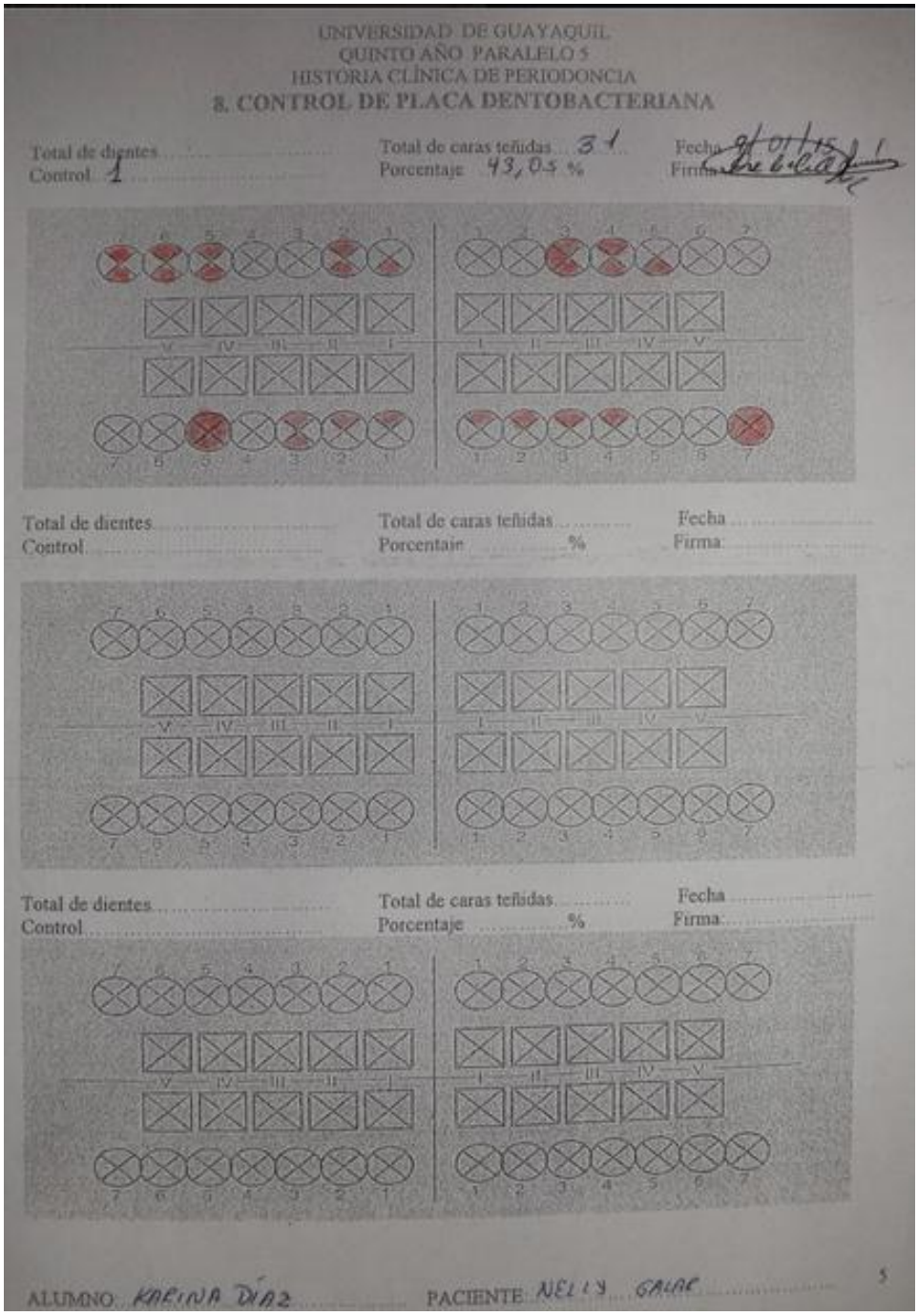
7. PERIODONTOGRAMA

PACIENTE: NEILS GALARZA EDAD:
DX:
OBSERVACIONES:
FECHA: 5 Dic / 2014 FIRMA PROFESOR:
ALUMNO: KARINA DÍAZ PACIENTE: NEILS GALARZA

ANEXO 4: Periodontograma inicial

Fuente: Ficha clínica de Periodoncia 5to año

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
QUINTO AÑO PARALELO 5
HISTORIA CLÍNICA DE PERIODONCIA

8. CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA

Total de dientes ..... Total de caras teñidas 31 Fecha 9/01/15
Control 1 ..... Porcentaje 43,05 % Firma

Total de dientes ..... Total de caras teñidas ..... Fecha .....
Control ..... Porcentaje ..... % Firma .....

Total de dientes ..... Total de caras teñidas ..... Fecha .....
Control ..... Porcentaje ..... % Firma .....

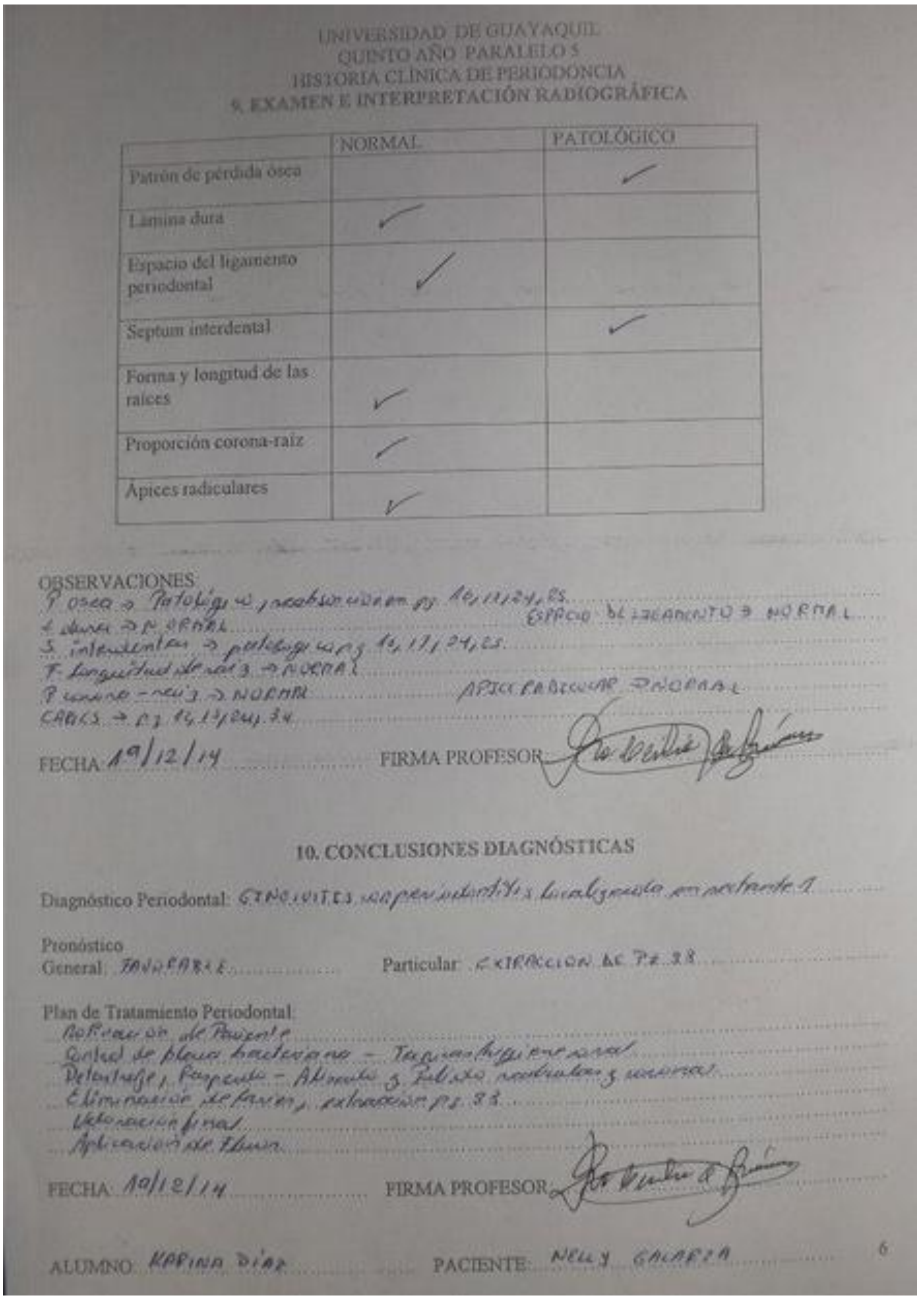
ALUMNO KARINA DÍAZ PACIENTE NELLY GALAR

5

ANEXO 5: Control de Placa bacteriana

Fuente: Ficha clínica de Periodoncia 5to año

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
QUINTO AÑO PARALELO 5
HISTORIA CLÍNICA DE PERIODONCIA
9. EXAMEN E INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA

	NORMAL	PATOLÓGICO
Patrón de pérdida ósea		✓
Lámina dura	✓	
Espacio del ligamento periodontal	✓	
Septum interdental		✓
Forma y longitud de las raíces	✓	
Proporción corona-raíz	✓	
Ápices radiculares	✓	

OBSERVACIONES:
P. ósea → Patológica, reabsorción en pz 16, 17, 24, 25.
L. dura → NORMAL
Espacio de ligamento → NORMAL
S. interdentales → patológica en pz 16, 17, 24, 25.
F. longitud de raíz → NORMAL
P. corona - raíz → NORMAL
Ápice radicular → NORMAL
Caries → pz 16, 17, 24, 34

FECHA: 19/12/14 FIRMA PROFESOR: [firma]

10. CONCLUSIONES DIAGNÓSTICAS

Diagnóstico Periodontal: Gingivitis, periodontitis localizada en cuadrante 1

Pronóstico
General: FAVORABLE Particular: EXTRACCION DE PZ. 38

Plan de Tratamiento Periodontal:
Motivación del Paciente
Control de placa bacteriana – Técnica de higiene oral
Detartraje, Raspado – Alisado y Pulido radicular y coronal
Eliminación de focos, extracción pz. 38
Valoración final
Aplicación de Flúor

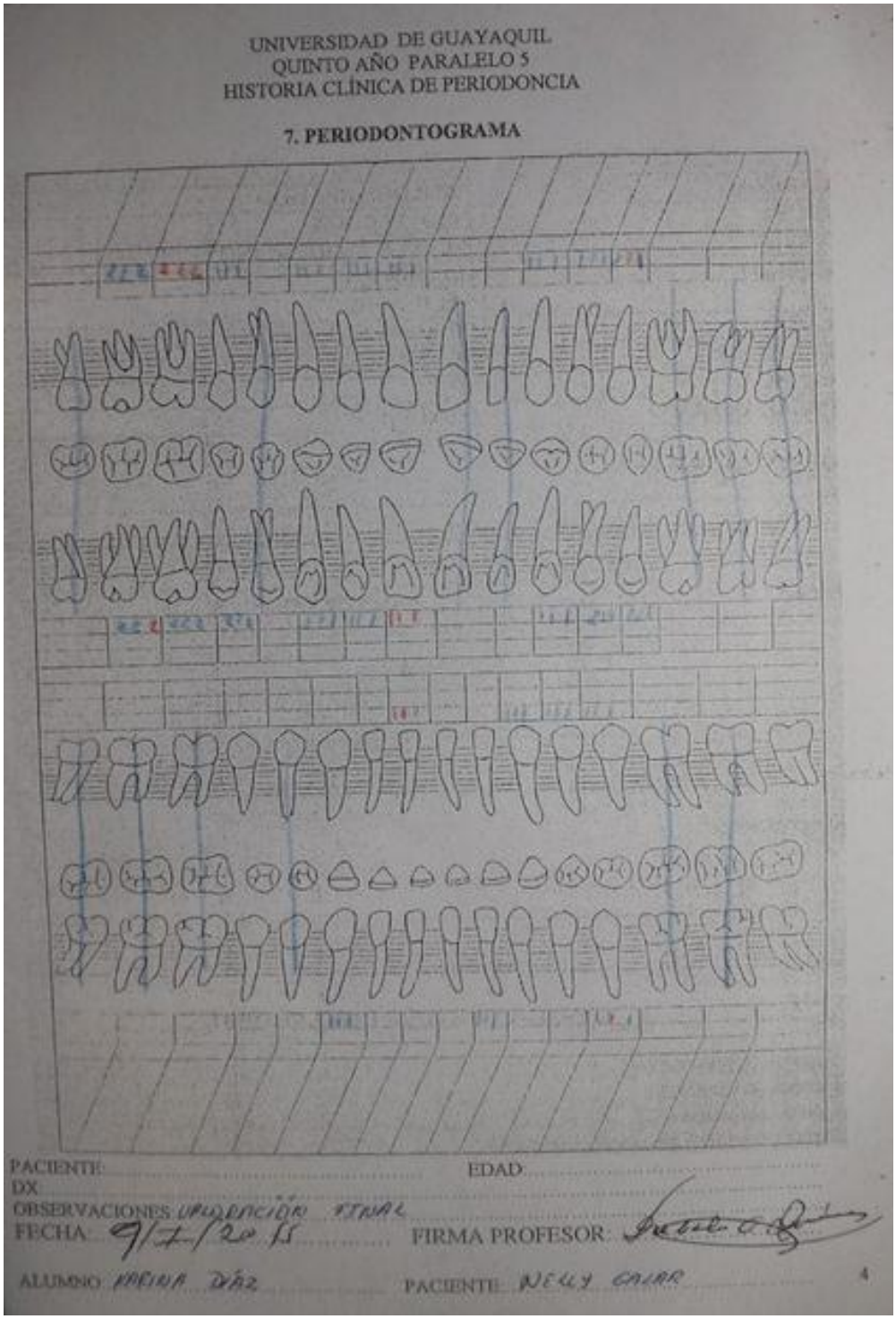
FECHA: 10/12/14 FIRMA PROFESOR: [firma]

ALUMNO: KARINA DÍAZ PACIENTE: NELLY GALARZA 6

ANEXO 6: examen e interpretación radiográfica

Fuente: Ficha clínica de Periodoncia 5to año

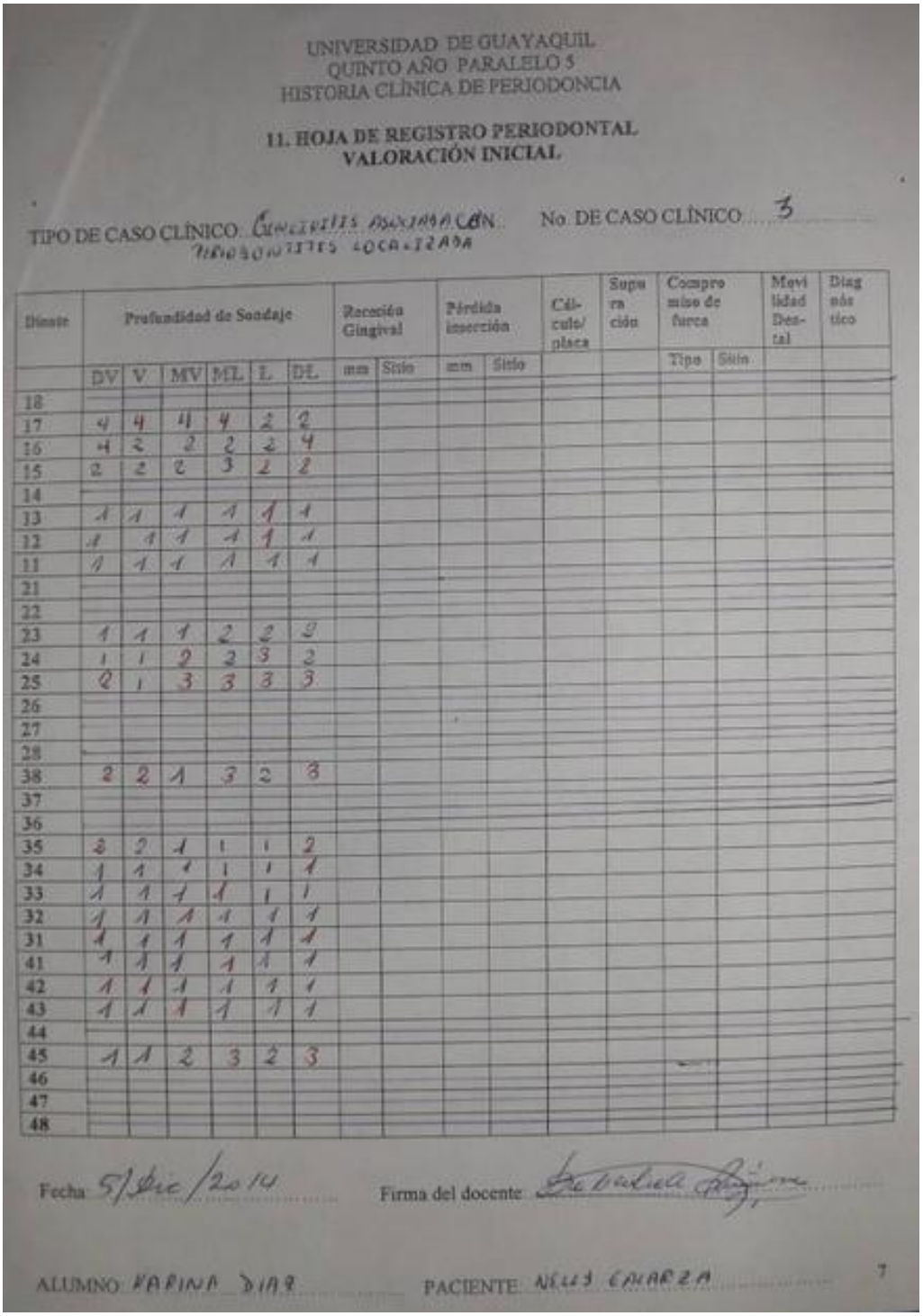
Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay



ANEXO 7: Periodontograma de valoración final

Fuente: Ficha clínica de Periodoncia 5to año

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
QUINTO AÑO PARALELO 5
HISTORIA CLÍNICA DE PERIODONCIA

11. HOJA DE REGISTRO PERIODONTAL
VALORACIÓN INICIAL

TIPO DE CASO CLÍNICO: GINGIVITIS ASOCIADA CON PERIODONTITIS LOCALIZADA

No. DE CASO CLÍNICO: 3

Diente	Profundidad de Sondaje						Recesión Gingival		Pérdida inserción		Cálculo/placa	Supuración	Compromiso de furca		Movilidad Dental	Diagnóstico
	DV	V	MV	ML	L	DL	mm	Sitio	mm	Sitio			Tipo	Sitio		
18																
17	4	4	4	4	2	2										
16	4	2	2	2	2	4										
15	2	2	2	3	2	2										
14																
13	1	1	1	1	1	1										
12	1	1	1	1	1	1										
11	1	1	1	1	1	1										
21																
22																
23	1	1	1	2	2	2										
24	1	1	2	2	3	2										
25	2	1	3	3	3	3										
26																
27																
28																
38	2	2	1	3	2	3										
37																
36																
35	2	2	1	1	1	2										
34	1	1	1	1	1	1										
33	1	1	1	1	1	1										
32	1	1	1	1	1	1										
31	1	1	1	1	1	1										
41	1	1	1	1	1	1										
42	1	1	1	1	1	1										
43	1	1	1	1	1	1										
44																
45	1	1	2	3	2	3										
46																
47																
48																

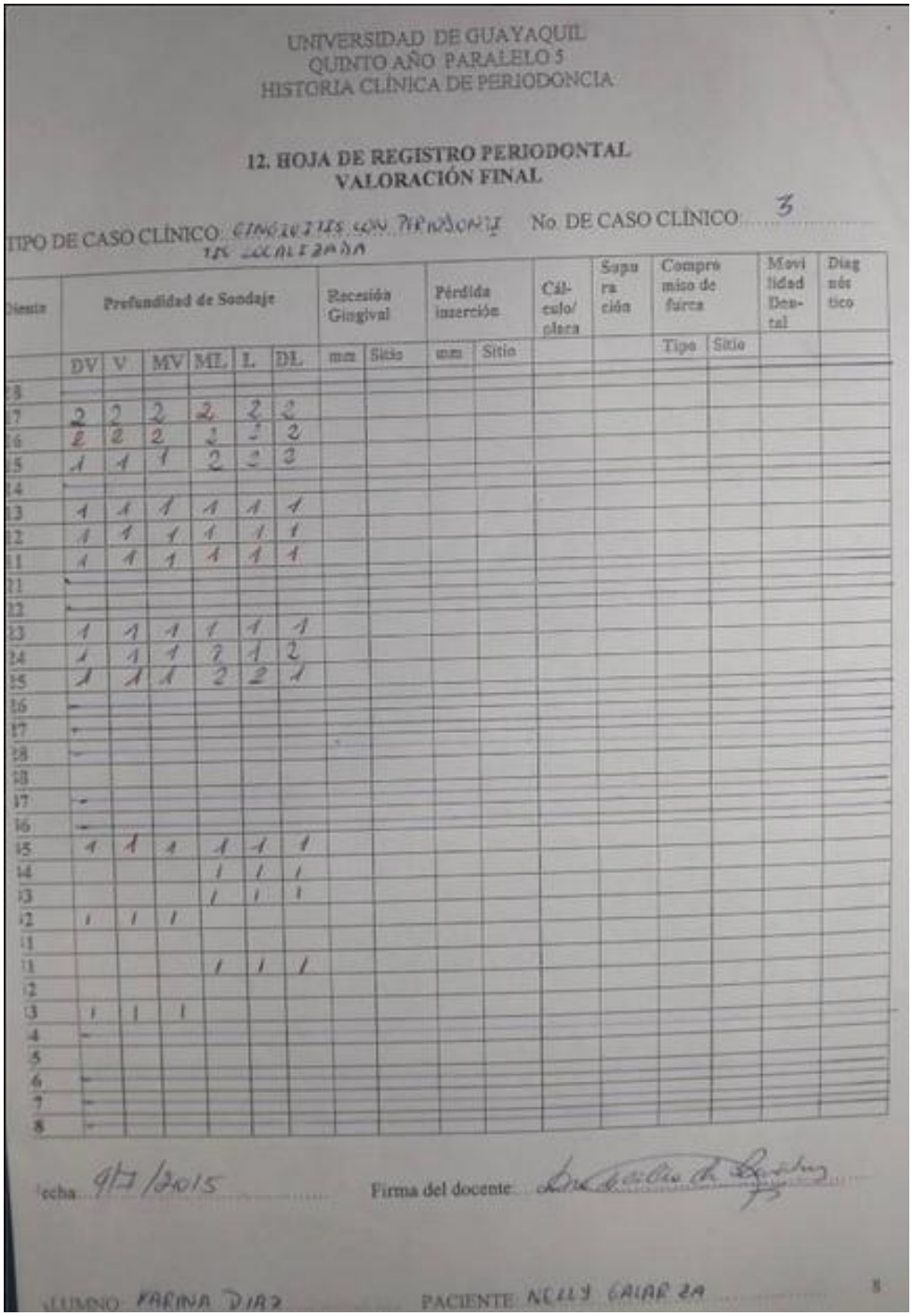
Fecha: 5/Dic/2014 Firma del docente:

ALUMNO: KARINA DIAZ PACIENTE: NELLY ENDARZA

ANEXO 8: Valoración Periodontal Inicial

Fuente: Ficha clínica de Periodoncia 5to año

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
QUINTO AÑO PARALELO 5
HISTORIA CLÍNICA DE PERIODONCIA

12. HOJA DE REGISTRO PERIODONTAL
VALORACIÓN FINAL

TIPO DE CASO CLÍNICO: GINGIVITIS CON PERIODONTITIS LOCALIZADA No. DE CASO CLÍNICO: 3

Diente	Profundidad de Sondaje						Recesión Gingival		Pérdida inserción		Cálculo/placa	Supuración	Compromiso de furca		Movilidad Dental	Diagnóstico
	DV	V	MV	ML	L	DL	mm	Sitio	mm	Sitio			Tipo	Sitio		
18																
17	2	2	2	2	2	2										
16	2	2	2	2	2	2										
15	1	1	1	2	2	3										
14																
13	1	1	1	1	1	1										
12	1	1	1	1	1	1										
11	1	1	1	1	1	1										
21																
22																
23	1	1	1	1	1	1										
24	1	1	1	2	1	2										
25	1	1	1	2	2	1										
26																
27																
28																
48																
47																
46																
45	1	1	1	1	1	1										
44				1	1	1										
43				1	1	1										
42	1	1	1													
41																
31				1	1	1										
32																
33	1	1	1													
34																
35																
36																
37																
38																

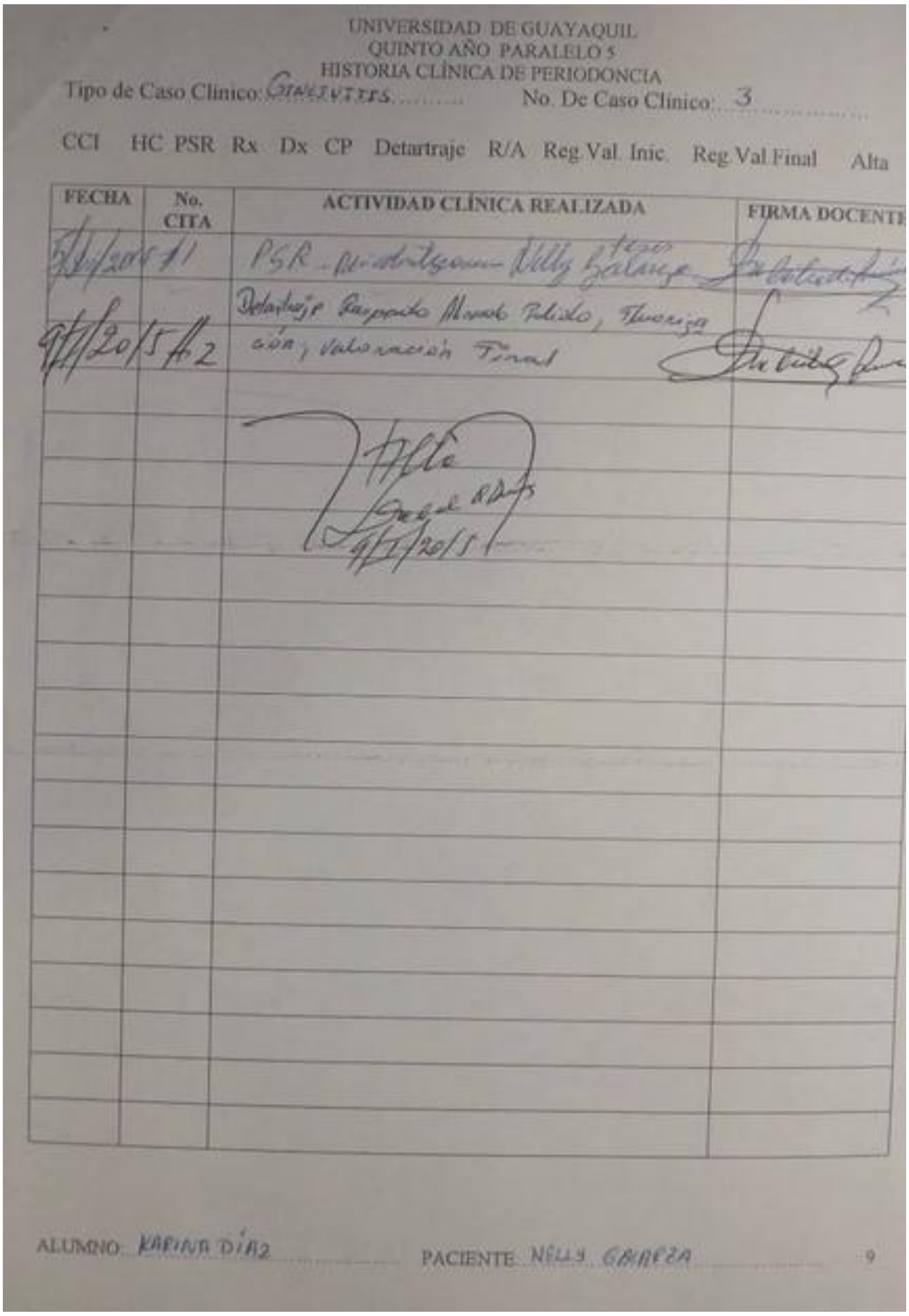
Fecha 9/3/2015 Firma del docente

ALUMNO KARINA DIAZ PACIENTE NELLY GALARZA

ANEXO 9: Valoración Periodontal Final

Fuente: Ficha clínica de Periodoncia 5to año

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay


UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
QUINTO AÑO PARALELO 5
HISTORIA CLÍNICA DE PERIODONCIA

Tipo de Caso Clínico: GINGIVITIS .... No. De Caso Clínico: 3

CCI HC PSR Rx Dx CP Detartraje R/A Reg.Val. Inic. Reg.Val.Final Alta

FECHA	No. CITA	ACTIVIDAD CLÍNICA REALIZADA	FIRMA DOCENTE
[illegible]/2015	#1	PSR - [illegible]	[illegible]
9/1/2015	#2	Detartraje [illegible] Pulido, [illegible] ción, Valoración Final	[illegible]
		Alta [illegible] 9/1/2015	

ALUMNO: KARINA DÍAZ .... PACIENTE: NELLY GARAEZA 9

ANEXO 10: Actividad Clínica Realizada

Fuente: Ficha clínica de Periodoncia 5to año

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 11: Serie radiográfica

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 12: Foto frontal del paciente antes del tratamiento periodontal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 13: Perfil de lado derecho del paciente antes del tratamiento periodontal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 14: Perfil de lado izquierdo del paciente antes del tratamienti

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 15: Vista Frontal Dentaria antes del tratamiento periodontal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 16: Vista oclusal del arco superior con prótesis dental, antes del tratamiento periodontal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 17: Vista en oclusión de lado derecha antes del tratamiento periodontal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 18: Vista oclusal del arco superior sin prótesis y antes del tratamiento periodontal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 19: Vista oclusal del arco inferior antes del tratamiento periodontal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 20: Vista frontal dentaria después del tratamiento periodontal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 21: Vista oclusal del arco superior después del tratamiento periodontal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 22: Vista oclusal del arco inferior después del tratamiento periodontal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 23: Modelo de maxilar superior con prueba de metal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 24: Modelo de maxilar inferior con prueba de metal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 25: Vista oclusal del arco superior con prueba de metal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 26: Vista oclusal del arco inferior con prueba de metal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 27: Vista en oclusión de lado derecho en prueba de metal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 28: Vista en oclusión de lado izquierda en prueba de metal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 29: Modelo de maxilar superiorr con prueba de encerado

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 30: modelo de maxilar inferior con prueba de encerado

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 31: Vista frontal dentaria con prueba de encerado

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 32: Vista oclusal del arco superior con prueba de encerado

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 33: Vista oclusal del arco inferior con prueba de encerado

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 34: Vista en oclusión de lado derecho en prueba de encerado

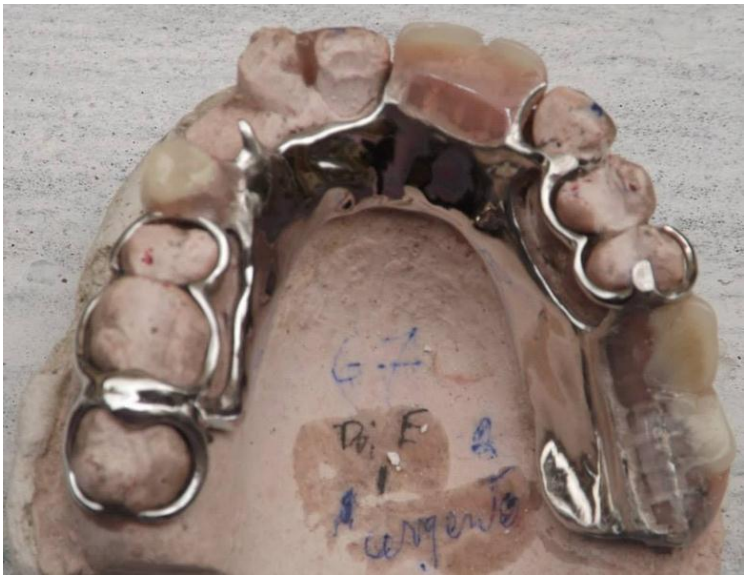
Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 35: Vista en oclusión de lado izquierdo en prueba de encerado

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay



ANEXO 36: Modelo de maxilar superior con la prótesis parcial Removible

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 37: Modelo del Maxilar inferior con la Prótesis parcial removible

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 38: Vista frontal dentaria con la Prótesis parcial removible

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 39: Vista oclusal del arco superior con la Prótesis parcial removible

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 40: Vista oclusal del arco inferior con la prótesis parcial removible

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 41: Vista en oclusión de lado derecho con la Prótesis Parcial Removible

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 42: Vista en oclusión de lado izquierdo en el paciente con la Prótesis Parcial Removible

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 43: foto frontal después del tratamiento periodontal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 44: foto de perfil de lado derecho después del tratamiento periodontal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay

ANEXO 45: foto de perfil de lado izquierdo después del tratamiento periodontal

Fuente: Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontologia

Elaborado por: Karina Annabel Díaz Pangay