



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRO

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

MONOGRAFIA

MANEJO DE DESORDENES CRANEOMANDIBULARES
EN PACIENTES DESDENTADOS
MEDIANTE UNA PROSTODONCIA TOTAL
ANEXO HISTORIA CLINICA DEL C.O.C.

DR. JORGE HERNANDO ARANGO

DR. CARLOS CASTRO

INTEGRANTES:

MARCELA LAVERDE C. COD. 902099

SERGIO GUZMAN D. COD. 911000

DIANA BERNAL C. COD. 911015

MA. FERNANDA PEÑARANDA COD. 911019

ENRIQUE SOTELO G. COD. 911101

GRUPO 13

SANTAFE DE BOGOTA, NOVIEMBRE 9, 1995

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

MANEJO DE DESORDENES CRANEOMANDIBULARES
EN PACIENTES DESDENTADOS
MEDIANTE UNA PROSTODONCIA TOTAL
ANEXO: PROTESIS TOTAL

MARCELA LAVERDE CARO

SERGIO GUZMAN DURAN

DIANA MARCELA BERNAL CASTILLO

MARIA FERNANDA PEÑARANDA GARCIA

ENRIQUE SOTELO GALVIS

MONOGRAFIA PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO PARCIAL DE LOS
REQUISITOS EXIGIDOS PARA OBTENER EL TITULO DE
ODONTOLOGO

SANTAFE DE BOGOTA, NOVIEMBRE 9, 1995

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

DIRECTIVAS

DR. JORGE HERNANDO ARANGO MEJIA
DECANO

DR. ANTONIO PAEZ
RECTOR

DRA. ROSA HELENA ARANGO MEJIA
VICE-DECANO

DR. GUILLERMO ARENAS TOLEDO
SECRETARIO ACADEMICO

DR. CARLOS CASTRO
COORDINADOR DE DECIMO SEMESTRE

DR. RAFAEL VALDERRAMA VANOIR
DIRECTOR CLINICA ADSCRITA NO. 3

DEDICATORIA

A NUESTROS PADRES, HERMANOS, CUERPO DOCENTE Y TODOS
AQUELLOS QUE HICIERON POSIBLE LA CULMINACION CON EXITO, DE
NUESTRA CARRERA PROFESIONAL. A TODOS ELLOS MUCHAS GRACIAS.

LOS AUTORES



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTR

PREFACIO

A medida que la Odontología ensancha sus horizontes para prestar tratamiento a un número de pacientes cada día mayor, es necesario organizar nuestros métodos de tratamiento para su capacidad máxima.

Teniendo esto en mente, esta monografía se ha escrito para servir de consulta, ahorrar tiempo y ayudar al odontólogo que ha de diagnosticar los problemas craneomandibulares, en pacientes desdentados y hacer su tratamiento.

LOS AUTORES

AGRADECIMIENTO

Queremos manifestar nuestra gratitud para con el doctor Miguel José Gallo Arbeláez por su asesoría y coordinación en el presente trabajo.

Director Area Educación Avanzada del Colegio Odontológico Colombiano.

TABLA DE CONTENIDO

JUSTIFICACION

OBJETIVOS

INTRODUCCION



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRO

JUSTIFICACION

Dada la importancia que representan aquellos pacientes que utilizan prótesis total, los cuales reportan gran variedad de dificultades en cuanto a: adaptabilidad, manejo oral, funcionalidad, dolor, etc. se hace necesario recordar y establecer algunos parámetros que permitan mejorar y recordar, paso a paso, la confección de una prótesis total, además de establecer alternativas en aquellos pacientes que utilizan prótesis total y presentan problemas en la articulación temporomandibular.

OBJETIVOS

- . Dar parámetros necesarios para lograr un diagnóstico acertado de pacientes con problemas en la A.T.M.
- . Dar a conocer aspectos clínicos necesarios que anteceden a la elaboración de una prótesis total.
- . Alternativas clínicas para mejorar la función estomatognática en prótesis total.
- . Tratar los desórdenes temporomandibulares disminuyendo de un 70 a 90% la sintomatología, siendo un tratamiento reversible no invasivo.
- . Reorganizar la actividad neuromuscular y reducir dicha actividad si es patológica.



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRO

INTRODUCCION

Teniendo en cuenta la disfunción que los pacientes desdentados totales presentan, hemos querido hacer énfasis en la importancia del manejo clínico integral, complementado con el correcto diseño y elaboración de la prótesis total, para lograr una correcta posición en relación céntrica, oclusión bilateral balanceada, devolver dimensión vertical, brindando en parte factores como: deglución, masticación, fonación, estética y perfil psicológico.

No deja de ser interesante la poca atención que se le ha brindado a la parte estomatognática por parte de los profesionales de la salud, si bien la falta de prótesis dental, y en síntesis de una salud oral adecuada, no conllevan a un peligro inmediato para la vida, sin embargo, sí implica consideraciones nutricionales, digestivas y psicológicas que deterioran aún más el estado de los pacientes desdentados totales y conlleva a problemas más severos como: disminución de defensas, aumento de la susceptibilidad a infecciones, y crea en general un malestar, deteriorando aún más su estado general de salud.

Se considera que el paciente desdentado total presenta una discapacidad que en nuestro caso sería la insuficiencia masticatoria, estética y aún psicológica, reflejada en una alteración de la primera fase de la masticación a través de sus etapas: incisión, trituración y masticación propiamente dicha realizadas por el sistema estomatognático.

MANEJO DE DESORDENES CRANEOMANDIBULARES
EN PACIENTES DESDENTADOS
MEDIANTE UNA PROSTODONCIA TOTAL

En todas las áreas de salud seguimos considerando al anciano como un conjunto de pérdidas físicas, sociales, biológicas y psíquicas, lo que de alguna manera contribuye a reforzar los mitos de invalidez, de inutilidad y de ente patológico con los que se asocia generalmente al viejo.

Error, no solo de apreciación y de costumbre social, sino debido al desconocimiento a que nos vemos enfrentados cuando se habla de personas mayores.

Se plantea la necesidad de acercarnos a las teorías científicas del envejecimiento biológico, considerando la participación del sistema estomatognático como un componente más del organismo humano.

Por años se han utilizado las prótesis totales para ayudar a las personas que han perdido todos sus dientes naturales. Durante todo este tiempo se han desarrollado nuevos materiales y técnicas con la esperanza de proporcionar a los pacientes prótesis más funcionales.

En los pacientes que utilizan prótesis total resulta especialmente difícil realizar un trabajo protésico complaciente, debido a que se carece prácticamente de toda la información necesaria siendo la única manera de obtenerla mediante trazos



pantográficos, a diferencia de lo que ocurre en la prostodoncia fija donde se obtiene la información a partir de modelos articulados, dientes adyacentes, muñones, etc.

Todo debe ser reconstruido de nuevo. La disposición armónica de los dientes forma de los labios, aspecto natural de la encía y funciones básicas como fonación, deglución y masticación propiamente dicha. La prótesis debe realizarse basados en todas las reglas de la odontología moderna, siendo trabajo y desafío al mismo tiempo.

La rehabilitación del paciente no debe estar orientada únicamente a mejorar la función del mismo, sino que pretende mejorar el organismo como un todo, facilitando la ingesta de alimentos, enriqueciendo su variedad, mejorando su digestión, aumentando su aporte nutricional, y por consiguiente, proporcionando una mejor salud con la gran posibilidad de enfrentar mejor no solo los cambios biológicos normales sino las patologías que pueden asociarse.

Desafortunadamente, por la etiología multifactorial de las enfermedades de la A.T.M. resulta muy complejo lograr un manejo estadístico apropiado, ya que el número de muestras no está en relación con el número de variables.

PRINCIPALES FACTORES PARA LA REALIZACION DE UNA PROTESIS TOTAL - ASPECTO ANATOMICO.

Se enfatiza la importancia de la cirugía pre-protésica en los casos indicados, puesto que permite una disminución en la deformación de la prótesis total por fuerzas de tensión.

Barber y cols. nos describen el manejo de aquellos casos donde el reborde alveolar se encuentra con gran reabsorción por medio de rellenos con hidroxiapatita con la

contrariedad de que persiste la migración de ésta, disminuyéndose de nuevo el reborde alveolar.

Hortz y cols. nos presentan como solución a este problema, un sellante de fibrina manteniendo la hidroxiapatita en posición sin lograr un éxito completo.

Además existen otros aditamentos adicionales para aumentar el acondicionamiento de la prótesis como nos lo muestran Veltec y cols., utilizando recubrimientos de material blando en la parte noble de la prótesis para proporcionar comodidad de los tejidos débiles y para que sirva como material de impresión funcional, los cuales fueron evaluados concluyendo que actuaron como amortiguadores, pero siendo un importante inconveniente la presencia de hongos en la mucosa y prótesis, teniendo que tratar la candidiasis oral en combinación farmacológica antimicótica.

MODELOS DE ESTUDIO

Estos nos sirven para guiar nuestro plan de tratamiento de una manera más adecuada, pues nos muestra aquellos accidentes anatómicos importantes para tenerlos en cuenta en procedimientos de laboratorio.

ASPECTO RADIOGRAFICO

En el pasado se creía que las radiografías eran un factor imprescindible en la confección de una protodoncia total completa. Actualmente, la Asociación Dental Americana (ADA) opina que solo se deben utilizar cuando clínicamente las consideremos absolutamente necesario, ya que la tendencia es conservar lo remanente sano pues ayuda a conservar la altura del reborde alveolar. Estudios actuales como el de Edgerton y Clark reportan que mediante la utilización de Rx panorámicas en pacientes edéntulos, se logra un diagnóstico radiológico aceptable eliminando así el

uso de radiografías intraorales excepto cuando sea necesaria una correlación de dientes sin erupcionar, retención de raíces que nos impidan la realización adecuada de la prótesis.

ASPECTO PSICOLOGICO

Vervoorm y colaboradores clasifican al paciente en diferentes perfiles psicológicos en un estudio reciente, donde concluyen que la satisfacción de los pacientes hacia la prótesis no tenía relación con los diferentes riegos de la personalidad.

Van Waas y cols. en un estudio referente a la calidad técnica de las prótesis y condición física de rebordes en pacientes satisfechos, concluye que no hubo relación entre estos dos aspectos, ya que en pacientes con buena anatomía alveolar se presentaron las mismas dificultades en sus prótesis que en aquellos que presentaban rebordes atrofiados.

MATERIALES Y METODOS

Se trató a Saúl Mosquera, paciente de 37 años de los cuales lleva 17 desdentado de ambos maxilares por exodoncias prematuras. Llegó a la consulta al C.O.C. con dolor a la palpación lateral de la ATM derecha y de los músculos pterigoideos externos, fascículo superior.

Nuestro objetivo ya una vez relatadas las experiencias clínicas positivas y negativas del paciente, es el de tratar de devolverle ciertas condiciones que perdió a medida que se iba deteriorando el sistema masticatorio por la ausencia dentaria. Queremos hacer énfasis especialmente en la autoatención oral para prevenir enfermedades, manejar aquellas que ya están presentes y tratar de orientar al paciente a un cambio de hábitos que mejoren su calidad de vida en general, no solo a nivel oral. Para esto, llevaremos a

cabo la elaboración completa y adecuada de una prótesis total con el fin de beneficiar no solo la estética, la masticación y el bienestar general del paciente, sino prevenir cambios que pueden llegar a convertirse en patologías fácilmente identificables como el aplanamiento de la cavidad glenoidea, disminución de tamaño condilar, disminución de la elasticidad en el ligamento y cartílago, grosor del disco articular, propiocepción, capacidad sensoriomotora, atrofia muscular, aumento de tejido adiposo, disminución del tejido muscular y entre otros, la coordinación muscular, así como confeccionar una placa que nos permita llevar a cabo una exitosa terapia oclusal para pacientes total o parcialmente desdentados.

Ya una vez realizada la parte de historia clínica, procedemos a tomar una impresión preliminar en alginato, de ambos maxilares, para obtener un modelo preliminar en yeso tipo III para que sobre éste podamos realizar unas cubetas individuales para que en la segunda cita podamos tomar la impresión en compuesto para modelar, de media fusión. Una vez tomada la impresión, se procede a realizar el vaciado en yeso tipo III y con este modelo elaboraremos la cubeta de acrílico de autopolimerización para la toma de impresión definitiva.

En la tercera cita ya una vez con la cubeta perfectamente elaborada, procedemos a realizar el sellado periférico en el siguiente orden:

MAXILAR SUPERIOR

1. Zona posterior vestibular
2. Zona media vestibular
3. Zona anterior vestibular
4. Zona posterior de la tuberosidad
5. Zona de postdaming



MAXILAR INFERIOR

1. Zona posterior vestibular
2. Zona media vestibular y lingual
3. Zona anterior vestibular y posterior lingual
4. Zona bolsillo retromolar

Una vez se ha obtenido el sellado de ambos maxilares tomamos la impresión definitiva en pasta zinquenólica. Ya tomada, realizamos el encofrado y vaciado en yeso tipo IV. Este modelo de trabajo nos servirá para adaptar los platos bases, estabilizarlos para lograr mayor adaptación y retención de la prótesis, luego se procede a orientar el rodete superior teniendo en cuenta el plano de Camper, que va desde el tragus al ala de la nariz, el plano de Frankfort, el plano oclusal, bipupilar, frontal y sagital. Ya una vez arreglados los rodetes procedemos a enfilear los dientes anteriores así:

- Incisivo Central Superior: Toca el plano de oclusión en el plano horizontal y en el plano sagital tiene inclinación disto mesial y en el frontal va de arriba - abajo y atrás-adelante.
- Incisivo Lateral Superior: En el plano horizontal no toca el plano de oclusión, en el plano sagital tiene inclinación distomesial y en el frontal va de arriba-abajo y atrás-adelante.
- Canino Superior: En el plano horizontal toca el plano de oclusión, en el sagital tiene inclinación disto mesial, en el frontal va de arriba-abajo, adelante-atrás.

Incisivo Central Inferior: En el plano horizontal toca el plano de oclusión, tiene inclinación disto mesial, la de atrás-adelante y abajo-arriba.

- Incisivo Lateral Inferior: En el plano horizontal sobrepasa el plano de oclusión, va de adelante-atrás, abajo-arriba.

- Canino Inferior: En el plano horizontal toca el plano oclusal, va de adelante-atrás, abajo-arriba. El lateral queda más alto del plano de oclusión para que durante los movimientos de protrusión la cúspide del canino se desplace.

Una vez enfilados los anteriores, se prueban y ya probados, se enfilan los posteriores así:

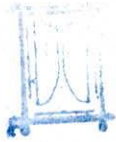
- Premolar Superior: En el plano horizontal la cúspide vestibular toca el plano de oclusión, la palatina no, en el plano frontal va salida de talón.

- 2do. Premolar Superior: En el plano horizontal la cúspide vestibular y palatina tocan el plano de oclusión y son paralelos al plano frontal.

- 1er. Molar Superior: En el plano horizontal la cúspide meso palatina toca el plano de oclusión, en el plano sagital tiene inclinación disto mesial y en el plano frontal va de atrás-adelante, adentro-afuera.

- 2do. Molar Superior: En el plano horizontal no toca el plano de oclusión, en el sagital tiene inclinación disto mesial y en el frontal atrás-adelante, adentro-afuera. Con eso se logra la curva de Spee y la curva de compensación.

- 1er. PM Inferior: La cúspide vestibular va a ir ubicada entre canino y primer premolar superior.



- 2do. PM Superior: Su cúspide vestibular va a ir ubicada entre el primer premolar y el segundo premolar superior.
- 1er. Molar: La cúspide meso vestibular va entre el segundo premolar y el primer molar, la central va en la fosa central del primer molar superior.
- 2do. Molar: La cúspide mesovestibular se aloja en la fosa interdientaria formada por el primer molar superior.

A un paciente para prótesis total se le da una oclusión bilateral balanceada donde se da como mínimo, dos contactos posteriores y uno anterior.

Se prueban los dientes posteriores y ya una vez aprobados se manda acrilar. La prótesis se entrega al paciente y a los ocho días se hace el control.

PROCEDIMIENTO

Se deben diligenciar inicialmente las hojas de la Historia Clínica números 1, 2, 3, 10, 11, 12, 13. Una vez llenada la hoja 1,2,3, pasamos a llenar el anexo de prostodoncia total así:

Apellidos y nombres del paciente, número de H.C. La primera parte consta del examen craneo mandibular donde analizaremos la parte facial, relación de los tercios de la cara, competencia labial, surco labial mentoniano, perfil y la forma de la cara.

En la parte intraoral analizaremos el tipo de arco, su tamaño y forma, y el reborde residual en tamaño y forma, y el reborde residual en tamaño y forma también, así mismo el paladar.

En la segunda parte que abarca el examen funcional, tendremos en cuenta los ruidos articulares, ya sean los de la ATM derecha o izquierda.

La tercera parte consta de la palpación articular y muscular, donde analizaremos el sitio, si es en reposo o en movimiento el dolor.

La cuarta parte, examen físico-oral donde evaluaremos los tejidos orales blandos y óseos. Si se presenta alteración, describiremos la lesión, localización, forma, tamaño, consistencia, textura, síntomas y tiempo de evolución.

La quinta parte consta del examen radiográfico y la sexta de exámenes que se requieran para laboratorio, como diagnóstico complementario.

Estando el paciente en reposo, marcamos la línea labial inferior y recortamos el rodete 1 mm, por debajo de la línea en caso de una relación labio-alveolar normal. Lo dejamos a la misma altura del labio en caso de relación labio-alveolar aumentada y lo recortamos 2 mm. por debajo de la línea labial inferior, en caso de que la relación labio-alveolar esté disminuida.

Con la platina de fox orientamos el rodete superior. Una vez orientado, tomamos la relación bicondilo-maxilar y montamos en el articulador. Ya realizado esto, buscamos la dimensión vertical con respecto al maxilar inferior ayudándonos del registrador intraoral. Una vez obtenida la céntrica, procedemos a realizar el montaje del modelo inferior.

Una vez montados los modelos en el articulador escogemos los dientes, lo cual depende en gran medida de la dimensión vertical y de la relación céntrica. El punto de referencia es la posición de los labios, junto con una expresión facial agradable. El borde del rodete queda en el lado de oclusión a 2 mm o 1 mm por debajo del labio superior en reposo.

Para tomar el ancho de los dientes, debemos tener en cuenta la distancia de la eminencia canina derecha a la eminencia canina izquierda, el espesor lo determina el

ancho y la posición del reborde residual, la forma debe coincidir con la forma de la cara, ya sea cuadrada, triangular u ovoide. El color depende del color de la piel, cabello, ojos y especialmente, la edad del paciente.

Procedemos a marcar la zona canina, zona retromolar, y se marca una línea proyectándola. Se toma una medida de 4 mm. hacia vestibular y hacia lingual que nos va a indicar los surcos de desarrollo principal de los premolares y molares.

ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION CRANEOMANDIBULAR

Para la debida confección de una prótesis total en pacientes que presenten problemas de ATM, se hace necesario tener en cuenta una serie de parámetros que nos permitan lograr un éxito en el posterior tratamiento, devolviendo así lo mejor posible el bienestar integral del paciente.

Parámetros como los de examinar anualmente al paciente intra y extraoralmente, evaluación de movimientos excursivos y la actividad de la ATM en movimiento. Esto es importante como diagnóstico, para lograr la modificación de problemas de ATM en pacientes que se les va a confeccionar una prótesis total, pero puede presentarse el caso en aquellos pacientes que tengan problemas articulares (que posteriormente señalaremos) y cuya prótesis total se encuentre en condiciones aceptables, con adaptabilidad y funcionalidad por parte del paciente, y no sea necesario realizar una nueva. Para este tipo de pacientes se presenta una alternativa en el tratamiento el cual va enfocado a mejorar la función estomatognática del paciente, la cual se consigue realizando una terapia oclusal mediante el manejo de placas oclusales.

TERAPIA OCLUSAL REVERSIBLE PLACAS OCLUSALES

Son aparatos removibles deacrílico duro que se diseñan sobre las superficies oclusales e incisales en uno de los arcos dentarios con contactos uniformes y precisos. Con respecto al maxilar opuesto puede ser superior e inferior.

OBJETIVO:

- Estabiliza o incrementa la función de la ATM dando una posición óptima articular, dando una condición oclusal y funcional estable.
- Reorganiza la actividad neuromuscular refleja y reduce dicha actividad si es patológica.
- Protege los dientes y estructuras de soporte de fuerzas anormales que puedan ocasionar daños.
- Sirven para tratar varios desórdenes temporomandibulares ayudando a identificar el o los factores etiológicos primarios, disminuyendo de un 70 a 90% la sintomatología, siendo un tratamiento reversible no invasivo.

APLICACION DE PLACAS OCLUSALES A LOS DESORDENES CRANEO MANDIBULARES

Se deben usar:

1) En desorden de los músculos masticadores.

. En una hipertonicidad cuando su factor etiológico es una actividad parafuncional. Se realiza placa de relación céntrica y desprogramador.

. En un espasmo se realiza desprogramador y placa RC cuando su etiología es una hipertonicidad prolongada no tratada.

. Miositis: Se realiza placa y desprogramador cuando no se ha tratado un espasmo prolongado.



2) En desórdenes del disco articular.

- Desplazamiento con reducción:

. Tercio inicial con evolución de menos de un año, asintomático.

. Tercio medio y final. Si es asintomático con evolución de menos de un año se realiza reprogramador, placa protrusiva.

- Desplazamientos sin reducción:

En esta alteración se realiza reprogramador y placa protrusiva en el caso de que no funcionen los ejercicios que realiza el odontólogo para reducir el desplazamiento.

- Desplazamientos del disco con o sin reducción que estén asociados a una actividad parafuncional. Terapia oclusal reversible con desprogramador y placa de relación céntrica.

- Desórdenes estructurales del disco:

. Crepitación: El disco se encuentra perforado y para evitar un desorden mayor, por prevención se realiza placa de RC y desprogramador.

3) Desórdenes Inflamatorios Articulares

- Sinovitis o Capsulitis: Se realiza placa relación céntrica y desprogramador si el trauma (factor etiológico) es recurrente.

- Retrodisquitis:

Si el factor etiológico es un trauma extrínseco se realiza placa protrusiva y reprogramador. Si el trauma es intrínseco, se lleva a cabo el mismo tratamiento.

- Artritis Inflamatoria:

Si hay actividad parafuncional se hace placa de relación céntrica en posición de reposo, para disminuir la sobrecarga sobre las superficies óseas.

4) Desórdenes del Movimiento Mandibular

- Hipomovilidad

* Contractura Muscular

. Miostática : No se realiza terapia oclusal sin haberse llevado a cabo primero una terapia de apoyo. Se trata con placa de relación céntrica.

. Miofibrótica: No se realiza terapia oclusal.

- Hipermovilidad

* Subluxación: Se realiza placa de relación céntrica y placa pivotante.

* Luxación: o Dislocación Espontánea: Se realiza terapia de apoyo y tratamiento quirúrgico. Si éste funciona, se realiza placa de relación céntrica para prevenir la recurrencia del desorden.

DISEÑO Y AJUSTE DE LA PLACA DE RELACION CENTRICA

PLACA SUPERIOR

Se realiza el recubrimiento de la prótesis superior usando un material apropiado para tejidos blandos que tiene dos funciones:

- 1) Mejor ajuste de las prótesis existentes
- 2) Prevenir puntos dolorosos localizados e inflamación generalizada que pueda ocurrir en la medida en que los músculos se adapten a sus nuevas posiciones.

Terminada esta etapa, se altera la relación craneomandibular por medio del siguiente método:

En el laboratorio sobre la prótesis se delimitan las superficies palatinas y oclusales de los dientes, utilizando un medio de separación. Después éste se seca y se coloca un acetato transparente sobre estas áreas. De esta manera el acetato se puede remover de la prótesis y contornearse.

Puede entonces retornarse a la boca con la placa colocada sobre la prótesis y se realiza primero el segmento anterior.

Se coloca una meseta acrílica de canino a canino superior. Hacemos que el paciente indente 1 mm. antes de tocar el acetato, quedando marcados los anteriores inferiores. Marcamos con lápiz el fondo de las huellas. Se definen rampas horizontal y oblicua. Obtenemos seis puntos de relación céntrica y marcamos cuatro protrusiones en la rampa oblicua con papel de articular. La guía está dada por la desoclusión.

SEGMENTO POSTERIOR

Se colocan mesetas acrílicas posteriores. El paciente debe indentar hasta tocar la rampa horizontal del segmento anterior y se retiran los excesos.

Marcamos el fondo de las cúspides funcionales de los dientes posteriores del maxilar inferior y se verifican movimientos excursivos.

PLACA INFERIOR

Primero se realiza el segmento posterior y luego el anterior. segmento posterior:

Se colocan mesetas acrílicas en posteriores.

Marcamos el fondo de las cúspides funcionales del maxilar superior. Las mesetas deben quedar planas.

SEGMENTO ANTERIOR

Montículo de acrílico de canino a canino inferiores.

El paciente debe morder y con la lengua empujar el acrílico hacia las caras palatinas.

Se realizan o demarcan puntos anteriores. No se realizan líneas excursivas, solo deben aparecer puntos.



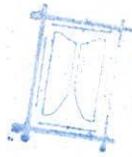
CONCLUSIONES

Una proporción de pacientes desdentados puede tener disfunción dolorosa de la articulación, cuando se requiere reemplazo de dentadura. Para esto, la prótesis total debe ser examinada anualmente y debe realizar un examen clínico completo. Una buena historia médica actualizada, evaluación de la mucosa y estado óseo alveolar, y con estos criterios diagnósticos es posible evidenciar la mayoría de los problemas antes de modificar o hacer el reemplazo de la prótesis total.

Los cambios morfológicos de la ATM no están relacionados con la pérdida de dentición. Se incrementa con la edad y puede o no estar asociada con síntomas clínicos. El sexo no es un factor determinante aunque se afirma en algunos estudios clínicos reportados, que las mujeres presentan más desórdenes de la ATM y acuden a tratamiento odontológico más que los hombres.

Las prótesis totales insatisfactorias han sido reportadas con un resultado en el incremento de dolor de cabeza recurrente y disfunción mandibular. Este efecto es visto con tales problemas oclusales, como una disminución de la dimensión vertical, colapso de oclusión posterior y ausencia de oclusión protegida anterior. Por esto, el tratamiento ideal para los problemas oclusales y articulares mencionados entre otros, encontramos la técnica inmovilizadora que ayuda al paciente a estabilizar la posición de relación céntrica y dar una oclusión bilateral balanceada.

Los síntomas clínicos de la ATM mejoran después de la colocación de la prótesis, y al mismo tiempo esta restauración tiene un efecto protector favorable para la estructura de la misma.



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRO

La cantidad de saliva se aumenta durante el proceso de masticación y al mismo tiempo la prótesis total actúa como un estímulo mecánico adicional del reflejo salival.

BIBLIOGRAFIA

Manual de Prótesis Dental. Universidad Nacional. Facultad de Odontología. Santafé de Bogotá.

Clínicas Odontológicas de Norteamérica - Mexico, Interamericana, 1981, Vol. 4.

Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento de Problemas Oclusales. Peter E. Dawson, Lepera. Buenos Aires, Mundi, 1973.

REFERENCIAS:

Considerations for Planning for and Fabricating Complete Dentures. Gerald N. Graser. SO: CURR-OPIN-DENT. 1992 JUN. 2:58-65.

Orthotic Therapy for the Partially or Fully Edentulous Patient, W. Steve Bledsoe. SO: CRANIO-CLINT-INT. 1991, 1829: 175-83

Overlay Bite Restorer as a phase 1 Orthotic, Don Nevenschwander. SO: CRANIO-CLINT-INT. 1991, 1 (2): 185-92.

Mechanical Evaluation of Splint Therapy in Treatment of the Edentulous Patient, Michael Dabadle. SO: 1- PROSTHET-DENT. 1990 JAN. 63 (1): 52.5

Temporomandibular Joint Pathosis related to Sex, Age and Dentition in Autopsy Material, Ven E. Widlman. SO- ORAL-SURG.- ORAL- MED- ORAL- PATHOL. 1994 OCT. 78 (4) 416-25.

The Temporomandibular Joint in Rheumatoid Arthritis: A Comparative Clinical and Tomographic Study Pre and Post-Prosthesis. SO: 1- ORAL REHABIL. 1990, MAR 17 (2): 165-72.

The Prevalence of Craneomandibular Disorders in Completely Edentulous Denture, Wearing Subjects. Mercado - MD. Faulkner-K.D. SO.: 1 ORAL REHABIL. 1991 MAY, 18 (3): 231-42.

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
ANEXO PROSTODONCIA TOTAL**

COLEGIO

PROSTODONCIA

NOTA: SE DEBEN DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES HOJAS DE LA H.C. NO. 1,2,3,10,11,12,13.

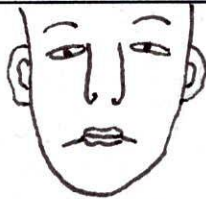
APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE

HISTORIA CLINICA No.

EXAMEN FISICO CRANEO MANDIBULAR

EXAMEN FACIAL	RELACION DE LOS TERCIOS DE LA CARA			COMPETENCIA LABIAL	SURCO LABIAL MENTONIANO	PERFIL
		N	A			
FRONTAL						
	Superficie			Presente	Normal	Recto
SIMETRIA	Medio			Ausente	Ausente	Concavo
ASIMETRIA	Inferior				Aumentado	Convexo

FORMAS DE LA CARA (FACIAS)
CUADRADA
TRIANGULAR
REDONDA



EXAMEN INTRAORAL

TIPO DE ARCO	REBORDE RESIDUAL	
	TAMAÑO	FORMA
NORMAL	CUADRADO	PROMINENTE
PEQUEÑO	OVOIDE	NORMAL
GRANDE	TRIANGULAR	ESCASO
	MIXTO	ATROFIADO

FORMA DEL PALADAR
ARQUEADO
OJIVAL
EN FORMA DE V
PLANO
FISURADO
PERFORADO



EXAMEN FUNCIONAL

RUIDOS ARTICULARES			ATM DERECHA			ATM IZQUIERDA		
CHASQUIDO	CREPITACION		CHASQUIDO	CREPITACION		CHASQUIDO	CREPITACION	
1/3	2/3	3/3	1/3	2/3	3/3	1/3	2/3	3/3
MOVIMIENTO			MOVIMIENTO			MOVIMIENTO		

PALPACION ARTICULAR Y MUSCULAR

ATM DER	LATERAL	POSTERIOR	MASETERO	DERECHO	IZQUIERDO	CONTRACCION	ESTRIONAMIENTO	REPOSO
REPOSO	MOVIMIENTO	PMI	TEMPORAL					
ATM IZO	LATERAL	POSTERIOR	PTERIG INT					
REPOSO	MOVIMIENTO	PMI	PTERIG EXT					
			OTROS					

4. EXAMEN FISICO ORAL

MC

EVALUACION DE TEJIDOS BLANDOS Y OSEO												
	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A		
1. LABIOS			4. GINGIVA			7. PISO DE BOCA			10. PALADAR BLANDO			
2. CARRILLOS			5. REBORDE ALVEOLAR			8. FRENILLOS			11. AMIGDALAS			
3. SURCO VESTIBULAR			6. LENGUA			9. PALADAR DURO			12. GLAND. SALIVARES			
Observaciones	Descripción de lesiones (localización, forma, tamaño, consistencia, textura, síntomas y tiempo de evolución).											

5. EXAMEN RADIOGRAFICO

OCLUSALES	SUPERIOR
	INFERIOR
PANORAMICA	
OBSERVACIONES	

6. EXAMENES DE LABORATORIO

TP
TPT
COAGULACION
SANGRIA
OTROS
OBSERVACIONES