

82
21



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"MANEJO DE FICHA PROTESICA Y ELEMENTOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO"

Ignacio Velazquez Nava

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
JAVIER GARCIA ANDRADE

Ignacio Velazquez Nava

ASESOR: C.D.M.O. IGNACIO VELAZQUEZ NAVA.



MEXICO D. F.

NOVIEMBRE 1997

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“Manejo de ficha protésica
y
Elementos auxiliares de diagnóstico.”

AGRADECIMIENTOS

*A Dios por darme
vida, para realizar
una de mis metas.*

*A mi mamá,
por todo el amor,
sacrificio y esfuerzo
para salir adelante.*

*A mi hermano,
por ser mis ganas
de vivir y de
superarme.*

*A la fam. Andrade
por todo su amor y
cariño e inculcarme
una educación.*

*A la fam.
Sanmartín Uribe,
a quienes estaré
eternamente
agradecido por,
brindarme su
cariño, motivación
y su gran apoyo
para concluir
mi carrera.*

*A la fam. Uribe
Brito, por su
colaboración para
concluir este trabajo.*

*A todos mis
maestros, que han
intervenido en mi
formación profesional,
compartiendo sus
conocimientos.*

*A todos mis
pacientes por permitir
llevar acabo mis
conocimientos en
practica.*

*A Guillermo Avila
López. (E.P.D.) y
a todos mis amigos
que me estiman por,
aceptarme como
soy.*

*Y especialmente
con todo mi amor y cariño
a Yely (mi futura esposa)
por estos nueve años y medio
de amor, ayuda, paciencia
y lucha para hacer de mi
un hombre de bien.*

Mil Gracias

Mi Amor

T. A. M.

INDICE

Introducción

Capitulo 1

Principios Básicos _____	3
1.1 Aspectos físicos del Odontólogo.	3
1.2 Análisis visual del Paciente.	4
1.3 Manejo de preguntas.	4
1.4 Datos generales.	7

Capitulo 2

Evaluación Bucal _____	9
2.1 Exploración de los labios.	10
2.2 Exploración de la lengua.	12
2.3 Exploración de los dientes.	13
2.4 Exploración del paladar.	14
2.5 Exploración de los frenillos.	16

Capitulo 3

Análisis de la oclusión	17
3.1 Oclusión Ideal.	17
3.2 Articulación Temporo Mandibular.	19
3.3 Modelos de Estudio.	20
3.4 Oclusión Céntrica.	22
3.5 Relación Céntrica.	22
3.6 Protección Canina	22
3.7 Protección Anterior	23
3.8 Protección Mutua	23
3.9 Función de Grupo.	23
3.10 Guía Anterior.	24
3.11 Clasificación de Angle.	24
3.12 Clasificación de Kennedy.	26

Capitulo 4

Evaluación Periodontal	29
4.1 Características normales de la encía.	29
4.2 Puntos a Examinar.	31
4.3 Gingivitis.	35
4.4 Periodontitis.	35

Capitulo 5

Estudio Radiográfico	37
5.1 Requisitos para las Radiografías.	38
5.2 Radiografías Dentó Alveolares.	39
5.3 Radiografías Interproximales.	39
5.4 Radiografía Oclusal	40
5.5 Radiografía Panorámica	41

Capitulo 6

Diagnóstico y Plan de Tratamiento	42
Conclusiones	46
Referencias	48
Bibliografía	50

INTRODUCCION

En la actualidad, cada día es más frecuente encontrar en la sociedad, a personas portadoras de alguna prótesis, ya sea fija o removible, y cabe destacar que la mayoría son muy notorias, y todo esto debido a distintas causas como : una mala selección del color, de material, de diseño, y hasta una patología bucal provocada por una prótesis dental mal hecha, todo esto va a llevar cualquier tratamiento al "fracaso". El tratamiento que fracasa, es porque desde un principio no se le dio la importancia necesaria a la ficha protesica e incluso a todos los elementos auxiliares de diagnostico de los cuales dependerá el éxito de cualquier tratamiento. Por lo tanto, se le debe dar el énfasis necesario a la historia clínica, que va a ser básica y fundamental, ya que constituye una fuente valiosa de información, para el mejor conocimiento que puede afectar en forma directa el éxito del tratamiento del paciente, así como para derivar a través de ella un diagnóstico y un plan de tratamiento adecuado a seguir.

Esta historia clínica es semejante a otras, ya que su empleo será en cuanto a la ficha de identidad, como son : datos personales del paciente, elaboración de historia médica general, haciendo un interrogatorio ya sea directo o indirecto, ya que en caso de ser pacientes menores de edad o que lleguen a presentar una discapacidad, esta deberá incluir antecedentes patológicos y no patológicos personales así como familiares, haciendo hincapié de las enfermedades hereditarias y cada uno de los aparatos y sistemas.

Después se seguirá de lleno a la parte Odontológica propiamente dicha, es decir, un examen clínico bucal completo, explorando las condiciones de los tejidos orales expuestos, así como la calidad de la estructura coronal de los órganos dentarios y si existe movilidad dental, caries, restauraciones individuales, prótesis parcial fija, prótesis parcial removible, dientes ausentes y alguna patología.

Un punto clave y de mucha importancia es el análisis de la oclusión, porque con este se conocerán más detalles para el tratamiento a seguir.

Otro auxiliar que servirá para el diagnóstico va a ser el estudio radiográfico, donde se podrá valorar el soporte óseo, también la relación corona - raíz, y si pudiese existir una patología que pueda alterar el plan de tratamiento.

CAPITULO 1

Principios básicos.

En la primera cita, antes de estrechar por primera vez la mano del paciente, preséntese personalmente, especificando con claridad su nombre y el papel que va a desempeñar en el proceso. Asegúrese de entender y pronunciar correctamente el nombre completo del paciente. El trato personal debe ser con todo respeto (señor, señora, señorita y en los momentos apropiados dirigirse al paciente llamándolo por su nombre. (1).

1.1 ASPECTOS FISICOS DEL ODONTOLOGO

Al conocerlo, se debe tener en cuenta el aspecto físico o apariencia personal como Odontólogo, pues de esta forma se lograra inspirar la confianza necesaria, para que el paciente se pueda expresar con mayor facilidad y de esta manera poder obtener información mas precisa dentro del interrogatorio clínico; La imagen a proyectar debe ser formal, higiénica y respetuosa. Los hábitos personales tendrán un gran impacto en la sensibilidad de algunos pacientes, por ello, es necesario tener las manos y uñas limpias, vestir de modo presentable, hablar correctamente y darle toda la atención. Se debe tener en cuenta varios puntos desde el primer momento. Si se muestra una actitud excesivamente formal por parte del clinico, inhibe la capacidad de comunicación del paciente, mientras que una conducta excesivamente informal o descuidada no inspira confianza.

1.2 ANALISIS VISUAL DEL PACIENTE.

También se debe observar el aspecto-físico del paciente. ya que apartir de ese momento comienza la evaluación clínica, pues de esta forma se empieza a conocer al paciente, se observa su estado de ánimo. el estado de ánimo indica cuanto interés tiene en llevar a cabo todo el tratamiento de rehabilitación protésica. se observa su forma de hablar, esto puede llevar a identificar algún habito que pueda afectar al aparato protésico. se observa su arreglo personal, con esto se cataloga la exigencia del aspecto estético, el cual se tendrá que cuidar aun mas, o si solo le interesa la funcionalidad de la prótesis a realizar.

Es importante, procurar que el ambiente, en donde se desarrolle la entrevista debe ser lo mas agradable y cómodo posible. La entrevista principal se debe hacer, estando en una postura cómoda y relajada, pero correcta, procurando que se interponga mobiliario voluptuoso, manteniendo el contacto visual con el paciente y un tono de voz dialogante. Su modo de actuar puede expresar interés hacia el paciente, de manera que este se sienta seguro de que usted le esta atendiendo y que su principal y único interés consiste en aliviar los males y preocupaciones del enfermo, todo esto se logra dejando a un lado, todo tipo de distracciones tanto personales como profesionales.(4).

1.3 MANEJO DE PREGUNTAS.

Para evitar respuestas imprecisas o engañosas, se debe de formular las preguntas con el debido cuidado. Las preguntas de respuesta abierta,

dejan a la discreción del paciente la extensión con la que debe contestar ; Por ejemplo :

- " ¿ y entonces ¿ que ocurrió ? ",
- " ¿ Y qué es lo que piensa usted al respecto ? ",
- " ¿ No tiene mas que decir ? ",
- " ¿ Hay algo mas de lo que desee hablarme ? ".

Las preguntas directas se hacen con el objeto de buscar información concreta y especifica ; Por ejemplo :

- " ¿ Cuánto hace que le ocurrió ? "
- " ¿ Dónde le duele exactamente ? "
- " ¿ Qué medicamento es el que ha tomado últimamente ? ",
- " ¿ Cuantas pastillas tomaba al día ? "

Las preguntas que pretendan buscar una respuesta determinada son las mas peligrosas, ya que limitan la información proporcionada por el paciente en relación con lo que este piensa que usted desea saber ; Por ejemplo :

- " Me imagino que eso le preocuparía bastante, ¿ No es cierto ? "
- " ¿ Verdad que no le resultó difícil ? "
- " Ah, Que es un medicamento de sabor horrible "

Por lo tanto, para evitar esas respuestas, se recomienda **no sugerir las respuestas.**

Para llevar a cabo un mejor y completo desarrollo del interrogatorio, se debe de:

- Animar al paciente a decir mas cosas acerca de la pregunta
- Repetir al paciente lo que acaba de oír, para dar pie a mayores detalles.
- Mostrar al paciente su comprensión y aceptación
- Orientar al paciente, cuando se desvie del tema.
- Explicar al paciente, todas las preguntas que no entienda
- Realizar al paciente, todas las preguntas necesarias.
- Escuchar al paciente, sin interrumpir, a menos de que sea necesario
- Esperar al paciente, a que termine de contestar, antes de hacer otra pregunta.
- Discutir abiertamente, cualquier tipo de conducta perturbadora del paciente.
- Interpretar lo que ha entendido, para comprobarlo con lo dicho por el paciente

Para evitar respuestas equivocadas, las preguntas deben ser completamente entendidas por el paciente, y para esto se recomienda no emplear tantos términos técnicos, que lleguen hacer que la definición se torne confusa, intente ajustarse al nivel de comprensión del paciente.

No debe olvidarse que el paciente es un ser humano por lo cual debe ser tratado de tal forma, porque simplemente a usted no le gustaría ser tratado de una forma incorrecta. Por lo tanto hay que ser amigable con el paciente y mostrar un carácter de amabilidad.

1.4 DATOS GENERALES.

La información general del paciente, son los aspectos que lo convierten en una persona única e irrepetible y va a estar dada por lo que es:

FECHA: es importante porque indica el día en que ingreso por primera vez al consultorio.

NOMBRE: el nombre del paciente, empezando con el apellido paterno, el apellido materno y luego el nombre o nombres, esto sirve como identificación personal e individualizada de todos los pacientes.

EDAD: con la edad del paciente se sabe el tiempo que ha vivido y el desarrollo fisiológico de sus órganos y tejidos.

SEXO: el sexo, va a determinar la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

DIRECCION: la dirección debe ser completa registrando el nombre de la calle el número, la colonia, la delegación, el código postal

En estos puntos es importante comprobar que sean reales, esto se debe comprobar con alguna identificación personal y si es posible oficial.

OCUPACION : si se sabe a que se dedica el paciente, se puede catalogar el tipo de paciente, desde el nivel socioeconómico, hasta el nivel de inteligencia, el cual influye para el plan de tratamiento.

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA : el motivo principal va a ser el por qué de la consulta, sobre el cual se va a desarrollar el tratamiento.

ESTADO CIVIL : con esta pregunta se dará cuenta de la clase o condición a la cual esta sujeta la vida del paciente.

LUGAR DE NACIMIENTO : si se sabe el origen de nacimiento, se podrá dar una idea de que tipo de cultura proviene, gustos e ideas arraigadas de su país.

GRADO DE ESCOLARIDAD : se pretende saber el grado de inteligencia o simplemente si sabe leer y escribir.

CAPITULO 2

Evaluación Bucal

La historia clínica y la exploración física, constituyen el eje entorno al cual giran el diagnóstico y el tratamiento, el modo de enfocarlas debe ser ordenado y sistemático, de no ser así da lugar a soluciones descuidadas que limitan la probabilidad de lograr resultados satisfactorios.

El principal objetivo de la interacción con el paciente radica en encontrar la raíz de su preocupación y en ayudarlo a hacer algo al respecto.

(4). Al recoger información se debe ser extraordinariamente meticuloso prestando mucha atención a lo que resulte evidente, de modo que se comprenda y documente exactamente toda la información, al tiempo que se debe mantener abierta la sensibilidad a los indicios indirectos que casi siempre se encuentran en la historia clínica o en la exploración.

El proceso de diagnóstico comporta la identificación y evaluación de las entidades clínicas ya sean frecuentes o raras, así como la comprensión de los riesgos o impedimentos que el proceso patológico suponga para el normal desarrollo de la vida del paciente y el reconocimiento y localización de los hallazgos que puedan constituir anomalías.

Para la exploración bucal se requiere de :

- Guantes de látex
- Espejo dental
- Cubre-boca
- Lentes de protección
- Fuente luminosa (suficiente)

En lo que respecta al instrumental, actualmente existen espejos dentales que cuenta con una fuente luminosa propia, la cual es de gran utilidad, ya que se pueden observar con mayor claridad las zonas de mayor dificultad a observar con una simple lámpara de la unidad dental.(16)

La exploración bucal, consiste en detectar estados que se apartan de los límites normales por medio de la vista, tacto y oído. Es importante registrar lo que se ve en realidad y cualquier detalle mínimo, aunque parezca innecesario o insignificante.

2. 1 EXPLORACION DE LOS LABIOS.

La observación y palpación de los labios, se hace con la finalidad de localizar principalmente alguna patología, tomando en cuenta que la forma y dimensión de cada labio están en relación con los dientes y las encías, variando según la edad, los individuos, y las razas.

Lo primero que debe ser apreciado al explorar por inspección es la dirección de la hendidura de los labios, normalmente, estando los músculos en reposo la dirección de la hendidura es horizontal. En casos patológicos la

hendidura puede estar oblicuamente desviada, quedando las comisuras colocadas a diferentes alturas. En casos de parálisis facial atónica o flácida, la comisura labial del lado paralizado esta más baja que la del sano, cuando la parálisis es hipertónica o espástica en virtud de la contractura de los musculos correspondientes, la comisura del lado enfermo esta más alta que la del lado sano.(2)

Si durante la exploración se presentan los labios entreabiertos, ligeramente colgantes, adelgazados, dejando escapar la saliva de la boca y animados a menudo de movimientos producidos por contracciones fibrilares, se debe a una parálisis labio-gloso-faringea.

Entre las alteraciones de forma más comunes que pueden encontrarse en el labio superior, ocupa un lugar prominente " labio leporino ". Otra deformación puede ser la infiltración de ellos por edema angio-neurótico " edema de Quincke ". (2)

Por lo que al estado de la superficie se refiere, los labios pueden presentar coloraciones anormales: cianosis, palidez, etc., que son una repercusión de un estado general anormal.

Igualmente los labios pueden ser el asiento de erupciones y perdidas de substancia, como en el caso de epiteloma, y de queilosis- boqueras- que son grietas que se sitúan sobre todo en las comisuras y constituyen una manifestación de avitaminosis B2 (Riboflabina). Estomatitis comisural o angular.

Al hacer la inspección de los labios no debe dejarse de explorar la movilidad provocada, haciendo que el enfermo muestre los dientes, que contraiga el orbicular, simulando la actitud de silbar o de besar, que levante alternativamente las comisuras; igualmente debe hacerse que el paciente separe ampliamente los labios con objeto de inspeccionar el orificio anterior de la cavidad bucal que en estado normal tiene una forma oval de eje mayor perfectamente vertical. En caso de parálisis facial hipotónica, este eje se desvía torciendo su extremidad superior hacia el lado sano

La palpación de los labios puede ilustrar acerca de la consistencia de ellos que en algunos casos puede estar aumentada por infiltración edematosa, neoplásica o inflamatoria.

Para explorar la cara posterior o mucosa los labios deben ser invertidos hacia adelante, para ello se toma con el pulgar y el índice de cada mano cerca de las comisuras el labio que se va a explorar, llevándolo hacia adelante para separarlo de la arcada dentaria e invirtiendo el labio superior hacia arriba y el inferior hacia abajo, notando por la inspección el grado de desarrollo del frenillo, la coloración general de la mucosa, así como el grado de humedad .(2)

2.2 EXPLORACION DE LA LENGUA.

La inspección y la palpación son los procedimientos de exploración aplicables a la lengua y al piso de boca. Se debe observar las dimensiones

de la lengua, así como la amplitud de movimiento. Para la inspección se le pide al paciente que saque la lengua, para apreciar su tamaño, buscar desviación de la línea media, y protrusión restringida, se debe examinar el recubrimiento de la lengua para apreciar su color, grosor y adhesividad, descubrir si hay lesiones locales. Después se le pide al paciente que toque el paladar con la punta de la lengua para inspeccionar el frenillo y así valorar el límite de movilidad. Se debe palpar la región de las glándulas salivales sublinguales y los conductos maxilares en busca de cálculos (1). El objetivo de la inspección es de identificar alguna alteración, que podría ser: Glositis, Lengua escrotal, Lesiones ocasionadas por mordeduras (efecto que podría tratarse de un paciente epiléptico), Macroglosia (suele asociarse en la acromegalia) condición que dificulta la deglución y la articulación de las palabras. (2)

2.3 EXPLORACION DE LOS DIENTES.

En la exploración de las piezas dentarias, se va a registrar principalmente la vitalidad de todos los dientes, registrando a su vez los dientes que falten, los que estén cariados, las alteraciones de color, y los que tengan algún tipo de restauración. (3). Para determinar movilidad anormal y dolor es necesario, con ayuda del espejo dental revisar diente por diente ejerciendo presión lateral. La percusión de los dientes es usada exclusivamente para localizar el dolor, esta debe efectuarse en sentido longitudinal del diente y transversalmente a él, la vertical, sirve para determinar si la causa del dolor está en el ápex de la raíz y la horizontal, para saber si es en el ligamento circular donde radica la causa del dolor. La percusión también puede hacer

notar la diferencia del ruido que se obtiene percutiendo un diente sano y el que da un diente ahuecado por un proceso carioso (percusión auscultatoria).(2)

Es conveniente comprobar la vitalidad de los dientes que han cambiado de color con antecedentes de traumatismo o que presenten síntomas anormales. Es importante identificar cualquier diente en el que existen datos de cambios degenerativos que puedan llevar a la pérdida de vitalidad en el futuro, comprometiendo en esta forma la durabilidad de la prótesis.(3)

2.4 EXPLORACION DEL PALADAR.

Para la inspección del paladar tanto blando como duro, se va a observar la forma general de este, normalmente tiene la forma de una bóveda regularmente cóncava que puede adoptar ciertas variantes, el elíptico, que es el más común, enarcada, de vértice redondo y ramas convergentes, el tipo de vértice aplanado y ramas convergentes, el tipo hiperbólico de vértice redondeado y ramas divergentes, el tipo de vértice aplanado y ramas divergentes. El paladar puede adoptar una forma normalmente ojiva, esta forma coincide con un aplanamiento general de la cara, de modo que su diámetro transversal está muy reducido. Esta forma general del paladar constituye un estigma físico de degeneración.

La inspección consiste en detectar anomalías de la coloración de la mucosa y de presencia de enanemas (erupciones primarias) en ellas, la continuidad del paladar duro puede estar alterada de manera congénita, por

falta de soldadura de la hipófisis palatinas del maxilar, dando lugar a las fisuras del paladar, habitualmente es una sola que se encuentra en la parte media del paladar, muy frecuentemente estas fisuras se asocian con labio leporino y división del velo del paladar y de la úvula. Esta condición produce naturalmente trastornos serios en la deglución y en la fonación.

En la inspección del velo del paladar, puede apreciarse alteraciones en su forma, de tal manera que en lugar de formar bóveda de concavidad antero-inferior cuelga como una cortina flácida de superficie plana que parece ensanchada e inmóvil. El aumento de volumen tanto del velo como de la úvula puede presentarse en los procesos inflamatorios intensos de la amígdala y del tejido peri-amigdalino (periamigdalitis flemonosa). En el sarampión es común encontrar un puntillero rojizo.

En la sífilis secundaria existe frecuentemente en el velo y en los pilares anteriores placas de color blanco grisáceo rodeadas de una aureola roja. En ocasiones pueden encontrarse ulceraciones tanto en el velo como en las amígdalas (angina difterica y anginas pseudomembranosas de otro origen).

En la angina catarral hay una coloración roja difusa tanto en el velo y la úvula como en las amígdalas.

La exploración del paladar, del velo y de las amígdalas se emplea para tener nociones de consistencia en la que queda comprendida, naturalmente, la fluctuación. Por medio de la palpación se podrá detectar algún torus palatino que con frecuencia dificulta el diseño de la prótesis a realizar, cabe señalar

que en algunos casos es necesario intervenir quirúrgicamente para su remoción. No hay dificultad en palpar el paladar cuando la abertura de la boca es posible.

2.5 EXPLORACION DE LOS FRENILLOS.

La inspección de los frenillos es principalmente para detectar su interferencia con la prótesis a realizar: Por ejemplo el labial puede interferir con la extensión adecuada del reborde labial de la prótesis superior cuando se sustituyen los dientes anteriores., el lingual puede afectar en forma directa si se emplea una barra lingual, si se une el frenillo lingual a una altura anormal en relación con la cresta del proceso, puede emplearse una placa lingual en vez de la barra, a menos que se corrija quirúrgicamente la anomalía.

CAPITULO 3

Análisis de la Oclusión

Un examen bucal no será completo, sin una observación minuciosa de todos los dientes. Durante la exploración se determina en que grado difiere la oclusión del paciente de lo ideal y de que forma se adapta a esta diferencia.

3.1 OCLUSION IDEAL.

Para poder identificar el tipo de oclusión es necesario conocer los requisitos para considerar una oclusión ideal, y que son :

- Debe haber contactos estables de todos los dientes en una oclusión céntrica.
- Debe haber guía anterior en armonía con movimientos de límite o bordeantes.
- Debe haber desocclusión de todos los dientes posteriores en movimientos protusivos.
- Debe haber desocclusión de los dientes posteriores, en el lado de balance
- Debe haber oclusión de los dientes posteriores, en el lado de trabajo.
- Debe haber oclusión en función de grupo.
- No debe haber interferencias de oclusión, en el lado de trabajo.

Tomando en cuenta estos requisitos, se evalúa en los dientes, el alineamiento que tienen, alguna rotación, una sobreerupción, diastemas, maloclusión, superposición vertical y horizontal. Se requiere de mayor atención en el alineamiento de dientes, contactos excéntricos, relación céntrica y maniobrabilidad mandibular.

Se identifican las cúspides con presencia o ausencia de contacto dental en movimientos excéntricos, esto se puede llevar a cabo utilizando papel para articular, pidiendo al paciente que ocluya con el papel colocado entre los maxilares o por medio de una tira Mylar (la película Mylar es una delgada película que registra los contactos oclusales y transmite la información a un ordenador, todo esto es por un sistema de Soft Ware, que funciona como un menú del sistema Tek-Scan, que fue desarrollado por Maness. (7)



(SISTEMA TEK SCAN)

Se evalúan las relaciones intermaxilares tanto en Relación Céntrica como en Oclusión Céntrica, si existe discrepancia, se estiman sus componentes horizontal y vertical, y se registra cualquier desviación lateral.

Se evalúa la facilidad con la que el paciente puede llevar su mandíbula hacia adelante y hacia atrás, al igual la apertura máxima y sus movimientos de lateralidad.

3.2 ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

Un punto importante dentro del análisis de la oclusión que no se tiene que dejar pasar, es la Articulación Temporo-Mandibular, porque aquí es donde van a manifestarse todos los problemas existentes de la oclusión del paciente.

Para examinar este punto el Odontólogo localiza las cavidades glenoidea, palpando bilateralmente por delante de los tragos auriculares, y se le pide al paciente que abra y cierre la boca, tratando de detectar: crepitación, chasquido, dolor, etc... Cualquier referencia de dolor o chasquido en las articulaciones temporomandibulares o de síntomas neuromusculares como sensibilidad a la palpación se puede deber a la disfunción de la ATM, que debe tratar antes de cualquier tratamiento protésico.

Una apertura mandibular máxima menos de 40 mm. Indica limitación, dado que la apertura promedio es superior a 50 mm. También se debe registrar cualquier desviación de la línea media. Seguidamente se mide el movimiento lateral máximo, sabiendo que lo normal es de aproximadamente 12 mm.(5)

Para un mejor análisis de la oclusión del paciente se debe utilizar un articulador, que puede ser semi-ajustable, esto a su vez será de gran ayuda para el diagnóstico y el plan de tratamiento a seguir, dado que aportan información clínica de la que no se puede disponer directamente durante la exploración clínica.

El empleo de articuladores es un método práctico de proporcionar la máxima información diagnóstica con la mínima necesidad de ajuste clínico durante el tratamiento, los modelos de estudio que se articulan sobre ellos se posicionan de una forma lo suficientemente precisa como para que los errores sean mínimos y habitualmente no tengan significado clínico.

3.3 MODELOS DE ESTUDIO.

Los modelos de estudio proporcionan datos que no pueden obtenerse por otros medios y son de valor inestimable en la formulación de juicios importantes en la prescripción de la prótesis y en la elaboración del plan de tratamiento. Los modelos de estudio son tan útiles para diversas finalidades que es muy difícil llevar a cabo una prótesis parcial sin emplearlos. Es por eso que se debe considerar que el uso de los modelos de estudio nunca estarán de más en una rehabilitación protésica.

Las aplicaciones que se le dan a los modelos de estudio son :

- Como auxiliares en el diagnostico.
- En la elaboración de la prótesis, para valorar con exactitud la anatomía de las estructuras, así como la relación que guardan entre sí.
- Como reproducción tridimensional para distinguir las superficies bucales que exigen modificación para mejorar el diseño.
- Para diseñar el aparato protesico a realizar y, sirviendo como complemento de las instrucciones que se dan al técnico del laboratorio.
- Para obtener de una forma los modelos de trabajo.
- Para explicar al paciente el plan de tratamiento a seguir.

Teniendo articulados los modelos de estudio, se puede estudiar los movimientos mandibulares del paciente. Los espacios interdentarios, etc.



(MODELOS DE ESTUDIO MONTADOS EN ARTICULADOR)

3.4 OCLUSION CENTRICA.

La Oclusión Céntrica se va analizar, colocando la mandíbula en su zona de mayor intercuspidadación, valorando la clasificación de Angle, clasificación de caninos, relación de los maxilares entre si, e identificar alguna desviación mandibular.

3.5 RELACION CENTRICA.

La Relación Céntrica se va analizar, colocando la mandíbula en su parte mas posterior en relación del maxilar superior, en esta posición se observa si existen puntos prematuros de contacto o alguna interferencia oclusal, alguna desviación mandibular.

3.6 PROTECCION CANINA.

La Protección Canina se va analizar, llevando la mandíbula para un lado, de tal forma que contacten los caninos del lado de trabajo y se presente una desoclusión de todos los dientes existentes, es importante cerciorarse de que realmente no exista ni un solo punto mas de contacto.

3.7 PROTECCION ANTERIOR.

La Protección Anterior se va analizar, llevando la mandíbula para un lado, buscando el contacto de los centrales, laterales y canino, creando una desoclusion de los dientes posteriores. Esta protección distribuye el desgaste de los dientes posteriores, distribuye las fuerzas entre mas dientes, mejora la eficiencia de los movimientos incisivos proporcionando contactos laterales así como tangenciales.

3.8 PROTECCION MUTUA.

La Protección Mutua se va analizar, llevando la mandíbula para un lado y observando el contacto tanto de los dientes posteriores como de los anteriores.

3.9 FUNCION DE GRUPO.

La Función de Grupo . Se le denomina así a la distribución de las fuerzas laterales entre un grupo de dientes y no proteger a esos dientes del contacto en función descargando todas las fuerzas en un diente, en particular cuantos más dientes soporten la carga tanto menor carga soporta cada diente y así es distribuida equitativamente las cargas.

3.10 GUIA ANTERIOR.

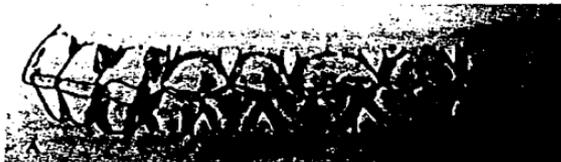
La Guía Anterior se va analizar, colocando la mandíbula en Oclusión Céntrica y se observa el traslape vertical, que es la distancia existente entre el borde incisal del diente anterior superior con la cara vestibular del diente anterior inferior, después se observa el traslape horizontal, que es la distancia existente entre el borde incisal del diente anterior inferior con la cara palatina de diente anterior superior.

3.11 CLASIFICACION DE ANGLE

Este sistema se basa en las relaciones anteroposteriores entre el maxilar y la mandíbula.

CLASE I (NEUTROCLUSION)

Las maloclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre maxilar y mandíbula. El reborde triangular de la cúspide mesiovestibular del 1er. molar superior permanente, articula en el surco bucal del 1er. molar inferior. La base ósea que soporta la dentadura inferior está directamente por debajo del maxilar y ninguna de las dos está demasiado adelante o atrás, en relación con el cráneo.



(CLASE I DE ANGLE)

CLASE II
RETROGNATA
(DISTOCLUSIÓN)

Constituyen esta clase las maloclusiones en las que hay una relación distal de la mandíbula respecto al maxilar. El surco mesial del 1 molar inferior permanente articula por detrás de la cúspide mesiovestibular del 1 molar superior permanente.



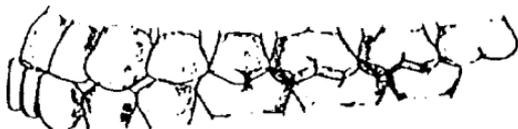
(CLASE II DE ANGLE)

División 1.-Distoclusión en la que los INCISIVOS superiores están típicamente en labioversión externa.

División 2.- Distoclusión en la que los INCISIVOS centrales superiores están en posición casi normal en el sentido anteroposterior o ligeramente en linguoversión, mientras que los incisivos laterales superiores se han inclinado labial mesialmente.

CLASE III
PROGNATA
(Mesioclusion)

Son las maloclusiones en las que hay una relación mesial de la mandíbula respecto al maxilar o el surco mesial del 1 molar inferior articula por delante de la cúspide mesiovestibular del 1 molar superior.



(CLASE III DE ANGLE)

3.12 CLASIFICACION DE KENNEDY.

La clasificación de Kennedy, básicamente es un sistema para catalogar al paciente dependiendo de los dientes ausentes en su arcada, el cual indica un solo tipo de clasificación de las cuatro y modificaciones que describe el Dr. Edward Kennedy y que a continuación se describen :

Clase I.- En esta clase se encuentran las arcadas únicamente con ausencia de dientes posteriores bilateralmente y sin ninguna otra ausencia en zona de anteriores.

Modificación I.- Esta modificación se presenta al encontrar un espacio desdentado aparte de la clasificación original.

Modificación II.- Se presentan dos espacios desdentados aparte de la clasificación original.

Modificación III.- Clasificación básica y tres espacios desdentados mas.

Modificación IV.- Presencia de cuatro espacios desdentados mas aparte de la básica.

Clase II.- En esta clase se encuentra con ausencia únicamente de dientes posteriores, pero de un solo lado, lo que diferencia de la clase I y sin ninguna otra ausencia de dientes.

Modificación I.- Se encuentra un espacio desdentado aparte de la básica.

Modificación II.- Se encuentran dos espacios desdentados aparte de la básica.

Modificación III.- Se encuentran tres espacios desdentados aparte de la básica.

Modificación IV.- Hay cuatro espacios desdentados aparte de la básica.

Clase III.- En esta clase se encuentra con ausencia de dientes de un solo lado, pero con presencia de posteriores y anteriores a esta brecha, lo que diferencia de la clase II.

Modificación I.- Un espacio desdentado aparte de la clase III.

Modificación II.- Dos espacios desdentados aparte de la clase III.

Modificación III.- Tres espacios desdentados aparte de la clase III.

Modificación IV.- Cuatro espacios desdentados aparte de la clase III.

Clase IV.- En esta clase se encuentra ausencia de dientes anteriores únicamente.

Modificación: En esta clasificación no se presentan modificaciones, puesto que cualquier espacio desdentado mas, se clasifica como alguna otra clase con su respectiva modificación.

CAPITULO 4

Evaluación Periodontal

La evaluación periodontal debe aportar información referente al estado de salud de los tejidos periféricos del diente, así como la acumulación bacteriana, la respuesta de los tejidos huéspedes y el grado de lesión que presente. Dado que es esencial una salud periodontal a largo plazo para el éxito de un tratamiento con prótesis fija.

La exploración, la empezaremos con la encía, la cual debe secarse ligeramente, de forma que la humedad no oculte cambios o detalles sutiles. Se anotan y registran el color, textura, tamaño, contorno, consistencia y posición. Seguidamente la encía se palpa cuidadosamente para exprimir el exudado o pus que puede estar presente en el surco gingival. Durante la exploración se debe descubrir cualquier desviación de estos hallazgos normales.

4.1 ASPECTOS NORMALES DE LA ENCIA.

Es de color rosa pálido; el aspecto pálido se compara al rojo de la mucosa bucal que se debe al grosor y estado queratinizado de la superficie del epitelio. El color se puede modificar por la presencia de pigmentación en personas de color oscuro y por el flujo sanguíneo a través de los tejidos .

La superficie de la encía en seco debe ser rugosa y granulada, presenta una superficie irregular, con puntilleo que parece cascara de naranja, el grado de puntilleo varia de manera considerable dentro de la clasificación normal .

La forma de la encía depende del contorno y tamaño de las áreas interdentes, las cuales a su vez dependen de la forma y posición de los dientes. La punta de la papila gingival es la parte más incisal u oclusal de la encía. El margen gingival es delgado, tiene una terminación contra el diente en forma de cuchillo y en la mayor parte de los dientes es redondeada.(8) A la palpación con un instrumento como, la encía debe ser firme, resistente y ligada con firmeza a los tejidos duros subyacentes ; La encía marginal, aunque es movable, tiene que estar adaptada a la superficie del diente. La encía se divide en libre e insertada, se sabe que esta división es imaginaria y que va del fondo del surco gingival a la superficie gingival visible opuesta a el, la encía insertada se extiende hacia el apice de cada diente, desde este punto hasta la unión mucogingival, la mucosa alveolar se continua sin demarcación en la membrana mucosa del carrillo, labio y piso de boca. El ancho de la encía varia de 1 a 9 mm, siendo mas ancha alrededor de los incisivos superiores e inferiores y decrece hacia la región de los caninos y segmentos laterales, la mas delgada se encuentra en la región de los premolares superiores e inferiores, y por lo regular con conexión con frenillos e inserciones musculares.

El margen de la encía es ondulado alrededor de las cuatro superficies del diente, en las superficies interdentarias se observa que la encía es mas alta que en las otras superficies, adoptando una forma de punta aguda, a esta extensión interdental de la encía recibe el nombre de papila gingival.(8).

Es frecuente encontrar un surco superficial entre el margen gingival y la superficie dental, este es la entrada a, el orificio del surco gingival, el cual debe de medir en un estado sano de 0.5 a 2mm., para obtener la profundidad de sondeo del surco gingival, se hace con una sonda periodontal, deprimiendo suavemente la encía marginal con la parte lateral del instrumento e introduciendo la sonda con el fin de medir la profundidad. Desde el punto de vista clínico, un surco sano no excede los 2 o 3 mm., si la profundidad excede los 3mm. se considera como una bolsa periodontal.

Se debe reconocer que una encía que sangra al menor contacto, es porque se trata de una encía enferma, pues el epitelio esta ulcerado y las bacterias rompen la unión de las células.

4.2 PUNTOS A EXAMINAR.

- a) Signos de inflamación gingival.
- b) Sondeo de profundidad de las bolsas y niveles de inserción.
- c) Determinar el tiempo de sangrado
- d) Daño en furca.
- e) Movilidad dentaria

Si existe enfermedad periodontal se debe corregir antes de emprender cualquier rehabilitamiento protesico.

a) La inflamación gingival, por lo general va a mostrar uno o mas de los cuatro signos de inflamación, como es el cambio de color, edema (tumefacción), hemorragia al sondeo ligero y exudado (liquido del surco gingival). (8).

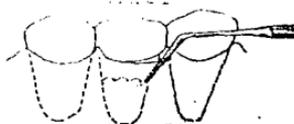
Para determinar el color, se observa y se comparan los tonos tanto de una zona sana como la supuesta enferma de toda la zona periodontal.

El edema gingival se presenta con alteración del margen gingival e incluye cambios de contorno, forma, textura y consistencia.

La hemorragia se presenta con el solo hecho de pasar una sonda periodontal ligeramente a través del surco gingival.

El exudado se valora ejerciendo presión digital a la encía de recubrimiento cerca de la base de la bolsa y se mueve hacia la corona del diente.

b) El sondeo debe registrar la profundidad de bolsa y pérdida de inserción alrededor de cada diente, el sondeo de profundidad de bolsa es la distancia del margen gingival a la base probable del surco; el sondeo de pérdida de inserción es la distancia de la unión cemento esmalte a la base probable del surco. Como una bolsa se forma en cualquier punto periférico al diente, se debe sondear su circunferencia completa, el sondeo tiene que hacerse en sentido al eje longitudinal del diente, y consiste en "medir" con una sonda periodontal calibrada y registrar el punto mas profundo en cada una de las seis superficies del diente: distovestibular, vestibular, mesiovestibular, distolingual, lingual, y mesiolingual, como regla general si la medida esta entre dos marcas de milímetro, se debe tomar la del milímetro mayor próximo.



(EXPLORACION CON SONDA PERIODONTAL)

La bolsa periodontal es la migración patológica del epitelio de unión hacia apical, de acuerdo a su relación con la cresta ósea puede ser supra o infra, la supraósea el fondo de la bolsa se encuentra coronal a la cresta ósea perdida, es de tipo horizontal y su pronóstico es desfavorable. En la infra ósea, el fondo de la bolsa se encuentra apical a la cresta ósea y una pérdida de tipo vertical, y su pronóstico es favorable.

c) El tiempo de sangrado no debe de exceder los 6 min. Que esta dentro de los valores normales.

d) En la evaluación de las furcaciones se debe registrar la presencia y extensión de destrucción del tejido periodontal de dientes multirradiculares. En salud toda furcación esta encerrada en hueso alveolar, sin embargo en la mayor parte de los dientes están 2 a 5 mm. desde la unión cemento esmalte.

Las lesiones se clasifican en : clase I.- Presencia de bolsa periodontal, pérdida horizontal del tejido de soporte que no excede un tercio del ancho del diente y sin lesión de hueso intraradicular. Clase II.- Pérdida horizontal del tejido de soporte que excede un tercio del ancho del diente pero no atraviesa la furcación de la superficie vestibular o lingual, de la mesial o distal. Clase III.- Destrucción horizontal que atraviesa de lado a lado de los tejidos de soporte de la furcación. Clase IV.- Pérdida de hueso, de encía y la raíz esta completamente expuesta.

e) La movilidad dentaria va a estar dada principalmente por la pérdida de soporte alveolar secundaria a infecciones periodontales, por lo tanto la

movilidad dental indica que hay presencia de deterioro, esto se clasifica de la siguiente forma :

Clase I .- El diente se mueve menos de 1 mm. en dirección vestibulo-lingual.

Clase II.- El diente se mueve 1 mm o mas en dirección vestibulo-lingual pero no muestra movilidad anormal en dirección oclusoapical.

Clase III.- El diente se mueve vestibulo-lingualmente y oclusoapicalmente.

Es importante recordar que todos los dientes tienen una movilidad de cierto grado la cual debe ser diferenciada de la anormal. Esta evaluación se lleva a cabo, colocando un dedo por la parte interna del diente y empujar por la parte externa con el mango de un espejo dental, como punto de referencia se utiliza el diente adyacente no movable como punto de referencia.



(EXAMINACION DE MOVILIDAD DENTARIA)

4.3 GINGIVITIS.

Es definida como la inflamación de la encía asociada a la placa y bacterias, pero se encuentra en su lugar el epitelio de unión y no existen bolsas, ni daño en el hueso. La gingivitis ha sido separada en tres estadios basados en la secuencia de eventos histopatológicos que ocurren cuando se permiten que la placa se acumule en el margen gingival; estos son: lesión inicial, que aparece dentro de los cuatro días de acumulación de placa como una reacción inflamatoria aguda. La lesión esta caracterizada por un aumento de flujo de fluido crevicular. Esta lesión inicial no es clínicamente visible. La lesión temprana sigue a la lesión inicial después de aproximadamente siete días de acumulación de placa, puede persistir por 21 días o más y es clínicamente detectable como gingivitis. Después de un período variable de tiempo, la lesión temprana evoluciona a una lesión establecida, caracterizada por un incremento más amplio en el tamaño de la encía afectada. Los signos clínicos de inflamación gingival son evidentes y pueden ser severos. La lesión establecida puede persistir aparentemente por meses o años sin progresión.(15)

4.4 PERIODONTITIS.

Clínicamente, la periodontitis esta caracterizada por inflamación gingival, bolsas y perdida de hueso alveolar. La conversión de la lesión establecida a una lesión avanzada (periodontitis) caracterizada por la destrucción de la unión del tejido conectivo a la superficie radicular y perdida de hueso alveolar. La lesión mantiene todas las características de la lesión establecida adicionalmente,

la migración apical del epitelio de unión y franca aparición de la bolsa. La invasión bacteriana de la pared de la bolsa puede ocurrir, pero esto puede ser causado a menudo, por desplazamiento o manipulación más que por una invasión real. (15)

Otro aspecto a considerar es el ligamento periodontal, ya que este representa un papel muy importante para el rehabilitamiento protesico, pues es el principal soporte de la prótesis ya que este sostiene al diente, le da resistencia al impacto de las fuerzas oclusales, creando una transmisión hacia al hueso, le da inserción del diente al hueso, le da mantenimiento a los tejidos gingivales y sus relaciones adecuadas con los dientes.

CAPITULO 5

Estudio_Radiográfico.

El estudio radiográfico, es uno mas de los elementos auxiliares de diagnostico, y es de gran interés para la rehabilitación protesica ya que por medio de los rayos "X", se puede valorar el estado de salud tanto las raices de los dientes asi como los tejidos periféricos, incluyendo el ángulo mandibular y las articulaciones temporomandibulares, que a simple vista no se pueden valorar. Las radiografias que contribuyen al diagnostico pueden ser dentoalveolares o periapacales, oclusales, panorámicas, interproximales, que serian las indispensables para complementar el diagnostico y empezar con un buen tratamiento para llegar al éxito.

El objetivo principal es valorar los tejidos que se van a involucrar en la rehabilitación protesica y de detectar cualquier anomalía, pero para esto es necesario tener conocimiento de la anatomía radiológica normal, para poder interpretar de manera correcta asi poder sumar junto con los otros signos encontrados y realizar un buen diagnostico.

Los datos que aportan las radiografias son : caries incipiente, recidiva de la misma en los márgenes de las obturaciones, endodoncias mal realizadas, cantidad de hueso de soporte de los dientes, salud de los tejidos periodontales, tamaño radicular de los dientes destinados a soportar la prótesis

presencia de dientes impactados y de dientes retenidos, quistes y otros procesos patológicos.

Para poder confiar en las radiografías es importante que cumpla con ciertos requisitos :

5.1 REQUISITOS PARA LAS RADIOGRAFÍAS.

- La radiografía debe mostrar una definición y un detalle apropiados y un grado de densidad y contraste, de modo que delimite bien sus estructuras.
- Las estructuras no deben distorsionarse por elongación o acotamiento.
- La radiografía debe mostrar al diente en su totalidad o la zona deseada.
- En un estudio completo de la boca, se debe observar todas las apófisis alveolares del maxilar superior y de la mandíbula, es decir, lo más distal posible hasta la tuberosidad del maxilar superior y hasta el inicio de la rama ascendente en la mandíbula.
- Todas las superficies interproximales de los dientes se deben ver sin superposición, siempre y cuando los dientes no se encuentren apiñados.
- El haz de rayos "X" se debe centrar en la película para que no aparezcan partes no expuestas en la radiografía.
- La radiografía no debe estar doblada, rasgada ni mostrar otros artefactos
- La radiografía debe ser revelada correctamente.

Si una radiografía no cumple estos criterios difícilmente servirá para establecer el diagnóstico, por lo tanto será conveniente repetirla. (11)

Para realizar el estudio se cuentan con varios tipos de radiografías y cada uno aporta algo extra a diferencia de las otras.

5.2 RADIOGRAFIAS DENTOALVEOLARES.

Con la radiografía dentoalveolar o periapical se puede observar todo el diente desde el borde incisal hasta el ápice y 2-3 mm. de hueso periapical. Esta radiografía es esencial para el diagnóstico del estado normal o patológico de la raíz, hueso periapical, formación y erupción del diente.



(SERIE RADIOGRAFICA CON PELICULAS DENTOALVEOLARES)

5.3 RADIOGRAFIAS INTERPROXIMALES.

Con esta radiografía se puede observar las coronas de los dientes superiores e inferiores en oclusión y sirve para detectar caries en zona interproximal, pérdida de hueso periodontal, recidivas de las caries debajo de

alguna restauración y el ajuste de las restauraciones metálicas, por lo regular se utilizan en zona de posteriores.



(RADIOGRAFIAS INTERPROXIMALES DE DIENTES POSTERIORES)

5.4 RADIOGRAFIA OCLUSAL.

Por medio de esta radiografía se puede observar la forma del arco dental, el paladar, el piso de la boca. Esta radiografía hará posible delimitar la posición verdadera y la dirección de los dientes normales o desplazados y de fragmentos dentales, la extensión de las lesiones que afecten la estructura alrededor del diente, el grado de invasión neoclásica, estudiar la formación ósea de las superficie bucal y lingual del maxilar superior e inferior y determinar la relación real de los fragmentos de una fractura.(12)



(Rx DEL MAXILAR SUPERIOR)



(Rx DEL MAXILAR INFERIOR)

5.5 RADIOGRAFIA PANORAMICA.

Por medio de este tipo de radiografía se puede observar el maxilar superior e inferior, a su vez se observa la dentición entera y el hueso de soporte de un condilo a otro en una misma película. Sin embargo, la imagen no tendrá la misma definición que se observa en una radiografía dentoalveolar o interproximal. A diferencia de las anteriores, esta se considera extraoral por la ubicación de la película.

Esta radiografía cubre también áreas como el borde inferior, el ángulo, la rama ascendente de la mandíbula y la apofisis coronoides de la mandíbula, así como todo el seno maxilar, que no se ven en los estudios intrabucales.

Las lesiones que pasarían desapercibidas en los estudios intrabucales serán detectadas en la radiografía panorámica o pantomografía.



(RADIOGRAFIA PANORAMICA)

CAPITULO 6

Diagnóstico y Plan de tratamiento.

El diagnóstico va a estar basado en el conjunto de todos métodos utilizados para la obtención de los signos que sirven para fijar el carácter peculiar de una enfermedad. Por lo tanto de esta manera el odontólogo puede determinar la enfermedad según los signos.

Después de haber completado la historia y la exploración, debe hacerse un diagnostico diferencial. El odontólogo ha de determinar la etiología mas probable de la enfermedad o enfermedades observadas y registrarlas en orden de probabilidad. Habitualmente puede llegarse a un diagnostico definitivo después de conjuntar todas las pruebas.(5)

Conociendo el diagnostico, es posible calcular un pronostico el cual es una estimación del curso probable de una enfermedad. Puede ser difícil de hacer, aunque debe recordarse su importancia para la comprensión del paciente y para el éxito del plan de tratamiento. El pronóstico de los trastornos dentales es influido por factores generales (edad del paciente) y por factores locales (fuerzas aplicadas a un diente determinado, acceso para medidas de higiene oral). Por ejemplo una persona joven con enfermedad periodontal tendrá un pronostico mas reservado que una persona anciana con la misma enfermedad.(5)

Plan de Tratamiento : Una vez hecho un buen diagnostico, se podrá planear el tratamiento a seguir, el cual debe de ser el mas indicado para lograr el éxito deseado

Un plan de tratamiento satisfactorio se basa en la adecuada identificación de las necesidades de los pacientes y determinar las medidas correctivas adecuadas, incluyendo el tratamiento definitivo y un programa de atención de seguimiento

Una técnica recomendable para llevar a cabo la elaboración y presentación del plan de tratamiento, es la de dejar pasar una o dos citas, para que durante este tiempo se pueda analizar y estudiarse sin apresuramiento, los modelos de estudio, radiografías, y antecedentes. Aun en los casos mas difíciles, es posible elaborar un plan de tratamiento provisional con los datos clínicos reunidos.

La planeación del tratamiento consiste en la formación de una secuencia lógica de tratamiento en etapas diseñadas para restaurar la salud en la dentición del paciente, con una función y apariencia optima.

El plan debe presentarse de forma escrita y discutirse en detalle con el paciente, con el fin de utilizarse como lista de revisión para asegurar que no se ha pasado por alto ninguna etapa del tratamiento, por si hay necesidad de remitirlo alguna otra clínica para que se realice una parte del tratamiento. Un buen plan de tratamiento, informa al paciente sobre el estado actual, la extensión del tratamiento dental propuesto, el tiempo, costo, nivel de atención

en el hogar y de controles profesionales requeridos para alcanzar un éxito apreciable. Además, antes de emprender cualquier procedimiento irreversible, el paciente debe comprender que es bastante posible que algunos detalles deban modificarse durante el curso del tratamiento.⁽⁵⁾

La verdadera finalidad del plan de tratamiento es idear una serie de procedimientos clínicos mediante el cual se lleve a cabo de la manera mas rápida y eficaz el tratamiento. Cada paso debe preceder a otro en forma lógica. Aun cuando el orden exacto de los procedimientos varia según las necesidades de cada paciente, pero primero debe atenderse el mal principal a la mayor brevedad, sobre todo cuando ha provocado dolor o molestia. Esto puede exigir la eliminación de caries profunda y colocación de obturaciones temporales en uno o varios dientes, incluyendo la necesidad de la extracción de un diente grave mente lesionado, todo ello en las primeras fases del tratamiento. En otros casos es necesario la intervención quirúrgica con fines de conveniencia protésica.

El ajuste oclusal es otra fase dentro del plan de tratamiento, con el objetivo de establecer una correcta oclusión para determinar el diseño de la prótesis.

El tratamiento parodontal, se lleva a cabo con el propósito de eliminar, o cuando menos controlar los factores predisponentes de la enfermedad.

El tratamiento endodóntico, se realiza en dientes con degeneración pulpar o patología apical, considerándose también candidatos los dientes vitales que requieran tratamiento con endopernos por falta de corona dental.

El tratamiento restaurativo, se realiza una vez conociendo el diseño de la prótesis a elaborar, con el fin de no interferir posteriormente o lo contrario, para determinar el diseño.

El tratamiento protesico, es por ultimo que dará por terminado el plan de tratamiento, devolviendo su apariencia natural y su funcionalidad.

Si se intenta que el paciente se conforme a un concepto de plan de tratamiento "ideal" en vez de hacer que el plan de tratamiento se conforme a las necesidades del paciente, es probable que no se tenga éxito. (5)

Dentro de los objetivos del plan de tratamiento esta el: corregir una enfermedad existente, prevenir una enfermedad futura, restaurar la función y mejorar la apariencia.

CONCLUSIONES.

Hacer un buen manejo de la ficha protésica al igual que los auxiliares de diagnóstico, será el mejor camino para evitar el fracaso. Para lograr el éxito deseado, se deben tomar varios factores que intervienen de una forma directa o indirecta.

En primer lugar se habla de la comunicación con el paciente, la cual es mucha importancia, porque de esta forma se puede lograr que el paciente llegue a confiar en el odontólogo, al hablar de confianza se debe tener muy en alto la ética tanto profesional, como personal, pues no hay que olvidar que va a estar de por medio la reputación del odontólogo. La confianza con la que el paciente se puede desenvolver para informar, es básica para desarrollar una buena historia clínica.

En segundo lugar, la cuestión clínica, donde se requieren ciertas habilidades y conocimientos para poder llevar a cabo todo un procedimiento de examinación bucal, para poder realizar un buen diagnóstico y trabajar sobre un plan de tratamiento bien establecido desde el principio.

El Odontólogo tiene la responsabilidad de explotar todos los medios y/o recursos que sean necesarios para llegar a un diagnóstico certero, y evitar que un tratamiento que a fracase a futuro.

Por lo tanto para lograr ese éxito tan deseado, no solo en los tratamientos protésicos sino en cualquier otro tratamiento bucal, ya sea desde una simple caries hasta algún tratamiento quirúrgico, debe realizarse una historia clínica completa

Por medio de este trabajo, invito a todos mis compañeros Odontólogos que hagan un poco de conciencia y le den la importancia que tiene una buena historia clínica, para su mejor desempeño profesional.

REFERENCIAS

- (1) "EXAMEN Y DIAGNOSTICO CLÍNICOS" Emer L. de Gowin, m.d. m.a.c.p.
2a. Edición La Prensa Médica Mexicana S.A.de C.V. México, D. F. 1991
- (2) "MANUAL DE TÉCNICA MEDICA PROPEDEUTICA"
Dr .Francisco Cuevas. 8a Edición.
- (3) "PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE" Dr. Ernest L. Miller.
Edición Interamericana México, D.F. 1993.
- (4) "MANUAL MOSBY DE EXPLORACIÓN FÍSICA" Henry M. Seidel, m.d.
2a Edición España, Barcelona, 1993
- (5) "PRÓTESIS FIJA, PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO"
Stephen F. Rosenstiel, b.d.s. m.s.d. 1a.Edición Salvat España, Barcelona, 1991
- (6) "OCLUSIÓN" Major M. Ash / Sigurd Ramfjord, l.d.s. m.s.
4a Edición., Sunders Company Philadelphia,PA. 1995
- (7) "EVALUATION, DIAGNOSIS, TREATMENT OF OCCLUSAL PROBLEMS.
Peter E. Dawson. d.d.s.2a Edición, Mosby Company.St. Louis , Missouri, 1989

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- (8) "PERIODONCIA" Robert J Genco, dds., ph d
1a Edición. Interamericana México, D.F., 1993
- (9) "PERIODONTOLOGIA CLÍNICA DEGLICKMAN"
Fermin A. Carranza, jr. dr odont 3a Edición. Interamericana. México, D.F., 1986
- (10) "RADIOLOGÍA PARA EL AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA"
Herbert H. Frommer, a b , d d s 1a Edición, Mosby México, D.F., 1993
- (11) "RADIOLOGÍA BUCAL" H. Guy Poyton
1a Edición. Interamericana.
México, D.F., 1992
- (12) "GUÍA PARA LA EXPLORACIÓN DENTAL" Rita A. Mason.
2a Edición. México, D.F., 1982.
- (13) "ATLAS DE RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA. Friedrch A. Pasler
1a Edición. Ediciones Cientificas. Barcelona, 1992.
- (14) "DIAGNOSTICO CLÍNICO" Helen Klusek Hamilton
1a Edición. Interamericana. México, D.F. 1985.
- (15) "DIAGNOSTICO PERIODONTAL Y AYUDAS DIAGNOSTICAS" Jack Caton.
American Academy of Periodontology.
- (16) "CLINICAL EVALUATION OF ILUMINATE DENTAL MIRROR"
Oral Surg 81 : 180- 185, 1996.

BIBLIOGRAFIA.

MAJOR M. ASH / SIGURD RAMFJORD, L.D.S, M.S.

"Oclusión"

4a Edición., Saunders Company Philadelphia,PA. 1995

FERMIN A. CARRANZA, JR. DR Odont.

"Periodontología Clínica de Glickman"

3a Edición, Interamericana. México, D F., 1986.

DR FRANCISCO CUEVAS :

"Manual de Técnica Médica Propedeutica" 8a Edición.

PETER E. DAWSON. D.D.S.

"Evaluation, Diagnosis, Treatment of occlusal problems.

2a Edición, Mosby Company. St. Louis , Missouri, 1989

HERBERT H. FROMMER, A.B., D.D.S.

"Radiología para el auxiliar de Odontología" 1a Edición, Mosby México, D.F.,
1993

ROBERT J. GENCO. DDS., Ph.D

"Periodoncia"

1a Edición, Interamericana. México, D.F., 1993

- EMER L. DE GOWIN, M.D. M.A.C.P.
"Examen y Diagnostico Clínicos"
2a. Edición La Prensa Médica Mexicana S.A.de C.V. México, D. F. 1991.
- H. GUY POYTON.
"Radiología Bucal"
1a Edición, Interamericana. México, D.F.,1992.
- HELEN KLUSEK HAMILTON
"Diagnostico Clínico"
1a. Edición, Interamericana. México, D.F. 1985.
- RITA A. MASON.
" Guía para la Exploración Dental"
2a. Edición, México, D.F., 1982.
- DR. ERNEST L. MILLER.
"Prótesis Parcial Removible"
Edición Interamericana México, D.F. 1993.
- JEFFREY P. OKESON, DMD.
"Oclusión y Afecciones Temporomandibulares"
1a Reimpresión, Mosby, 1996.
- FRIEDRCH A. PASLER
"Atlas de Radiología Odontológica.
1a Edición, Ediciones Científicas. Barcelona, 1992.

HENRY M. SEIDEL, M.D.

"Manual Mosby de Exploración Física"

2a Edición España, Barcelona, 1993.

HERBERT T. SHILINBURG / SUMIYA HOBO / LOWELL D. WHITSETT.

"Fundamentos de Prostodoncia Fija"

Reimpresión. 1990.

STEPHEN F. ROSENSTIEL, B.D.S. , M.S.D.

"Prótesis Fija, Procedimientos Clínicos y de Laboratorio"

1a. Edición Salvat España, Barcelona, 1991.

WILSON R.D.

"Restaurative Dentistry Advances in Periodontologic."

Edi. 5a Esencia Public.