

243



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

REHABILITACIÓN ORAL DEL PACIENTE
GERIÁTRICO

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A :
LUZ MARÍA HERNÁNDEZ MORALES

DIRECTOR: C.D. ROLANDO DE JESÚS BUNEDER
ASESOR: C.D. FERNANDO RICARDO BURGOS AVELARDE

México, D. F.

2001



070
292105



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.

INDICE.

I. Introducción.

II. Antecedentes.

III. Aspectos clínicos, sintomatología del paciente geriátrico.

IV. Atención odontológica en el paciente geriátrico.

V. Tratamiento oral en el paciente geriátrico.

VI. Patología oral en el paciente geriátrico.

VII. Enfermedades sistémicas.

VIII. Metodología.

IX. Bibliografía.

Te agradezco mamá por el sacrificio que hiciste por darme una carrera, por tus palabras de aliento, por tu amistad y por tus jalones de orejas que me diste cuando las necesite, gracias por brindarme tu comprensión y apoyo.

Te quiero mucho.



Papá te agradezco el sacrificio que hiciste por darme una carrera, por la amistad que me has brindado durante toda mi vida y que espero no defraudar nunca. Gracias también, por motivarme a seguir superandome cada día más.

Te quiero mucho.

A mis hermanos, Leodegario, Graciela y Jose Luis:

Les agradezco su compañía y amistad que me han brindado incondicionalmente; espero ser un buen ejemplo para ustedes. Y le pido a Dios que siempre nos mantenga juntos y que guie su camino.

A mi esposo Rafael:

Te agradezco tú comprensión,
amistad y amor que me has brindado
desde el principio, por tus palabras de
apoyo, por contar contigo cuando lo necesito
Y mas que nada por estar siempre en mi
mente y en mi corazón, gracias cielo.

Te quiero mucho.



A mi bebé Rafael:

Te agradezco infinitamente y aunque no lo
Comprendas, por el tiempo que no pude
atenderte, pero que ahora te agradezco, espero
ser ejemplo para tu futuro y guiar tus pasos mas
adelante, te quiero con todo mi corazón.

A mi asesor el doctor

Fernando Ricardo Burgos Avelarde
Le agradezco su tiempo y amistad que
me ha brindado durante este tiempo,
espero no defraudarlo nunca Y seguir
siempre adelante, por todo esto.

Muchas Gracias.

Agradezco a mi maestro, amigo y doctor Jorge Pérez por enseñarme cosas importantes como lo es la superación y la entrega a la carrera, gracias doctor por ser una persona valiosa, y escucharme cuando lo necesito, espero no defraudarlo nunca.

Agradezco a mi Facultad por darme la oportunidad de haberme preparado en una de las mejores Instalaciones del país y por haberme visto crecer Profesionalmente.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme abierto sus puertas para ser una persona preparada y útil para la sociedad.

Agradezco al doctor Rolando Buneder por enseñado cosas nuevas en la carrera y que me ayudaron para ser una persona mejor preparada.

Agradezco a todas las personas que hicieron posible que llegara este momento importante en mi vida, a mis amigos, a los doctores Javier Medina, y Luis Rosas a todos ellos gracias.

I. INTRODUCCIÓN.

Las personas de edad avanzada no siempre aportan síntomas, quizá porque temen que puedan diagnosticárseles enfermedades graves o simplemente porque asumen sus problemas como parte del envejecimiento. A menudo la exploración minuciosa de un síntoma aparente trivial revelara un proceso patológico, el médico debe estar prevenido ante indicios de un problema oculto teniendo en cuenta al mismo tiempo que su origen puede ser una situación de tensión física, social y emocional.

Problemas que enfrenta el paciente geriátrico.

A)Físicos.

- a)Patología artrítica;
Afecta la locomoción.
- b)Enfermedades cardiovasculares;
que limitan el ejercicio físico.
- c)Patología neurológica;
compromete la función intelectual.
- d)Otras como:
Infecciones pulmonares;
cáncer, que ocasiona dolor, dependencia y muerte.

B)Emocionales.

- a)Depresión. (soledad)
Se ha estimado que el 10% de los pacientes geriátricos presentan tristeza o depresión.

b)Alteración del autoestima.

Las causas principales son pérdidas físicas, económicas y laborales.

C)Sociales.

- a)Jubilación.
- b)Dependencia.



II. ANTECEDENTES.

Anexamos las enfermedades referidas por la paciente así como manifestaciones que tomamos en cuenta durante el tratamiento.

- **Artritis Reumatoide:** Durante el tratamiento no presento manifestaciones de gravedad y de riesgo para el tratamiento solo se observó y enfatizó a la paciente el tener sus precauciones tomando sus medicamentos (piroxicam, 1 tableta diaria) y también hacer hincapié de mantenerse en movimiento continuo para no dejar avanzar la enfermedad.
- **Osteoporosis:** Se determinó mandar hacer un estudio de osteodensitometría en el cual nos reporta que de acuerdo al criterio de la organización mundial de la salud para la osteoporosis la paciente presento un síndrome osteoporotico severo con 26% de desmineralización y un riesgo de fractura de 4 veces mayor a la población en general y en el cual nos refieren otra desintometría después de 10 meses, el tratamiento no se determinó por lo que la paciente no asistió a la cita con su doctor. (se anexa estudio)
- **Hipotensión:** Se tomó la presión de la paciente antes y después del tratamiento dental en el cual la paciente presenta un rango de presión de 120/70 mmHg a 110/60 mmHg, por lo que no se consideró que la paciente presentara riesgo de una presión baja pero no se descartó y se tomaron todas sus precauciones.
- **Vértigo:** Aquí la paciente refirió haber padecido de mareos y en alguna ocasión pérdida del equilibrio por lo cual se mantuvo en constante observación a la paciente pero durante el tratamiento dental no se manifestó ninguna de estas referidas.

III. ASPECTOS CLINICOS, SINTOMATOLOGÍA DEL PACIENTE GERIATRICO.

III.1. Definición de ancianidad:

Enfermedad crónica necesariamente mortal que todos deseamos evitar y sin embargo, todos deseamos. (Santiago Ramón y Cajal)

III.2. Características clínicas.

1. Presencia de polipatología: hipotensión.
2. Cuadro clínico atípico.
3. Diagnostico diferencial distinto.
4. Complicaciones secundarias.
5. Convalecencia prolongada.

III.3. Consideraciones de las enfermedades de los pacientes geriátricos.

Alteraciones en la homeostasis en medio del interno y las disminución del sistema inmune atípicas.

III.4. Manifestaciones clínicas.

III.4.1 Origen de las enfermedades.

1. A los cambios anahemofisiológicos.
2. Presencia de polipatología.
3. Acción de múltiples medicamentos.(polifarmacia)
4. Cáncer de la piel.
5. Polimialgia reumática.
6. Artritis gigante.

III.4.2. Enfermedades mas comunes.

1. Arteriopatias. (arterosclerosis)
2. Osteoartritis.
3. Osteoporosis.
4. Demencia senil.
5. Enfermedad de parkinson.

III.4.3. Mujeres.

1. Enfermedad del sistema músculo esquelético.
2. Diabetes.
3. Alteraciones visuales y mentales.

III.4.4. Hombres.

1. Enfermedad pulmonar crónicas obstructivas.
2. Síndrome ácido péptico y sordera.

III.4.5. Signos y Síntomas Frecuentes.

III.4.5.1. Dolor.

En el paciente geriátrico el umbral del dolor es alto, frecuentemente minimiza su presencia.

III.4.5.2. Cefalalgias.

Es menos frecuente en el adulto joven.

III.4.5.3. Dolor torácico.

1. Frecuentemente producido por padecimientos degenerativos inflamatorias del sistema músculo esquelético.(osteoporosis).
2. El dolor de costillas puede deberse a la osteoporosis.
3. Angina de pecho y algunas insuficiencias coronarias(infarto del miocardio)

III.4.5.4. Dolor abdominal.

Las causas mas frecuentes son las oclusiones intestinales tanto de la pares(hernia)como intra abdominales y las colecistitis aguda así como apendicitis aguda, tumores intestinales, válvulas de colon, ileos con cálculos biliares.

III.4.5.5. Anorexia y perdida de peso.

1. Son estados de ansiedad y manifestaciones precoces de depresiones y psicosis.
2. Tratamientos prolongados sin indicaciones muy precisas de los medicamentos como sedantes y digitalicos.
3. La insuficiencia cardiaca no tratada correctamente provoca anorexia.

III.4.5.6. Astenia .

1. Debilidad general o fatiga, es causada por infecciones crónicas, neoplasias, anemias, endocrinopatías y sobre todo las tiroideas, así como algunas alteraciones metabólicas del tipo de la hipercalcemia e hiponatremia.
2. La astenia es uno de los signos mas significativos de la insuficiencia cardiaca y será mas si hay hipotensión arterial agregado.

III.4.5.7. Fatiga.

1. La fatiga acompañada de inactividad física voluntaria anorexia, insomnio y negativismo puede ser la manifestación de una depresión severa que conduce al suicidio.
2. Los tranquilizantes hipnóticos ocasionan astenia y somnolencia

III.4.5.8. Fiebre.

1. Infecciones o padecimientos sistémicos.
2. Neumonía, infecciones de vías urinarias, enfermedades malignas y neoplasias.
3. Temperatura de 38.5°C por mas de 3 semanas y con análisis sin buenos resultados y por lo cual se le conoce como fiebre de origen desconocido(FOD)

III.4.5.9. Disfagia.

1. Consiste en la dificultad para deglutir.
2. Los problemas por masticación y disfagia son frecuentes(30-40%)
3. Las neumonías por aspiración refleja una falla en el mecanismo de deglución
4. Son de tres tipos: disfagia orofaríngeas, disfagia mesofagica y disfagia distal.

III.4.5.10. Vértigo y mareos.

1. Inestabilidad posicional, asociado a alteraciones del oído medio(laberinto)
2. Asociada a alteraciones o efectos secundarios del empleo de medicamentos.

III.4.5.11. Sincope.

1. Es la pérdida transitoria de la conciencia.
2. Es originado por el déficit de flujo sanguíneo cerebral, ocasionando una anoxia al cerebro.
3. La disfunción puede ser de origen cerebral; mecanismo circulatorio, metabólicos y neuropsicológicos.

III.5. Infecciones en el paciente geriátrico.

1. Las infecciones son las causas mas frecuentes de morbilidad y mortalidad en las edades extremas de la vida (infancia y vejez).
2. Causa del incremento de infecciones en el anciano.
3. Declinación inmunológica.
4. Cambios anatomofisiológicos de aparatos y sistemas.
5. Patología subyacente.
6. Tratamiento con fármacos que disminuyen mas sus defensas.
7. Malos hábitos higiénicos-dietéticos.

IV. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO.

La atención dental del paciente adulto constituye un aspecto preponderante de la práctica odontológica teniendo una importancia en los ancianos suelen presentar una problemática clínica compleja por los aspectos emocionales y sociales que involucran, esos cuidados resultan cruciales para permitir al paciente adaptarse a la enfermedad y al tratamiento.

IV.1. Características del aparato estomatognático en el paciente geriátrico.

IV.1.1. Atrición.

Se refiere a la pérdida de tejido dentario causada por el desgaste fisiológico de los dientes como resultado de la masticación.

IV.1.2. Abrasión.

Es el desgaste patológico de los dientes, a consecuencia de hábitos o empleo anormal de sustancias abrasivas en la boca.

IV.1.3. Erosión.

Es la pérdida de la estructura dental, a partir de un proceso químico no bacteriano.

IV.1.4. Pérdida de dientes.

Debida a extracciones previas por enfermedad periodontal o traumatismos de diversa índole.

IV.1.5. Atrofia de hueso alveolar.

Ocasionada por la falta de piezas dentales sin una pronta restitución mediante prótesis.

IV.1.6. Cambios en la mucosa oral.

Debida a la placa dentobacteriana que es una película blanda, pegajosa y mucilaginosa que se acumula en los dientes, especialmente sobre sus porciones cervicales. Gingivitis y periodontitis. Ardor bucal

IV.1.7. Cambios en la lengua.

IV.1.8. Cambios en la articulación temporomandibular.

IV.1.9. Cambios en la cantidad y composición de la saliva.

IV.1.10. Aumento en la incidencia de cambios maligno.

IV.2. Dientes.

IV.2.1. Color.

IV.2.2. Grietas longitudinales en la corona.

IV.2.3. Atrición; desgaste de los cuellos dentales(stress, mala oclusión.).

IV.2.4. Pérdida de sustancia dentaria por desgaste.

IV.2.5. Atrición. El esmalte y la dentina presentan cambios escleróticos, es moderada, leve o grave, puede producir abrasión y aparecer caries(interproximal) y a nivel de cuellos.

IV.2.6. Abrasión. Se refiere a la pérdida del esmalte de los dientes por el desgaste patológico causado por cuerpos extraños. Hay que hacer hincapié en que se a utilizado durante mucho tiempo la abrasión como índice general de la edad, pero no se ha podido establecer una relación exacta entre ambas. De Jonge, observo que a los 30 años de edad la abrasión esta habitualmente limitada al esmalte; a los 40 años se llega a la dentina; a los 50 años existe una extensa abrasión; a los 60 años la totalidad de la superficie oclusiva esta aplanada y, por ultimo, a los 70 años puede llegarse al cuello de la pieza. Existe una valiosa función fisiológica habitualmente observada en los dientes de individuos de edades avanzadas, como es la formación de la dentina secundaria que detiene un poco el proceso natural de la abrasión ,a la cual se le consideraba patológica , relacionada con la calcificación y degeneración de la pulpa.

IV.2.7. Erosión. Donde la pérdida de los tejidos es causada por la descomposición química de la sustancia dental que no requiere la presencia de bacterias.

IV.3. Cambios dentarios.

1. Oclusión de los tubulos dentarios, formándose dentina esclerótica(menor sensibilidad dentinaria).
2. La magnitud del desgaste depende del tipo de dieta, bruxismo, numero y posición de dientes y pacientes con regurgitación recurrente. Este desgaste provoca un deposito compensatorio del cemento alrededor de los ápices.

IV.4. Perdida de dientes.

Es el cambio mas notable en el sistema estomatognático, la perdida de dientes es el efecto de las dos enfermedades mas frecuentes; caries y periodontitis.

IV.5. Caries.

La caries es una enfermedad que se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que traen como resultado la destrucción final del diente, esta destrucción que avanza hacia dentro desde la superficie dentaria externa, es el resultado de ácidos producidos por bacterias en el medio ambiente inmediato del diente, la caries se caracteriza por el cambio de color, perdida de la traslucidez y descalcificación de los tejidos afectados, se destruyen tejidos y se forman cavidades este periodo se denomina periodo de cavitación. (katz)

1. Factores que influyen.
2. Menor higiene dental.
3. Factores retenedores de placa dentobacteriana.
4. Bifurcaciones y superficies radiculares expuestas.
5. Superficies de dentina desgastada.

IV.6. Dientes inclinados.

IV.6.1. Pulpa.

1. Depósitos de dentina que empequeñecen la cámara.
2. Reducción del foramen apical.
3. Degeneración de pequeños vasos.
4. Inervación reducida.
5. Descenso de la actividad vascular.
6. Aumenta el contenido fibroso y disminuye el celular.

IV.7. Membrana periodontal.

Es un problema multifactorial que reacciona de dos maneras:

1. Si la cavidad no se conserva limpia, la acumulación de placa bacteriana afecta los tejidos, lo cual produce enfermedad periodontal.
2. Estrechamiento del espacio de la membrana periodontal, desgaste intenso y adherencia firme a los dientes.

La gingivitis y la periodontitis son enfermedades inflamatorias de origen bacteriano.

IV.8. Gingivitis.

Este se refiere a la inflamación de las encías, y es atribuida a diversas causas, pero comúnmente se encuentra asociada a pacientes con desequilibrios emocionales, deficiencias nutritivas, mujeres embarazadas o en la menopausia, y suele estar relacionada a la placa bacteriana y al cálculo subgingival. Es frecuente también encontrar la bolsa gingival y supraósea, que son lesiones inflamatorias y que a menudo, no se limitan solamente a la encía, sino que se han extendido por los tejidos subyacentes; es decir hueso y espacios medulares. También se toma en cuenta que la unidad gingival, puede conservar al principio su fijación al diente; sin embargo, los cambios inflamatorios pueden conducir a la destrucción de las fibras, a la proliferación epitelial y a una migración con dirección apical, por lo que es fácil deducir el aflojamiento y migración de los dientes afectados, con la rápida pérdida de hueso.

IV.8.1. La gingivitis es reversible y a sido definida en base.

1. Tipo de exudado.
2. Manifestaciones clínicas.
3. Etiología.
4. Asociación con enfermedades sistémicas.
5. Asociación con medicamentos.
6. Asociación por factores locales.
7. Duración.

IV.8.2. Estadios de la gingivitis.

1) Lesión inicial.

Acumulación de placa dentobacteriana en el borde libre de la encía.
Cambios de inflamación aguda.
Aumento de la migración de exudado inflamatorio.
Fluido surcal.

2) Lesión temprana.

Se desarrolla después de 4 días de la lesión inicial.
Enrojecimiento y tumefacción.
El surco de la encía se profundiza.

3) Lesión establecida.

Incremento en la tumefacción.
Sangrado surcal y exudado.
Cambios en la coloración.
Puede durar meses o años sin que progrese.

IV.9. Periodontitis. Esta comprende la inflamación gingival asociada con un surco gingival patológico profundo (formación de la bolsa) y la pérdida de hueso alveolar alrededor del diente afectado comúnmente entraña una mínima inflamación gingival pero una rápida y localizada del hueso alveolar. La periodontitis mas frecuentes en personas mayores son:

1. **Periodontitis Aguda.** o absceso periodontal lateral se desarrolla como una complicación de bolsas gingivales o periodontales. Los abscesos son causados por invasión de bacterias piógenas a través del epitelio de la bolsa y secundaria a microtraumatismos o bloqueo del flujo de los exudados inflamatorios que provienen de la bolsa periodontal. La impactación de cuerpos extraños, como semillas, restos de palomitas o cerdas del cepillo dental, pueden originar el problema. Esta enfermedad la presentan pacientes con osteomielitis.
2. **Periodontitis Crónica.** Es un padecimiento de adultos, de progresión lenta, que destruye las estructuras de soporte de los dientes. Comprende un equilibrio huésped parásito de la placa dental y la reacción del organismo a esta. Cuando este equilibrio se perturba, el padecimiento progresa. Cuando recurren episodios de actividad del padecimiento en una lesión periodontal ya establecida, se le llama lesión avanzada, esta enfermedad se manifiesta en personas mayores de 35 años y se subdivide en simple(se origina por la placa y cálculos, comprende pérdida ósea horizontal) y compleja(se refiere a situaciones en la que la respuesta del huésped ha sido alterada o en la que participan factores locales poco comunes).

IV.10. Factores sistémicos.

1. Desnutrición.

La enseñanza de la nutrición y sus principios son relegados, el mayor énfasis reside en el tratamiento de los distintos estados patológicos después que se producen, prestando poca atención al papel de la nutrición en la prevención de las enfermedades, el tratamiento nutricional es una parte integrante del tratamiento de muchas enfermedades degenerativas crónicas del hombre, el dentista debe estar informado sobre los nutrientes y los conceptos de nutrición como lo está sobre la instrumentación para una preparación cavitaria, la indicación clínica de los materiales dentales, la prescripción de drogas etc, la nutrición es la ciencia de los alimentos y su relación con la salud.

2. Defectos del sistema inmunitario.

3. Tratamiento con fármacos.

4. Disfunciones endocrinas.

5. Padecimientos hereditarios.

6. Estrés. A lo largo de su desarrollo el organismo humano sufre modificaciones de naturaleza histológica, que dan como resultado alteraciones funcionales. La edad como elemento determinante de estos cambios, incide de forma variable en cada uno de los individuos, la falta de educación en cuanto a higiene personal, bucal y la posible falta de motivación en la vida senil. Las existentes condiciones de estabilidad económica, así como la falta de la propia orientación e integración familiar con algunas de las causas por la que se tiene la creencia que la pérdida de dientes en la vejez es algo natural e inevitable.

IV.11. Factores etiológicos locales.

1. Placa dentobacteriana. es el agregado de bacterias, glucoproteínas salivares y sales inorgánicas que se acumula sobre la superficie dentaria
2. Cálculos dentales. o tártaro dental es la masa mineralizada adherente que se forma sobre la superficie de los dientes se clasifica de acuerdo con su ubicación relativa al margen gingival. Tártaro supragingival es la expresión usada para referirse al que se forma por encima del margen gingival mientras que subgingival se refiere al que se forma por debajo de aquel, el tártaro supragingival se encuentra frecuentemente cerca del conducto de las glándulas salivares principales y su composición química varía en las distintas zonas de la boca su color es blanquizco o blanco amarillento es duro pero friable y se lo elimina fácilmente con el raspado, el tártaro subgingival se forma por debajo del margen de la encía de manera que la determinación de su presencia, ubicación, y cantidad, requiere un sondeo cuidadoso con un explorador es denso y duro, de forma aplanada, marrón oscuro o verde oscuro y está muy firmemente adherido a la superficie de los dientes.
3. Impactación de alimentos.
4. Traumatismos por oclusión.
5. Prótesis dentales defectuosas.
6. Maloclusión.
7. Respiración bucal.

IV.12. Metas de la cirugía periodontal.

1. Limpieza y alisado de la raíz.
2. Reducción y eliminación de la bolsa.
3. Eliminación de la inflamación.
4. Favorecimiento de la regeneración.
5. Creación de una morfología fisiológica.

IV.13. Atrofia del hueso alveolar.

1. Transformación y resorción del proceso alveolar.
2. Reducción en altura sobre el lado, vestibular del maxilar superior y sobre el lado lingual de la mandíbula.
3. Deficiencias nutricionales (avitaminosis).

IV.14. Factores que determinan la velocidad de la pérdida de hueso.

1. Pérdida dental es menor si se pierde un solo diente.
2. Daño al realizar la exodoncia.
3. Características de los alvéolos remanentes.
4. Por enfermedad periodontal.

IV.15. Cambios estructurales.

Aumenta la pérdida ósea, en la mandíbula el reborde alveolar es en filo de cuchillo. Superficialización del agujero mentoniano, la rama ascendente parece mas larga.

IV.16. Mucosa.

1. Atrofia.
2. El epitelio se adelgaza.
3. Aumento de colágeno.
4. Se reduce la queratinización de paladar y las encías.
5. Carrillos y labios tienden a queratinizarse.
6. La mucosa es pálida, lisa y seca.
7. Se reduce el tono y la elasticidad.
8. El bermellón de los labios se estrecha.
9. La lengua se torna lisa por la atrofia papilar.

IV.17. Articulación temporomandibular.

Desgaste de cóndilos puede llegar a una anquilosis(no hay rotación ni traslación).

IV.18. Signos y síntomas.

1. Dolor.
2. Sensibilidad muscular.
3. Chasquido del movimiento.
4. Limitación del movimiento

IV.19. Cambios degenerativos.

1. Aplanamiento de la superficie articular.
2. Reducción del cóndilo.
3. Se presentan islas de cartilago en el disco articular.

IV.20. Cambios radiográficos.

- 1. Erosiones marginales.**
- 2. Depósitos osteofíticos.**
- 3. Osteoporosis y quistes subcondrales.**
- 4. Niveles de las superficies articulares.**
- 5. Esclerosis.**
- 6. Reducción de la distancia entre las superficies articulares.**

IV.21. Glándulas salivares.

- 1. Al aumentar la edad descende la secreción de la mucosa debido al deterioro de su epitelio glandular.**
- 2. Aparecen cambios patológicos específicos, afectando la secreción de las glándulas salivares.**
- 3. La enfermedad crónica disminuye la producción de saliva (obstrucción de las glándulas (cistolitos) xerostomia, polimedicación).**

V. TRATAMIENTO ORAL EN EL PACIENTE GERIÁTRICO.

V.1. Endodoncia.

Rama de la odontología que se encarga del estudio del diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico del tejido pulpar.

El tratamiento de endodoncia en el paciente geriátrico se lleva a cabo por medio de los siguientes pasos:

1. Prueba visual. Observar al paciente desde que llega, ver si hay inflamación extraoral, ver si durmió, ver si hace gestos de dolor.
2. Palpación. Se palpa con el índice y el medio y se palpa para saber la limitación de la tumefacción para saber si es blanda o dura.
3. Pruebas térmicas. Pruebas de frío (cloruro de etilo, hielo o aire) y prueba de calor(se hace con gutapercha caliente lo mas cerca de la cámara pulpar).
4. Prueba eléctrica. Se lleva a cabo con un vitalómetro, que pasa corriente a través de una punta activa, pero hay error por que las fibras periodontales responden.
5. Pruebas periapicales. Percusión horizontal(dolor en el periodonto) y percusión vertical(dolor en el periapice).
6. Prueba de masticación.
7. Sondeo. Para ver las bolsas periodontales, ver conductos accesorios, ver lesiones en el endoperio.
8. Transluminación. Se utiliza un punto luminoso a través de las paredes de esmalte para saber si hay algún tipo de fractura, se coloca en la cara vestibular del diente.
9. Prueba radiográfica. Se observa zonas anatómicas presentes, hueso, si hay alguna lesión ósea, numero y forma de raíces, caries restauraciones, ligamento periodontal y forma de conductos.

V.1.1. Diagnóstico endodontico.(pulpo-periapical)

El diagnóstico endodontico o diagnóstico pulpar nos ayudara para saber si tenemos una pulpa vital o no vital, para saber si es necesario anestesiarse o no, y si es necesario medicar o no, como en el caso que se vean involucrados tejidos blandos por un absceso periapical, en este diagnóstico encontraremos las siguientes patologías de la pulpa.

1. Pulpitis reversible.
2. Pulpitis irreversible.
3. Pulpitis hiperplásica crónica(pólipo pulpar).
4. Dolor.
5. Necrosis pulpar.

V.1.2. Diagnóstico periodontal.

Encontramos variabilidad en las patologías del periodonto como son:

1. Periodontitis apical aguda.
2. Periodontitis apical crónico.
3. Periodontitis apical supurativa.
4. Granuloma
5. Quiste periapical.
6. Absceso periapical.
7. Absceso crónico.
8. Absceso fénix.

V.1..3. Aislamiento.

1. Absoluto(dique).
2. relativo(algodones).

V.1.4. Acceso.

Es la entrada directa hacia el ápice radicular quitando techo cameral.

V.1.5. Postulados del acceso.

1. Diseño de la cavidad.
2. Forma de conveniencia.
3. Eliminación de la dentina cariosa remanente(restauraciones defectuosas).
4. Limpieza de la cavidad.

V.1.6. Exploración del techo cameral.

Con los instrumentos PCE1 Y PCE2

V.1.7. Instrumentación.

1. Limas tipo K= El tipo de instrumentación es: Impulsión y tracción.
2. Ensanchador= El tipo de instrumentación es: Impulsión, $\frac{1}{4}$ de vuelta y tracción.
3. Hedstrom= El tipo de instrumentación es: Impulsión, recargar sobre las paredes y tracción.

V.1.8. Técnica de instrumentación.

1. Técnica de retroceso. Creada para conductos curvos crea un conducto mas recto, consiste en limar de 3 a 4 limas a misma conductometria después la ultima es la maestra y separar 1 mm en cada lima que sigue.
2. Técnica de Oregon. Indicada en conductos angostos o en necropulpectomia.
3. Técnica vertical. Esta indicada cuando hay conductos accesorios.

V.1.9 Cirugía endodontica.

Existen varios tipos de tratamientos como por ejemplo.

1. Curetaje Apical.
2. Apicectomia.
3. Radisectomia.
4. Hemiseccion.
5. Cirugía periapical.

V.1.10. Tipos de colgajos para endodoncia.

1. Luebke o chibein.
2. Semilunar.
3. Rectangular.

V.1.11. Endoposte.(foto 50)

Se realiza de la siguiente manera.

1. Se realiza tratamiento de conductos.
2. se desobtura con fresas gates de uno grueso a uno delgado de 3 a 8 mm.
3. Se toma La impresión con acrílico de alta precisión y con un palillo de plástico dando forma al acrílico para después vaciarlo.

V.2. Operatoria.

V.2.1. Resinas de fotocurado.

Se colocan sobre una loseta varias porciones pequeñas de resina reforzada del color que se ha elegido. Se lleva la primera porción a la cavidad y se condensa, primero, con un condensador de tamaño adecuado y, luego, con una bolita de algodón o telgopor ligeramente humedecida en resina fluida.

Se aplica la lámpara activadora desde oclusal, durante un minuto. Se repite el procedimiento con la segunda, tercera, cuarta, etc, porciones hasta llenar la cavidad. Cada porción no debe tener un espesor mayor de 2 mm. Cuando se ha llenado la cavidad, se aplica la matriz oclusal para reproducir la forma anatómica correcta. Como en este momento no se puede aplicar la lámpara por oclusal, se procede así.

1. Se aplica la lámpara sobre la superficie del diente que este libre y permita la transmisión de la luz, durante 1 minuto.
2. Se retira la matriz oclusal y se aplica la lámpara durante 40 segundos desde la tronera bucal, para completar la activación y la polimerización del material. La luz puede dañar la vista. Es conveniente no mirar la luz y protegerse con filtros o lentes color anaranjado.
3. Se retira la matriz proximal y se aplica la lámpara activadora 40 segundos desde la tronera bucal, para completar la polimerización de toda la masa, especialmente en la zonas mas profundas de la caja proximal donde la luz puede no haber llegado con suficiente intensidad en las etapas anteriores. Si es necesario, se repite lo mismo desde la tronera lingual.
4. Se observa con cuidado y, si ha quedado algún poro o hueco, se corrige agregando mas material de obturación. Cuando se utilizan las cuñas de plástico que reflejan la luz, se polimeriza primero la caja proximal, aplicando la lámpara en la cabeza de la cuña. Luego, se polimeriza la mitad bucal de la caja proximal, con la lámpara desde bucal. Finalmente, la mitad lingual, desde dicha cara. Esto reduce la contracción. (técnica de Lutz y Col)

V.3. Periodoncia.

La exploración periodontal es un procedimiento esencial no solo para detectar la existencia de la enfermedad, sino también para poder llegar a un diagnostico, pronostico y tratamiento. Además del examen inicial deben realizarse exploraciones posteriores, una vez empezado el tratamiento, a fin de poder evaluar la progresión de la enfermedad. La exploración periodontal debe hacerse de una manera practica y sistemática y la información obtenida debe quedar registrada y documentada de forma adecuada.

Podemos recoger los datos necesarios durante la primera visita, momento en que el paciente nos expone el motivo de la consulta. A pesar de ello, tras esa

primera entrevista debemos realizar diversas exploraciones tanto intra como extraorales.

V.3.1. Secuencia de exploraciones.

V.3.1.1. Entrevista.

La entrevista consiste en los siguiente.

1. Información general.
2. Motivo de la consulta.
3. Cuestionario.
4. Antecedentes patológicos y enfermedad actual.
5. Antecedentes dentales y enfermedad actual.

V.3.1.2. Exploración extraoral.

Deben examinarse los labios en cuanto a su contorno y su posible deshidratación.

V.3.1.3. Exploración intraoral.

1. Placa y calculo.
2. Encía.
3. Bolsa periodontal.
4. Tejidos blandos orales.
5. Movilidad dentaria.
6. Oclusión.
7. Dientes.
8. Restauraciones.
9. Afectación de furca.

V.3.1.4. Estudios de modelos.

V.3.1.5. Examen radiográfico.

V.3.1.6. Examen físico.

V.3.1.7. Instrumental de exploración.

1. Exploración general. Espejos, exploradores, sondas y excavador.
2. La cantidad de placa se determina mediante agentes reveladores de placa.
3. Exploración de posible empaquetamiento de restos de alimentos, una vez que el paciente nos ha referido su historia de empaquetamiento de restos de comida, procederemos al examen de los mismos mediante hilo de seda, enjuagues, técnica de cepillado de barrido.
4. Examen oclusal. Lápiz demográfico, laminas de cera, papel de articular y pinzas para sostener el papel de articular.
5. Estudio de modelos. Cubetas de impresión, taza, espátula, yeso, calibrador y material de impresión.
6. Examen radiográfico. Para facilitar la exploración se emplea una lupa para las radiografías.
7. Fotografía intraoral. Separadores de mejilla, espejos cámara fotográfica, se utilizan para el registro y revisión de las condiciones clínicas.
8. Medidor GCF (medidor de fluido crevicular gingival). El periodotron (medidor de GCF) es un aparato simple que se emplea para medir la cantidad de exudado gingival, importante para determinar la severidad de la inflamación gingival.

V.3.1.8. Diagrama de la exploración.

En la exploración periodontal se emplean varios tipos de diagramas. Una hoja para la entrevista, un gráfico para la medición de bolsas, para la movilidad dentaria, un registro de control de placa, del índice de placa y del índice de cálculo. También presentamos un gráfico para el registro de cada diente individual y su relación con el periodonto, un gráfico para el análisis oclusal, otro gráfico para el registro de los factores etiológicos y tratamiento a seguir así como un cuestionario. Mientras dura el tratamiento también se utilizan hojas de curso e impresos de procedimientos de registro.

V.3.2. Diagnóstico.

Se entiende por diagnóstico la técnica que identifica una enfermedad y determina sus características y estado. La identificación de la enfermedad y el establecimiento de un diagnóstico son los pasos esenciales en el planteamiento del tratamiento. La enfermedad se caracteriza por sus etiologías subyacentes y su pronóstico, todo ello tanto si se prescribe o no un tratamiento. Esto son factores importantes a la hora de establecer un diagnóstico.

V.3.3. Pronóstico.

En la determinación del pronóstico de un paciente con patología periodontal deben tenerse en cuenta dos aspectos importantes.

1. El estado general de la boca.
2. El estado de cada pieza dentaria.

V.3.4. Plan de tratamiento.

El tratamiento periodontal va dirigido a establecer y mantener la salud y función del periodonto. Precisa de la interrelación entre el cuidado del periodonto y otras fases de la odontología. El concepto de tratamiento total incluye lo siguiente.

1. Tejidos blandos.
2. Aspectos funcionales.
3. Aspectos sistémicos.
4. Mantenimiento del caso.

V.3.5. Cirugía periodontal.

Al establecer el plan de tratamiento, el objetivo final es la eliminación de las bolsas. La cuestión de cual de los métodos quirúrgicos debe utilizarse se basa en el IQ dental, la colaboración, la capacidad de higiene oral y la respuesta al tratamiento periodontal de cada paciente. Las decisiones también se basan en consideraciones sobre el contorno gingival postoperatorio previsto y su capacidad de corrección y el nivel de anclaje y su posibilidad de mantenimiento tras la cirugía. La movilidad postoperatoria de los dientes y la capacidad del dentista también son factores importantes en el plan de tratamiento.

V.3.6. Tratamiento facial.

La terminación del tratamiento periodontal no constituye la finalización del tratamiento, la fase final debe incluir una serie de tratamientos dentales encaminados a la restauración de una dentición funcional y estética.

V.3.7. Mantenimiento.

El mantenimiento es un paso importante en el tratamiento, durante el cual, clínico y paciente colaboran para mantener la salud periodontal y la función obtenida como consecuencia del tratamiento. En los pacientes con un pobre control de placa, destrucción avanzada, afectación de la furca o que conservan pocas piezas, la patología puede recurrir con facilidad si no se asegura un mantenimiento efectivo.

V.4. Prótesis.

V.4.1. Postes Prefabricados.(foto 49)

Una ventaja de los postes prefabricados es la simplicidad de la técnica. Se selecciona un poste que se ajuste a las dimensiones del canal y únicamente se requieren retoques mínimos para asentarlo en toda la profundidad del espacio del poste. La mitad coronal del poste puede tener un ajuste deficiente porque el canal radicular se ha ensanchado. Esto se corrige añadiendo material cuando se fabrica el muñón.

V.4.2. Coronas metal-porcelana.(Foto 48)

La porcelana dental puede adherirse a diversas aleaciones metálicas. El procedimiento es similar al del glaseado de los recipientes domésticos y a los baños y lavabos de acero. Las aleaciones utilizadas en odontología pertenecen a tres grupos.

1. Aleaciones de metales preciosos que contienen una porción elevada de platino y oro.
2. Aleaciones semipreciosas que contienen una proporción elevada de plata paladio.
3. Aleaciones de metales no nobles que contienen una elevada proporción de níquel-cromo.

Las diferencias en cuanto al coste entre distintas aleaciones son muy grandes. Sin embargo, todas ellas comparten las propiedades de una temperatura de fusión elevada, de forma que la porcelana se pueda adherir a la superficie mediante fusión sin que el metal se funda, circunstancia que permite la adhesión de la porcelana sin que se afecte su color, así como su colado, su soldadura y su pulido en el laboratorio dental. De estas aleaciones, las primeras que se desarrollaron fueron las de alto contenido de metales preciosos, aleaciones que todavía se utilizan con frecuencia. Sin embargo, su elevado coste ha favorecido el desarrollo de las otras

modalidades, si bien estas aun no tienen las buenas propiedades de manejo ni la precisión que presentan las de metales preciosos.

V.5. Prótesis removible.

La prótesis removible consta de los siguientes componentes.

1. Conectores. Son los elementos encargados de unir partes separadas de una prótesis removible se dividen en.
 - Conectores mayores superiores.
Barra palatina simple.
Barra palatina doble.
Franja o cinta palatina.
Placa palatina en herradura.
Placa palatina parcial.
Placa palatina total.
 - Conectores mayores inferiores.
Barra lingual.
Doble barra lingual.
Placa lingual.
Barra labial.
2. Retenedores. Son los elementos de una prótesis que ofrecen la resistencia al desplazamiento de la misma fuera de su sitio. Las bases de la prótesis, cuando tiene la extensión adecuada así como una buena adaptación a los tejidos subyacentes, contribuyen, significativamente a la retención como resultado de la adhesión, la cohesión, presión atmosférica y la gravedad considerados en la retención para dentaduras completas. Esto es también válido para prótesis parcial removible de bases amplias o para el extremo libre. Sus requisitos son.
 - Soporte.
 - Retención.
 - Estabilidad.
 - Reciprocación.Existen varios tipos de retenedores.
 - Retenedores directos.
Intracoronarios y extracoronarios (retenedores circunferenciales y retenedores tipo barra).
 - Retenedores indirectos.
3. Apoyos.
4. Bases.
5. Dientes artificiales.

VI. PATOLOGÍA ORAL EN EL PACIENTE GERIÁTRICO.

VI.1. Cambios en las mucosas orales.

1. Variación en equilibrio de la lengua.
2. Pérdida de peso corporal.
3. Enfermedad sistémica.
4. Polimedicación.

VI.2. Características clínicas.

1. Color rojizo tipo coral.
2. Aspecto brillante.
3. Pérdida de puntilleo.
4. Adelgazamiento de la capa epitelial.
5. Pérdida de la elasticidad de tejido conjuntivo.
6. Disminución en la irrigación.
7. Regeneración muy lenta.

VI.3. Síndrome de Sjögren.

1. Reacción inmunitaria.
2. Queratogingivitis.
3. Xerostomía.
4. Destrucción de glándulas salivares y lagrimales.
5. Aumento en el riesgo de caries, enfermedad periodontal y candidiasis, en 50% de los pacientes hay crecimiento de la parótida, presentan artralgias, mialgias y fatiga.

VI.4. Medicamentos que afectan la secreción salival.

1. Antidepresivos.
2. Sedantes.
3. Antihipertensivos.
4. Anticolinérgicos.

VI.5. Ranula.

1. Tipo de mucocéle que aparece en el piso de la boca.
2. Traumatismo y obstrucción de los conductos.
3. Bloqueo por cálculos salivares o sialolíticos.
4. Masa unilateral de tejido blando, de consistencia suave de color blanco azulado.

VI.6. Quiste por retención mucosa.

1. Se produce por retención de flujo salival.
2. Se localiza en paladar, mejilla, piso de la boca y raras veces en el labio inferior.

VI.7. Sialodentitis.

1. Provocada por mal nutrición y deshidratación.
2. Flujo salival reducido.
3. Instalación retrograda de bacterias en las glándulas salivales.
4. Implicación unilateral de la parotida.
5. Elevación de la temperatura.
5. Aguda inflamación de la glándula.
6. Dolor.

VI.8. Cándida Albicans.

Enfermedad producida por un hongo llamado *Monilia Albicans*, este microorganismo habita comúnmente en la cavidad bucal, aparato digestivo y vagina.

VI.9. Candidiasis pseudomembranosa aguda.

1. Es una de las manifestaciones mas comunes, por lo regular ocurre en las personas débiles o crónicamente enfermas.
2. Son placas ligeramente elevadas de color blanco semejantes a coágulos de leche.
3. Se localiza en la mucosa bucal, lengua, paladar, encías y piso de la boca.
4. Las placas blancas por lo regular se puede eliminar con una gasa.

VI.10. Cándida atrófica cutánea.

1. Lesiones mas rojas o eritematosas.
2. Es la única que causa dolor.

VI.11. Cándida hiperplásica crónica.

1. Tipo leucoplásico de la candidiasis.
2. Son placas firmes de color blanco persistente.
3. Se localizan en labio, lengua y carrillos.
4. Esta lesión puede durar años.

VI.12. Cándida mucocutánea crónica.

1. Presentan lesiones bucales de todos tipos.
2. Son placas firmes color blanco persistente.
3. Aparece en los mismos lugares.

VI.13. Cándida atrófica crónica.

1. Se considera con el sinónimo de la enfermedad conocida como la boca ulcerada por el uso de prótesis total.
2. Es una inflamación difusa del área que soporta la dentadura y a menudo se presenta con una quelitis angular.
3. El tratamiento para la candidiasis con antimicóticos específicos como la nistatina.

VI.14. Quelitis angular ó perleche.

1. Asociada con el mal funcionamiento de la prótesis(perdida de la dimensión vertical).
2. Se debe a la pérdida de apoyo de los tejidos faciales.
3. Se asocia a la presencia de la cándida albicans.
4. Se debe a la posición incorrecta de los dientes anteriores superiores.

VI.15. Liquen plano atrófico.

1. El blanco principal son las enfermedades basales del epitelio.
2. El mecanismo de daño se relaciona con la inmunidad celular.
3. Su formación típica es la red en formación de encaje.

VI.16. Hiperqueratosis.

1. Pérdida de la capa de enfermedades queratinizadas(paladar),tejido sensible a la irrigación mecánica, química y bacteriana.
2. Es una placa blanca asintomático.
3. Su causa es la irritación crónica.
4. El tratamiento es eliminar irritantes.

VI.17. Leucoplasia.

1. Placa blanca asintomático que no se separa al frotar.
2. Causa desconocida(alcoholismo, tabaquismo).
3. Lugares mas frecuentes, mejillas, lengua y piso de boca.
4. Su principal condición es precancerosa.
5. Su tratamiento es una biopsia y extirpación.

VI.18. Hiperplasia por prótesis o épulis fissuratum.

1. Principalmente resulta de la resorción ósea alveolar.
2. Los bordes de la prótesis se insertan en los tejidos periféricos.
3. La ulceración y cicatrización produce hiperplasia y flacidez del tejido.
4. Su tratamiento es quirúrgico.

VI.19. Estomatitis por prótesis.

1. Presenta inflamación de la mucosa que soporta una dentadura artificial.
2. Es muy común y se conoce también como boca ulcerada por prótesis.
3. Sus síntomas son coloración escarlata brillante en el área del paladar cubierta por la prótesis.

VI.20. Deficiencias nutricionales.

1. Lengua lisa y atrófica(quelitis angular).
2. Sensación del gusto anormal(glosoporosis).
3. Su tratamiento es corregir el desorden metabólico.

VI.21. Lengua.

Por falta de vitamina B12

VI.22. Glositis atrófica.

1. Es una inflamación.
2. Forma leve, superficiales limitados, es tan común que se considera un estadio normal.
3. Forma severa, es mas rara lo presentan los ancianos que viven en asilos.
4. Su causa es debido a la mala nutrición, deficiencia de complejo B, anemia macrocítica.
5. El tratamiento es corregir el problema metabólico.

VI.23. Lengua geográfica.

1. Da la apariencia de mapa.
2. Lesiones blancas angulares, con centro atrófico rojo.
3. Presenta patrón migratorio sobre el dorso de la lengua.
4. En ocasiones suele ser dolorosa.
5. Su causa es desconocida (tabaquismo, genético).
6. No tiene tratamiento (sintomático).

VI.24. Lengua fisurada.

1. Sus grietas son grandes.
2. Puede resultar de una inflamación de la lengua de larga duración.
3. Es irreversible.
4. Son más susceptibles los pacientes con parálisis facial y con quelitis granulomatosa.
5. Sus grietas son profundas que son buen medio de cultivo.
6. Su tratamiento es la limpieza.

VI.25. Varicosidades linguales.

1. Pacientes con enfermedades cardiopulmonares.
2. Es un proceso de envejecimiento normal.
3. Las venas se ven oscuras o de color púrpura.
4. Se encuentran en la zona ventral de la lengua.
5. Están asociadas con problemas cardiopulmonares.
6. No requiere de tratamiento.

VI.26. Síndrome de ardor bucal (glosoprosis).

1. No presenta lesiones clínicas reconocibles.
2. Los síntomas de ardor y dolor pueden ser intensos.
3. Se exacerban por las tardes.
4. Su etiología varía con frecuencia es difícil de diagnosticar.

VI.27. Causas.

1. Microorganismos.
2. Xerostomia, acompañada de síndrome de sjogren.
3. Trastornos nutricionales.
4. Anemia perniciosa.
5. Desequilibrio hormonal.
6. Anormalidades neurológicas.
7. Diabetes sacarina.
8. Traumatismos mecánicos.
9. Causas idiopáticas.

VI.28. Características clínicas.

1. Mayor prevalencia en mujeres mayores de 45 años.
2. El ardor se relaciona con alteraciones de gusto y xerostomía.
3. Es causado por el tratamiento dental(dentaduras, extracciones etc).
4. No se encuentra alteración de la mucosa oral.

VI.29. Tratamiento.

1. Cuando la causa es deficiencia nutricional, su tratamiento es de reemplazo.
2. El uso de nistatina o clorotimazol.
3. Cuando no se puede identificar el factor causal, es muy difícil de tratar.

VII. ENFERMEDADES SISTEMICAS.

VII.1. Artritis reumática..

Síndrome crónico caracterizado por inflamación inespecífica y habitualmente simétrica de las articulaciones periféricas, con capacidad de destruir progresivamente las estructuras articulares y periarticulares, con manifestaciones sistémicas o sin ellas, su causa es desconocida, su incidencia es mayor en las mujeres y entre un rango de 25 a50 años de edad.

VII.1.1. Clínicamente.

Se presenta en forma insidiosa suele ser a veces asintomático e iniciarse clínicamente por deformidades articulares, puede comenzar de forma aguda con intensas manifestaciones artríticas y sistémicas.

VII.1.2. Diagnóstico.

Rigidez matutina en y alrededor de articulaciones, con una duración mínima de 1 hora antes de la mejoría máxima.

Artritis de 3 o mas áreas articulares, observada por un médico.

Artritis de las articulaciones interfalángica proximal, metacarpofalángica o de la muñeca.

Artritis simétrica.

Nódulos reumatoides.

Presencia de factor reumatoide.

Erosiones radiográfica y/u osteopenia periarticular en articulaciones de la mano y/o muñecas.

VII.1.3. Tratamiento.

El tratamiento de primera elección son los salicilatos a dosis de 3-7,5g/día . Hay que considerar que la vida media de estos fármacos aumenta con su uso prolongado al saturarse las vías de conjugación, a lo que hay que añadir la hipoalbuminemia frecuente en los ancianos.

Pueden utilizarse los antiinflamatorios no esteroideos y no salicílicos que presentan algunas ventajas frente a los salicilatos, como son la dosificación mas simple, menor efecto gastroerosivo y, evidentemente, ausencia de salicilismo.

Los esteroides pueden usarse en dosis bajas (7,5 mg/día de prednisona en dosis única matutina).

En pacientes con artritis reumatoide progresiva y con intolerancia o escasa respuesta antiinflamatoria se usan fármacos inductores de la remisión (antipalúdicos, sales de oro).

VII.1.4. Manifestaciones en boca.

Las articulaciones temporomandibulares suelen estar afectadas bilateralmente en la artritis reumatoide. Los síntomas mas frecuentemente mencionados por los pacientes son dolor sordo profundo en las articulaciones y limitación de la abertura mandibular. El dolor suele asociarse con las fases tempranas agudas de la enfermedad, pero no es común en etapas tardías . Otros síntomas frecuentes son la rigidez matutina de la articulación, ruidos articulares e hipersensibilidad e hinchazón encima de la articulación afectada. Los síntomas suelen ser pasajeros y solo en una pequeña proporción de pacientes con artritis reumatoide las articulaciones temporomandibulares experimentan invalidez grave y permanente.

Los signos clínicos mas comunes son dolor a la palpación de las articulaciones y limitación de la abertura. También puede ser evidente la crepitación, es frecuente observar micrognatia y mordida abierta anterior en pacientes con artritis reumatoide juvenil.

Los cambios radiográficos en la ATM asociados con artritis reumatoide pueden incluir espacio articular estrechado, lesiones destructoras del condilo, y limitación de los movimientos condíleos en esta enfermedad hay pocas señales de proliferación marginal u otros de actividad reparadora, en contraste con los cambios radiográficos observados en la enfermedad articular degenerativa.

VII.1.5. Tratamiento bucal.

Se suele tratar con drogas antiinflamatorias junto con terapéutica para otras articulaciones afectadas. El paciente debe seguir una dieta no irritante durante la fase aguda del proceso patológico, pero evitando la fijación intermaxilar por el peligro de anquilosis fibrosa. Se establece lo antes posible un programa de ejercicios, para aumentar los movimientos mandibulares tan pronto cedan los síntomas agudos. Cuando los pacientes sufren síntomas severos hay que pensar en emplear esteroides por vía interarticular.

El tratamiento quirúrgico de la articulación esta indicado en enfermos con proceso inactivo que sufren trastorno funcional grave. La técnica mas utilizada es la condilectomia alta, frecuentemente con inserción de materiales aló plásticos como el silástico.

VII.2. Hipotensión.

Descenso excesivo de la PA (mayor 20/10mm Hg. típicamente) al adoptar la posición erecta.

La hipotensión ortostática no es una enfermedad específica, sino una manifestación de la regulación anormal de la PA, debida a varias causas.

VII.2.1. Etiología y fisiopatología.

El estrés gravitacional de la incorporación súbita provoca normalmente una acumulación de la sangre en los vasos venosos de capacitancia de las piernas y del tronco. La disminución transitoria subsiguiente del retorno venoso y del gasto cardíaco produce una disminución de la PA. Los barorreceptores del cayado aórtico y los cuerpos carotídeos desencadenan reflejos autónomos que rápidamente la normalizan provocando una taquicardia transitoria. Estos cambios reflejan principalmente el aumento, mediado por el simpático, de los niveles de catecolaminas, que aumenta el tono vasomotor de los vasos de la capacitancia, aumenta la frecuencia cardíaca y la contractibilidad miocárdica y mejora así el gasto cardíaco, la vasoconstricción arterial y venosa están mediadas por mecanismos similares, la inhibición vagal aumenta también la frecuencia cardíaca, continuando en pie. La secreción de ADH y la activación del sistema de la renina - angiotensina - aldosterona provoca una retención de Na y agua y el aumento del volumen sanguíneo circulatorio.

Cuando las porciones aferente, central, o eferente del reflejo autonómico están alteradas por la enfermedad o las drogas, la contractibilidad miocárdica o la capacidad de respuesta vascular esta disminuida, hay hipovolemia, o las respuestas hormonales son defectuosas estos mecanismos homeostáticos pueden ser insuficientes para restablecer la PA disminuida.

VII.2.2. Causas.

VII.2.2.1. Hipovolemia.

Causa más frecuente de la hipotensión sintomática, producida por el uso excesivo de diuréticos (furosemida, bumetanida y ácido etacrinico) la hipovolemia relativa se debe al tratamiento vasodilatador con preparados de nitrato y bloqueadores de Ca (verapamilo, nifedipina, diltiazem, amlodipina) o inhibidores de la ECA.

Disminución del tono vasomotor causadas por el reposo prolongado en la cama.

Se presenta en mayor número en personas diabéticas que en los no diabéticos tratados con fármacos.

Se presenta secundariamente a la vasodilatación durante las enfermedades febriles.

VII.2.2.2. Hipovolemia grave, aguda o subaguda.

Presenta hipotensión debida a la disminución del gasto cardiaco.

VII.2.2.3. Diabetes mellitus no controlada.

Hay hipotensión y deshidratación cuando se presenta hemorragia, vomito o diarrea, los graves presentan sudoración excesiva o la diuresis osmótica a menos que la sustitución de los líquidos y electrolitos sea suficiente.

VII.2.2.4. Hipotasemia.

Altera la reactividad del músculo vascular liso y puede limitar el aumento de la resistencia vascular periférica al permanecer de pie.

VII.2.2.5. Hipofunción adrenocortical de la enfermedad de addison.

Hipotensión, hipovolemia ante la falta de ingestión suficiente de sal.

VII.2.2.6. Fármacos que reducen la presión arterial.

Dosis excesivas de antihipertensivos(metildopa, * clonidina, reserpina, bloqueantes ganglionares).

Bloqueadores b-adrenergicos poco frecuentes.

a-adrenergicos (prazosina).

Los fármacos de hipotensión postural que se inicia en pequeñas dosis con titulación gradual en aumento.

Los fármacos que alteran en forma reversible de postura en pie.

Los empleados para afecciones siquiátricas como los inhibidores de la monoamino oxidasa(ixocarboxacid, fenelzina, tranilcipomina) para la depresión.

Antidepresivos triciclicos (nortriptilina, amitriptilina, pramina, imipramina, protriptilina).

Antidepresivos tetraciclicos.

Fármacos fenotiazinico antipsicoticos (clorpromazina ,promazina ,tioridazina).

Quinina, levodopa barbitúricos y alcohol.

Agente neoplásico vineristina, grave hipotensión de larga duración por su neurotoxicidad.

VII.3. Trastornos que afectan en la hipotensión.

Neuropatía diabética, amiloidosis, porfiria, tabes dorsal, siringomielia, sección de la medula espinal, anemia perniciosa, neuropatía alcohólica, síndrome de Guillan-Barre (poli neuropatía post infecciosa) y síndrome de Riley-day (disautonomía familiar), simpatectomía quirúrgica, las afecciones vasopáticas o la insuficiencia venosa periférica (venas varicosas graves). La enfermedad de parkinson puede ser agravada por la levodopa. La hipotensión puede ser una componente de la respuesta vasomotora del síndrome de dumping posgastrectomía, síndrome de shy-drager la noradrenalina plasmática no aumenta en posición erecta, hipotensión idiopática afección neuropática, las terminaciones nerviosas simpáticas se presentan deplecionadas de esta hormona.

VII.4. Hipotensión en adultos.

Esta definida como una patología por el descenso de más de 20 mm Hg. de la tensión arterial sistólica al pasar de clino a bipedestación puede dar origen a cuadros clínicos en el anciano que van desde el mareo hasta el síncope.

VII.4.1. Clasificación.

Tiene 2 clasificaciones.

Ortostática, Ocasional o Episódica.

Colapso del tono reflejo simpático, hemorragia aguda, golpe de calor, pérdidas de líquidos gastrointestinales, deshidratación, pérdidas de líquidos por quemaduras extensas.

Recurrente.

Trastornos neurológicos centrales, Idiopática (degeneración del centro vasomotor), enfermedad de shy-drager, enfermedad de wernicke, neoplasias ponto medulares, siringomielia, placas o infartos ponto medulares, neuropatías periféricas, tabes dorsal, neuropatía amiloide, neuropatía autonómica (diabetes), neuropatía inflamatoria crónica, depleción vascular crónica, enfermedad de addison, enteropatía perdidora de proteínas.

VII.4.2. Manifestación clínica.

Puede no presentar sintomatología o hasta cuadros neurológicos de intensidad variable, sobre todo en ancianos con circulación cerebral comprometida previamente y pérdida de la autorregulación del flujo cerebral apareciendo desde mareos y vértigo al levantarse de la cama o del sillón hasta confusión, temblor, debilidad, caída, alteraciones del equilibrio, síncope e incontinencia urinaria.

VII.4.3. Diagnóstico.

Para confirmar su diagnóstico hay que tomar la tensión arterial de cubito y en posición erecta 3min después y realizar una batería de pruebas que permita excluir otros diagnósticos (historia clínica, exploración física completa, analítica, ECG).

VII.4.4. Manejo clínico.

La hipotensión asintomático no requiere de tratamiento específico, el tratamiento depende de la causa y en algunas de ellas se reconoce un tratamiento específico, sobre todo en las de origen neurológico y en el tratamiento sintomático se centra.

Evitar el prolongado encamamiento.

Elevar la cabecera de la cama 20° sobre la horizontal.

Evitar cambios bruscos en la postura (al incorporarse en la cama o al levantarse de la silla).

Eliminar medicamentos que produzcan hipotensión.

Corregir los factores que disminuyan el volumen circulante (anemia, deshidratación, hiponatremia, hipocaliemia).

Coloración de medias elásticas en extremidades inferiores o fajas abdominales.

Si las medidas sintomáticas fracasan, está indicado el empleo de fluorocortisona, a dosis de 0.3 a 0.8 mg diarios, como expansor de volumen. Se puede favorecer la transmisión adrenérgica como simpático miméticos (fenilefrina y efedrina). Se puede utilizar también fármacos vasoconstrictores renales e inhibidores de síntesis de prostaglandinas con menos éxito, otros fármacos que podemos emplear son los bloqueadores con actividad simpático mimética intrínseca.

VII.5. Osteoporosis.

Disminución generalizada y progresiva de la densidad ósea (masa ósea por unidad de volumen), que produce debilidad esquelética, aunque la proporción entre elementos orgánicos y minerales permanece inalterada. La formación y resorción del hueso están perfectamente equilibradas en el hueso normal. En la osteoporosis la tasa neta de resorción ósea supera a la de formación de hueso, provocando una reducción de la masa ósea sin defectos en la mineralización del hueso. En las mujeres la actividad de los osteoclastos está aumentada por el descenso del nivel de estrógenos. Cuando los hombres y mujeres superan los 60 años de edad, la actividad osteoblástica desciende de manera sustancial. Los hombres con descenso prematuro de la producción de testosterona pueden presentar un aumento de la actividad osteoclastica. Estos cambios ocasionan una mayor pérdida neta de hueso. La cantidad de hueso disponible como soporte mecánico del

esqueleto acaba descendiendo por debajo del umbral de fractura y el paciente puede sufrir una fractura sin traumatismo o como consecuencia de un traumatismo leve. La pérdida ósea afecta al hueso cortical y trabecular.

VII.5.1. Histológicamente.

Existe una reducción del grosor cortical y del número y tamaño de las trabéculas de hueso esponjoso, con anchura normal de los conductos osteoides. En la osteoporosis posmenopáusica típica predomina la pérdida de hueso trabecular. Pueden coexistir un defecto en la mineralización (osteomalacia) y la osteoporosis..

VII.5.2. Manifestaciones clínicas.

Fracturas óseas que producen dolor crónico, sin embargo no todas las personas con masa ósea baja presentan una fractura, se puede medir la cantidad de hueso definida como densidad ósea y un factor predictivo de una fractura futura. Las caídas suponen un riesgo adicional. El uso de protectores de caderas puede reducir la incidencia de fracturas de cadera en personas ancianas a pesar de múltiples caídas. El aumento de la actividad física puede incrementar la densidad mineral ósea y consigue una mayor estabilidad y potencia muscular.

VII.5.3. Clasificación.

Los factores genéticos son importantes en el desarrollo de la osteoporosis. Las mujeres posmenopáusicas con antecedentes familiares de fracturas tienen mayor probabilidad de sufrir fracturas.

VII.5.3.1. Osteoporosis primaria.

Existen 3 tipos de osteoporosis primaria:

1. Osteoporosis Idiopática. Es infrecuente, pero aparece en niños y adultos jóvenes de ambos sexos con función gonadal normal.
2. Osteoporosis tipo 1 (Osteoporosis posmenopáusica) aparece entre los 51 y 75 años de edad, es 6 veces más frecuente en mujeres y en hombres aparece tras la castración o con niveles bajos de testosterona sérica y está relacionada directamente con la pérdida de función gonadal este tipo es el responsable principal de las fracturas en las que predomina el hueso trabecular, como las fracturas vertebrales por aplastamiento y fracturas de colles (radio distal) .
3. Osteoporosis tipo II está relacionada con el proceso de envejecimiento normal, con un descenso gradual en el número y actividad de los osteoblastos y no de forma fundamental con un aumento de la actividad de los osteoclastos, aparece de modo característico en

pacientes mayores de 60 años, con el doble de frecuencia en mujeres que en hombres este tipo afecta el hueso trabecular y cortical causando fracturas del cuello femoral, vértebras, porción proximal del humero, porción proximal de la tibia y pelvis aquí hay una reducción de vitamina D.

VII.5.3.2.Osteoporosis secundaria.

Esta representa el 5% de los casos de osteoporosis incluyen enfermedad endocrino, exceso de glucocorticoides, hiperparatiroidismo, hiperparatiroidismo, hipogonadismo, hiperprolactinemia, diabetes mellitus) fármacos(glucocorticoides, etanol, dilantina, tabaco, barbitúricos, heparina) la inmovilización, insuficiencia renal crónica , hepatopatía, síndrome de mala absorción, etc.

VII.5.4. Sintomatología.

Pueden no presentar síntomas o pueden presentar dolor en huesos y músculos , especialmente en la espalda. Pueden producirse fracturas vertebrales por aplastamiento con traumatismos mínimos o de modo espontáneo, por lo general en las vértebras de carga (T8 hacia abajo). Las fracturas aisladas de T4 hacia arriba deben hacer que se sospeche la presencia de neoplasia maligna, cuando es sintomático , el dolor es de inicio agudo, no suele irradiarse, empeora con el apoyo en carga, puede acompañarse con hipersensibilidad local y, empieza a mejorar en el plazo de 1 semana.

VII.5.5.Diagnóstico.

Los niveles séricos de Ca y P, electroforesis de proteínas séricas y VSG son normales en la osteoporosis primaria. Los niveles de PTH son normales o bajos en los pacientes tipo 1 y elevados en los tipo 2 si desciende la absorción de Ca o si existe una hipercalciuria inadecuada. Las vértebras y otros huesos muestran un descenso de densidad radiográfica por pérdida de estructura trabecular.

VII.5.6. Tratamiento.

El riesgo de fractura desciende con las medidas no farmacológicas, como el mantenimiento de un peso adecuado, el aumento del hábito de caminar y otros ejercicios de apoyo en carga, retirada de benzodiazepinas de acción larga, reducción de la ingesta de café y alcohol, reducción o abandono del tabaco y corrección de los defectos visuales. La educación de los pacientes sobre los riesgos de caídas y el desarrollo de programas individuales para aumentar la estabilidad física son otras medidas provechosas. Mujeres

deben consumir al menos 1000 mg de calcio elemento en su dieta diaria, pero en caso de diagnóstico la ingesta de calcio será de 1500 mg/24h y se recomienda un suplemento de vitamina D y en el caso de los hombres deben recibir suplementos de 1-1,5g/d hasta 3g/d.

VII.5.7. Manifestaciones dentales.

La mandíbula, puede presentar alteraciones relacionadas con la osteoporosis generalizada. La mayoría de los pacientes con osteoporosis no sufren una enfermedad sistémica subyacente, ciertos trastornos reducen la densidad mineral, que puede ponerse de manifiesto en la mandíbula y en el hueso alveolar, por esta razón las alteraciones mandibulares y del hueso alveolar pueden ser un medio importante de reconocer cuadros patógenos. La osteoporosis de la mandíbula suele manifestarse por disminución de la trabeculación, se requiere una disminución del contenido mineral del 30-50%, antes de que se ponga de manifiesto en las radiografías dentales la disminución de la densidad ósea. Se ha demostrado que la densidad de la mandíbula y la del radio son afectadas de modo similar por la edad; ambas muestran una disminución comparable de densidad mineral al ir progresando la edad. La falta de ingestión y absorción de calcio, la deficiencia de lactosa, la falta de circulación sanguínea y unos estrógenos bajos pueden todos contribuir a aumentar la osteoporosis con la edad. La mayoría de los trastornos sistémicos que producen osteoporosis secundaria causan disminución del trabeculación de la mandíbula, como en otros huesos. Esto puede observarse en la enfermedad de Cushing y en el hipertiroidismo. La desmineralización asociada al hiperparatiroidismo puede producir un aspecto del hueso en cristal esmerilado y una pérdida de lamina dura.

Se ha investigado el efecto de la osteoporosis sobre el hueso alveolar. Ward y Manson no observaron ninguna correlación entre la cantidad de hueso alveolar y la extensión de la osteoporosis medida por el índice metacarpiano. Una osteoporosis experimentalmente inducida, utilizando una dieta rica de proteínas y pobre en calcio, produjo un notable aumento de la resorción ósea mandibular en las ratas. Dreizen y cols encontraron que la osteoporosis inducida por los esteroides afectaba el hueso alveolar, lo mismo que el esqueleto vertebral y apendular.

VII.5.8. Tratamiento dental.

Las radiografías dentales periódicas habituales proporcionan un medio para comparar los cambios de densidad en la mandíbula a lo largo de un periodo de tiempo. Se cree que la osteoporosis de la mandíbula, como la de los huesos largos y las vértebras, puede prevenirse tomando de 1,000 a 1,200 mg/día de calcio oral. Los suplementos de estrógenos, cuando están indicados pueden ser también beneficiosos, se requiere mas investigaciones cuando se produce cuando se produce osteoporosis rápida e intensa, que no puede ser correlacionada con el proceso de envejecimiento. En el seguimiento de estos cambios sospechosos es esencial una revisión detallada de los sistemas, hay que obtener un recuento sanguíneo completo con fórmula leucocitaria y una determinación de los niveles de calcio, fósforo y fosfato alcalina en suero, para excluir trastornos endocrinos, metabólicos hematológicos. Puede ser útil una biopsia ósea.

VII.6.Vértigo.

Sensación anómala de movimiento rotatorio asociada con la dificultad para mantener el equilibrio, para la marcha y para relacionarse con el medio. La sensación puede ser subjetiva (el paciente siente que se mueve con relación a su entorno) u objetiva (el paciente siente que el entorno se mueve a su alrededor). El vértigo se produce por alteraciones en el oído interno, el VIII par craneal o los núcleos vestibulares y las vías en el tronco del encéfalo y el cerebelo.

VII.6.1. Evaluación clínica.

La función vestibular se debe valorar si el paciente presenta vértigo, dificultades en el equilibrio o sordera neurosensorial de etiología desconocida. La evaluación se basa en una historia completa y en pruebas específicas, que incluyen movimientos alternantes rápidos, pruebas dedonariz y talón espinilla, el signo de Romberg, la prueba de la marcha y la electronistagmografía con estimulación calórica. Las pruebas calóricas permiten comparar los resultados de los dos oídos, de manera que estas pruebas son mas útiles clínicamente que la estimulación rotatoria pendular y de balanceo lateral con aceleración o desaceleración. La estimulación artificial del aparato vestibular produce nistagmo, ataxia, caídas y respuestas vegetativas, como sudoración, vómitos, hipotensión y bradicardia.

El nistagmo, la respuesta mas útil, se puede controlar con observación o, de un modo mas fiable, mediante electronistagmografía, que recoge las alteraciones en el potencial corneoretiniano. El nistagmo vestibular es un movimiento rítmico de los ojos con dos componentes, uno rápido y el otro lento, que puede ser rotatorio, vertical u horizontal. La dirección del nistagmo viene definida por la dirección del componente rápido, que se observa con

mas facilidad, el componente mas importante mas importante en respuesta a la estimulación vestibular es mas lenta , siendo el rápido un movimiento de compensación . La estimulación calórica se consigue irrigando los oídos con agua fría y caliente, los que determina corrientes de convección en la endolinfa. Se puede medir la duración y la frecuencia del nistagmo y la velocidad de su componente lento. Es posible detectar la paresia canalicular, una reducción o ausencia unilateral de sensibilidad, y la preponderancia direccional, una exageración relativa de la respuesta nistagmica en una dirección.

Puede coexistir diversos grados de paresia canalicular y preponderancia direccional, pero la presencia de uno o ambos fenómenos indica una lesión orgánica en el órgano receptor del VIII par craneal, el tronco del encéfalo o el cerebelo, aunque no indica de manera definitiva en que lado se localiza dicha lesión. En algunas ocasiones, el diagnostico diferencial se puede realizar con las pruebas calóricas. Los neurinomas del acústico suelen determinar paresia canalicular o ausencia de respuesta en el lado afectado por la neoplasia. En los pacientes con vértigo también se debe realizar una valoración audiológica mínima y una RM craneal con refuerzo con gadolinio para descartar las lesiones del VIII par craneal.

VII.6.2. Vértigo en el adulto.

Es menos frecuente que el mareo, constituye un tercio de las quejas del paciente con mareo. El vértigo indica en la mayoría de las veces una afección vestibular y el primer paso es distinguir por los signos si la lesión es periférica o corresponde a conexiones centrales vestibulares.

VII.6.3. Causas.

Las causas de origen periférico son toxicas, traumáticas, infecciosas, etc. Las causas centrales incluyen enfermedades cerebrovasculares, sobre todo del territorio vertebrobasilar, esclerosis múltiple, tumores del ángulo pontocerebeloso, migraña vertiginosa, infecciones virales.

VII.6.4. Evaluación clínica.

Requiere una historia clínica completa sobre las circunstancias que rodean el cuadro clínico además del examen físico minucioso, en el que incluyen pruebas de provocación que desencadenan los síntomas que contribuyen a identificar su origen y son:

Variación ortostática de la tensión arterial.

Maniobra de vasalva.

Hiperventilación.

Análisis postural(movimientos del cuello.

Entre las mas especificas se encuentra la electronistagmografía (ENG).

Audiometría, pruebas psicométricas, rayos X de columna cervical y cráneo.

TAC de peñasco, ECG con Holter y EEG.

VII.6.5. Tratamiento.

Se centrara en el etiológico en los que se pueda instaurar. El tratamiento postural o reeducativo será importante en los vértigos postural y los laberínticos, sobre todo agudos.

El mejor tratamiento será el reposo y la sedación vestibular, con tietilperazina o cinarizina por vía oral o rectal.

VII.6.6. Manifestación clínica en el paciente geriátrico.

El paciente geriátrico, en que el mareo o el vértigo se produce por déficit sensoriales, puede mejorar su cuadro clínico, asegurándose una buena aferentación sensorial mediante la utilización de prótesis auditivas y visuales que compensen esos déficit sensoriales y reduzcan la sensación de mareo. Igualmente, el empleo de una ayuda en la deambulaci3n (bast3n, andador) puede ayudarles a percibir mejor su posici3n.

VIII. METODOLOGÍA.

VIII.1. Puntos.

1. Material.

2. Desarrollo del proyecto.

3. Conclusiones.

VIII.1.1. Material.

Una historia clínica general.

Una historia clínica de periodoncia.

Una historia clínica de prótesis.

Una radiografía panorámica.

Análisis de laboratorio.

Modelos de estudio.

Radiografías periapicales.

Instrumental.

Un espejo.

Un explorador.

Un escavador.

Unas pinzas.

Una jeringa para anestesiar carpule.

Fresas de carburo.

De bola, de fisura, troncocónica, de cono invertido

Fresas de diamante.

De punta de lápiz, de cono invertido,

Una pieza de alta.

Una pieza de baja.

Una loseta de vidrio.

Una espátula para cementos.

Cucharillas para impresión.

Dos tasas de hule.

Espátula para yesos.

Dos zócalos.

Curetas para eliminación de sarro.

Curetas para cirugía.

Limas para instrumentar mayllefer primera(15 al 40) y segunda serie(45 al 80).

Instrumentos para localizar conductos(DG16, PC1, PC2)y obturar conductos(L16).

Un elevador recto..

Un fórceps 69.

VIII.2. Desarrollo del proyecto.

Arriba a la clínica paciente femenina de 60 años a la cual se le recibe el día 7 de febrero del 2001(foto1) se conversa para hacer de su conocimiento el tipo y tiempo del tratamiento, llegándose a un acuerdo para realizarse, como sigue:

VIII.2.1. Citas.

CITA 1.

Se realiza la historia clínica(anexo1)en la cual recopilamos los datos personales de nuestra paciente(foto2) patológicos como no patológicos, continuamos después con el interrogatorio por aparatos y sistemas, inspección física(foto3) e inspección bucal(foto4) todo estos acompañado de auxiliares de diagnostico como radiografía(foto5), modelos de estudio(foto6),análisis de laboratorio(anexo1-2), fotos iniciales y todo esto nos lleva a un diagnostico adecuado y un buen plan de tratamiento.

CITA 2.

Realizamos historia periodontal(anexo2)comenzando por detectar restauraciones, ausencia de dientes, caries, bolsas periodontales, mal posición dentaria, etc. iniciamos tomando fotos iniciales extraorales(foto 7, 8, 9, 10), fotos intraorales(foto11, 12, 13, 14,).

CITA 3.

Seguimos con la exploración periodontal(foto15), damos pastilla reveladora a la paciente seguimos con nuestro control de placa,(foto16),sondeamos(foto17), hacemos odontoxesis(foto 18) y damos técnica de cepillado(foto19).

CITA 4.

Realizamos nuestra historia de endodoncia al diente primer premolar superior izquierdo(anexo3),en el cual se repetirá el tratamiento para pilar de prótesis fija, preparamos nuestro instrumental(foto 20) y material(foto21) para realizar el tratamiento procedemos a anestésiar(foto 22),realizamos el acceso(foto 23) y hacemos el tratamiento de conductos(foto 24).

CITA 5.

Realizamos la historia de endodoncia del diente lateral superior derecho(anexo 4) para repetición del tratamiento para pilar de prótesis fija, se prepara el instrumental, se procede a desobturar el conducto y prepararlo nuevamente.

CITA 6.

Realizamos la historia de endodoncia del diente molar superior izquierdo(anexo5)para repetición del tratamiento para pilar de prótesis fija, se prepara el instrumental, se procede a desobturar los conductos y prepararlo nuevamente.

CITA 7.

Reforzamos nuestra técnica de cepillado y realizamos nuestro segundo control de placa.

CITA 8.

Realizamos cirugía preprotésica(alargamiento de corona) de los dientes molar superior izquierdo y premolar superior izquierdo.

CITA 9.

Realizamos cirugía preprotésica(alargamiento de corona) del diente lateral superior derecho.(foto 25 y foto 26).

CITA 10.

Realizamos historia de prótesis(anexo 6) para realizar el tratamiento de rehabilitación bucal de nuestra paciente(foto 27).

CITA 11.

Preparamos nuestro material(foto28) y nuestro instrumental(foto 29) colocamos tornillos prefabricados para reconstruir nuestros dientes que fueron seleccionados para prótesis fija(26,24 y 12).

CITA 12.

Realizamos preparaciones(foto30) para puente fijo de 3 unidades(26 y 24), pontico(25)de porcelana y preparación del tercer molar superior izquierdo para corona total y recuperar su función al hacer las preparaciones, tenemos a la mano nuestros provisionales(foto31).

CITA 13.

Realizamos preparación del lateral superior derecho(12) para corona total de porcelana y del molar superior derecho(16)

CITA14.

Seleccionamos nuestro material(foto32) para toma de impresión(foto33)de nuestras preparaciones(foto34 y 35), aquí aprovechamos para hacer la extracción de resto radicular del diente premolar inferior izquierdo(foto 45 y 46) para que su cicatrización nos ayude para la prótesis removible de nuestra paciente.

CITA15.

Realizamos la toma de mordida en cera(foto36)de la paciente, se le toma sus registros con el arco facial(foto37, 38) y se transporta al articulador para montarlo(foto39,40,41 y 42), también se hace la selección del color(foto43) de la porcelana para los dientes seleccionados para ello.

CITAS 16,17 Y 18.

Estas citas la tomamos para hacer pruebas de metal, de bizcocho y terminado de la porcelana de los dientes 16,12,24,25,26(foto44) y probamos también la corona total de metal del tercer molar superior izquierdo

CITA19.

Cementamos las coronas de porcelana y la corona total de metal, se toma papel de articular para corregir detalles, se procede a tomar impresión de la

arcada superior e inferior para el diseño de nuestra prótesis removible superior e inferior.

CITA 20.

Se prueba la prótesis removible y se manda a terminar.

CITA 21.

Se coloca la prótesis removible terminada y se termina el tratamiento, dando nuestro tercer control de placa, reforzando nuestra técnica de cepillado y enseñando la utilización del hilo dental para mayor higiene de la paciente.

VIII.3. Conclusiones.

Podemos concluir mencionando que, es importante, la atención del paciente geriátrico en todos los aspectos, su rehabilitación la podemos llevar a cabo desde un punto de vista general y no solo dental, hay que conocer a nuestro paciente lo más que se pueda para saber llevar un plan de tratamiento adecuado y eficiente, se considerara al paciente desde el punto de vista social hasta el clínico, es importante tomar conciencia que este tipo de paciente es mucho más vulnerable que un paciente más joven, y el tener el conocimiento para su tratamiento se refleja en el diagnóstico acertado con una historia clínica completa y profunda en el sentido de recopilación de datos, esto nos llevara a una adecuada rehabilitación de nuestro paciente, no hay que descartar a estos pacientes para rehabilitación integral puesto que esto los hace sentirse más útiles para nuestra sociedad y los hace valorarse mucho más, en el caso de nuestra paciente se llevo su rehabilitación desde un punto de vista integral, recomendamos que antes de hacer cualquier tratamiento se tome en conciencia la calidad de vida que pueda tener nuestra paciente en un futuro.

IX. BIBLIOGRAFÍA.

1. Bases Farmacológicas de la terapéutica.
Autor: Goodman y Gilman.
Editorial: Panamericana.
2. Diagnostico en patología oral.
Autor: Eduard V. Zegarelli.
Editorial: Salvat.
3. Evaluación, Diagnostico y Tratamiento de los Problemas Oclusales.
Editorial: Salvat.
Autores: Editores S.A.
4. Geriatria.
Autor: Pietro de incola.
Editorial: Manual Moderno.
5. Manual de geriatria.
Autor: Alberto Salgado.
Editorial: Salvat.
1990.
6. Medicina bucal.
Autor: Burket.
Editorial: Interamericana.
7. Medicina Geriátrica, pruebas de autoevaluación.
Autor: Asif Kamal.
Editorial: Interamericana McGraw-Hill.
8. Medicina interna en odontología.
Autor: Louis .f. Rose. y Donald Kaye
Tomo I Y II.
Editorial: Salvat.
9. Patología bucal de la vejez.
Revista: Practica odontológica.
Volumen 5, Numero 5.
Junio de 1984.

REVISTAS.

10. Geriatric dental education and training in the United States.
University of Florida College of Dentistry, Gainesville, USA.
Gerontology, 1996 Dec;13(2): 94-109.
11. Meaning and value of oral health for older persons: research findings and clinical care implications.
Gerontology, 1996 dec;13(2):90-3.
12. Culture, dental professionals and oral health values in multicultural societies: measuring cultural factors in geriatric oral health research and education.
Gerontology , 1996 dec;13(2):82-9.
13. Salivary findings, daily medication and root caries in the old elderly
Caries-Res, 1998;32(1):5-9.
14. Geriatric dental education and training in the United States: 1995 white paper findings.
Gerontology. 1996 Dec;13(2):94-109.
15. Faculty of dentistry, University of British Columbia, Vancouver, Canada.
Gerontology, 1996 Dec;13(2):76-81.
16. A 10-years study of the progression of destructive periodontal disease in adult and elderly Chinese.
J-Periodontol. 1997 Nov;68(11):1033-42.
17. The significance of the mouth in old age.
Soc-Sci-Med, 1997 Nov;45(9):1449-58.
18. The importance of oral health in the older patient.
J Am Soc. 1995 Dec;43(12):1414-22.
19. Using oral quality of life measures in geriatric dentistry.
Community Dent Health 1998 Mar;15(1):13-8.
20. Oral health in institutionalised elderly people in 1993 compared with in 1980.
Acta Odontol Scand 1996 Oct;54(5):303-8.

21. Geriatric oral health and its impact on eating.
J Am Geriatr Soc. 1996 Apr;44(4):456-64.
22. Factors affecting self-ratings of oral health.
J Public Health Dent 1995 fall;55(4):197-204.
23. Oral health and nutrition.
Age ageing 1999 Sep;28(5):419-20.
24. Three-year changes in global oral health rating by elderly dentate adults.
Community Dent Oral Epidemiol 1998 Feb;26(1):62-9.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

FECHA

07 02 01
día mes año

Asignatura

Sem. Genodría

Carnet No. 002843 año lectivo 2001
Nom. alumno Hernández Morales Luz María
grupo periférica turno MA

I.- Ficha de identificación

Nom. del paciente	María Ynez María del Carmen			edad	60 años
Domicilio	Francisco Otagobal 81	Obarrera	06800		
	calle	número	colonia	c.p.	
Ocupación	Comerciante	estado civil	Casada	Tel. dom.	95784879
	sexo (X) (M)	Tel. of.			
Lugar de Nacimiento	México D.F.	Interrogatorio directo:	(X)	indirecto:	()
Analfabeta	si () no (X)	Grado de escolaridad	Contador Privado.		

II.- Antecedentes Heredo-Familiares

Parentesco	Enfermedad actual	Edad	Causa de defunción
Padre			
Madre			
Hermanos	Artritis	58	
Conyuge			
Hijos			
Colaterales			

III.- Antecedentes Personales no Patológicos

No. de habitaciones	4 habitaciones	Deportes	Balche
No. de habitantes	6 habitantes	Tabaquismo	no toma
Higiene personal	Buena	Alcoholismo	no bebe
Grupo sanguíneo	O Rh +	Drogas	Roxicam
Inmunizaciones	Todas	Hábitos	Ninguno
Alimentación:		otros	Ninguno
cantidad	3 veces	Preferencias sexuales	
calidad	Buena	hetero <input checked="" type="checkbox"/>	bi <input type="checkbox"/>
			homo <input type="checkbox"/>

IV.- Antecedentes Personales Patológicos.

Anamnesis por orden cronológico	Vivela, experiencia previa a la anestesia sin presentar ni que malestar, no ha presentado ni que accidente ni tratamiento quirúrgico, es alérgica a la penicilina, no ha tenido transfusiones, refiere vértigo, osteoporosis, artritis reumática y marcos.	<p align="center">Guía</p> enfermedades propias de la infancia. antecedentes traumáticos quirúrgicos alérgicos transfusionales experiencia previa en el uso de anestesia otros.

V.- Padecimiento Actual (Motivo de la consulta Bucal)

Anamnesis por orden cronológico	Rehabilitado	Guía
Buen		fecha de inicio de la enfermedad
		causa a la que atribuye la enfermedad
		signos y síntomas observados por el paciente
		mencione si se realizaron:
		diagnóstico
		pronóstico
		tratamiento
		esi como resultado (s)
		otros:

VI.- Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

A. Respiratorio	Refiere tos esporádica al levantarse, al tubiguar, al estar desahogado y también obstrucción nasal en tiempo de calor.	Guía
		obstrucción nasal
		roncos
		epistaxis
		hemoptisis
		tos
		expectoración
		dismea
		cianosis
		otros:
B. Cardiovascular	Refiere cefalea al caminar mucha mareos acompañada de dolor cardíaco cuando está acostada o sentada y se mareo, también la paciente manifiesta haber presentado de vértigo como el estupeor fuerte 2 veces, la primera en el año de 1985 por 90 días y la segunda hace 9 años por 90 días.	ortigas
		mareos
		dianea
		dolor precordial
		palpitaciones
		lipotense
		edema
		otros:
C. Digestivo	No refiere nada la paciente	disfagia
		nauseas
		vómito
		hematemesis
		diarrea
		prisis
		meteorismo
		melena
		estreñimiento
		otros:

D - Genitourinario

Tiene 3 micelomas nocturnos diarios

Guía

- no. de micciones
- uria
- disuria
- edema
- incontinencia urinaria
- dolor lumbar
- poliuria
- hematuria
- nieluria
- otros

Mujeres

(fecha ginecoobstétrica)

Menarca _____ ciclo menstrual _____

método anticonceptivo _____

amenorrea _____

Dismenorrea

menopausa 46 años

Número de embarazos (2)

abortos ()

espontáneos () provocados ()

partos ()

normales (X) cesareas ()

num. de hijos ()

peso de los hijos al nacer (en kilogramos)

1° 3600 kg 2° 3800 kg

4° 5° 6°

Guía

E - Endocrino

Síntoma de peso hacia 1 mes y es intolerante al calor

- poliuria
- polidipsia
- polifagia
- perdida o aumento de peso
- intolerancia al calor o frío
- otros:

F - Hematopoyético

No refiere nada la paciente

- hemorragia
- adenopatías
- espleno
- hematuria
- hematemesis
- petequias
- equimosis
- otros:

		Guía
G.- Nervioso	Cefalea al caminar mucho y al alterarse, refiere vértigo y mareos, temblores en la mano izquierda	cefaleas lipotimia parestesia anestesia vértigo temblor convulsiones otros:
M.- Músculo esquelético	Presenta Artritis Reumatoide desde hace 15 años, deformación mano por por notable, no refiere dolor pero toma el metaxolol, furosemid y abata toma el piroxicam para el dolor de pierna derecha.	dolor articular fuerza muscular deformidad articular limitacion de movs.
I.- Tegumentario	Manchas en las manos propias de la cara, perdida de cabello y sequedad de la piel	cambio de color en piel erupciones prurito perdida de pelo o vello sequedad cutánea hiperhidrosis otros

VII.- Exploración Física

1. Datos Generales:	Peso <u>58 Kg</u>	Estatura <u>1.48.</u>
Signos vitales.	temperatura _____ tension arterial: <u>B 120/80 mmHg</u> <u>B 120/85 mmHg.</u>	pulso <u>72 x'</u> frecuencia respiratoria <u>18 x'</u>
2.- Inspección General (anote exclusivamente patologías)		Guía
	<u>Desviación del tabique nasal</u>	cabecera
	<u>Deformidad de dedos de la mano</u>	ojos
	<u>Dolor de oídos</u>	nariz
		oídos
		cuello
		tronco
		extremidades

3.- Exploración Bucal (anote exclusivamente patologías)	Guía
	labios
Resecamiento de labios	carillos
disregulación articular del lado derecho	lengua
	piso de boca
	paladar blando
	paladar duro
	ATM
	disfunciones
	dientes
	anodoncia
	supernumerarios
	microdoncia
	macrodoncia
	etc.
	otros:

VIII.- Auxiliares de diagnóstico.

Rx panorámicas	Radiografías
Serie radiográfica	Química sanguínea
Análisis para saber cantidad de hueso	General de orina
Modelos de estudio	Prueba de ELISA VIH
	Biometría hemática
	Coprocultivo
	Citología exfoliativa
	VDRL
	glucosa sanguínea
	otros

Diagnóstico de presunción (sistémico) Artritis Reumática, Osteoporosis
 Vértigo y mareos

Observación (es) las enfermedades que refiere la paciente no se han manifestado en la consulta para hay que tomar las medidas necesarias.

Nombre y firma de conformidad y veracidad de los datos aportados.

Autorizó: _____
 Nombre y Firma del Docente



FOTO 1



FOTO 2



FOTO 4



FOTO 5



FOTO 6



Institución de
Asistencia
Privada

HOSPITAL DE JESUS

CENTRO DE ESTUDIOS Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS (CETO)

México D.F. a 01 de Mar.

DR. CARRILLO

PRESENTE

Me complace enviarle un afectuoso saludo y a la vez le su resultado de la Densitometría realizada a su paciente la S. Carmen A. María Mejía de 64 años de edad el día de hoy en este CETO

Realizamos un estudio óseo a nivel de Columna Lumbar y Cadera en donde la Densidad Mineral Ósea (DMO), fue:

En L2 de $0.573g/cm^2$, en L3 de $0.770g/cm^2$, en L4 de $0.606g/cm^2$ segmento de L2 a L4 de $0.711g/cm^2$ con un porcentaje de referencia joven de 74.38 y un score T de $-2.24 DS$ (desviaciones estándar).

A nivel de la Cadera Izquierda (DMO), el Cuello Femur $0.641g/cm^2$ en el Trocánter $0.690g/cm^2$ y en el Área de Banda $0.51g/cm^2$ porcentaje de referencia para gente joven de 62.98 y un score T -3 .

De acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Osteoporosis su paciente presenta un Síndrome Osteopórtico de desmineralización y un riesgo de fractura de 4 veces mayor a la general.

Se sugiere Densitometría de control en 10 meses después del :

A T T E

DR. CARLOS ALBERTO ACOSTA

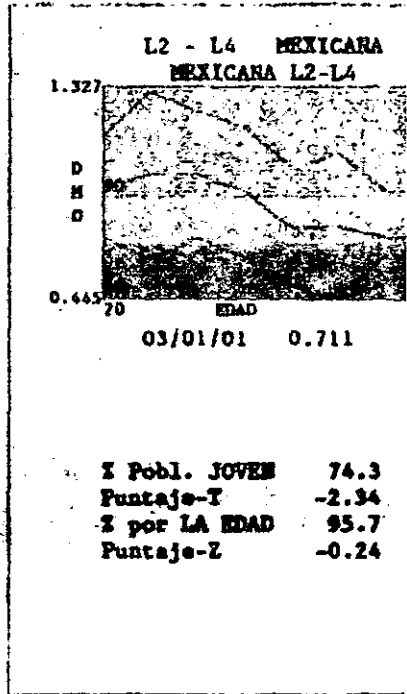
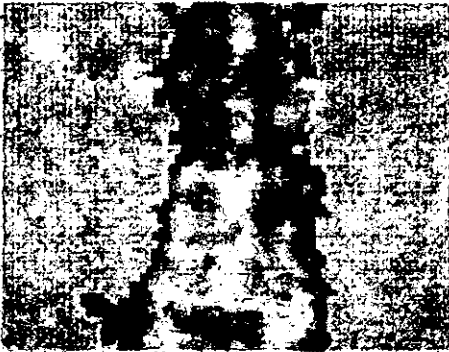
CENTRO DE ESTUDIOS Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

Nombre **MARIN MEJIA MA. CARMEN**
ID **3687**
Edad **64** *Sexo* **Mujer**

Origen **HI**
Altura **1.**
Peso **53**

L  H

Colum. AP 03/01/01 Secuencia



Buena imagen no para diagnóstico

	DMO g/cm ²	CMO g	LONG cm	AREA cm ²
L2	0.573	7.258	3.15	12.68
L3	0.779	11.36	3.30	14.59
L4	0.806	6.620	1.35	8.21
L2 - L4	0.711	25.24	7.80	35.47

Estdr. CVs para L2-L4 DMO: 1.0 CMO: 1.5 Ver Guía otros CVs.

1.5 x 1.5 cm, 60 cm/o, 12.00 cm Rev. 7.5.1 / 1.3.0 Calib. 02/28/0

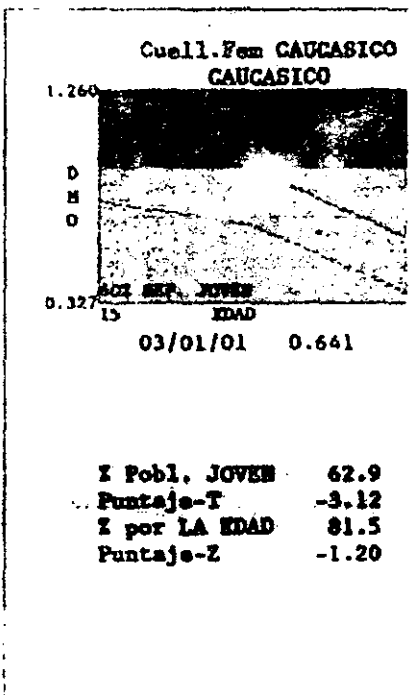
COMENTARIOS

CENTRO DE ESTUDIOS Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

Nombre **MARIN MELJIA MA. CARMEN**
 ID **3687**
 Edad **64** Sexo **Mujer**

Origen **HI**
 Altura **1.**
 Peso **53**

L **[REDACTED]** H Cadera Iz 03/01/01 Secuencia



Buena imagen no para diagnóstico

	DMO	CMO	LONG	AREA
	g/cm ²	g	cm	cm ²
Cuell.Fem	0.641	2.805	1.50	4.38
Trocánter	0.499	5.544		11.10
Tri.Ward	0.396	0.396	1.00	1.00

Setdr. Cve para cuello DMO: 1.7 CMO: 1.7 Veg Guía otros Cvs.
 1.0 x 1.0 cm, +5 mm/s. 9.00 cm Rev. 2.5.3 / 1.3.0 Calib. 02/28/0

COMENTARIOS

ODONTOGRAMA

Fecha 07/02/01

Nombre DEL PACIENTE

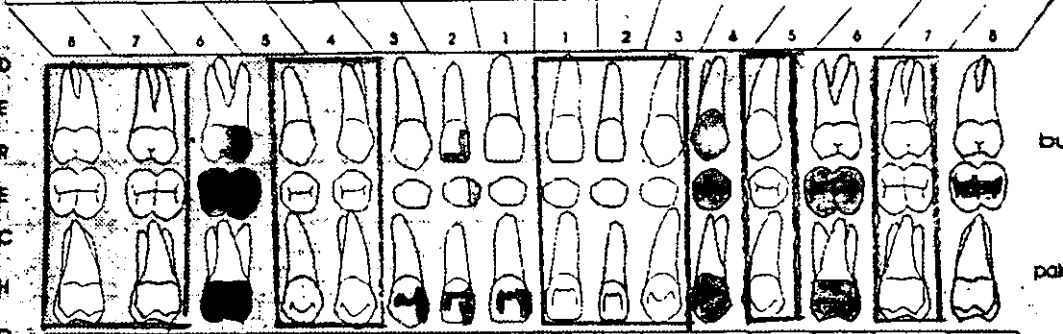
María Virginia María del Carmen

Núm. DE CARNET 002845

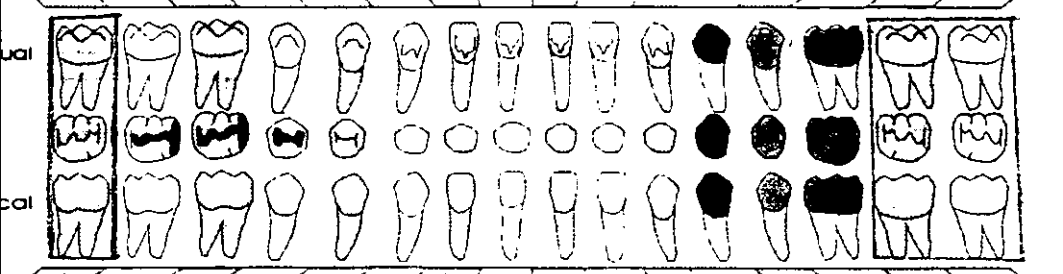
Edad

60 años

	2,1,2		2,0,2	2,1,3	2,1,2			3,1,2		3,1,2	3,2,3
--	-------	--	-------	-------	-------	--	--	-------	--	-------	-------



Ausentes	curva	Ausentes	curvado	curvado	curvado	Ausentes	Resto anterior	Resto	curvado	Ausentes
									gumoso	



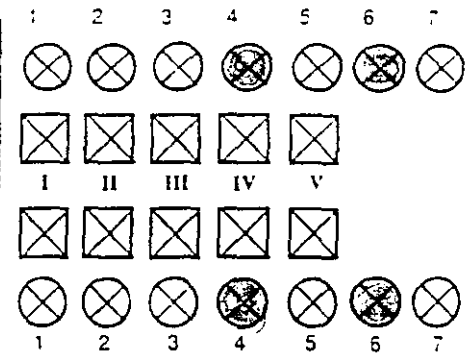
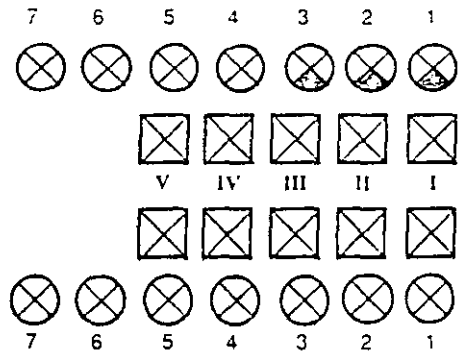
	3,1,2	5,2,3	3,1,3	3,1,3	5,1,3	3,1,2	3,1,2	2,1,2	2,2,3	3,1,2	2,1,2	2,5,2	3,1,2
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

DIAGNOSTICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PARODONCIA

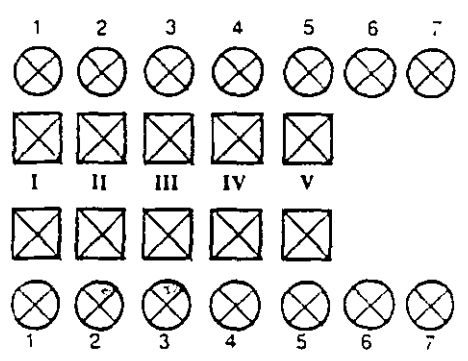
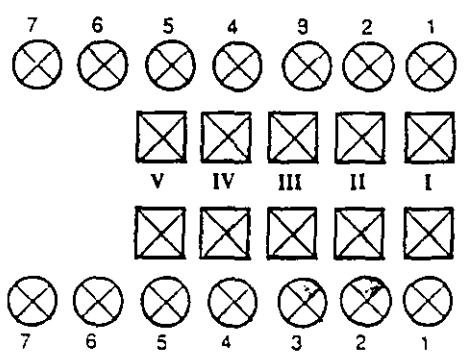
Control de Placa Denitobacteriana.

Nombre Maria Yorgina Haisick/Carmen Fecha 07/02/01
 Edad 60 años Control 1er Control
 Total de dientes 18 Total de caras 72 Porcentaje 96 %



Total de dientes 18 Total de caras 72

Control 3er Control
 Porcentaje 5 %
 Fecha 19/03/01



Total de dientes 18 Total de caras 72

Control 3er Control
 Porcentaje 2 %
 Fecha 23/04/01

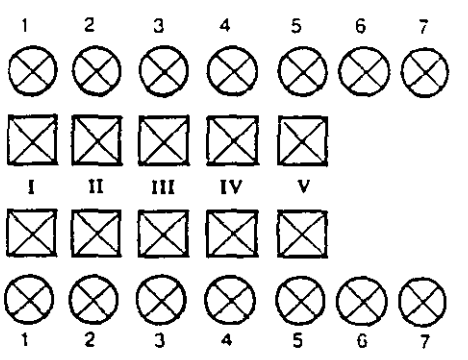
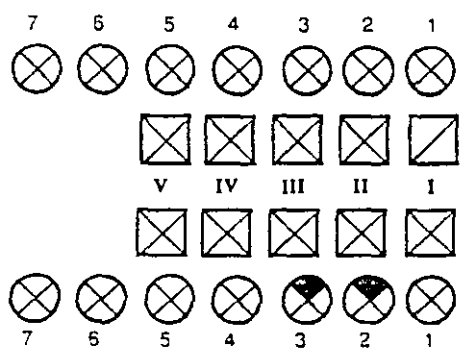




FOTO 7



FOTO 8

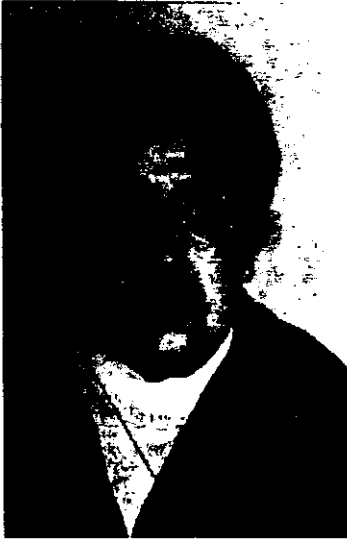


FOTO 9



FOTO 10



FOTO 11



FOTO 12



FOTO 13



FOTO 14



FOTO 15



FOTO 16



FOTO 17



FOTO 18



Exp. N° <u>002845</u>	Fecha <u>12/02/01</u>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre del Paciente: <u>María Mejía María del Carmen</u>	Edad <u>38 años</u> Tel. <u>4573 4879</u>	Colonia <u>Obispo</u> C.P. <u>06300</u>
Dirección: <u>Blvd. 81</u>	Nombre del especialista: <u>Heriberto Morales Ruiz Rivas</u>	
Nombre del profesor: <u>Rosa Rosa</u>		
Cliente Afiliado O.D.: <u>29</u>	Referido por: <u>Neftalí Rodríguez</u>	

INTERROGATORIO

ANTECEDENTES	OBSTRUCCIONES	DOLOR	ESTÍMULO
Caries <input checked="" type="checkbox"/>	Resina <input type="checkbox"/>	Referido <input type="checkbox"/>	Frio <input type="checkbox"/>
Abrasión <input type="checkbox"/>	Amalgama <input checked="" type="checkbox"/>	Localizado <input type="checkbox"/>	Calor <input type="checkbox"/>
Traumatismo <input type="checkbox"/>	Corona <input type="checkbox"/>	Fugaz <input type="checkbox"/>	Dulce <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>	Incrustación <input type="checkbox"/>	Permanente <input type="checkbox"/>	Acido <input type="checkbox"/>
	Otros <input type="checkbox"/>	Esponjoso <input type="checkbox"/>	Masticación <input type="checkbox"/>
		<u>No hay dolor</u>	Otro <input type="checkbox"/> <u>No gran dolor</u>

EXPLORACION

LESION	EXPOSICIÓN PULPAR	INFLAMACIÓN
Flecha <input type="checkbox"/>	Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>	Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>
Química <input type="checkbox"/>	Causa: <input type="checkbox"/>	Extrínseca <input type="checkbox"/> Intrínseca <input type="checkbox"/>
Bacteriana <input checked="" type="checkbox"/>	Caries <input checked="" type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/>	Blanda <input type="checkbox"/> Endurecida <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Fístula <input type="checkbox"/> Nódulo <input type="checkbox"/>

PRUEBAS DE SENSIBILIDAD PULPAR

TÉRMICA AL FRÍO		TÉRMICA AL CALOR		ELECTRICA
Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input checked="" type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input checked="" type="checkbox"/>	Localizada <input type="checkbox"/> Referida <input type="checkbox"/>	Fugaz <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/>	Diente Problema: <u>Lesión</u>
Localizada <input type="checkbox"/> Referida <input type="checkbox"/>	Localizada <input type="checkbox"/> Referida <input type="checkbox"/>	Fugaz <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/>	Incrementa <input type="checkbox"/> Decrece <input type="checkbox"/>	OC: _____
Fugaz <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/>	Fugaz <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/>	Incrementa <input type="checkbox"/> Decrece <input type="checkbox"/>	Diente Testigo: _____	OC: _____
Incrementa <input type="checkbox"/> Decrece <input type="checkbox"/>	Incrementa <input type="checkbox"/> Decrece <input type="checkbox"/>	Diente testigo OC: <u>+</u> <input type="checkbox"/> <u>-</u> <input type="checkbox"/>	Diente testigo OC: <u>+</u> <input type="checkbox"/> <u>-</u> <input type="checkbox"/>	

PRUEBAS PERIODONTALES

PERCUSIONES	PALPACIÓN	BÓNZO PERIODONTAL	MOVILIDAD
Vertical <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Palpación Periapical <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Profundidad de la Bolsa _____ mm Cara _____	Negativa <input checked="" type="checkbox"/>
Horizontal <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diente Testigo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diente Testigo _____	Grado _____
Diente Testigo OC: <u>26</u> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diente Testigo OC: <u>16</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diente Testigo OC: <u>16</u> <input checked="" type="checkbox"/> _____ mm <input type="checkbox"/>	1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/>
			Diente Testigo OC: <u>26</u> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS

CÁMARA	CONDUCTOS	PERIODONTO
Normal <input checked="" type="checkbox"/> Estrecha <input type="checkbox"/> Calcificada <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Estrecha <input type="checkbox"/> Calcificada <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Engrosamiento <input checked="" type="checkbox"/>
Fractura <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/>	Fractura <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/>	Resorción Apical <input type="checkbox"/>
Resorción <input type="checkbox"/>	Resorción <input type="checkbox"/>	Lesión Apical:
Interna <input type="checkbox"/> Externa <input type="checkbox"/>	Interna <input type="checkbox"/> Externa <input type="checkbox"/>	Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>
Ostrucción <input type="checkbox"/>	Ostrucción <input type="checkbox"/> Desarrollo incompleto <input type="checkbox"/>	Dámetro _____ mm x _____ mm
Otro _____	Otro _____	Descripción _____
Número de Conductos <u>2</u>		Nomenclatura _____

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PULPAR	DIAGNOSTICO PERIAPICAL
Pulpa Sana <input type="checkbox"/>	Pulpa Sana <input checked="" type="checkbox"/>
Pulpa Reversible <input type="checkbox"/>	Periodontitis Aguda <input type="checkbox"/>
Pulpa Irreversible <input type="checkbox"/>	Absceso Periapical Agudo <input type="checkbox"/> Absceso Férnix <input type="checkbox"/>
Necrosis Pulpar <input checked="" type="checkbox"/>	Periodontitis Crónica <input type="checkbox"/> Supurada <input type="checkbox"/> Quiste Periapical <input type="checkbox"/>
Descalcificada <input type="checkbox"/>	
Pulpa Hiperplásica <input type="checkbox"/>	

TRATAMIENTO

DE CONDUCTOS		QUIRURGICO	
Dio-Pulpectomía <input type="checkbox"/>	Neuro-Pulpectomía <input checked="" type="checkbox"/>	Curatelo Apical <input type="checkbox"/>	Apicectomía <input type="checkbox"/>
Extirpación Intencional <input type="checkbox"/>	Repetición <input type="checkbox"/>	Obturación Retrograde <input type="checkbox"/>	Radicectomía <input type="checkbox"/>
Apicalización <input type="checkbox"/>	Recección <input type="checkbox"/>	Hemisección Radicular <input type="checkbox"/>	Implante <input type="checkbox"/>
Reconstrucción Provisional <input type="checkbox"/>	Definitiva <input type="checkbox"/>	Hemisección Radicular <input type="checkbox"/>	Reimplante <input type="checkbox"/>
Otro _____		Otro <input type="checkbox"/>	_____

CONTROL DEL PROCEDIMIENTO

CONDUCTO	CONDUCTOMETRIA APARENTE	RELACION	CONDUCTOMETRIA REAL	INSTRUMENTO INICIAL	INSTRUMENTO FINAL APICAL
Unico					
Medio Vestibular					
Medio Lingual					
Cilno Vestibular					
Medio Palatino					
Diesel					
Vestibular	17,5		12	10	35
Palatino	14		13	20	35
Otro					

CONTROL DE TRATAMIENTO

PROCEDIMIENTO	FECHA Y FIRMA	PROCEDIMIENTO	FECHA Y FIRMA
DIAGNOSTICO	12/02/01	CONOMETRIA	14/02/01
ACCESO Y AISLAMIENTO	12/02/01	OBTURACION	14/02/01
LONGITUD DE TRABAJO	12/02/01	RECONSTRUCCION	
PREPARACION DEL CONDUCTO	14/02/01	TECNICA QUIRURGICA	

Técnica de Instrumentación Accidentes Operatorios	Técnica de Obturación Evaluación del caso
--	--

CONTROL A DISTANCIA

6 MESES	1 AÑO	18 MESES	2 AÑOS
---------	-------	----------	--------

Fecha de terminado _____

COMENTARIOS DEL MAESTRO:

Obturacion de un resto radicular 19/ [Firma]



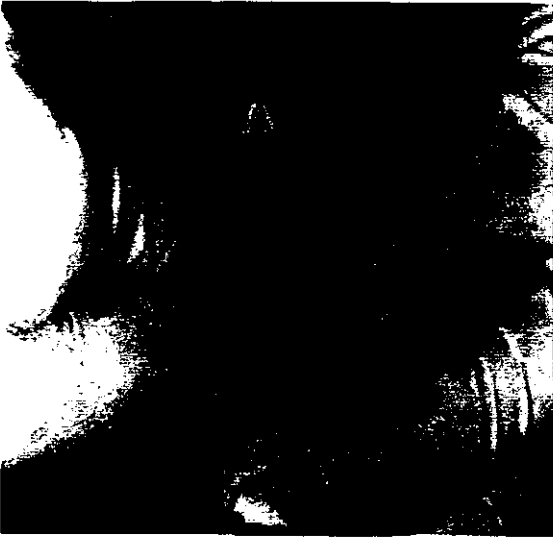


FOTO 19



FOTO 20

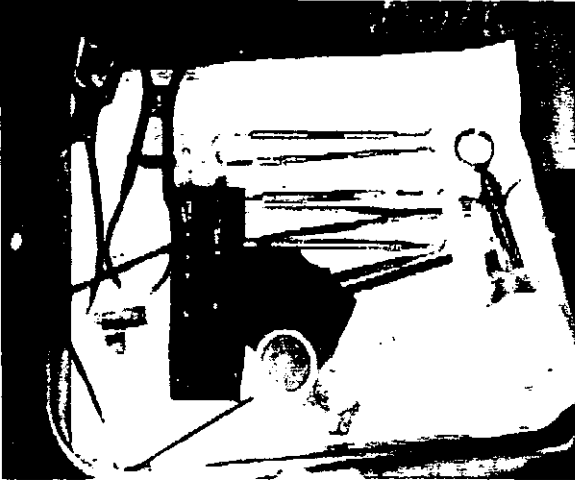


FOTO 21

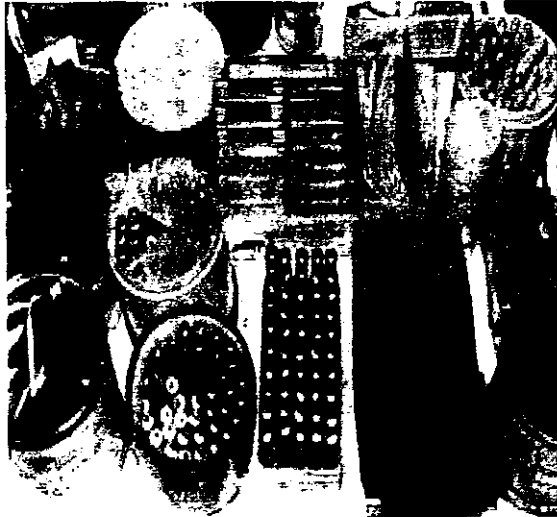


FOTO 22



FOTO 23



FOTO 24



Exp. N° 002815 Fecha 02/02/01 Sexo M F
 Nombre del Paciente: Hector Valdez del Corral Edad 35 años Tel. 55223737
 Dirección: Lanús 105 y Blvd. del Aire Colonia Amica C.P. 06600
 Nombre del paciente: Hector Valdez del Corral
 Nombre del profesor: Dr. Lara
 Diente afectado O.D.: 12 Referido por: Una obturación

INTERROGATORIO

ANTECEDENTES	OBSTRUCCIONES	DOLORES	ESTÍMULO
Caries <input type="checkbox"/>	Resina <input type="checkbox"/>	Referido <input type="checkbox"/>	Frío <input type="checkbox"/>
Abstrón <input type="checkbox"/>	Acrílico <input type="checkbox"/>	Localizado <input type="checkbox"/>	C calor <input type="checkbox"/>
Traumatismo <input type="checkbox"/>	Corona <input type="checkbox"/>	Púgil <input type="checkbox"/>	Dulce <input type="checkbox"/>
Otra <input type="checkbox"/>	Incrustación <input type="checkbox"/>	Persistente <input type="checkbox"/>	Acido <input type="checkbox"/>
	Otra <input type="checkbox"/>	Esportáneo <input type="checkbox"/>	Masticación <input type="checkbox"/>
		<i>No hay dolor</i>	Otra <input type="checkbox"/> <i>No hay estímulos</i>

EXPLORACIÓN

LESIÓN	EXPOSICIÓN PULPAR	INFLAMACIÓN
Flecha <input type="checkbox"/>	Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>	Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>
Cúrnico <input type="checkbox"/>	Causa: <input type="checkbox"/>	Extracanal <input type="checkbox"/> Intracanal <input type="checkbox"/>
Bacteriana <input type="checkbox"/>	Caries <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/>	Blande <input type="checkbox"/> Endurecida <input type="checkbox"/>
Otra <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Fístula <input type="checkbox"/> Néculas <input type="checkbox"/>
		<i>No hay inflamación</i>

PRUEBAS DE SENSIBILIDAD PULPAR

TERMICA AL FRÍO	TERMICA AL CALOR	ELECTRICA
Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/>	Diente Problema Lectura
Localizada <input type="checkbox"/> Referida <input type="checkbox"/>	Localizada <input type="checkbox"/> Referida <input type="checkbox"/>	OD: _____
Púgil <input type="checkbox"/> Persistente <input type="checkbox"/>	Púgil <input type="checkbox"/> Persistente <input type="checkbox"/>	Diente Testigo
Incrustación <input type="checkbox"/> Decese <input type="checkbox"/>	Incrustación <input type="checkbox"/> Decese <input type="checkbox"/>	OD: _____
Diente testigo OD: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	Diente testigo OD: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	

PRUEBAS PERIODONTALES

PERCUSIONES	PALPACION	SONIDO PERIODONTAL	MOVILIDAD
Verticales <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	Palpación Periapical	Profundidad de la Bolsa	Negativa <input type="checkbox"/>
Horizontal <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	mm Cara _____	Grado
Diente Testigo	Diente Testigo	Diente Testigo	1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/>
OD: <u>11</u> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	OD: <u>11</u> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	OD: _____ + <input type="checkbox"/> _____ mm - <input type="checkbox"/>	Diente Testigo
			OD: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>

HALLAZGOS RADIOGRAFICOS

CAMARA	CONDUCTOS	PERIODONTO
Normal <input type="checkbox"/> Estrecha <input type="checkbox"/> Calcificada <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Estrecha <input type="checkbox"/> Calcificada <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Engrosado <input type="checkbox"/>
Fractura <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/>	Fractura <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/>	Resorción Apical <input type="checkbox"/>
Resorción	Resorción	Lesión Apical:
Interna <input type="checkbox"/> Externa <input type="checkbox"/>	Interna <input type="checkbox"/> Externa <input type="checkbox"/>	Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>
Obstrucción <input type="checkbox"/>	Obstrucción <input type="checkbox"/> Desperdo incompleto <input type="checkbox"/>	Díametro _____ mm x _____ mm
Otra _____	Otra _____	Descripción _____
Numero de Conductos <u>1</u>	Variantes _____	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PULPAR	DIAGNOSTICO PERIAPICAL
Pulpa sana <input type="checkbox"/>	Periaplexia Sana <input type="checkbox"/>
Pulpitis Reversible <input type="checkbox"/>	Periodontitis Aguda <input type="checkbox"/>
Pulpitis Irreversible <input type="checkbox"/>	Abceso Periapical Agudo <input type="checkbox"/> Abceso Fémil <input type="checkbox"/>
Necrosis Pulpar <input type="checkbox"/>	Periodontitis Crónica <input type="checkbox"/> Supurada <input type="checkbox"/> Quista Periapical <input type="checkbox"/>
Desperdo <input type="checkbox"/>	

TRATAMIENTO

DE CONDUCTOS			QUIRURGICO		
Bio-Pulpotomía <input type="checkbox"/>	Neuro-Pulpotomía <input type="checkbox"/>		Curetaje Apical <input type="checkbox"/>	Apicoectomía <input type="checkbox"/>	Obturación Retrograda <input type="checkbox"/>
Extirpación Intelectoral <input type="checkbox"/>	Resepción <input type="checkbox"/>		Reseccionamiento <input type="checkbox"/>	Hemisección Radicular <input type="checkbox"/>	Implante <input type="checkbox"/>
Apicoformación <input type="checkbox"/>	Resección <input type="checkbox"/>		Hemisección Radicular <input type="checkbox"/>	Reimplante <input type="checkbox"/>	
Reconstrucción Provisional <input type="checkbox"/>	Definitiva <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>	_____	
Otro _____					

CONTROL DEL PROCEDIMIENTO

CONDUCTO	CONDUCTOMETRIA APARENTE	RELACION	CONDUCTOMETRIA REAL	INSTRUMENTO INICIAL	INSTRUMENTO FINAL APICAL
Unico	25		23	12	90
Medio Vestibular					
Medio Lingual					
Distal Vestibular					
Medio Palatino					
Distal					
Vestibular					
Palatino					
Otro					

CONTROL DE TRATAMIENTO

PROCEDIMIENTO	FECHA Y FIRMA	PROCEDIMIENTO	FECHA Y FIRMA
DIAGNOSTICO	12/02/01 Recepcion de paciente Cinto de control	CONOMETRIA	12/02/01
ACCESO Y AISLAMIENTO	12/02/01	OBTURACION	19-02-01
LONGITUD DE TRABAJO	12/02/01	RECONSTRUCCION	
PREPARACION DEL CONDUCTO	12/02/01	TECNICA QUIRURGICA	

Técnicas de Instrumentación	Técnicas de Obturación
Accidentes Operatorios	Resolución del caso

CONTROL A DISTANCIA

6 MESES	1 AÑO	18 MESES	2 AÑOS
---------	-------	----------	--------

Fecha de terminado _____

COMENTARIOS DEL MAESTRO:

-02-01 Obturación del 12

[Handwritten signature]





Exp. N° 002545	Fecha 12/02/01	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nombre del Paciente: María Yajay H. del Carmen	Edad 55 años 55497979	
Ocupación: Limpiadora Olegaria Alvarado	Colonia Obispa	C. P. D.F.
Nombre del alumno: Dr. Víctor del Real		
Nombre del profesor: Am. Vaso		
Diente Afectado O.D.: 26	Referido por: Mala oclusión	

INTERROGATORIO

ANTECEDENTES	OBSTRUCCIONES	DOLOR	ESTIBULO
Caries <input checked="" type="checkbox"/>	Resina <input checked="" type="checkbox"/>	Referido <input type="checkbox"/>	Fría <input type="checkbox"/>
Abrasión <input type="checkbox"/>	Amalgama <input type="checkbox"/>	Localizado <input type="checkbox"/>	Calor <input type="checkbox"/>
Traumatismo <input type="checkbox"/>	Corona <input type="checkbox"/>	Fugaz <input type="checkbox"/>	Dulce <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>	Inrustación <input type="checkbox"/>	Parasitaria <input type="checkbox"/>	Acido <input type="checkbox"/>
	Otro <input type="checkbox"/>	Espontánea <input type="checkbox"/>	Masticación <input type="checkbox"/>
		No hay dolor	
		Otro <input type="checkbox"/> No hay estibulo	

EXPLORACION

LESION	EXPOSICIÓN PULPAR	INFLAMACIÓN
Fleeca <input type="checkbox"/>	Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>	Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>
Químico <input type="checkbox"/>	Causa: <input type="checkbox"/>	Extraoral <input type="checkbox"/> Intraoral <input type="checkbox"/>
Bacteriano <input type="checkbox"/>	Caries <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/>	Blando <input type="checkbox"/> Endurecido <input type="checkbox"/>
Otro <input type="checkbox"/> No hay lesión	Otro <input type="checkbox"/> No hay exposición	Fistula <input type="checkbox"/> Nódulo <input type="checkbox"/>
		No hay inflamación

PRUEBAS DE SENSIBILIDAD PULPAR

TERMO AL FRIO		TERMO AL CALOR		ELECTRICA	
Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input checked="" type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input checked="" type="checkbox"/>	Diente Problema	Lectura
Localizado <input type="checkbox"/>	Referido <input type="checkbox"/>	Localizado <input type="checkbox"/>	Referido <input type="checkbox"/>	OD: _____	_____
Fugaz <input type="checkbox"/>	Parasitaria <input type="checkbox"/>	Fugaz <input type="checkbox"/>	Parasitaria <input type="checkbox"/>	Diente Testigo	_____
Incremento <input type="checkbox"/>	Decrece <input type="checkbox"/>	Incremento <input type="checkbox"/>	Decrece <input type="checkbox"/>	OD: _____	_____
Diente testigo OD: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>		Diente testigo OD: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>			

PRUEBAS PERIODONTALES

PERCUSIONES	PALPACION	SONDEO PERIODONTAL	MOVILIDAD
Vertical + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> # <input type="checkbox"/>	Palpación Periapical	Profundidad de la Bolsa	Negativa <input checked="" type="checkbox"/>
Horizontal + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> # <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> # <input type="checkbox"/>	_____ mm Cera _____	Grado
Diente Testigo	Diente Testigo	Diente Testigo	1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/>
OD: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> # <input type="checkbox"/>	OD: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> # <input type="checkbox"/>	OD: _____ mm - <input type="checkbox"/>	Diente Testigo
			OD: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> # <input type="checkbox"/>

HALLAZGOS RADIOGRAFICOS

CAMARA	CONDUCTOS	PERIODONTO
Normal <input type="checkbox"/> Estrecho <input checked="" type="checkbox"/> Calcificada <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Estrecho <input type="checkbox"/> Calcificada <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Engrosado <input type="checkbox"/>
Fractura <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/>	Fractura <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/>	Resorción Apical <input type="checkbox"/>
Resorción	Resorción	Lesión Apical:
Interna <input type="checkbox"/> Externa <input type="checkbox"/>	Interna <input type="checkbox"/> Externa <input type="checkbox"/>	Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>
Obstrucción <input type="checkbox"/>	Obstrucción <input type="checkbox"/> Desarrollo Incompleto <input type="checkbox"/>	Diámetro _____ mm x _____ mm
Otro _____	Otro _____	Descripción _____
Número de Conductos: 3	Nematoclas	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PULPAR	DIAGNOSTICO PERIAPICAL		
Pulpa Sana <input type="checkbox"/>	Pulpa Reversible <input type="checkbox"/>	Periapice Sano <input checked="" type="checkbox"/>	Periodontitis Aguda <input type="checkbox"/>
Pulpa Irreversible <input type="checkbox"/>		Abceso Periapical Agudo <input type="checkbox"/>	Abceso Fénix <input type="checkbox"/>
Necrosis Pulpar <input type="checkbox"/>	Pulpa Hiperplásica <input type="checkbox"/>	Periodontitis Crónica <input type="checkbox"/>	Supuración <input type="checkbox"/> Quiste Periapical <input type="checkbox"/>
Despulpa <input checked="" type="checkbox"/>			

TRATAMIENTO

DE CONDUCTOS		QUIRURGICO	
Ele-Pulpectomia <input type="checkbox"/>	Macro-Pulpectomia <input type="checkbox"/>	Curataje Apical <input type="checkbox"/>	Apicoctomia <input type="checkbox"/>
Extirpación Irreversional <input type="checkbox"/>	Respectión <input type="checkbox"/>	Radioctomia <input type="checkbox"/>	Obturación Retrograda <input type="checkbox"/>
Apicolesión <input type="checkbox"/>	Recrónis <input type="checkbox"/>	Hemisección Radiolar <input type="checkbox"/>	Implante <input type="checkbox"/>
Reconstrucción Provisional <input type="checkbox"/>	Definitiva <input type="checkbox"/>	Hemisección Radiolar <input type="checkbox"/>	Reimplante <input type="checkbox"/>
Otro <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>	

CONTROL DEL PROCEDIMIENTO

CONDUCTO	CONDUCTOMETRIA APARENTE	RELACION	CONDUCTOMETRIA REAL	INSTRUMENTO INICIAL	INSTRUMENTO FINAL APICAL
Unico					
Meso Vestibular	14		19	15	30
Meso Lingual	13		16	15	30
Disto Vestibular					
Meso Palatino					
Disto					
Vestibular					
Palatino	8		20	15	40
Otro					

CONTROL DE TRATAMIENTO

PROCEDIMIENTO	FECHA Y FIRMA	PROCEDIMIENTO	FECHA Y FIRMA
DIAGNOSTICO		CONOMETRIA	
ACCESO Y AISLAMIENTO		OBTURACION	(3) = 2002 / 21-0 / 1.01
LONGITUD DE TRABAJO		RECONSTRUCCION	
PREPARACION DEL CONDUCTO		TECNICA QUIRURGICA	

Técnica de Instrumentación	Técnica de Obturación
Accidentes Operativos	Solución del caso

CONTROL A DISTANCIA

6 MESES	1 AÑO	18 MESES	2 AÑOS
---------	-------	----------	--------

Fecha de terminado _____

COMENTARIOS DEL MAESTRO:



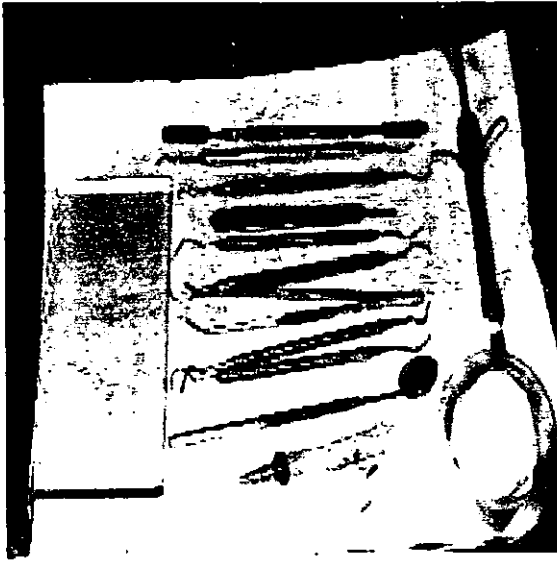


FOTO 25



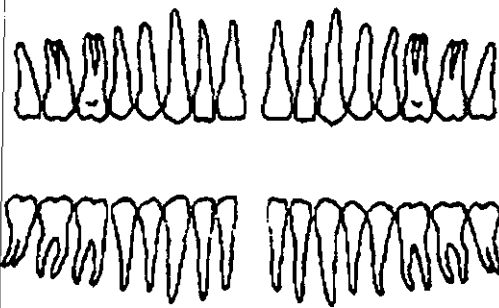
FOTO 26

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
FICHA DIAGNOSTICA DE PROTESIS DENTAL PARCIAL FIJA Y REMOVIBLE
PLAN DE TRATAMIENTO

I.- INFORMACION GENERAL

No. de carnet de admisión: 002845 Fecha de ingreso: 07/02/01
 Nombre: Hacia Yorgina Mena del Carmen Edad: 60 años
 Domicilio: Francisco Olayo del Sr. Col. Obrera C.P. 06800
 Ocupación: Comerciante Motivo principal de la consulta: Rehabilitación Dental

II EVALUACION CLINICA



Anote y especifique en el diagrama:

Dientes con caries 13, 12, 11, 24, 26, 34

Dientes ausentes: 8, 17, 15, 19, 21, 23, 25, 27, 28, 37, 38, 34, 46.

Restauraciones individuales: 16, 14, 26, 28, 9: 45, 34, 33, 36.

Observaciones: _____

Dibujar la (s) prótesis que porta el paciente en el diagrama

Portador de prótesis parcial fija: si no _____
 material de la prótesis: Acrilico
 Portador de prótesis parcial removible: si _____ no
 Tipo de prótesis: metálica _____ acrílica _____ combinada _____
 Clasificación de Kennedy Clase _____ modificación _____

III ANALISIS DE LA OCLUSION:

Clasificación de acuerdo a Angle: Clase I _____ Clase II _____ Clase III _____
 Protección canina: derecha si no _____ izquierda: si _____ no
 Protección anterior: si _____ no
 Función de grupo: derecha _____ izquierda _____ protección mutua: si _____ no
 Mordida cruzada: anterior _____ posterior _____ derecha _____ izquierda _____
 Mordida abierta: anterior posterior _____ derecha _____ izquierda _____
 Contacto dentario anterior en oclusión centrada: si _____ no
 Traslape horizontal: _____ mm. Traslape vertical: _____ mm.
 Observaciones: _____

EVALUACION PERIODONTAL

Periodontales si no dientes _____ profundidad: _____ mm

Perdida dentaria: si no dientes _____ 1° _____ 2° _____ 3° _____

Tipo de alteración: Retracción de encía

Observaciones: _____

EVALUACION ENDODONTICA

Diente(s) pilar(s): 16, 12, 24, 26, 34, 36 vitalidad: si no

Diente(s) pilar(s): 11, 12, 24, 26, 34, 36 tratamiento endodóntico previo: si no

Diente(s) Pilar(s) que necesitan tratamiento endodóntico: 12, 24, 26 Observaciones: Desaperturamos

los dientes por tratamiento defectuoso

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR (anote si presenta en la inspección clínica o espontáneamente)

Abertura b) Sonoridad c) Desviación derecha izquierda

Movimientos mandibulares (evalúelo como normal o limitado)

Abertura b) Lateral derecho c) Lateral izquierdo

Forma Mandibular _____

Observaciones: chusquido de la articulación del lado derecho

HABITOS BUCALES PERNICIOSOS:

Hbito bucal: Buena

EXAMEN RADIOGRAFICO

Relación corona-raíz: _____

Estado óseo: Reabsorción de hueso

Dientes desdentada: 18, 17, 15, 14, 21-23, 25, 27, 48, 37, 38

Observaciones: _____

- PLAN DE TRATAMIENTO

Prótesis fija

Dientes pilares anote el diente(s) y tipo de preparación: 16, 12, 24, 26 en forma de muñon.

Pónticos anote el diente (s) 25.

Tipo de base de los pónticos: Metal-Parcebra

Restauraciones individuales anote el diente (s) y tipo de restauración 16, 12, 24, 26 prot.ind.fija

Restauraciones intrarradiculares 16, 12, 24, 26, 34, 36.

Pro tipo de tratamientos:

Prótesis por adhesión (especifique): _____

Tratamientos de precisión (especifique): _____

Material a utilizar: Parcebra, metal y acrílico.

Color: _____

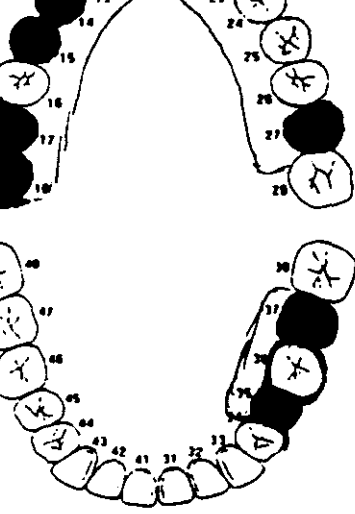
Prótesis removible

Requerimiento de preparación preprotésico: si no _____

Especifique: pilares para prótesis removible.

Tipos de prótesis parcial removible: dentosoportada _____ dentomucosoportada _____

Pónticos, dientes y tipos: 15, 17, 19, 21, 22, 23. material a utilizar: Metal-acrílico.



Indique en el diagrama y anote:

Prótesis parcial fija: 16, 12, 24, 26, 34, 36

Dientes pilares: 16, 12, 24, 26, 34, 36

Pónticos: 25.

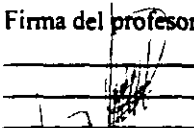
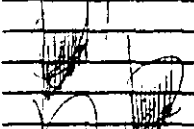
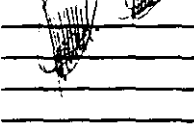
Restauraciones individuales: 16, 12, 24, 26, 34, 36.

Prótesis parcial removible: 15, 17, 19, 21, 22, 23, 35, 37.

Diseñe la prótesis fija y/o la prótesis removible en el diagrama

**Seguimiento del plan de tratamiento
Autorización**

.P.P.. eliminación de sarro y profilaxis
 historia Clínica:
 modelos de estudio:
 reparaciones específicas:
 impresiones y selección de color:
 montaje en el articulador:
 prótesis provisional:
 prueba de la prótesis en metal:
 prueba de la prótesis con material estético:
 Cementación:
 Inserción de la prótesis removible:
 Terminado:
 C.P.P. al término del tratamiento :

Firma del profesor	Fecha:
	_____
_____	_____
	_____
_____	_____
	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

INDICACION DE OTROS TRATAMIENTOS AL PACIENTE

tecnica de Capillado, Limpieza con
la dental

Pagos	Firma del profe
\$2500	_____
\$450	_____
\$1090	_____

Cantidad	Firma del profe
\$35	_____
\$3040	_____

precio a Clinica
 supuesto del laboratorio
 ta del laboratorio
 go del 10% sobre la nota del laboratorio (minimo N\$50)

NOTA: Favor de anexar a esta ficha la nota de la caja de la facultad y del laboratorio dental

Paciente: Marin Y Maria Maria del Carmen
 NOMBRE

Firma: 
 ACEPTO TRATAMIENTO

Apellido: Luz Maria Hernandez Morales

Firma: 

Apellido: Sección de titulación

Autorizó: Dr. Rolando Bonedici

Firma: 

Fecha: 07/02/01

Observaciones: _____



FOTO 27

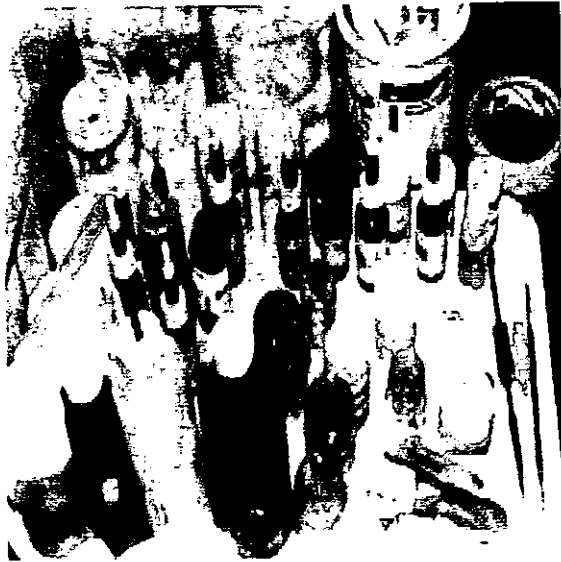


FOTO 28

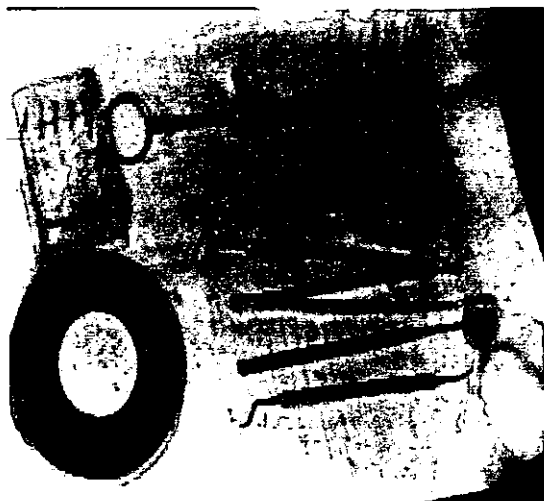


FOTO 29



FOTO 30



FOTO 31



FOTO 32

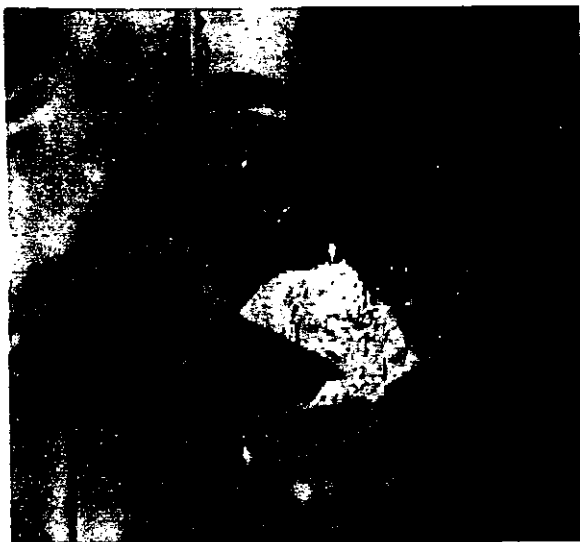


FOTO 33



FOTO 34

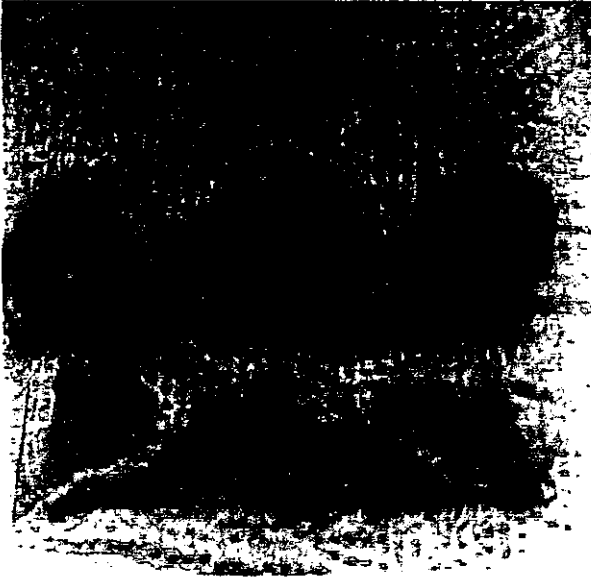


FOTO 35



FOTO 36

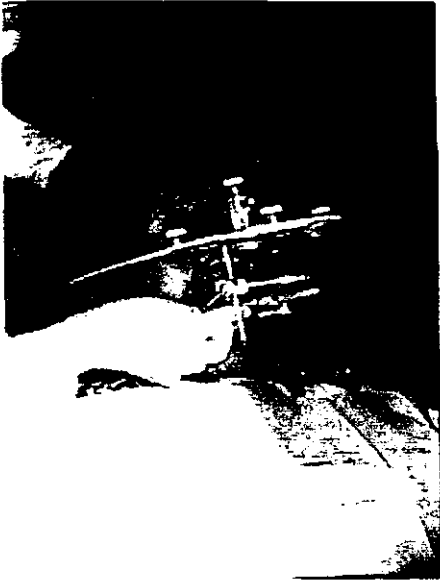


FOTO 37



FOTO 38

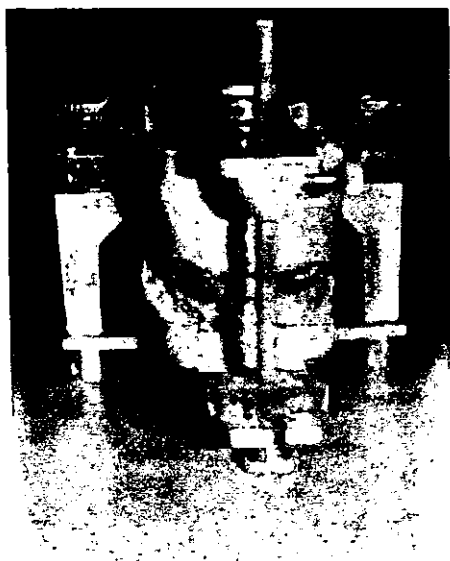


FOTO 39

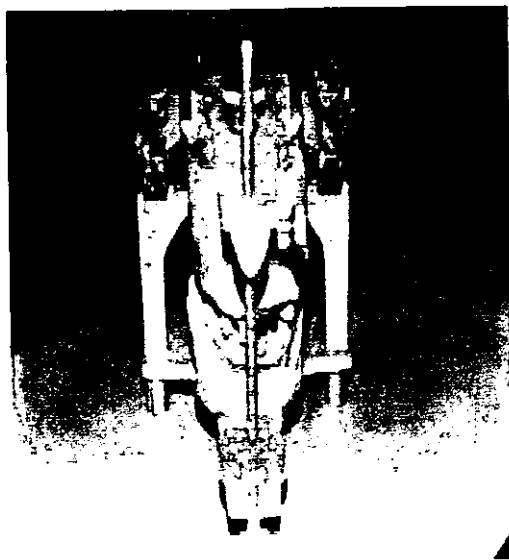


FOTO 40



FOTO 41



FOTO 43

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



FOTO 44



FOTO 45

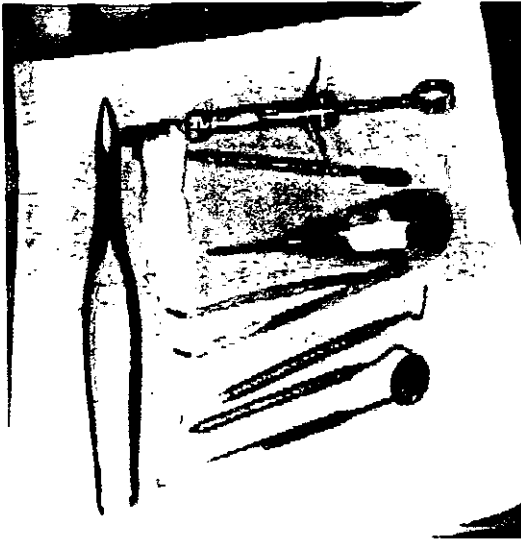


FOTO 46



FOTO 47

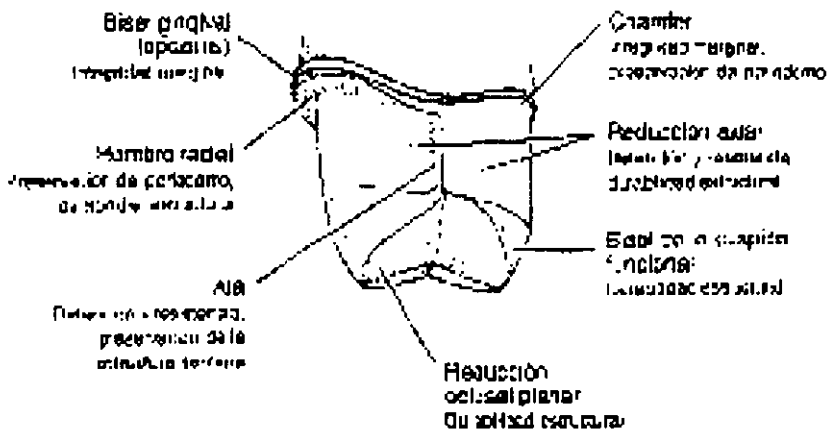


FOTO 48



FOTO 49

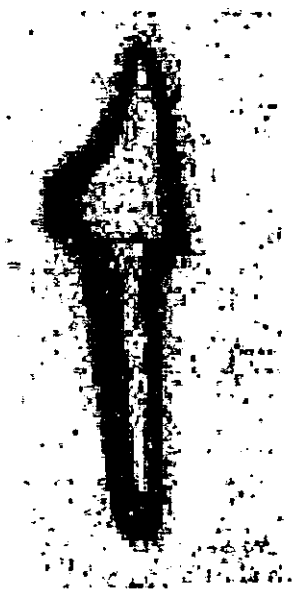


FOTO 50