



66  
2 Egan

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**IZTACALA  
U. N. A. M.**

**UN CASO CLINICO FOTOGRAFICO**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A :  
JOSE MANUEL CANEDO INDA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## I N D I C E

	PAGS.
Introducción .....	1-2
CAPITULO I.- A. Pasos de la investigación ....	3-11
CAPITULO II.- Historia Clínica Médica y Dental	
A. Historia Clínica Médica .....	12-13
B. Historia Dental .....	13-14
CAPITULO III.- Etiología, diagnóstico y pronóstico .....	
A. Etiología .....	15
B. Diagnóstico .....	15-16
C. Pronóstico .....	16-18
CAPITULO IV.- Plan de Tratamiento .....	
A. Generalidades .....	19
B. Finalidades .....	19
C. Plan de tratamiento del paciente .....	20
CAPITULO V.- Justificación del plan de tratamiento y revisión de la literatura ....	

A. ¿Qué es el plan de tratamiento? .....	21-24
B. Justificación del plan de tratamiento con revisión bibliográfica .....	24-46
Resultados .....	47-50
Discusiones .....	51-52
Anexo .....	-
Bibliografía .....	53-57

## INTRODUCCION

Siendo la fotografía un valioso auxiliar para la mejor comprensión en la exposición de un tema, decidí, utilizar este medio como un recurso eficiente para la ilustración de "Un Caso Clínico Fotográfico". Dando así énfasis en los diferentes pasos y procedimientos de diagnóstico, tratamiento y resultados de un caso particular del paciente José Manuel Canedo y Gutiérrez, que durante el periodo de séptimo y octavo semestre de la Licenciatura de Cirujano Dentista, fue sometido a una rehabilitación entendiéndose restablecer a una persona en su función tanto fisiológica, como estética, fonética y funcional; volver al equilibrio dinámico.

Siguiendo el orden previsto se irán mostrando las ilustraciones al ir desarrollando el tratamiento a partir del diagnóstico hasta su resolución, según los resultados obtenidos. En cada etapa del caso que nos ocupa se muestra el avance por medio de las fotografías tomadas y las correspondientes explicaciones y procedimientos que se siguieron al evolucionar la terapia adoptada.

Este trabajo servirá como guía en la exposición de casos integrales de séptimo y octavo semestre en la materia de Clínica Integral I y II, ampliará el criterio y conocimiento al exponer su caso particular cada alumno y así unificará un criterio con los demás alumnos en base a un diagnóstico acertado y elaboración de un plan de tratamiento, todo esto apoyado en una documentación bibliográfica para evitar un mal diagnóstico y como consecuencia un plan de

tratamiento erróneo.

No obstante el esfuerzo y dedicación que he puesto en el desarrollo de este trabajo, debo admitir que la técnica aplicada en las tomas fotográficas no es la apropiada, ruego a ustedes, de no existir inconveniente, pasen por alto las ilustraciones que a su parecer no tengan la calidad idónea.

Agradezco sinceramente los valiosos y desinteresados consejos, así como las observaciones aportadas durante la integración del presente trabajo a mis maestros:

- C.D. Eduardo Stein Gemora
- C.D. Roberto García Sevilla
- C.D. Luis Magaña Aedo
- C.D. Arnold Pfeiffer Sch,

## C A P I T U L O I

### A. PASOS DE LA INVESTIGACION

Metodología, es un término o palabra que ya se ha mencionado y que representa a la Ciencia del Método, el cual, constituye el procedimiento que debe seguir todo Conocimiento Científico para comprobar su verdad y enseñarla.

Realizar esa actividad, llevar a efecto ese procedimiento: inquirir, buscar, indagar, averiguar, curiosear, quiere decir en un sólo término investigar (del Latín investigare), hacer cuantas diligencias sean posibles y necesarias para descubrir una cosa, cuya acción y efecto es la investigación.

Es necesario, con base en datos obtenidos, formular un criterio que sirva como punto de partida para la investigación, criterio que deberá quedar sujeto a ser aceptado o rechazado, según las comprobaciones que se logren. Dicho criterio es un punto de partida supuesto, es una hipótesis (Del Griego Hypothesis: suposición), que deberá estar fundamentada en hechos o circunstancias que, antes de todo examen, sean lógicos y creíbles, pero que el investigador, con toda honestidad, esté en disposición de verificar, agotando cuantos recursos se procure y tenga disponible revistiéndose de la más extrema paciencia para llegar hasta los más mínimos detalles que le permitan formular conclusiones éticamente indudables.

Las partes fundamentales de la investigación están constituídas por el examen de las fuentes, por la lectura de los

materiales.

Para no recoger información anárquicamente y para recabar fielmente la misma, se utilizan las fichas de lectura cuyo contenido se clasifica identificando las fuentes de donde fue tomado y al subtema del trabajo a que se refiere.

En este sentido el bosquejo sirve de referencia, pero a su vez, al encuentro de nuevos materiales permite la modificación del bosquejo preliminar cuantas veces sea necesario en el proceso.

Los pasos que se aplican en la presente investigación Caso Clínico Integral, son los siguientes:

1) Selección del Tema: Un Caso Clínico Fotográfico.

Este tema constituye una opción brindada por el H. Consejo Técnico y la Coordinación de la Carrera de Odontología, como requisito para concluir la Licenciatura de Cirujano Dentista.

2) Definición y Delimitación: tratamiento integral del Sistema Estomatognático del paciente José Manuel Canelo y Gutiérrez.

Como definición de tratamiento integral se dice que es el sistema o método que se emplea para restablecer la salud de un individuo.

La delimitación se realiza para proyectar el tema hacia un interés del investigador, en este caso se enfoca hacia un paciente que reúne las características mínimas y necesarias que exige la materia de Clínica Integral I y II.

3) Acceso a las fuentes de consulta:

a) Biblioteca: Bibliografía general y particular

b) Documentos: Historia Clínica

c) Revistas: Revistas Especializadas

d) Entrevistas: La entrevista se realizó al paciente cuyos datos se vaciaron en la

Historia Clínica.

También con Laboratoristas y Profesionistas familiarizados con el tratamiento integral.

4) Organización de Bibliografía.

Se realizó una organización bibliográfica en base a los temas y subtemas del contenido del Caso Clínico Integral para facilitar la recopilación y ordenamiento de la información recibida y en base a esto proponer un bosquejo o plan de trabajo.

5) Plan de trabajo o bosquejo:

Índice

Introducción

a) Metodología aplicada para la elaboración y presentación del Caso Clínico Integral.

b) Historia Clínica, Médica y Dental.

c) Etiología, Diagnóstico y Pronóstico.

d) Plan de tratamiento.

e) Revisión de la Literatura y Justificación del Plan de tratamiento.

f) Resultados

g) Discusiones

Se propone como definitivo este bosquejo por contemplar una aplicación práctica para el tratamiento integral.

6) Tarjetas de lectura o trabajo.

Se elaboraron resúmenes de las fuentes de consulta, ordenando la información recibida; tanto de libros como Historia Clínica y entrevistas con el paciente.

7) Organización del material:

a) Clasificación por temas en orden lógico o cronológico.

b) Producir división en capítulos.

Se clasificó en orden lógico porque el material se ordena armónicamente de tal manera que en una forma lógica se presenta como guía al investigador.

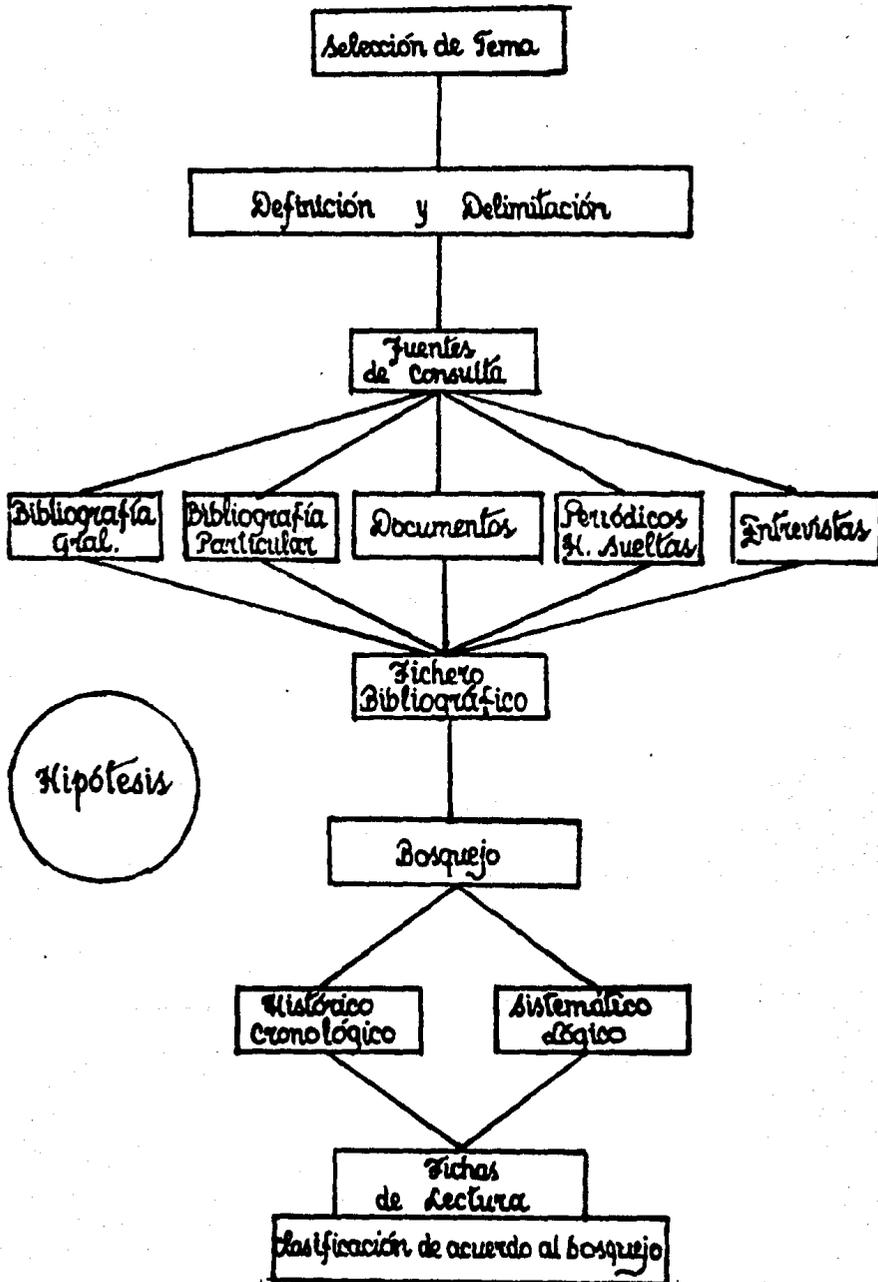
8) Redacción final:

Se realizó un borrador, el cual fue corregido, aumentado y mecanografiado.

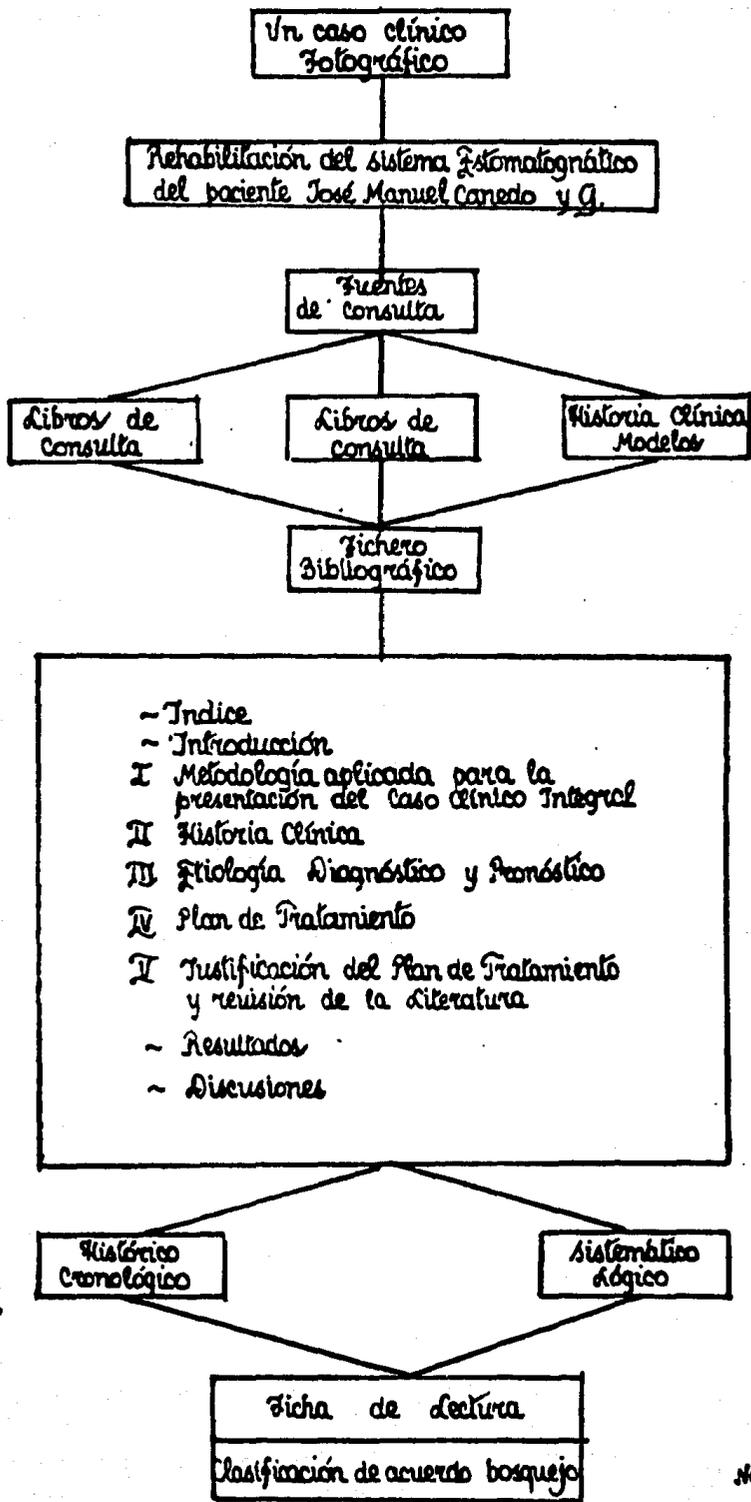
9) Título del trabajo:

"Tratamiento Integral del Sistema Estomatognático del Paciente José Manuel Canedo y Gutiérrez".

10) Detalles de presentación.



<sup>2</sup>Cuadro tomado del original, García L. Jorge M., Guía de Técnicas de Investigación (13a Edición: México: Cruzó, S.A., 1982), pp. 11



Hipótesis -  
 se hace uso de la  
 ma por ser algo  
 establecido.

Nota: cuadro modificado  
 por el autor.

## C A P I T U L O    I I

### HISTORIA CLINICA MEDICA Y DENTAL

La relación entre el médico y el paciente se desarrolla como un acto cerrado en espacio y en tiempo. Es un coloquio singular, comienza por una confianza, prosigue por un examen y finaliza en la prescripción de un tratamiento, el operador, por consiguiente, no debe tener al paciente como puro objeto de estudio o de investigación y adoptar ante él una postura factual, fría y desapasionada; debe considerarlo como un sujeto de pasión, como paciente que sufre y que ante el cual el operador se siente como persona espiritualmente vinculado. Es la convivencia cordial de dos personas. <sup>14</sup> O, una confianza que va a el encuentro de una conciencia.

#### A. HISTORIA CLINICA MEDICA

La Historia Clínica se realizó el 19-X-82 en la Clínica Odontológica Acatlán, dependiente de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, con número de expediente 821015 dentro de su ficha de identificación, nos refiere los siguientes datos relativos a las características generales del paciente cuyo tratamiento integral es motivo del presente del Caso Clínico Integral.

El paciente José Manuel Canedo y Gutiérrez, nació en México, D.F. el 30 de Agosto de 1925 con domicilio actual en-

Isla Creciente Número 109, Colonia Prado Vallejo, Estado de México; estado civil casado y de ocupación Ingeniero Civil.

Es una persona perteneciente al nivel socioeconómico de la clase media alta.

En lo que se refiere a su alimentación reporta ingesta de tres comidas diarias consistentes en leche, carne, huevos, cereales, frutas y verduras, por lo que se puede decir que la alimentación que lleva es adecuada para su edad y peso tomando en cuenta los datos obtenidos en la exploración física donde se reporta que su talla es de 1.80 mts. y su peso es de 60 kgs.

La higiene general del paciente es adecuada; no practica ningún deporte; como único antecedente quirúrgico reporta extirpación de las amígdalas a los 7 años de edad.

## B. HISTORIA CLINICA DENTAL

A la exploración bucal armada encontramos 25 órganos dentarios vitales de los cuales se encuentran obturados 8 según el odontograma universal<sup>11</sup> el órgano dentario 16 presenta una obturación clase 1 con amalgama<sup>5</sup>, en el 22 incrustación clase 4 con cola de milano, en el 24 obturación de clase II con amalgama en el 25 obturación clase II con amalgama, en el 26 obturación clase I con amalgama en el 27 obturación clase 1 con amalgama, en el 35 obturación clase II con amalgama, en el 37 obturación clase II con amalgama y los órganos 18, 28, 36, 38, 46, 47 y 48 se encuentran ausentes.

A la exploración clínica la encía se presenta de color rosado de textura lisa y consistencia blanda, cabe mencionar que existe una resección gingival generalizada de dos milímetros promedio.

Asimismo a la exploración clínica la lengua se presenta de forma triangular de volumen delgado, textura lisa y consistencia blanda.

La saliva presenta una coloración transparente.

En lo que a oclusión se refiere presenta una clase II-  
división 1 de Angle con mordida cruzada posterior<sup>7</sup>

Durante la exploración de la articulación temporomandi-  
bular se encontró una moderada crepitación del cóndulo iz-  
quierdo.

Por último cabe mencionar que su motivo de la consulta  
es por revisión periódica, no experimenta molestia en la ca-  
vidad bucal.

## C A P I T U L O . III

### ETIOLOGIA DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

#### A. ETIOLOGIA

El estudio del paciente lleva a pensar en la posibilidad de que el estado, en que se encuentra el paciente probablemente se debe a una inadecuada higiene oral, por una deficiente técnica de cepillado, desatención de la salud bucal y una dieta blanda y rica en hidratos de carbono; la abrasión observada en el paciente se debe probablemente a continuos estados de stress y por desarmonía de las articulaciones temporomandibulares.<sup>9</sup>

#### B. DIAGNOSTICO

El diagnóstico es el elemento semiológico necesario e indispensable para la realización de un plan de tratamiento adecuado confiriéndole su real jerarquía dentro de las ciencias de la salud; permite determinar las distintas y específicas características de cada paciente y con el medio ambiente bucal.

Es por lo tanto la interpretación y valoración de los signos y síntomas, los cuales son distintos de una enfermedad a otra y de un caso a otro, entendiéndose por síntoma la manifestación subjetiva de una alteración orgánica o fun

cional apreciable por el profesional o el paciente.

Establecer un diagnóstico acertado constituye una parte muy importante en la rehabilitación bucal, de los pacientes, puesto que es durante esta valoración donde se puede apreciar (las características) de cada medio ambiente bucal dándole al Cirujano Dentista la capacidad de diferenciar las distintas valoraciones que existen de un paciente a otro, reconociendo lo patológico de lo normal y dándole alternativa para las distintas posibilidades de modificación del plan de tratamiento.

El diagnóstico concerniente a un estado bucal propiamente se obtiene a través del interrogatorio, examen clínico visual y de contacto, estudio topográfico con modelos de estudio, estudio fotográfico, análisis de laboratorio y radiográfico.

El examen clínico o bucal deberá llevar un orden sin incurrir en omisiones. Deberá incluir el conjunto de signos y síntomas del paciente, así como sus hábitos y actividades; apoyando en los estudios ya antes mencionados.

Así el diagnóstico emitido para el paciente José Manuel Canedo es el siguiente:

- I. Periodontitis Moderada Generalizada
- II. Espacios Desdentados
- III. Caries Dental
- IV. Bruxismo Apretamiento

#### C. PRONOSTICO

El pronóstico depende de la capacidad que posea el Cirujano Dentista para reconocer y eliminar o regular los factores que producen el desequilibrio y este la enfermedad, de su capacidad para corregir todo daño que pueda haber generado dicha enfermedad y de la capacidad y determinación del paciente para mantener la salud bucal.

De tal manera podemos definir el pronóstico como la apreciación de la evolución de la enfermedad y la predicción de la respuesta al tratamiento<sup>4</sup>. Por ello, la precisión del pronóstico depende de la exacta y completa información recogida al principio y durante el examen.

El pronóstico que se determine puede ser bueno, reservado o dudoso y malo o perdido<sup>4</sup>.

A continuación expongo el pronóstico por órganos dentarios:

11 Bueno

12 Bueno

13 Bueno

14 Bueno

15 Bueno

16 Perdido

17 Perdido

Por presentar bolsas parodontales 5 mm. Por lo general, es más fácil eliminar bolsas que se hallan en dientes uniradiculares, que las de los dientes multiradiculares presentan problemas especiales cuando hay lesiones de furcación<sup>4</sup> y en estos órganos dentarios presentan lesión de furcación Grado II<sup>4</sup> (según Glickman 1974).

21 Bueno

22 Bueno

23 Bueno

24 Bueno

25 Bueno

26 Bueno

27 Bueno

31 Bueno

32 Bueno

33 Bueno

34 Bueno

35 Bueno

36

37 Perdido

Por presentar movilidad clase II (según Miller-1947) y radiográficamente presenta lesión apical complementaria con dolor a la masticación.

41 Bueno

42 Bueno

43 Bueno

44 Bueno

45 Bueno

46

47

## C A P I T U L O    I V

### PLAN DE TRATAMIENTO

#### A. GENERALIDADES

Una vez emitido un diagnóstico es necesario la realización de un plan de tratamiento, el cual es programa organizado de procedimientos para eliminar los signos y síntomas de la enfermedad y restablecer la salud<sup>4</sup>. El plan de tratamiento se determina sobre la base de las necesidades del paciente y los hallazgos del examen inicial.

#### B. FINALIDADES

La finalidad del plan de tratamiento es detener los procesos de destrucción, que de seguir un avance constante nos llevaría a la sorpresa de una destrucción coronaria total o parcial, a la pérdida dentaria dándonos como consecuencia una zona edentula mayúscula o pequeña, puede llevar a un aflojamiento leve o severo de los órganos dentarios. Dentro de los límites, hay que aplicar medidas terapéuticas que tengan base predecible. Por lo general, el tratamiento debe ser un programa ordenado y limitado a las medidas directas necesarias para conseguir el resultado.<sup>9</sup> Dentro del plan de tratamiento también se proyectará un programa de mantenimiento del estado de salud, sin que ocurra mayo-

res avances de la enfermedad durante un tiempo razonable  
ello, por supuesto, depende del estado actual del paciente  
y de los objetivos del tratamiento.

### C. PLAN DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE

A continuación expongo el plan de tratamiento en el ca  
so clínico integral del paciente José Manuel Cañedo y G.

#### FASE I

- 1.- Control de Placa Dento Bacteriana:
  - a) Institución de una técnica de cepillado.
  - b) Institución del uso de la seda dental.
- 2.- Raspaje Generalizado:
  - a) Raspaje radicular.
- 3.- Revaloración de la Fase I.
- 4.- Realización de las extracciones necesarias.
- 5.- Rehabilitación Oclusal.
- 6.- Realización de preparaciones tipo Veneer.
- 7.- Elaboración de coronas metal no precioso porcelana tipo Veneer, elaboración de rieles para colocar aditamentos de semi-presición intracoronarios en dichas coronas.
- 8.- Prótesis removible; base extensión distal, contando con un conector mayor de barra lingual única o simple en inferior y contando con un conector mayor barra palatina en superior.

#### FASE III

- 1.- Control Personal de Placa Dento Bacteriana:
  - a) Técnica de cepillado.
  - b) Uso de la seda dental.
- 2.- Se darán dos citas de control cada tres meses.
- 3.- Se darán citas cada seis meses.

## C A P I T U L O   V

### JUSTIFICACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO Y REVISION DE LA LITERATURA

#### A. ¿QUE ES EL PLAN DE TRATAMIENTO?

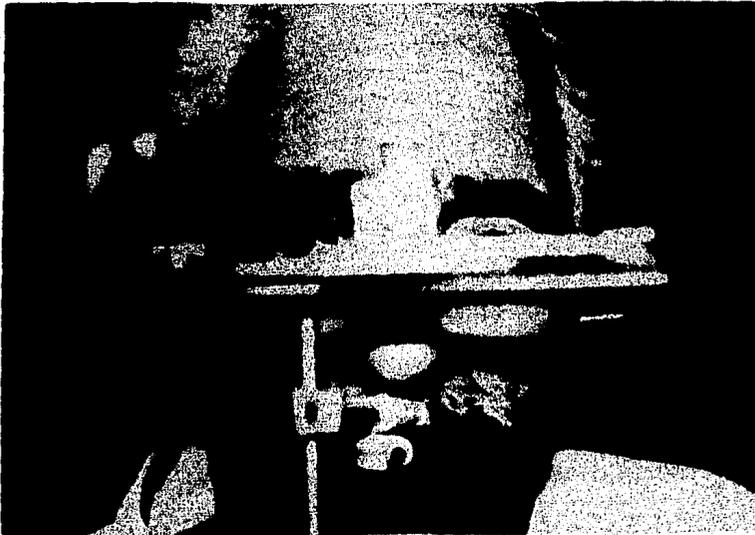
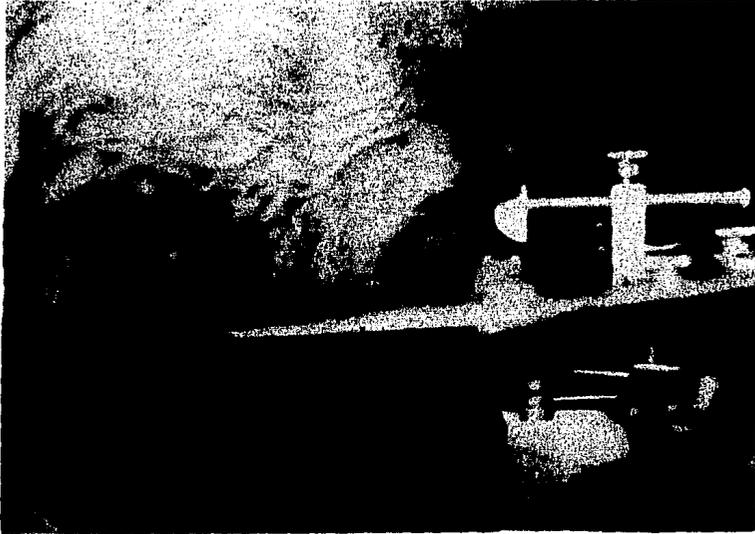
En el libro "Periodoncia de Orban", el plan de tratamiento es un programa organizado de procedimientos para eliminar los signos y síntomas de la enfermedad y reestablecer la salud.

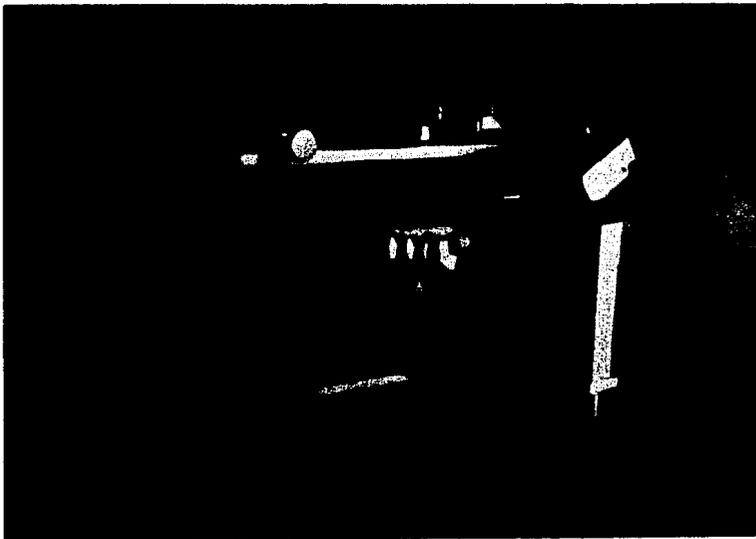
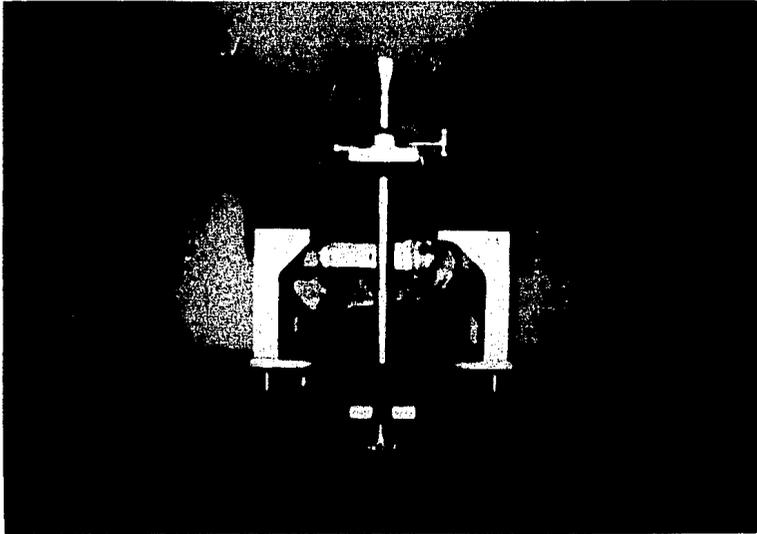


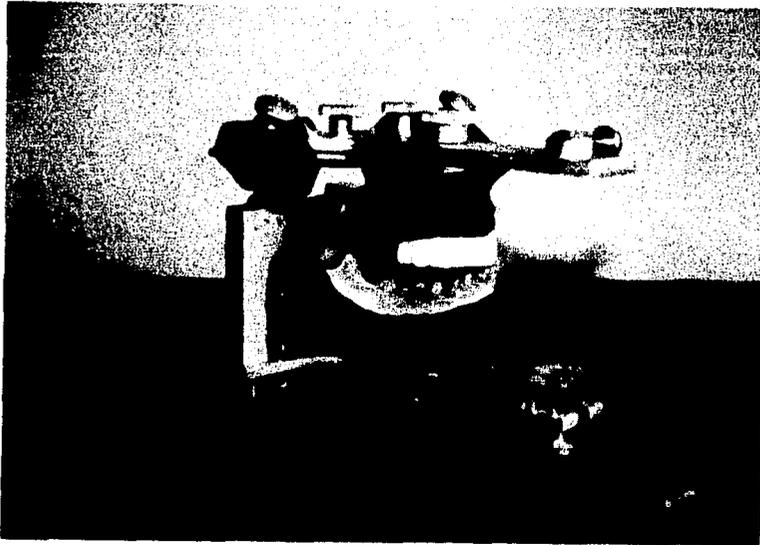
Estado general del paciente en sus inicios del tratamiento.

El plan de tratamiento esta delimitado por el estado del paciente y las necesidades de éste.

El tratamiento odontológico acertado se basa en diagnóstico exacto y cuidadosa planeación del tratamiento. Deberá evaluarse tres consideraciones antes de llevar a cabo cualquier tratamiento; urgencia, secuencia y resultados probables.







Método auxiliar de diagnóstico para la realización del Plan de Tratamiento.

## B. JUSTIFICACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO CON REVISION BIBLIOGRAFICA

A continuación se presentarán el plan de tratamiento para el paciente José Manuel Canedo y Gutiérrez y su justificación con revisión bibliográfica.

### FASE I

#### 1.- Control de Placa Dento Bacteriana

Se instituyó el control de Placa Dento Bacteriana; porque el paciente presentaba un:

I.L.P. 23/II /82 64.6% de caras pigmentadas y el  
7/XII/82 67.4% de caras pigmentadas.

Se instruyó al paciente el uso de la técnica de ce

pillado Stillman modificado: No existe ninguna técnica universal preferida en el cepillado dental. El Cirujano Dentista enseñará al paciente una técnica definida y detallada que haya escogido, según las necesidades individuales del paciente.<sup>18</sup> Por lo cual, observando el estado patológico del parodonto y apoyado en el diagnóstico proponemos una técnica que cubra las necesidades particulares de nuestro paciente, esta es la técnica de Stillman modificada, para brindar beneficios que atacarían los problemas del paciente que reestablecerán la salud parodontal y dichos beneficios son:

- a) La encía incertada se estimula mecánicamente.
- b) El tercio gingival del diente se limpia mediante un movimiento vibratorio corto sobre la superficie, y se elimina la placa que se haya entre el margen gingival y el ecuador del diente.
- c) Las puntas de las cerdas llegan a zonas interproximales, limpian y estimulan la papila interdientaria sin lesionar.<sup>4</sup>

A esto se le añadiría que cuando las bolsas son profundas, el masaje puede tener un efecto positivo tendiendo a vaciar las bolsas de desechos ayudado con el raspaje radicular, que es también necesario para remover placa y cálculos.<sup>18</sup>

Se instruyó al paciente para el uso de la seda dental sin cera: Como auxiliar del cepillado se instruye al paciente para el uso de la seda dental sin cera, ya que es necesario el uso apropiado de la seda dental para la limpieza del área interna los dientes, que no puede ser tocada por las cerdas del cepillo dental.

Una de las razones por lo cual se hizo la selección de la seda dental sin cera es que una leve-

porción de la seda sin cera se ajusta, más o menos por si misma, a los muy estrechos espacios entre encia y diente, considerando que la seda dental con cera no se despliega y ajusta en la misma extensión.

Otra objeción a la seda dental encerada es la capa de seda dejada sobre la superficie del diente, al usarse para la limpieza interna de la endidura gival. <sup>20</sup>

2.- Raspaje Generalizado:

- a) Raspaje radicular: Son los procedimientos que se realizan para limpiar la superficie radicular de depósitos y cemento blando o rugoso. Se realizó dos raspajes radicales; uno de rigor y otro de mantenimiento.

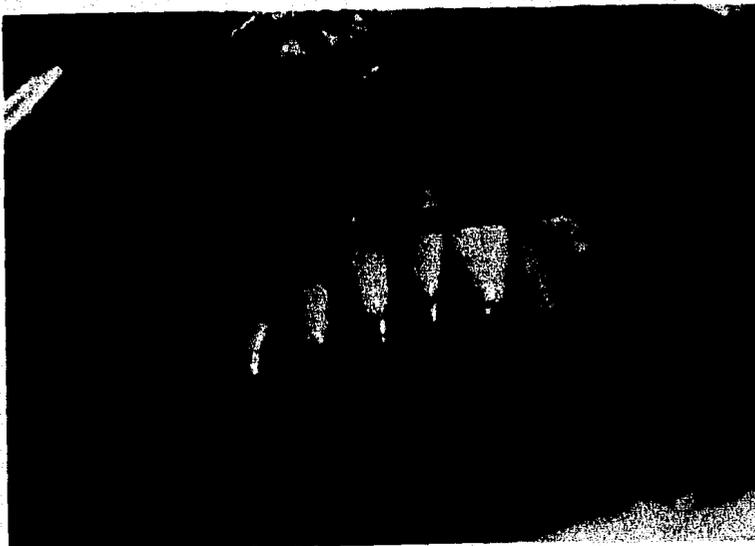


Realización del raspaje radicular.

En todos los casos, el mantenimiento del estado de salud después del tratamiento se realiza mediante raspajes periódicos y un programa de control de Placa Dento Bacteriana. Dado que la remoción de irritantes es el tratamiento positivo de las inflamaciones periodontales. Primero hemos de considerar el raspaje radicular junto con el control de Placa Dento Bacteriana, que se utilizan en el tratamiento de casi todos los pacientes con enfermedad periodontal. Y puede tomarse como factor decisivo en la prevención de las enfermedades periodontales inflamatorias.

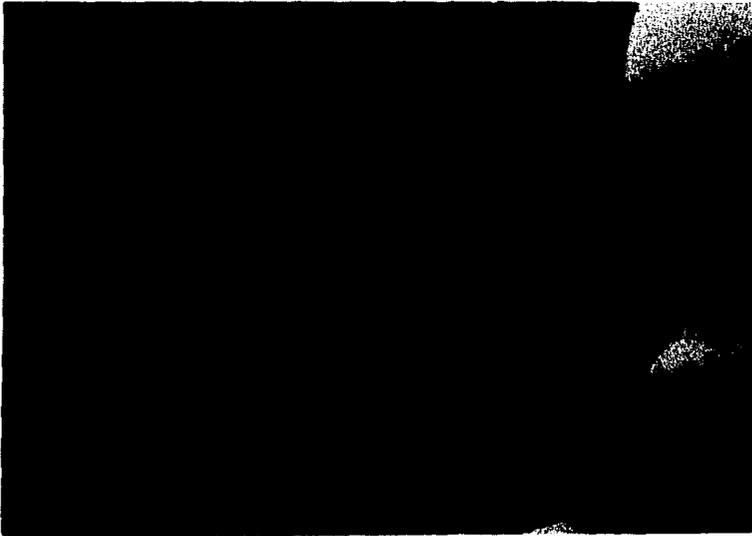
Indicaciones.- El raspaje es parte de todo tratamiento de gingivitis y periodontitis. Erradican algunas de las bolsas más someras profundas al resolver la inflamación.

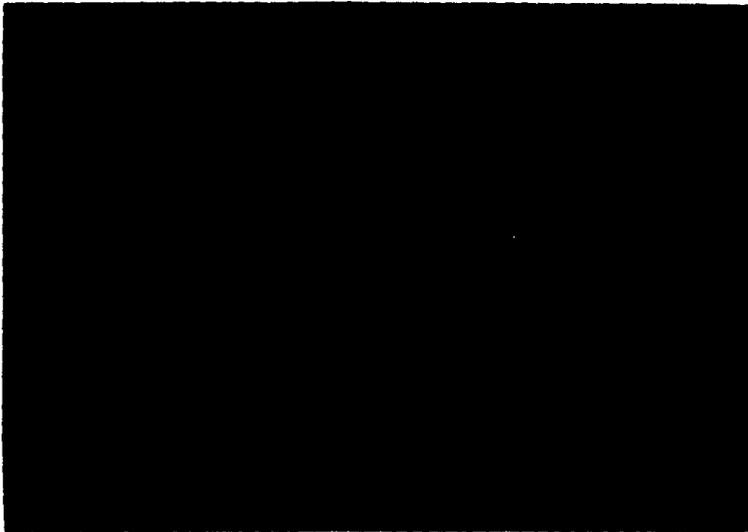
Cuando las bolsas son profundas se reducen las bolsas o se les elimina totalmente por el raspaje radicular. Sólo en caso de que la encía sea fibrosa los intentos de reducir la profundidad de las bolsas fibrosas mediante el raspaje radicalar e higiene bucal fracasarán en muchos casos. <sup>4</sup>



Resultados del raspaje radicular. Nótese la ausencia de Placa Dento Bacteriana y el estado de salud parodontal.

- 3.- Revaloración Fase I: Al final de esta fase del tratamiento una total revaloración de importancia, será hecho para constar el grado de mejoramiento-obtenido. Los resultados del tratamiento inicial será comprobado con el esquema llevado. La inflamación residual y sus presuntas causas se anotarán y los cambios de profundidad en bolsas y movilidad dentaria serán revaluados. El plan de tratamiento será revaluado y cambiado como sea necesario. Si no es necesario un plan de tratamiento posterior, el caso será considerado terminado y puesto en observación y asistencia, por otro lado el tratamiento de restauración y prótesis se empezará después que el paciente sea enlistado para consulta y asistencia.<sup>5</sup>
- 4.- Realización de las exodoncias necesarias: Se realizaron las exodoncias 17, 16 y 37. Las exodoncias 16 y 17 se realizaron por presentar bolsas de 5 mm. y lesiones de furca grado II, según Glickman 1974. Es más fácil eliminar bolsas que se hayan en dientes uniradiculares, que las de los dientes multiradiculares que presentan problemas especiales como las lesiones de furca.<sup>4</sup> La exodoncia del 37 se realizó por presentar movilidad clase II según Miller 1947 y radiográficamente presenta lesión apical complementaria con dolor a la masticación.







emocional. Y para resolver a límites fisiológicos el funcionamiento de las articulaciones así como la restauración neuromuscular.

El Guarda Oclusal tiene tres objetivos principales

- a) Determinar un diagnóstico diferencial entre una dolencia disfuncional temporomandibular y una enfermedad propia de la articulación o una mímica.
- b) Controlar el mio-espasmo disfuncional.
- c) Interceptar las parafunciones (apretamiento y/o bruxismo).

Este último es el más importante ya que el paciente nuestro presenta dicha parafunción y nos enfocamos a la solución de este problema.

La Bruxomanía consiste en excursiones involuntarias de la mandíbula que producen un choque perceptible o imperceptible, rechinar, choques cuspidos y otros efectos traumáticos.

La etiología pudiera ser la tensión nerviosa es una causa común para la aparición del hábito, en presencia de una oclusión patológica.

La Bruxomanía ocurre con más frecuencia en hombres que en mujeres.

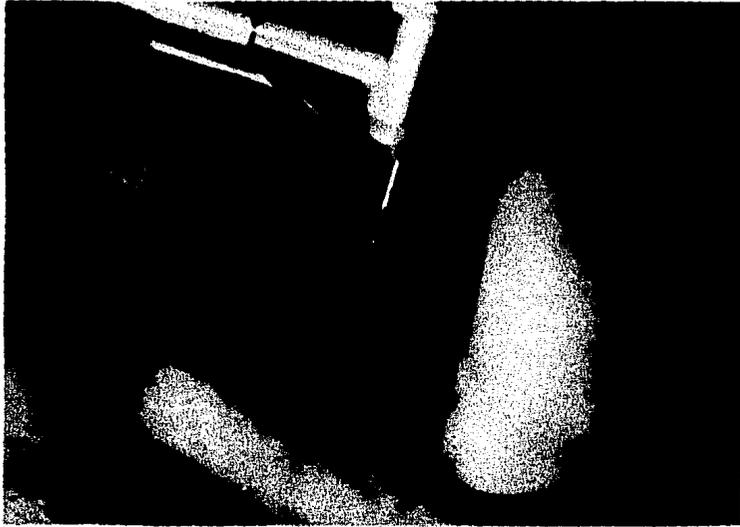
La Bruxomanía generalmente se inicia durante el sueño ligero o en periodos de abstracción.

Eric Martínez Ross dice que el factor causal más frecuente para la iniciación de la Bruxomanía es la discrepancia entre la relación céntrica y la oclusión céntrica, en los estados generales.

Un gran porcentaje de pacientes con periodontitis y periodontosis tienen Bruxomanía, parece ser que estos padecimientos predisponen a la Bruxomanía de be hacer énfasis que la Bruxomanía no lleva necesariamente a la enfermedad periodóntica, pero siempre

es una causa potencial de influencia perjudicial sobre los dientes, periodonto, mandibula, cara, músculos del cuello, lengua, carrillos, y de la articulación temporomaxilares.<sup>8 9</sup>

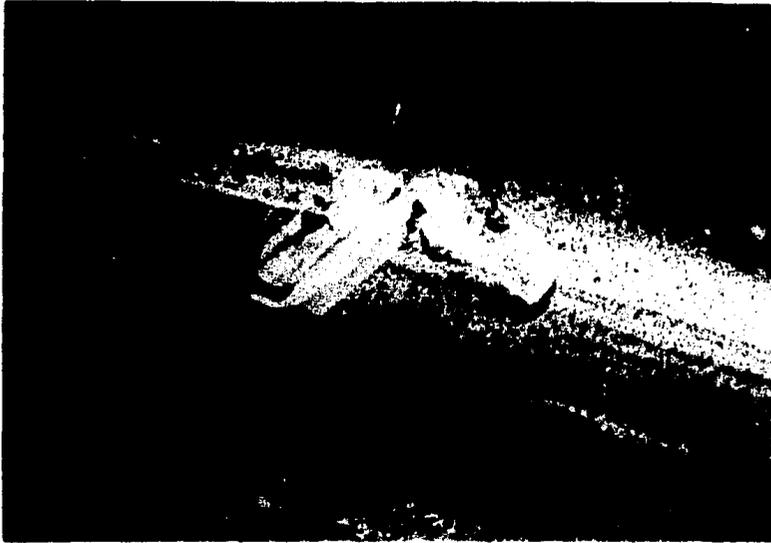
6/7.- Realización de preparaciones tipo Veneer y elaboración de coronas Veneer en los órganos dentarios 14, 15, 22, 34, 35, 44 y 45.





Realización de la preparación tipo Veneer.

Siendo la preparación más usada en combinación con la restauración corona Veneer de metal precioso (oro) porcelana o metal no precioso porcelana. En esta combinación la resistencia a las fuerzas de oclusión y ajuste esta dada por el metal y las características de estética.





Prueba de metales de las coronas Veneer de metal no  
precioso porcelana.

La corona Veneer puede ser recomendada para restauraciones donde encontrábamos caries profundas o falta de soporte en bordes incisales; ésta indicación nos transporta al diagnóstico y encontramos que en los órganos 34, 35 - 44 y 45 nos encontramos al realizar las preparaciones con caries profundas.

El método de cubrir la corona de metal no precioso o precioso por una capa completa de porcelana debe usarse para un sólo diente cuando el efecto de estética es debido a decoración, malformación y malposición.



Prueba de biscocho en modelos de trabajo.

Este concepto lo tome como un consejo y un resultado en el plan de tratamiento como positivo, ya que el órgano dentario 22 ya mencionado tenía una incrustación clase IV con cola de Milano y por estética

ca o decoración fué cambiada por una corona Veneer.



Nótese en el órgano dentario 22 la elaboración de la corona Veneer de metal no precioso porcelana.

El caso de preparaciones para el alojamiento de aditamentos de semiprecisión o precisión es indicado el uso de este tipo de coronas. El uso de coronas Veneer va a depender de una gran variedad de factores, pero podemos considerar que en el de mayor importancia es aquel de una u otra manera se involucra los principios básicos de la Ciencia de la gnatología.<sup>19</sup>





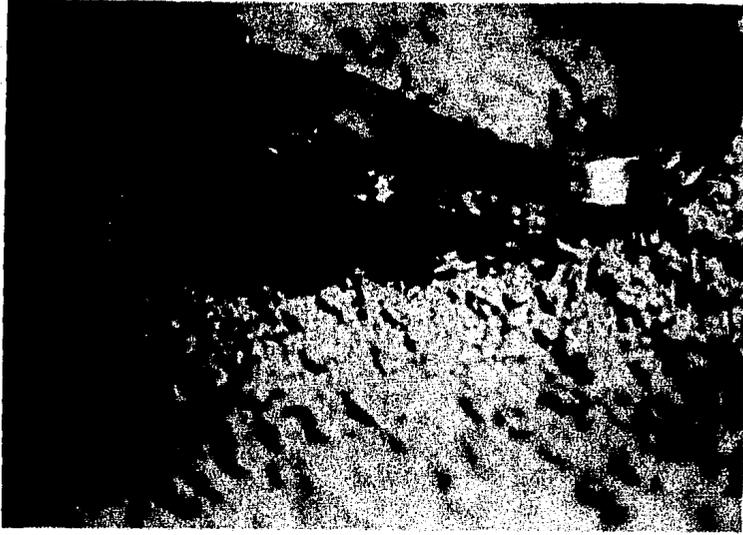


Prueba de glaceado en boca y en modelos de trabajo.

8.- Prótesis Removible.- El tratamiento ideal de algunos casos requiere de la utilización de la prótesis fija combinada con la removible.<sup>25</sup>

A esto se le denomina aditamento de precisión que es un tipo especial de retenedor indirecto empleado en la elaboración de la prótesis parcial. Consiste en un mecanismo de ajuste exacto de macho y hembra, una porción del cual se une al diente pilar y otra al esqueleto mecánico. Algunas veces se dice que el aditamento de precisión constituye un eslabón entre la prótesis parcial fija y removible, debido a que reúne características comunes de ambos tipos de prótesis.





Nótese el aditamento superior e inferior en prueba de esqueleto en su parte removible.

#### VENTAJAS

- a) La primera de ellas es que puede eliminarse por completo el brazo bucal o labial del gancho mejorando la estética.



Prueba en boca de la  
parte removible del-  
aditamento.

- b) La segunda se basa en el concepto de que el aditamento de precisión produce menor fuerza sobre el diente pilar. Esto origina que todas las fuerzas se dirigen a través del eje longitudinal del diente, siendo resistidas prácticamente por todas las fibras del aditamento parodontal.

Las ventajas que nos ofrece el aditamento de precisión son en cuanto a las primeras se refieren a la satisfacción del paciente por la estética decorativa que se suprime el gancho bucal o labial, esto le da una seguridad psicológica en los momentos de apertura bucal.

La otra ventaja nos da satisfacción a uno como profesional por haber elegido un aditamento que produzca menor fuerza sobre los dientes pilares que los ganchos convencionales y a la larga tendrá un mejor funcionamiento.

#### DESVENTAJAS

- a) Es necesario cortar el diente en forma extensa con el fin de obtener el espacio suficiente para colocar el aditamento.
- b) Las dos partes del aditamento elaborado en el laboratorio raras veces ajusta con la precisión exacta.
- c) Si el aditamento se extiende hacia afuera del diente cerca del borde gingival existe un verdadero riesgo de que se presente irritaciones gingivales con la secuela inflamatoria usual. <sup>10</sup>

En cuanto a las desventajas se refieren las analizaremos en la siguiente forma:

La primera no sería desventaja en nuestro caso, pues los dientes que reciben al macho son coronas Veneer, esta preparación es de desgaste coronario

además esta corona ferulizando a los dos dientes pilares de cada uno de los lados donde va la hembra del aditamento.

La segunda, podemos mencionar la importancia de la elección de un buen laboratorio dental, ya que el laboratorio dental es el complemento del Cirujano Dentista en su vida profesional, el trabajo no comienza en el laboratorio comienza en la elección de la preparación, en la toma de impresión y en el trabajo de un buen laboratorio.

En esta desventaja es un poco arriesgado pero se toman las precauciones para realizar un trabajo de clase profesional y se busca la comodidad y bien estar del paciente y no provocar una o más lesiones.

El tipo de prótesis removible realizada en la arca inferior con base a extensión distal sustituyendo a los órganos 36, 37, 46, y 47 con dientes de acrílico contando con un conector mayor de una barra lingual única o simple, su material realizado es de cromo cobalto.

En el maxilar superior se realizó una prótesis removible con base a extensión distal sustituyendo los dientes 16 y 17 con dientes de acrílico cando con un conector mayor de barra palatina, su material realizado de cromo cobalto acrílico (combi nado).

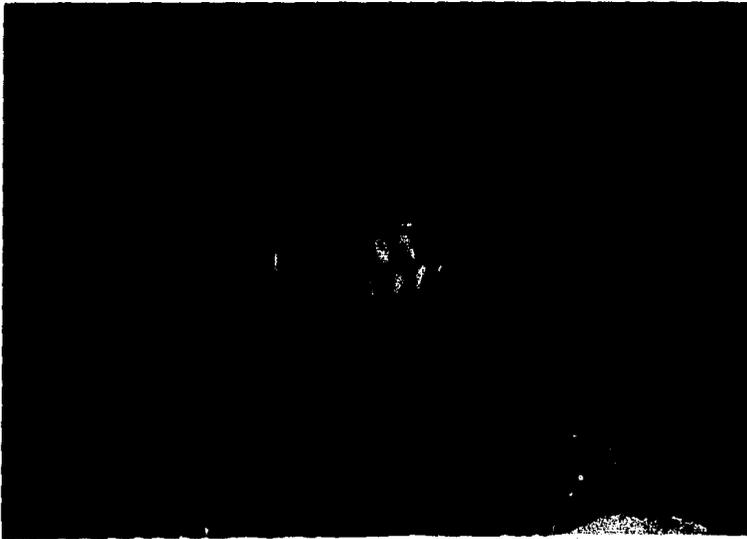
## RESULTADOS

Dichos resultados obtenidos después de la conclusión del plan de tratamiento, podemos mencionar uno de los principales que fué la no modificación del plan de tratamiento.

Los resultados consiguientes son satisfactorios puesto que se cumplió con el objetivo primordial, restablecer la salud del Sistema Gnático y con esto restablecer sus funciones de dicho sistema.

Uno de los resultados de descubrimiento clínico en la Articulación Temporomandibular fué la crepitación y por los antecedentes bruxomanos del paciente decidí aplicar terapia por guardas oclusales, habiendo encontrado único dato de cambio en el tipo de hábito de ejercicios parafuncionales bruxistas a apretamiento.

Esto aunado con la colocación de la prótesis fija y removible y la elaboración del ajuste oclusal por desgaste mecánico, logramos una estabilización normal del Sistema Gnático.





Nótese la oclusión con las coronas, que es la parte fija y la parte del aditamento removible. La oclusión se observa aseptada para el paciente.

Añadiendo un pronóstico como resultado del plan de tratamiento sería reservado. Hay demasiadas variables como para predecir lógicamente cuanto tiempo se conservarán los dientes.

Los factores favorables son el deseo del paciente de conservar sus dientes, la higiene bucal adecuada, la ausencia de enfermedades orgánicas, la forma de las raíces y la capacidad de controlar parcialmente los factores etiológicos.

## DISCUSIONES

La importancia de consultar la metodología, es aprender como saber hacer uso rápido y eficiente de todo eje caudal de información y tratar de hacer la labor más interesante, rápida y fructífera, ya que hoy en día toda la información de lo ya establecido esta o debería estar en las bibliotecas y otros centros de documentación. Pero para aprovechar las bibliotecas hay que saber definir que es lo que se va a buscar; es decir, hay que tener bien claro el problema o tema de búsqueda. Luego haya que saber seleccionar la información, registrarla y, sobre todo, bien redactado. A todo ello trata de ayudar la metodología.

Para los diversos pacientes que vemos en la práctica diaria, podremos encontrar varios planes de tratamiento, pero el diagnóstico correcto sólo es uno. El esfuerzo por utilizar todos los métodos mencionados, por redundantes que parezcan, será recompensado con: un diagnóstico acertado, un tratamiento exitoso, un paciente agradecido y la propia satisfacción que vale más que todo.

Se debe hacer énfasis en el aspecto parodontal de las restauraciones, pues sin parodonto no hay restauraciones. No podemos construir edificios sin cimientos firmes que lo soporten.

El aspecto oclusal es de suma importancia porque va directamente relacionado con el parodonto, pues ahí es donde se recibe la carga de masticación y con la articulación temporomandibular, porque en ellas se manifiestan los efectos nocivos de la oclusión patológica.

La prótesis siempre debe recurrir a sus ramas asociadas para obtener un máximo de aprovechamiento de sus posibilidades y recursos.

Es importante hacer una evaluación inicial y un diagnóstico provisional y después de solucionados los problemas encontrados, hacer una reevaluación para estar completamente seguros de los que tenemos en las manos y como contamos con ello.

Después de estas conclusiones personales, puedo decir que existen muchas formas de pensamiento, y de opiniones al respecto, por lo que la conclusión final la hará cada persona por separado, según sus conocimientos, su ética y su criterio. Lo que será siempre importante, es la honesta búsqueda de la verdad y la solución apropiada de cada problema mediante el uso ordenado de las técnicas más avanzadas.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA U.N. A.M.

HISTORIA CLINICA GENERAL

FICHA DE IDENTIFICACION.

Clinica Acortlen Expediente No. 821015 Fecha 19-X-82.  
 Nombre del paciente Jose Manuel Canedo Y Gutierrez Sexo Masculino  
 Edad 57 años Estado Civil Casado Ocupación Ingeniero Civil  
 Lugar de nacimiento Mex. D. F. Lugar(s) de Residencia Mex. D. F.  
 Domicilio Isla Creciente 109 Col. Prado Vallejo  
 Interrogatorio; Directo (  ) Indirecto ( ) Escolaridad Licenciatura.  
 Familiar más cercano Edelmira Inda de Canedo Parentesco Esposa  
 Domicilio Isla Creciente 109 Col. Prado Vallejo.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.

Padres, hermanos, cónyuge, hijos, abuelos, colaterales, convivientes (edad y edo. de salud o edad al morir y causas de la muerte). Padre fallecido a los 64 años, muerte natural. Madre falleció a los 74 años, causa diabética.  
 Sífilis, diabetes, tuberculosis, obesidad, neoplasias, cardiopatías, nefropatías, hipertensión arterial, artritis, hemofilia, alergias, padecimientos mentales o nerviosos (Psicosis, epilepsia o neurosis, etc.), alcoholismos y toxicomanías. Embarazos de la madre (abortos, partos prematuros, muertes neonatales, malformaciones congénitas en hermanos), lugar que ocupa el paciente en la familia (1o, 2o, hijo, etc.).  
 Ocupa el primer lugar en la familia.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

HABITACION.- tipo de construcción, materiales, No. de cuartos ventilación, iluminación, servicio de drenaje, agua potable, WC. Casa habitación, de concreto, 11 habitaciones ventiladas, con todos los servicios, 4 personas habitan la casa, una persona comparte el recámara del paciente.  
 No. de personas que habitan la casa, No. de personas que comparten el cuarto del paciente.  
 ALIMENTACION.- No. de comidas al día, cantidad de líquidos ingeridos al día ( especificar que tipo de líquidos), frecuencia y cantidad con que come leche, carnes ( especificar), huevos, verduras (frutas, pan, etc, mencionando la comida habitual en cada una de las tomas.  
 3 COMIDAS DIARIAS.  
 10am. Leche diario 1/2 litro de mañana.  
 Come carne diario (pollo, resaca, de res y cerdo).  
 Come huevos diario ( 2 ).  
 Come verduras diario y pan.  
 Desayuno: Leche (un vaso), 2 huevos, tortilla y pap.  
 Comida: Sopa, Guiso, Postre, Tortillas y agua.  
 Cena: Leche (un vaso), Guiso.

HIGIENE GENERAL.- Baño, lavado de manos antes de las comidas y después de la defecación, frecuencia, cambio de ropa, aseo bucal (métodos-cepillo, enjuagues) Religión, Deportes, Alcohólico y tabaquismo (especificar tipos de bebidas, desde cuando, con que frecuencia, en que cantidad) (especificar si fuma cigarrillos puros, pipa, tiempo, frecuencia CANTIDAD). Toxicomanías (especificar el tipo de droga). Inmunizaciones; DPT, polio, BCG, antiseramepionosa, contra la viruela, tifoides, otras. Si la han practicado intradermoreacciones; tuberculosis, diftérica, micóticas. En niños preguntar si la alimentación fué al pecho materno, que tiempo duró. En caso de alimentarse con leche artificial, especificar cual, en que cantidad y durante cuanto tiempo, problemas durante esta etapa (vómitos, regurgitaciones, diarreas, alergia a la leche, etc.) A que edad se inició la lactación y en que forma se realizó (o sea otros alimentos que no fuesen leche, respuesta del niño a la lactación). Destete (a que edad se retiró el biberón y respuesta del niño). Alimentación en la primera infancia y en la actualidad (conflictos del niño por la comida, predilección de alimentos). También en niños preguntar desarrollo psicomotor; edad a la que sostuvo la cabeza, mantenimiento de la posición sentada con apoyo y sin él, si gateo a que edad, edad a la que se sostuvo en pie con ayuda y sin ella, edad a la que balbuceo, primeras palabras, frases breves, frases complejas. A que edad controló sus esfínteres. Erupción dental (edad, orden de aparición de las piezas, prematuridad, retención prolongada malposiciones dentarias, etc.). Adaptación a la escuela (fecha de ingreso, actitud al ingresar, progreso, dificultades, problemas de aprendizaje, etc.).

Baño.- 3 veces por semana, lavado de manos después de ir al baño, 3 veces por semana, cambio de ropa, 3 veces al día con bucal (sin uso de cepillo y sin enjuague).  
Religión.- Católica. No practica deportes.  
Alcoholismo.- Tabaquismo.- Tabaquismo ocasional (fuma pipa).

No recibida todas las inmunizaciones.

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.**

No Reporta Datos.

Fiebres exéptivas (sarampión, varicela, rubéola, escarlatina), tuberculosis, paludismo, reumatismo, infecciones y parasitosis intestinal, disentería, hemorragia (epistaxis, melena, hematemesis, hemoptisis), ictericia, sinusitis gastritis, úlcera péptica, diabetes, epilepsia, sífilis, enfermedades venéreas, amigdalitis, otitis, hemofilia, hipertensión, accidentes vasculares cerebrales, infarto del miocardio. Padecimientos bucales (caries, tumores, úlceras, sangrado bucal, herpes, etc.). ANTECEDENTES QUIRURGICOS (fecha, causa, operación, evolución en el trans y el post-operatorio). ANTECEDENTES TRAUMATICOS (caídas, fracturas, heridas, fecha, evolución, etc.) ALERGICOS (medicamentos, alimentos, polenas, ropa, pelo de animales, antisuecos, etc.). TRANSFUNCIONALES (fecha, causas, reacciones). TRATAMIENTOS MEDICOS PREVIOS para cualquiera de todos los padecimientos mencionados, en boca extracciones, enodoncias obstrucciones, puentes, etc. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.- menarca, ritmo, síntomas pre post y menstruales, vida sexual activa No. de embarazos, abortos, partos normales, cesáreas (causa, fecha), partos anormales, atención de los partos, peso de los productos, embarazos múltiples, prematuros, toxemias gravídicas, etc. En los niños preguntar sobre los antecedentes prenatales, natales, natales y neonatales; nutrición durante el embarazo, infecciones, traumatismos, exposición a radiaciones, toxemia, sangrados transvaginales, ingestión de medicamentos (especificar cuáles, a que edad del embarazo, así como el motivo), tiempo de duración del embarazo ni las contracciones uterinas se desencadenaron natural o artificialmente, duración, tipo de parto, donde se atendió, fecha del nacimiento, peso del producto, volumen de líquido amniótico, sangrado, si el producto respiró espontáneamente.

Operado de las amígdalas a los 7 años.

Tratamientos.- de operatoria dental y exodoncia.

hubo necesidad de realizar maniobras de reactivación, ictericia, sangrado, etc.

**PADECIMIENTO ACTUAL.**

Debe notarse en este inciso la molestia o causa por la cual - Acude con molestias, periodencia, problemas en la masticación. acude el paciente. Es importante señalar la fecha de iniciación y posteriormente hacer la descripción de cada síntoma de reción, periodicidad, intensidad y radiación, localización, relación con los alimentos, movimientos etc., fenómenos que le precedan o le acompañan, terapéutica empleada y respuesta del padecimiento a la misma. Estado actual. - mencionar en el momento actual en que forma se encuentra la sintomatología.

**INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS .-**

En este apartado se mencionan la sintomatología que puede presentar el paciente en el momento actual, no que presentó en el pasado.

**I.- DIGESTIVO**

Anorexia. Náuseas, Vómito, regurgitaciones, halitosis, mal sabor de boca, sangrados, dolor gingival o dental, masticación, parálisis, odinofagia, disfagia, eructos, hábitos (bruxismo, morder objetos onicolagia, chuparse el dedo, usar palillos, hilo morderse los labios, protrusión de lengua), perversiones del apetito dolor epigástrico, distensión abdominal, meteorismo, flatulencia, borborigmos, diarreas, ictericia, dolor con la ingestión de ciertos alimentos o medicamentos, hematemesis, melena, rectorragia, tenesmo y pujo rectal, prurito anal, expulsión de parásitos, sensación de cuerpo extraño anal.

**II.- RESPIRATORIO**

Tos (Intensidad, predominio, fecha de inicio, dolorosa o no si es cianótica o emetizante) expectoración, (cantidad, color, predominio, color sangre, etc.), obstrucción nasal rinorrea (características)

Bruxismo, Nocturno.

No reporta datos.

**XI.- CIRCULATORIO.**

Disnea, cianosis, dolor precordial, palpitaciones, además, lipotimias, síncope.

**IV.- GENITO URINARIO.**

No. de micciones al día (en la noche si la hay, caracteres de la micción (chorro continuo, - intermitente, fuerza, en gota, etc.) hematuria, piuria, oliguria, anuria, polaquiuria, disuria, enuresis, pujo y tenesmo-vesical, urgencia urinaria, goteo terminal, incontinencia urinaria (pasiva o de esfuerzo) escurrimiento uretral, expulsión de cálculos, poliuria, en la mujer leucorrea (cantidad, - color, olor, prurito, etc.), - fecha de última menstruación, - impotencia en el hombre, frigidez en la mujer etc.

**V.- HEMATICO Y LINFATICO.**

Palidez, petequias, hematomas, equimosis, adenopatías, además, sangrado prolongado de heridas, retardo en la cicatrización.

**VI.- ENDOCRINO.**

Poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de pelo, pubiano y axilar, ginecomastia, hirsutismo, - cambios de la voz, temblor, intolerancia al frío y al calor, - crecimiento estatural excesivo o lento, aumento o disminución rápida del peso, diaforesis, sequedad de la piel, nerviosismo, Bradilalia, bradipsiquia, acumulos anormales de grasa (en cuello, cara, partes laterales del abdomen).

**VII.- NERVIOSO.**

Motilidad general, marcha, temblores, parálisis, parestias, parestesias, calambres, pérdidas o disminución de la sensibilidad, cefaleas, zumbido de oídos, sordera, alteraciones del equilibrio, diplopia, visión borrosa, alteraciones en las sensaciones olfatorias o del gusto. - trastornos para el lenguaje hablado o escrito, sueño, depresión, ansiedad.

No Reporta Datos.

Numero de micciones tres veces al día, tres veces en la noche, amarillo claro y claro continuo.

No Reporta Datos.

Es nervioso.

Trastornos para el lenguaje hablado.

VIII.-

MUSCULO ESQUELETICO

Dolor articular o muscular, limitación de movimientos, deformaciones articulares, atrofiasmusculares, fuerza muscular, chasquidos articulares, etc.

Dolor en el cuello desde hace 4 meses  
aproximadamente cada 3 dias.

IX.-PIEL MUCOSAS Y ANEXOS.

Diáforesis, sequedad de piel, maculas, papulas, vesiculas, úlceras, prurito, caída del pelo o vello, cambios de coloración de la piel, ardor, engrosamiento de uñas, sequedad de mucosas, descamación de la piel.

No Reporta Datos

SINTOMAS GENERALES.

Fiebre, anorexia, astenia, adinamia, diáforesis, pérdida del peso, calosfríos, etc.

No Reporta Datos

EXAMENES PREVIOS.

Enumerar todos los exámenes con fecha y resultados en relación a padecimiento actual, que se le han practicado al paciente, también se puede anotar exámenes que sean recientes y no relacionados con el padecimiento actual.

Se hizo un electrocardiograma y el resultado fue negativo.

TRATAMIENTO EMPLEADA.

Tratamiento que ha recibido el paciente en relación a su padecimiento actual (medicamentos, tiempo de administración, dosis, resultados). También mencionar otros medicamentos si el paciente los esta tomando en la actualidad.

Vitaminas y minerales. Una pastilla de Diaceon de 10 m.m. en ayunas.

DIAGNOSTICOS ANTERIORES.

Si el paciente ha visitado a otros médicos, anotar los diagnósticos semitidos.

No Reporta Datos.

EXPLORACION FISICA.

DATOS GENERALES.- Peso habitual 60 kgr., Peso ideal \_\_\_\_\_, Peso real \_\_\_\_\_, Talla 1.80, Pulso 60 X seg., Tensión arterial 110 80, Temperatura 36.0, Frecuencia respiratoria 16 X seg.

**INSPECCION GENERAL**

Sexo, edad aparente, constitución, conformación, complejión, facies, movimientos anormales, marcha, actitud, cooperación al interrogatorio, estado de la consciencia en cuanto a persona espacio y tiempo ó sopor, estupor, coma, coma profundo, etc.

Masculino, edad aparente.- 62 años, constitución delgada, buena cooperación al interrogatorio, consciente.

**CABEZA.**

Forma y volumen, fontanelas en los niños, exostosis, hundimientos, craneotabes, color del pelo, brillo, fragilidad del pelo forma de implantación. PIEL (pálidez, ictericia, equimosis, petequias, hemangiomas, neoformaciones, irsutismo, etc. OJOS (pájas, pestañas, párpados, conjuntivas, pupilas, cornea, reflejos oculares). NARIZ (forma y volumen, tabique nasal-desviaciones-, secreciones, mucosa, -cornetos). OIDOS (forma y volumen, conducto auditivo externo, cerumen, cuerpos extraños, secreciones, etc.).

Normocefala, volumen delgado, pelo como implantación ondulada.

Color azul, poca brillantez, párpados largos responde a reflejos oculares.

Dacta, en las alas de la nariz volumen.

Regulares.

ROCA. Halitosis, psilorraea, Xa rontostoma, musculatura en reposo y a la movilidad, de frente y perfil, etc. LABIOS: forma y volumen, humedad, color figurado, nivel de sellado, pigmentaciones, textura, consistencia, dolor a la palpación, exploración a los movimientos (desviaciones paralisia, etc.) ENCIA: forma, volumen, color, pigmentaciones, sangrado, secreciones, humedad, textura, consistencia, dolor a la palpación profundidad del - vestibulo, inserción de los frenillos, bolsas parodontales, papilas interdenticarias, etc. -

Rectos, Textura lisa y consistencia blanda

Color.- Rosa pálido, textura lisa y consistencia blanda

BIENTES: número ausencias, salformaciones, forma, volumen, color, con caries, bordes cortantes, apilamiento, separación, desviaciones laterales, giroversiones, movilidad, dolor a la palpación, a la percusión, a las pruebas termicas. LENGUA: forma, volumen, movilidad, color, inserción del frenillo, -- textura, consistencia, papilas, etc.

3 ausentes

Forma.- Triangular, Volumen.- delgada, textura lisa, y consistencia blanda.

CARRILLOS: color, humedad, ausos de volumen, atrofia, equimosis, petequias, textura, con-

Color.- Rosa pálido, Textura.- lisa, y consistencia.- blanda.

sistencia, dolor. PISO DE LA BOCA: color, humedad, volumen, consistencia, textura, dolor, etc. ITSMO DE LAS FAUCES (pilares, uvula, amígdalas faríngeas): Forma, volumen, color, secreciones, movilidad, dolor, etc. GLANDULAS SALIVALES: (parótidas, submaxilares, sublinguales) aumentos de volumen, dolor, enrojecimiento, humedad de mucosa bucal en general, caracteres de la saliva, color, fuidéz, etc. conductos salivales (permeabilidad, secreción a la presión de las glándulas y flujo salival, inflamación periorificiaria, etc.) OCLUSIÓN: Clase (I, II-1,2-, III) borde a borde, cruzada anterior, posterior, submordida, mordida vertical, horizontal, mordida abierta, etc. ARTICULACION TEMPOROMAXILAR: movilidad del maxilar observar desviaciones en reposo y en movimiento, dolor a los movimientos y a la palpación aumentos de volumen, enrojecimiento de la temperatura, chasquido, etc. CUELLO: forma y volumen, movilidad, traquea, tiroides, vasos, ganglios, puntos dolorosos, etc. TORAX, ABDOMEN, COLUMNA VERTEBRAL, GENITALES, EXTREMIDADES. Forma, volumen, movilidad, piel, ruidos respiratorios, ruidos cardiacos, alineamiento vertebral, puntos dolorosos, ruidos intestinales, rigideces musculares, cambios de coloración, reflejos, tono muscular, edemas, etc.

Color.- Rosa pálido, textura.- lisa, y Consistencia.- blanda.

Color de la saliva, transparente.

Clase II DIV. I, Mordida cruzada

Crenitación, canchilo irregular

Forma.- elíptica, y Volumen.- abultado.

Dolor en el cuello.

DIAGNOSTICO NOTA: Consultar los capítulos dedicados a los temas.

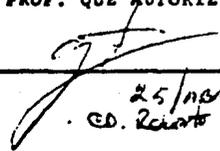
PRONOSTICO \_\_\_\_\_

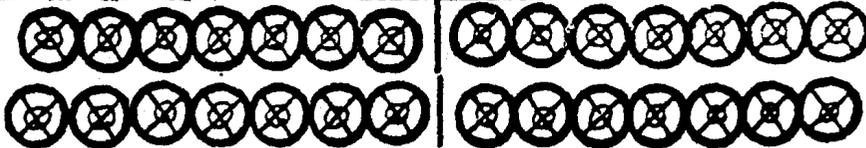
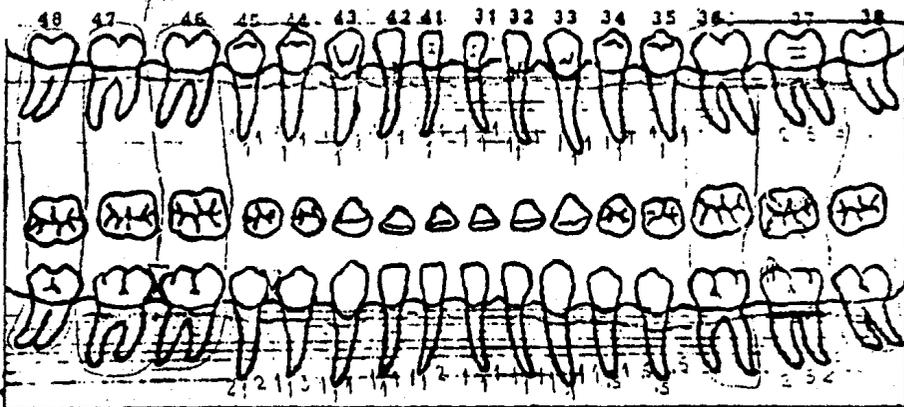
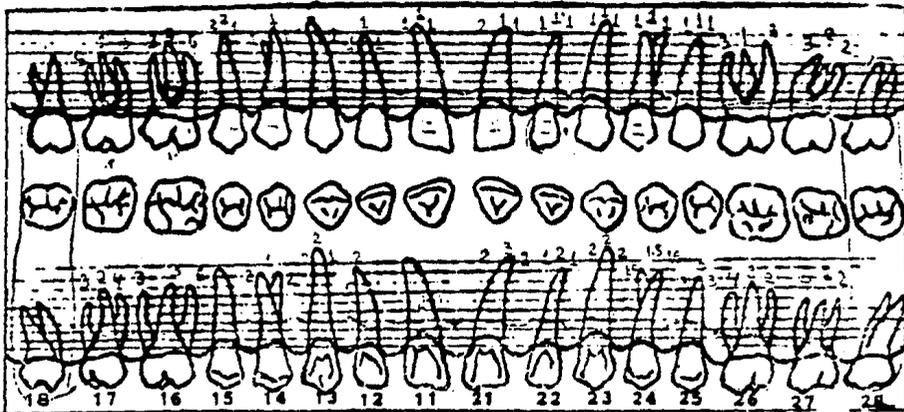
PLAN DE TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

ALUMNO QUE ELABORA LA HISTORIA CLINICA

CANEDO INDA JOSE MANUEL

PROF. QUE AUTORIZA LA HISTORIA

  
25/Nov/83  
CD. Roberto Alejandro Garza



AZUL: NORMAL  
 ROJO: PATOLOGICO.

Diente ausente:

Inclinación:

Giroversión:

Intrusión:

Extrusión:

Movilidad:

Por extraer: X

Bolsa Parodontal:

Prótesis Fija:

Prótesis removible:

Fistula:

Frenillos:

Margen gingival:

Dolor a la percusión:

Area de contacto defectuosa: X

Margenes oclusales defectuosos: N

Cuspides embolo: VA

Indice de placa \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Indice de Enf. Parodontal \_\_\_\_\_

Firma Profesor \_\_\_\_\_

Indice CPD \_\_\_\_\_

## BIBLIOGRAFIA

1. ANDERSON JONATHAN, DURSTON BERRY H., y POOCE MILLICENT  
Redacción de Tesis y Trabajos Escolares  
Editorial Diana 1° Edición 1972
2. GARCIA L.J. MARIO, y LUJAN M. JORGE  
Guía de Técnicas de investigación  
Publicaciones Cruzo, S.A. 13 Edición 1982
3. GILMORE W.H., Y LUND R. MELVIN  
Odontología Operatoria  
Editorial Interamericana 2° Edición 1976
4. GRANT DANIEL A., STERN IVING B., Y EVERETT FRANK G.  
Periodoncia de Orban  
Editorial Interamericana 4° Edición 1975
5. GRANT DANIEL A., STERN IRVING B. Y EVERETT FRANK G.  
Periodontics in the tradition of Orban and Gottizeb  
Editorial The C.V. Mos by Company 1979
6. GRIDER ARTUR, CINOTTI WILLIAM R.  
Prótesis Periodontal Vol. II  
Editorial Mundi 1° Edición 1973

7. HAUPL KARL, GROSSMANN WILLIAM J., Y CLARKSON PATRICK  
Ortopedia Funcional de los Maxilares  
Editorial Mundi 1955
8. MARTINEZ ROSS ERIC  
Disfunción Temporo Mandibular  
Editorial Grupo Facta 1° Edición 1980
9. MARTIENZ ROSS ERIC  
Oclusión  
Vicova Editores, S.A. 2° Edición 1978
10. MILLER ERNEST L.  
Prótesis Parcial Removible  
Editorial Interamericana 1982
11. MUHLEMANN HANS R.  
Introduction to oral preventive medicine  
Editorial Quintessence Boks 1976
12. OROZCO RENORIO JOSE  
Metodología Documental para Investigación en Ciencias  
de la Salud  
Editorial Ciencia y Cultura 1983
13. Ozalua D. José Y.  
Prostodoncia total  
Editorial Textos Universitarios 4° Edición 1984
14. SUROS BADILLO JUAN  
Semiología Médica y Técnicas Exploratoria  
Editorial Salvat 6° Edición 1978

## ARTICULOS

15. BLATTERFEIN L; KLEIN IE; MIGLINN JR.:  
A loading impression technique for semiprecision and precision removable partial dentures. J. Prosthet Dent. 1980 Jan: 43 (1):9-14
16. BRYANT R.A.: FAUCHER R.R.:  
A locking rod and tube connector. J. Prosthet Dent. 1983 May: 48(5):647-51
17. CHARLES C. BASS M.D.:  
The Optimum Characteristics of tooth-brush for personal oral hygiene, Dent. Items Interest 70:696, 1948
18. DALISE D.D.:  
The Micro Ring for full subperiosteal implant and prosthesis construction. J. Prosthet Dent. 1979 Aug. 42(2): 197-201
19. HARARI H.E.:  
Preparación de coronas para restauraciones de porcelana. A.D.M. 1978 Jul. - Agos. 35(4):345
20. HINE, M.K., JR., WACHTL, C., AND FOSDICK, L.S.:  
Some observations on the cleaning effect of nylon and bristle toothbrushes, J. Periodont. 25:183, 1954
21. INNER I.D.:  
Semiprecision rest system for distal-extension removable partial dentures. J. Prosthet Dent. 1979 Jul. 42(1):4-11
22. KORAN A 3d.:  
Materials for recording the denture bearing mucosa. Dent Clin North. AM. 1980 Jan: 24(1): 97-111

23. KOTOWICZ WE:  
Clinical procedures in precision attachment removable partial denture construction. Dent. Clin. North AM 1980
24. LOREY R.E.:  
Abutment considerations. Dent Clin. North AM. 1980  
Jan: 24(10):63-79
25. MAC ENTEE M.:  
Overdentures retained by nonrigid attachments. J. Prosthet Dent 1979 Feb: 41(2):189-92
26. MUJICA C.R.:  
La prótesis como parte de una odontología integral. A.D.M. 1979 Sep.-Oct. 36(5):493
27. STAHL., WACHTEL, N., DE CASTRO, C., AND PELLETIER G.:  
The effect of toothbrushing on the kepatinization of the gingiva, J. Periodont. 24:20, 1963.
28. SWEENEY E.J.; MOORE D.L.; DOONER J.J.:  
Retentive strength of acid-etched anterior fixed partial dentures: an in vitro comparison of attachment techniques. J. AM Dent. Assoc. 1980 Feb.:100(2):198-202
29. TEBROCK O.C.; ROHEN R.M.; FENSTER R.K.; PELLEV G.B. JR.:  
The effect of varios clasping systems on the mobility of abutment teeth for distal-extension removable partial dentures. J. Prosther Dent 1979 May:41(5):511-6
30. THAYER H.H.; CAPUTO A.A.:  
Occlusal force trasmission by overdenture attachments. J. Prosthet Dent. 1979 Mar: 41(3):266-71

31. THAYER H.H.; CAPUTO A.A.:  
Photoelastic stress analysis of overdenture attachments.  
J. Prosthet Dent. 1980 Jun.: 43(6):611-7