

CASO CLINICO

SINDROME DE COMBINACIÓN O DE KELLY

PRESENTADO POR:

Diana Milena Castellanos cod 001013

Diego fernando galvis cod 001034

Jorge Hernando Guzmán cod 001045

Ivonne Angelica Bravo cod 001053

Sulma Rocio Núñez Cod 001060

Daimer Alberto Barros: 992023

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
ODONTOLOGIA INTEGRADA
X SEMESTRE
BOGOTÁ, SEPTIEMBRE DEL 2004

CASO CLINICO

SINDROME DE COMBINACIÓN O DE KELLY

PRESENTADO POR:

Diana Milena Castellanos cod 001013
Diego fernando galvis cod 001034
Jorge Hernando Guzmán cod 001045
Ivonne Angelica Bravo cod 001053
Sulma Rocio Núñez Cod 001060
Daimer Alberto Barros: 992023

PRESENTADO A LA DRA:

Nery Villota

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
ODONTOLOGIA INTEGRADA
X SEMESTRE
BOGOTÁ, SEPTIEMBRE DEI 2004

HISTORIA CLINICA

1. INFORMACION GENERAL:

Nombre del paciente: Julia Hernandez Vera
Edad: 44 años
Sexo: femenino
Raza: blanca
Ocupación: metalurgia
Motivo de consulta: " Arreglarme los dientes"

EXAMEN FISICO

ASPECTO GENERAL: paciente aparentemente sana, contextura gruesa, con buen estado animo.

PESO: 100 Kg.

RH: A+

ESTATURA: 1.68 mts

PRESION ARTERIAL: 120/90 mm/Hg

ANAMNESIS

HISTORIA MEDICA FAMILIAR: la paciente refiere que la madre murió de cáncer, y el padre murió de cáncer.

HISTORIA MEDICA PERSONAL: la paciente no reporta compromiso sistémico.

HISTORIA ESTOMATOLOGICA

- Examen extraoral
Perfil: Recto ligeramente cóncavo
Tercios de la cara: tercio medio disminuido.
- Examen intraoral

ODONTOGRAMA

18. Ausente	28. Ausente	38. Ausente	48. Ausente
17. Ausente	27. Ausente	37. Ausente	47. Ausente
16. Ausente	26. Ausente	36. Ausente	46. Ausente
15. ausente	25. Ausente	35. Ausente	45. Ausente
14. Ausente	24. Ausente	34. Sano	44. Ausente
13. Ausente	23. Ausente	33. Caries mesial	43. Caries vestib.
12. Ausente	22. Ausente	32. Caries vest.	42. Ausente.
11. Ausente	21. Ausente	31. Ausente	41. Ausente

EXAMEN CRANEOMANDIBULAR

EXAMEN DENTARIO

Clasificación de Angle: No aplicable, por ausencia de dientes

Entrecruzamiento overjet: No aplicable

Resalte over bite: No aplicable

Línea media dentaria: No aplicable

Apiñamientos: No presenta

Facetas de desgaste: 43, 33, 32

Malposiciones: diente 34 presenta una distoversión

Ausencias dentarias: dientes 18,17,16,15,14,13,12,11,21,22,23,24,25,26, 27,28,48,47,46,45,41,31,42,35,36,37,38.

EXAMEN PERIODONTAL

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------|
| 1. Color: Anormal | 5. Grosor: Anormal | 9. Cálculos: Si |
| 2. Márgen: Anormal | 6. Contorno: Anormal | 10. Sangrado: Si |
| 3. Consistencia. Anormal | 7. Papilas: Anormal | 11. Supuración: No |
| 4. Textura: Anormal | 8. Encia adherida: Anormal | 12. Movilidad: No |

VII. DIAGNOSTICOS

- **GENERALES:** paciente sano
- **CRANEOMANDIBULARES:** Desorden Craneomandibular de Crecimiento y Desarrollo Adquirido.
- **ORALES TEJIDOS BLANDOS Y OSEO:** Gingivitis inducida por placa bacteriana sin factor local contribuyente.
 - Hiperplasia Papilar.
 - Síndrome de Combinación.
- **DENTALES:** Caries activa de los dientes 32,42,43,33.
- **ENDODONTICOS:** Pulpas Clínicamente sanas.

ETIOLOGÍA

CRANEOMANDIBULAR: Ausencia de dientes

TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS: Prótesis desadaptadas

Secundario a la irritación crónica por prótesis

Desadaptadas.

PERIODONTALES: Mala higiene oral

DENTALES: bacteriana, caries extensa.

TRATAMIENTO IDEAL

1. PERIODONCIA: Terapia básica: Control de placa bacteriana, instrucciones de higiene oral, enseñanza de cepillado, raspaje y alisado radicular y profilaxis.
2. CIRUGIA: Aumento quirúrgico del reborde maxilar.
3. OPERATORIA: Resina mesial del diente 33
Resina vestibular del diente 43 y 32
4. IMPLANTOLOGIA: 7 implantes inferiores a nivel de los dientes 41,31,42, 35,36,45,46.
5. PROSTODONCIA: coronas de los dientes 31,41,42,35,36,45 y 46.
- Prótesis Total Superior.
6. TERAPIA DE MANTENIMIENTO.

TRATAMIENTO ALTERNATIVO

1. PERIODONCIA: Terapia Básica. Control de placa bacteriana, instrucciones de higiene oral, motivación del paciente, raspaje y alisado radicular y profilaxis.
2. CIRUGIA: Aumento quirúrgico del reborde maxilar.
3. OPERATORIA: Resina mesial del diente 33
Resina vestibular del diente 43 y 32.
4. PROSTODONCIA: coronas ferulizadas con preparación para removible de los dientes 33 y 34, 43 y 44.
- Prótesis removible inferior. Con apoyos compartidos entre el 33 y 34 y 43 y 44, retenedor tipo semicircunferencial en los dientes 34 y 44 .
- Prótesis total superior.
5. TERAPIA DE MANTENIMIENTO.

TRATAMIENTO A REALIZAR

1. PERIODONCIA: Terapia Básica. Control de placa bacteriana, instrucciones de higiene oral, motivación del paciente, raspaje y alisado radicular y profilaxis.
2. CIRUGIA: Cirugía de profundización del surco anterior vestibular.
3. OPERATORIA: Resina mesial del diente 33
Resina vestibular del diente 43 y 32
4. PROSTODONCIA: Prótesis total superior
- Prótesis mucosoportada transicional inferior.
5. TERAPIA DE MANTENIMIENTO.

SECUENCIA DE TRATAMIENTO

- Acondicionamiento del tejido mínimo 8 horas diarias, masaje oral.
- Encerado diagnóstico.
- Cirugía preprotésica.
- Técnica de impresión.
- Prótesis parcial removible inferior.
- Prótesis total superior.
- Oclusión: corregir la discrepancia del plano de oclusión, crear balance bilateral, no dejar contactos en anteriores.
- Superficies oclusales en metal.
- Educación en higiene oral, cuidado de las prótesis .
- Citas de mantenimiento.

MANTENIMIENTO

- Objetivo: Limitar la reabsorción y mantener el hueso remanente.
- Citas: 24 h, 1 semana, 1 mes , 3 meses, 6 meses, 1 año y anualmente.
- Verificar:
- Dimensión vertical de oclusión y en reposo.
- Relación céntrica y máxima intercuspidadación.
- Rebase de prótesis si hay reabsorción.
- Reforzar higiene oral.

SINDROME DE COMBINACION O DE KELLY

La pérdida temprana de hueso en la parte anterior del maxilar inferior es la clave de los otros cambios del síndrome de combinación. Con la pérdida anterior de hueso, un tejido conectivo hiperplásico blando cubre la parte anterior de la cresta.

Este tejido hiperplásico no soporta la base de la prótesis y comúnmente se dobla hacia delante, formando un profundo pliegue o doblez característico. Como la altura del hueso y de la cresta se pierde en el aspecto anterior, la cresta residual posterior aumenta de tamaño con el desarrollo de tuberosidades cada vez más grandes. Estas tuberosidades dilatadas son comúnmente fibrosas, pero en algunos pacientes la altura del hueso parece haberse incrementado también. Con estos cambios, el plano oclusal se desplaza hacia arriba en la región anterior y hacia abajo en la región posterior. Después de cierto tiempo, los dientes anteriores inferiores migran

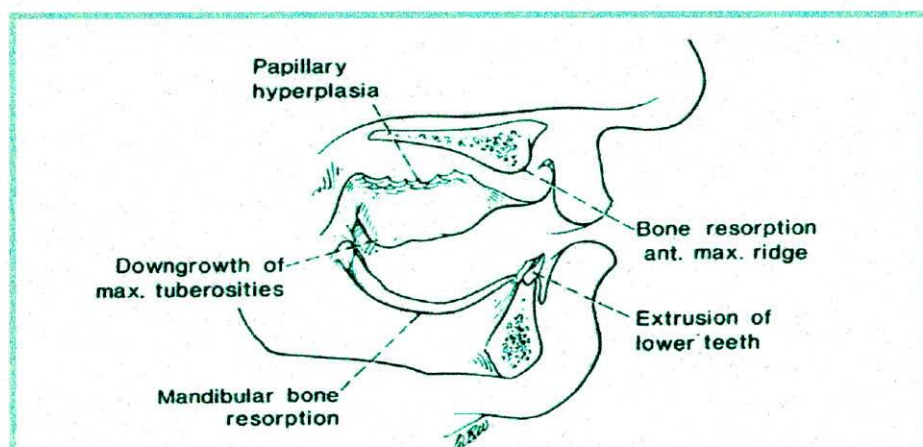
hacia arriba, los dientes anteriores de la prótesis desaparecen bajo el labio del paciente, y las dos prótesis se desplazan hacia abajo en la región posterior. La estética es muy mala puesto que el paciente no muestra ninguno de los dientes anteriores superiores sino que muestra en exceso los dientes anteriores inferiores, y el plano oclusal se desplaza hacia abajo exponiendo los dientes posteriores superiores.

La reabsorción ósea excesiva que se presenta debajo de la base de las prótesis parciales removibles inferiores es la que permite que se presenten estos cambios, desarrollándose con bastante frecuencia hiperplasia papilar inflamatoria en el paladar.

La histopatología del tejido hiperplásico de la cresta anterior, así como la del tejido fibroso que se desarrolla sobre las tuberosidades es reveladora. El examen microscópico de estos tejidos muestra que el tejido blando y el tejido duro que se forma sobre las tuberosidades son indistinguibles. Están compuestos de tejido conectivo fibroso denso y maduro. Este tejido en ambas localizaciones tiene haces densos de fibras de colágeno, con relativamente pocos elementos celulares y con muy pocas células inflamatorias. Es más bien avascular con un epitelio de revestimiento que casi normal, pero muestra evidencia de hiperplasia.

La reabsorción del hueso alveolar que se presenta después de la extracción de un diente y tras la utilización de una prótesis. También se ha determinado el papel que desempeñan las fuerzas oclusales traumáticas en la aceleración de la destrucción de la cresta residual. Kelly ha descrito el patrón destructivo de la reabsorción de la cresta residual y el patrón de crecimiento del tejido blando en un grupo de pacientes usuarios de prótesis maxilares totales antagonistas a prótesis parciales removibles de extensión distal (RPDs).

Los cambios fueron (1) pérdida de hueso de la parte anterior de la cresta maxilar, (2) crecimiento excesivo de las tuberosidades maxilares, (3) hiperplasia papilar del paladar, (4) extrusión de los dientes anteriores inferiores y (5) pérdida de hueso debajo de las bases de la RPD. Este autor denominó a este complejo de síntomas "síndrome de combinación".



La posterior descripción de este síndrome realizada por Saunders y otros incluyó además (1) pérdida de la dimensión vertical de la oclusión, (2) discrepancia del plano oclusal, (3) reposicionamiento espacial anterior de la mandíbula, (4) mala adaptación de las prótesis, (5) fisura epulis y (6) cambios periodontales. Estos autores observaron las dificultades progresivas que estos pacientes tienen al utilizar prótesis y la necesidad eventual de realizar una corrección quirúrgica para mejorar la función protésica. Su información sugirió que los pacientes que tienen prótesis maxilares totales con dientes naturales anteriores mandibulares desarrollaran inevitablemente el síndrome de combinación en cierto grado. Ellos hicieron énfasis en la importancia que tiene la planeación de un tratamiento adecuado para las RPDs mandibulares de extensión distal.

Aunque se han logrado muchos avances en la odontología protésica, aun no se ha resuelto el principal problema: evitar la reabsorción de la cresta alveolar residual y manejar o prevenir los cambios secundarios en los tejidos blandos causados por la pérdida ósea.

Se ha investigado la reabsorción que se presenta debajo de las bases de la prótesis, los investigadores coinciden en que las diferencias individuales en cuanto al índice de reabsorción de las crestas son muy grandes. La consecuencia de estas diferencias se encuentra en las causas metabólicas, hormonales y nutrición subyacentes.

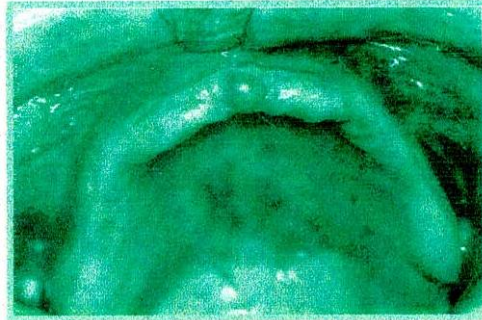
Con base en la experiencia clínica y en los estudios clínicos, se ha adquirido un conocimiento de los factores protésicos que influyen la reabsorción ósea. Se sabe que las fuerzas intermitentes que ejerce la prótesis sobre la cresta ósea pueden ser estimulantes y ayudar a preservar más que a destruir esta cresta.

Las fuerzas excesivas causan reabsorción de la cresta residual. De Van afirma que las fuerzas compresivas son bien toleradas por las crestas edéntulas lo que no ocurre con las fuerzas de cizallamiento. Este concepto ha sido empleado por muchas técnicas que minimizan las fuerzas laterales ejercidas por las prótesis. El principio de amplia cobertura que brinda la base de una prótesis removible total o parcial para minimizar la fuerza por arrea es básico y nos ha sido de gran utilidad.

La destrucción de la cresta residual por trauma no es muy común. Lo que sí es común es la pérdida casi total del hueso en la parte anterior de los maxilares causada exclusivamente por los dientes naturales que quedaron en la mandíbula y hacen oclusión con la prótesis total superior. La parte anterior del maxilar es la parte más débil de la arcada superior en cuanto a

resistir fuerzas se refiere, y cuando los dientes anteriores inferiores hacen oclusión en sentido anterior al soporte basal, el trauma es inevitable.

HIPERPLASIA PAPILAR



Entidad de origen desconocido que aparece en sujetos portadores de prótesis mal adaptadas. Aparece como múltiples proyecciones nodulares que afectan total o parcialmente el paladar duro (aspecto adoquinado) y se puede asociar a edema de los tejidos palatinos.

Asociada con el uso prolongado de una prótesis mal adaptada que provoca una inflamación tipo reactiva. Conducta. Si al retirar la prótesis no mejora la hiperplasia es necesaria la resección quirúrgica profundizando hasta la mucosa, usar posteriormente férulas palatinas recubiertas con materiales hemostáticos.

El tratamiento consiste en la eliminación de los factores irritativos, higiene, rebase o sustitución de la prótesis, empleo de agentes fungicidas, higiene oral exhaustiva.

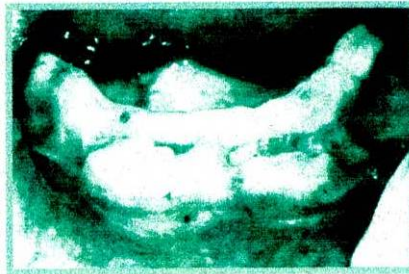
Técnica quirúrgica. Consiste en: a) curetaje del tejido hiperplásico; b) electrocoagulación; c) mucoabradición con instrumental rotatorio y d) criocirugía. En cualquier caso, se debe dejar cicatrizar por segunda intención.

Los cambios degenerativos que se presentan en estos pacientes un sobrecrecimiento de las tuberosidades maxilares. Estas dilataciones son en general fibrosas pero pueden ser también de origen óseo. Así mismo puede presentarse hiperplasia papilar de la mucosa palatina. Los dientes mandibulares anteriores remanentes parecen extruirse junto con el proceso óseo presentándose una pérdida ósea excesiva en la parte posterior de la cresta que se encuentra debajo de las bases de la prótesis parcial. Estos cinco pueden constituir un síndrome, puesto que son bien característicos.

CARACTERISTICAS ASOCIADAS

Sinónimos : síndrome de combinación anterior
síndrome de Kelly

- Pérdida de la dimensión vertical
 - Discrepancias del plano oclusal
 - Reposicionamiento anterior de la mandíbula
 - Adaptación protésica deficiente
-
- Épulis Fisuratum

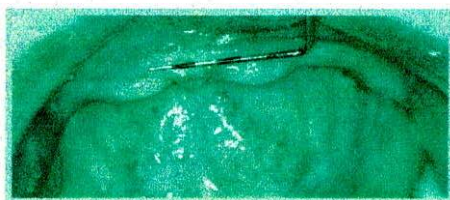


Épulis fisurado, es una fibrosis submucosa secundaria a la irritación crónica por prótesis, que suele presentar cierto grado de inflamación por la presión y/o el decúbito originado en la prótesis.

El tratamiento consiste en la eliminación de los factores irritativos, antes de la cirugía resulta útil aliviar la prótesis, rebasarla totalmente: de esta forma se reducen el tamaño y los signos inflamatorios.

Técnica: se procede a la extirpación del épulis, intentando conservar la máxima cantidad posible de mucosa oral. Se debe conservar el periostio subyacente. Si no existe suficiente tejido para conseguir el cierre primario sin coaptar la profundidad de vestíbulo, se sutura la mucosa del sector labial al periostio alveolar en la zona más apical posible, para favorecer la cicatrización por segunda intención. En estas circunstancias debe utilizarse como férula la propia prótesis del paciente rebasada con algún tipo de acondicionador tisular.

- Cambios periodontales
-
- Hiper movilidad de reborde anterior maxilar.



MECANICA QUE PRODUCE EL SINDROME DE COMBINACION

La reabsorción del hueso de la región anterior es la que da inicio a los cambios que denominamos síndrome de combinación. Los dientes naturales anteriores maxilares han aumentado la reabsorción ósea debajo de las prótesis maxilares.

Aunque la pérdida ósea está teniendo lugar en la región anterior del maxilar superior, se presenta también reabsorción ósea debajo de la base de la prótesis parcial mandibular. Cuando esta está en funcionamiento, la prótesis maxilar se desplaza entonces hacia arriba en la región anterior y hacia abajo en la región posterior.

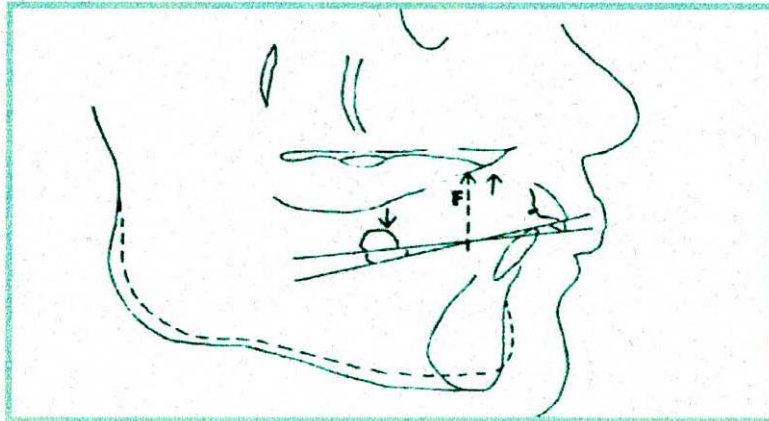
Con el selle palatino posterior, se produce una presión negativa posterior a la línea de fulcro. Esta presión negativa puede ser la responsable del excesivo crecimiento de las tuberosidades y de la hiperplasia papilar. Un sin número de autores han asociado el vacío, "la cámara de succión" u otras formas de presión negativa a la hiperplasia papilar inflamatoria del paladar. Wictorin afirma que al evitar la reabsorción ósea las fuerzas mecánicas deben distribuirse sobre el área del asiento basal, y que la prótesis debe realizar el mínimo de movimiento posible contra su asiento basal, así mismo dice que estos factores están fuertemente interconectados.

Cuando los dientes anteriores inferiores producen trauma y pérdida ósea en la parte anterior del maxilar, y cuando la base de la prótesis se mueve cada vez más sobre sus cimientos, estamos frente a una situación destructiva.

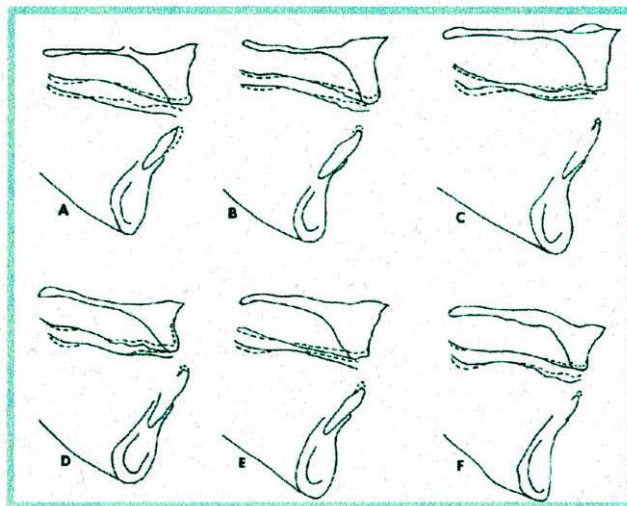
ETIOLOGIA

- Reabsorción ósea en la región anterior maxilar
- Reabsorción ósea bajo las prótesis removible inferior

- Movimiento de la prótesis maxilar hacia arriba en la región anterior y abajo en zona posterior.
- Fulcro en región del primer premolar.
- Pérdida de hueso mandibular posterior \leftarrow carga oclusal posterior y \leftrightarrow carga oclusal anterior.



PATRONES DE CRECIMIENTO ALVEOLAR



FACTORES DE RIESGO

- Pacientes con compromiso sistémico (diabetes)
- Clase de Angle III Vs. Clase II división 2.
- Pacientes con dientes posteriores perdidos que no han sido reemplazados por mucho tiempo.

- Pacientes con hábitos parafuncionales
- Esquema oclusal otorgado por el clínico puede ocultar el desarrollo del síndrome.
- Combinación de sobre dentadura inferior retenida sobre implantes endo-óseos anteriores con una prótesis maxilar completa.
- Los pacientes con implantes en región de incisivos inferiores aplican 50 veces más fuerza sobre el reborde superior que los pacientes que conservan sus dientes inferiores naturales. Incrementa la reabsorción del premaxilar.

PREVALENCIA

- La pérdida ósea anterior maxilar
- Pérdida ósea posterior mandibular
- Elongación de la tuberosidad (usualmente tejido blando)
- Hiper movilidad del reborde anterior maxilar

24% de los pacientes con PPR a extensión distal bilateral, presentaron el esquema oclusal descrito por Kelly.

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE COMBINACIÓN

Evitar que se presenten los cambios degenerativos que traen consigo las prótesis maxilares totales antagonistas de prótesis parciales de clase I, solo se puede lograr planeando un tratamiento que impida la combinación de este tipo de prótesis. Las prótesis inferiores totales antagonistas de dientes naturales maxilares son combinaciones prostodónticas imposibles de realizar.

Tampoco se debe ser partidario de extraer los dientes anteriores inferiores para cumplir este objetivo, pero si se deben conservar los dientes posteriores débiles para utilizar los soportes, utilizando para ello técnicas endodónticas y periodónticas. Los implantes endoóseos y la amputación de una raíz molar inferior para preservar los demás como soportes son ejemplos de algunos de los métodos que se pueden aplicar. Una prótesis superpuesta sobre la inferior podría evitar que se desarrolle un síndrome de combinación. Las prótesis superpuestas que emplean las raíces de los dientes inferiores como estabilización permiten la oclusión total de la prótesis.

CORRECCION QUIRURGICA DE LOS CAMBIOS EN EL ASIENTO BASAL

Tras haber causado mucho daño y después haber realizado cambios significativos, muchos odontólogos y pacientes prefieren rehacer la combinación en vez de sacrificar los dientes anteriores inferiores restantes para confeccionar prótesis totales. La cirugía puede hacer mucho por la rehabilitación de estos pacientes. El tejido blando (hiperplásico) puede removerse, la hiperplasia papilar puede eliminarse y las tuberosidades excesivamente grandes pueden reducirse.

Lo anterior permite elevar el extremo distal del plano oclusal a un nivel adecuado, así como ampliar completamente las bases de las prótesis parciales inferiores. Esto es extremadamente importante, y cubrir la máxima área posible para brindarle soporte a las bases de la prótesis parcial ayudará a evitar el síndrome de combinación. Cubrir la base retromolar donde hay músculo o attaches de rafe evita o reduce la reabsorción y cubrir la plataforma bucal es necesario para retardar la pérdida ósea. Con frecuencia esto no se logra con las prótesis parciales removibles.

CONSIDERACIONES SISTEMICAS Y DENTALES

Una completa revisión de la historia médica y dental del paciente es esencial en el análisis de estos problemas. Stahl y Col, establecieron que los pacientes con enfermedad sistémica (diabetes u osteoporosis), mostraban un incremento en la cantidad de reabsorción ósea cuando se comparaban con pacientes sanos. Una evaluación completa clínica y radiográfica de tejidos duros y blandos asociado con el uso de prótesis es un paso preliminar esencial en el tratamiento de estos pacientes. Además algunos de los procesos inflamatorios, los cuales pueden llegar a estar presentes, deben ser resueltos para éxito del tratamiento. Una evaluación de la susceptibilidad a la caries, estado periodontal e higiene oral es también importante.

Otra consideración incluye vitalidad pulpar, cambios en la morfología, número de raíces, soporte óseo, movilidad, relación corona-raíz, presencia y posición de restauraciones existentes, posición del sienta en el arco y la disponibilidad de retención y un plano guía son esenciales para considerar un diente como pilar.

Los cambios asociados con el síndrome combinado no son comunes en todos los pacientes con prótesis total superior y una prótesis parcial inferior a extremo distal. Algunos estados clínicos sin embargo, tiene que ver con el desarrollo de este síndrome.

El problema puede ser acentuado en pacientes con clase III de angle mandibular, debido al incremento en la concentración de fuerzas en el reborde anterior superior. Controvercialmente la tendencia a presentar este problema puede ser disminuida en pacientes clase II división I. Los pacientes a los que no

se les ha remplazado los dientes mandibulares anteriores y quienes han funcionado únicamente con dientes anteriores por periodos largos de tiempo también debe esperarse que desarrolle este síndrome.

Los pacientes con hábitos parafuncionales pueden presentar este síndrome, más comúnmente que los pacientes con estos hábitos. El esquema oclusal provee al odontólogo un medio para encontrar este problema desde que los contactos en céntrica defectuosos y las posiciones excéntricas se encuentren en un estrés incrementado anterior y una falta de balance oclusal posterior.

TRATAMIENTO DEL SINDROME DE KELLY

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

El objetivo básico :

Esquema oclusal que disminuya la excesiva presión aplicada en el sector anterior tanto en contactos céntricos como excéntricos.

El tratamiento inicial:

necesidades periodontales de los dientes remanentes anteriores.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO Arco inferior

PRÓTESIS REMOVIBLE

Diseñada para ser retirada de boca y reinsertada por el mismo paciente, restaura y mantiene las funciones orales, confort, estética y salud del paciente mediante el reemplazo de dientes y tejidos contiguos faltantes por sustitutos artificiales.

Según el soporte pueden ser:

- Totalmente dentosoportada (Clase III de Kennedy).
- Dentomucosoportada (Extremo libre).

INDICACIONES DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

- En personas de edad avanzada o jóvenes menores de 20 años
- En grandes espacios desdentados
- Casos de extensa pérdida ósea (colapsos)
- Exodoncias recientes en zonas extensas.
- En implantes durante el período de óseointegración

- En todos los casos de extremos libres que no puedan ser restaurados con implantes.
- Por consideraciones económicas.

P.P.R inferior debe brindar balance oclusal posterior positivo para los dientes remanentes naturales y tener cubrimiento máximo de la superficie basal debajo de la base a extensión distal.

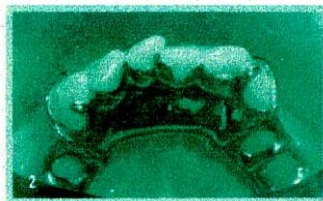
El conector mayor que es el elemento principal que conecta las partes de una prótesis de un lado de la boca con las partes del otro lado.

Retenedores: capacidad de generar esfuerzos adicionales sobre los dientes naturales.

Son los ganchos que impiden que PPR se desaloje de su inserción, son imprescindibles para retener la prótesis,.

Los retenedores indirectos son el conjunto de elementos secundarios situados en área de la boca, los cuales actúan como apoyo indirecto del lado contrario, neutralizan la fuerza que tiende a desalojar la PPR a extremo libre.

Los componentes rígidos de una prótesis :



Incrementar la estabilidad de la prótesis, mediante la disminución del desplazamiento en direcciones laterales, rotacionales y antero posteriores.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO Arco superior

Prótesis superior:

- Extensión basal máxima
- Buen sellado, componentes rígidos \vee \Leftrightarrow estabilidad
- Plano de oclusión apropiado.
- Esquema oclusal correcto
- Correcta dimensión vertical
- Posición de relación céntrica.
- Oclusión bilateral balanceada, especialmente en excursiones protusivas.
- Debe obtenerse eligiendo las angulaciones cuspídeas de los dientes posteriores acordes con las guías condilar e incisal.

- Ubicación y longitud de los dientes anteriores siguiendo los principios estéticos y fonéticos.
- Evitar contactos oclusales de los dientes anteriores en posición céntrica y mínimo contacto durante los movimientos excursivos.

PROTESIS TOTAL

Es el método terapéutico que por medio de un aparato artificial reemplaza los dientes perdidos de uno o ambos maxilares, con el fin de reestablecer la función masticatoria, la fonación y la estética reemplazando la forma de los tejidos acusada por la pérdida de los dientes.

OBJETIVOS

- Devolver la función masticatoria por lo menos el 40%
- Reestablecer la estética
- Mejorar y facilitar la fonética
- Devolver a la normalidad el estado anímico y psíquico del paciente
- Lograr el confort o tolerancia del paciente a los aparatos protésicos.

CLASIFICACION DEL PACIENTE DESDENTADO TOTAL

- **PRIMITIVO:** Paciente que nunca ha usado una prótesis total
- **TRATADOS:** Pacientes que ya han usado una prótesis total
- **FUTUROS:** Pacientes que se les ha realizado una prótesis inmediata.

EXAMEN EXTRAORAL

1. Perfil
2. Facies
3. Músculos
4. Cuello
5. Articulación Temporomandibular

EXAMEN INTRAORAL

- Forma de los rebordes residuales: en forma de U, V, retentivos, expulsivos, planos
 - Relación intermaxilar: normal, clase I, retrusivo clase II, protrusivo clase III.
 - Espacio intermaxilar
 - Forma del paladar: arqueado, ojival, en V, plano, figurado, perforado.
 - Lengua, glándulas salivares
 - Membranas mucosas
 - Arcos maxilares: Tamaño del arco
 - Forma del arco
- Tamaño del reborde residual: prominentes, normales, atrofiados.

EXAMEN RADIOGRAFICO

- Restos radiculares
- Dientes incluidos
- Quistes
- Focos de osteitis condensante

REBORDE DESDENTADO IDEAL

- Ausencia de fibras musculares o frenillos que movilicen la periferia de la prótesis
- Relación satisfactorio de los rebordes superior e inferior
- Ausencia de pliegues de tejidos blandos
- Ausencia de enfermedad neoplásica
- Soporte óseo adecuado para la prótesis
- Hueso cubierto con tejido blando adecuado
- Ausencia de socavados o protuberancias
- Surco vestibular y lingual adecuado
- Ausencia de rebordes agudos
- Ausencia de bandas de cicatrización

ZONA DE ALIVIO

Sitios donde la base protésica no debe presionar o interferir con el fin de que sea tolerable y no produzca patologías por presión.

ZONAS DE ALIVIO EN EL MAXILAR SUPERIOR

- Reborde residual cuando esta afilado
- Exostosis
- Espina nasal anterior
- Agujeros palatinos anteriores y posteriores
- Surcos amulares
- Papila incisiva
- Frenillos e inserciones musculares
- Rafe medio
- Rugas palatinas

ZONAS DE ALIVIO MAXILAR INFERIOR

- Reborde residual afilado
- Exostosis
- Agujero mantoniano
- Línea oblicua externa e interna
- Apófisis geni
- Frenillos e inserciones musculares

SELLADO PERIFERICO

Es el procedimiento por medio del cual se da forma a los bordes de la cubeta para que se acomode con exactitud a los contornos vestibulares y bucales. Se realiza con compuesto para modelar.

BASES DE REGISTRO Y RODETES

Facilitan la relación intermaxilar

Bases de registro esta presentes por la base de la dentadura

Rodetes están presentes por los dientes y los rebordes alveolares

CARACTERISTICAS DE LA BESE DE REGISTRO

- Estabilida tanto en boca como en el modelo
- Rigidez y resistencia para que no sufra deformaciones durante los procesos
- Extensión y grosor igual a los de la futura base de la prótesis total
- Comodidad: bordes lisos y redondeados

OPCIONES DE TRATAMIENTO

- Prótesis total superior con PPR a extensión distal.
- Sobre dentadura Superior con PPR inferior a extensión distal.
- Prótesis total superior con sobre dentadura inferior sobre implantes o domos.
- Prótesis total superior e inferior.
- Aumento quirúrgico del reborde maxilar.
- Osteotomía alveolar segmentaria.

TÉCNICAS EMPLEADAS SOBRE EL SURCO VESTIBULAR SUPERIOR

1. *Vestibuloplastia submucosa*

Recomendada por Kazanjian en 1944 para el vestíbulo inferior, se evidenció carente de éxito. Obwegwser la recomendó en 1959 solamente para el surco vestibular superior.

Técnica

La vestibuloplastia submucosa puede ser llevada a cabo bajo anestesia general o local. Es recomendable infiltrar además la submucosa con una solución de anestesia local y vasoconstrictor (adrenalina 1:200.000).

Acto seguido, se practica una incisión en línea media del surco vestibular, extendida entre el reborde alveolar y la espina nasal anterior ENA. Si la ENA es muy prominente y puede interferir con la colocación de la prótesis, puede ser resecada por esta vía. La incisión afecta en profundidad solamente a la mucosa, de modo que, a renglón seguido, y por medio de una tijera de metzenbaum, se lleva a cabo una disección con la que se separa la mucosa de la submucosa, ambos lados de la incisión inicial. Si esta tunelización se ve dificultada por la apófisis piramidal de la maxilla, se practica una nueva incisión vertical a su nivel, lo que permite completar la disección hasta la tuberosidad maxilar.

Una vez completada la disección submucosa, se profundizan las incisiones hasta el hueso. A continuación, se practica una disección supraperiostica, separando el periostio de los tejidos blandos que lo cubren (tejido conectivo y músculo), llevando la disección, en altura, hasta la profundidad que requiera el surco vestibular que ha de ser creado. Se introduce entonces un bisturí en el plano de disección supraperiostico, liberando la inserción de los tejidos blandos situados entre la mucosa y el periostio de su unión con la cresta del reborde alveolar. El tejido así liberado es rechazado hacia arriba, aponiendo a

continuación la mucosa al periostio. Si la elevación de este tejido ocasiona un relieve inestético, debe ser resecado, al menos en parte.

Una vez terminados estos pasos, se aspira la sangre bajo la mucosa y se suturan las incisiones. Se disponen entonces, temporalmente, unos rollos de gasa en el surco alveolar para mantener la mucosa adaptada al periostio, colocando después la prótesis del paciente o de una férula construida con anterioridad, con compuesto de modelar, que, una vez instalada en la cavidad oral, mantiene el fondo del vestíbulo en la nueva posición, mientras cicatrizan los tejidos.

La prótesis o férula, se mantiene en posición mediante un alambrado peralveolar o bien pasándolo por el suelo de las fosas nasales y rodeando con él la férula y el maxilar superior.

La prótesis, o la férula, se retira al cabo de una semana, tomándose entonces las impresiones oportunas para rebasar inmediatamente la prótesis del paciente.

2. *vestibuloplastia por epitelización secundaria*

particularmente indicada en los vestíbulos con escasa profundidad, en los que existe hiperplasia fibrosa, y cuando hay un proceso alveolar de suficiente tamaño pero insuficiente mucosa sana para hacer una vestibuloplastia submucosa.

En caso de que exista una hiperplasia fibrosa, es aconsejable extirparlo varias semanas antes de hacer la vestibuloplastia, aunque también puede ser resecado simultáneamente.

Tras instilar localmente una solución vasoconstrictora, se lleva a cabo una incisión en la unión mucogingival en una longitud que guarda relación con el tamaño de la vestibuloplastia que es preciso hacer en cada paciente concreto. A continuación, se practica una disección supraperióstica extendida en sentido craneal todo lo posible. En la parte anterior del vestíbulo, debemos llegar hasta el suelo de la fosa nasal; a nivel de la fosa canina, debemos acercarnos al agujero infraorbitario, y por detrás de ella, debemos ascender todo lo que nos permita el arbotante maxilomalar.

Tras haber realizado una adecuada hemostasia, se sutura la mucosa al periostio en la parte más elevada del surco, empleando para ello catgut crómico de 3 4-0.

Se coloca entonces la prótesis del paciente. Obwegeser acorta los flancos de la misma para no irritar la superficie descubierta del periostio, lo que ocasionaría, según él, una cantidad excesiva de tejido de granulación. Cuatro o cinco semanas después, el flanco puede ser nuevamente alargado. Starshak refiere buenos resultados colocando en el postoperatorio inmediato la prótesis del paciente con el flanco extendido.

Al realizar esta técnica es aconsejable tener presentes dos recomendaciones: la profundización del vestíbulo debe ser sobreextendida, pues el proceso de

epitelización secundaria hace perder profundidad vestibular con el tiempo (aproximadamente un 50% a los 3 años) y la prótesis del paciente ha de permanecer inmóvil durante el tiempo que dure el proceso de epitelización, pues su movimiento puede causar una proliferación notable de tejido de granulación.

3. *vestibuloplastia superior o maxilar con injerto cutáneo.*

Macihtosh y Obwegeser citan a Ewiser como el primero en describirla en 1918. Schuchardt introdujo posteriormente modificaciones a la misma.

Los pasos que es preciso dar son los siguientes:

1. Construcción de una férula acrílica con las siguientes especificaciones:

— *Contorno:* debe adaptarse al del área prótesisica, excepto en la parte posterior de la bóveda palatina, donde debe terminar por delante de la línea del post-dam.

— *Forma:* depende del sistema de fijación al maxilar superior.

Si se emplea un sistema de alambrado perialveolar, se construye una férula que cubra solamente el reborde alveolar (A) o bien una férula palatina completa, pero con dos orificios lateromedianos (B).

2. Técnica quirúrgica.

Tras instilar submucosamente una solución vasoconstrictora, se practica una incisión extendida entre los dos surcos hamulares que contornea la maxilla en la zona de la unión mucogingival. En los dos extremos de la incisión. Se practican sendas descargas vestibulares, de una longitud aproximada de 5mm. Una vez completada la incisión, se lleva a cabo una disección supraperióstica extendida cranealmente hasta el suelo de las fosas y el arbotante maxilomalar. Tras realizar la disección, se sutura el borde del colgajo mucoso al periostio lo más alto posible, por medio de puntos sueltos de catgut crómico de 3 ó 4-0- Acto seguido se toma una impresión del nuevo vestíbulo para lo que se emplea, como cubeta, la férula acrílica construida y como material de impresión, compuesto de modelar. Cuando éste se encuentra duro, se retira de la cavidad oral y se cubre con un acondicionador de tejidos, sobre el que se dispone el injerto cutáneo previamente obtenido. La férula con el injerto se coloca en la cavidad oral y se fija al maxilar superior.

MANIOBRAS DE EXTENSIÓN DE REBORDES

En este tipo de maniobras, el propósito es descubrir el hueso basal existente de los maxilares por medios quirúrgicos, reposicionando la mucosa que lo recubre, las inserciones musculares, en una posición más baja en la mandíbula o en una posición más alta en le maxilar superior. La ventaja resultante es que puede darse lugar a un flanco prótesisico más grande, contribuyendo así a una mayor estabilidad y retención de la prótesis.

TÉCNICA DE AUMENTO DEL REBORDE

La técnica de aumento del reborde puede considerarse en casos con atrofia o traumatismo de los maxilares que hayan producido un estado tal que, aunque se haya realizado una máxima extensión de rebordes por surcoplastia, éste sea aún insuficiente para permitir una prótesis funcional.

El hueso de la cresta iliaca y las costillas se han usado tradicionalmente para aumentar los maxilares, pero hace poco tiempo Boyne descubrió un método de regeneración ósea en el que se emplea una cubierta de malla de vitallium que contiene médula ósea hematopoyética incluida en un filtro millipore reforzado con nailon.

SOBREDENTADURA

DEFINICIÓN

Es una prótesis completa caracterizada por recubrir fibromucosa y raíces, dientes o implantes preparados al efecto. Existen diferentes sistemas de retención sobre las raíces (generalmente endodonciadas) como cofias metálicas, dispositivos retentivos, coronas telescópicas, barra, magnetos, etc.

REQUISITOS DE UNA SOBREDENTADURA

Mantenimiento de la salud. La característica más importante de la sobredentadura es el mantenimiento de la salud de la estructura subyacente al diente, ya que sin esto no se puede mantener la sobredentadura. Para esto, primero se debe valorar la condición periodontal de los dientes que se van a utilizar como soporte de la dentadura. En esto, se debe tomar en cuenta que un aumento en la proporción entre la corona y la raíz, la pérdida ósea extensa y la movilidad, no necesariamente impiden el uso de un diente como soporte. Muchos dientes con estos signos iniciales se han utilizado durante muchos años. Sin embargo, como en todo los casos, primero se debe tratar la enfermedad periodontal.

Reducción de la proporción entre la corona y la raíz. La reducción de la corona tiene un inmediato efecto favorable sobre la movilidad del diente a la disminución en la longitud del brazo de palanca que reparte la fuerza en el diente móvil. Por otra parte, la movilidad del diente disminuye a largo plazo con

el uso de una sobredentadura, siempre y cuando se mantenga la salud periodontal.

Tejido del asiento basal. El tejido que cubre el área basal remanente se debe tratar y esperar a que responda en forma parecida al tejido que está debajo de la base de una dentadura completa o parcial. Es esencial tener una base bien ajustada que distribuya la carga funcional sobre un área lo más amplia posible. También es necesario que la misma esté en íntimo contacto con el tejido para evitar la acumulación de alimentos y placa dentobacteriana debajo de la base de la dentadura.

Sencillez en la elaboración. El dispositivo debe ser relativamente fácil de elaborar y conservar. En muchos casos, se ve que debido a la falta de espacio disponible, algunas secciones de la base de la sobredentadura son bastante delgadas. Debido a esto, es muy común la fractura de la base y los dientes de la prótesis cuando no se utiliza un refuerzo de metal.

Fácil de manejar. El paciente debe poder manejar la base con facilidad. Cuando se utilizan mecanismos retentivos, con frecuencia se hace muy difícil para el paciente tanto la inserción como la remoción. Esto no debe ocurrir ya que una fuerza indeseada, puede dañar en forma importante a la base o los dientes de soporte. Por lo tanto, se debe valorar el tipo de sobredentadura a usar y la coordinación del paciente para seleccionar el curso del tratamiento.

VENTAJAS DE UNA SOBREDENTADURA

Conservación del hueso alveolar. El conservar los dientes permite no sólo conservar al hueso alveolar que sostiene a los dientes, sino también al hueso alveolar adyacente a los mismos.

Conservación de la respuesta propioceptiva. La existencia de la membrana periodontal debajo de la sobredentadura, le permite al paciente diferenciar, lo cual no es posible con las dentaduras usuales.

Soporte. Los obturadores naturales del diente en una sobredentadura, permiten tener una base estática estable, a lo cual no se puede comparar ninguna dentadura usual. Si se le compara con una dentadura usual, se puede observar la ventaja bastante obvia en la función, sin embargo, también se debe notar cómo mejora la oclusión con una base estable como esta debido a los registros maxilomandibulares más exactos y además como aumenta la comodidad del paciente como resultado de la enorme reducción del daño de la base de la dentadura en los tejidos de soporte.

Retención. La retención se logra sólo al colocar los dientes. Sin embargo, en algunos pacientes puede ser necesario aumentar la retención. Esto se obtiene con facilidad al usar algunos de los diversos aditamentos disponibles en forma comercial en la actualidad.

IMPLANTES

Se trata de un dispositivo mecánico que se instala en el hueso para sustituir a una raíz dentaria perdida y de este modo retener y sustentar una prótesis o diente artificial.

Los implantes vienen de diferentes formas y tamaños. Los implantes que son colocados sobre el hueso son llamados implantes subperiósticos . Hay también implantes muy delgados y son llamados implantes de hoya. En la actualidad se utilizan solamente aquellos implantes que semejan la raíz de un diente. Estos son llamados implantes de forma de raíz, y pueden ser colocados dentro del hueso para actuar como soportes de coronas postizas.

El reemplazo de dientes perdidos con implantes dentales , aparentemente luce como un tratamiento muy dificultoso y laborioso, realmente puede ser un procedimiento relativamente simple. Afortunadamente con la ayuda de su Dentista usted puede reemplazar sus piezas perdidas con relativa facilidad con este método.

¿En qué caso conviene realizar una implantación?

Sustitución de un diente: Cuando se pierde un único diente, se puede colocar un implante en ese espacio, recubriéndolo posteriormente con una corona de porcelana. Este procedimiento ofrece la ventaja de que no hay que tallar los dientes contiguos para preparar un puente, como se venía haciendo tradicionalmente.

Grandes espacios entre los dientes: Cuando existen grandes zonas en la boca, imposibles de cubrir con un puente convencional, se pueden insertar varios implantes sobre los cuales se apoyará la prótesis fija, combinando o no estos apoyos con los dientes propios..

- **Pacientes parcialmente desdentados, con ausencia de muelas en sectores posteriores:** Se pueden usar implantes para colocar un puente fijo apoyando o bien en dos implantes, o en un implante y en un diente natural. Estos métodos están especialmente indicados para aquellas personas que no pueden soportar una dentadura removible, que era la solución habitualmente empleada en estos casos.
- **Pacientes desdentados:** En pacientes totalmente desdentados en los que las prótesis removibles convencionales no se sujetan y molestan al masticar, se puede colocar un número variable de implantes para estabilizar, retener y sujetar mejor una prótesis removible, o incluso para sujetar una dentadura total fija.

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLANTACIÓN

Las restauraciones con implantes se llevan a cabo de varias fases:

Estudio y planificación:

Es necesario realizar un análisis médico y odontológico de la situación de cada paciente.

Se han de evaluar la salud dental, la forma de vida, la calidad ósea del maxilar o de la mandíbula y los hábitos de higiene. Si el diagnóstico aconseja la implantación, se planifica el programa de tratamiento y se realiza la intervención.

Colocación quirúrgica de los implantes en el hueso:

Es una intervención que generalmente puede realizarse en la consulta bajo anestesia local. Se corta la mucosa de la encía y se labra un lecho en el que se introduce el implante con toda precisión. La intervención dura entre 30 y 90 minutos según el número de implantes que se vayan a colocar. Una vez colocado, se sutura la encía quedando el implante completamente cubierto por ella.

Cicatrización

Los implantes tienen que integrarse ahora en el organismo. Esta unión al hueso se produce en la denominada fase de osteointegración, que dura de 3 a 6 meses. Durante este tiempo los implantes están bajo la superficie de las encías, uniéndose gradualmente al hueso. Mientras dura esta fase los pacientes deben usar prótesis provisionales. Algunas personas sufren molestias menores e inflamación, pero la mayoría no cambia la rutina de su vida cotidiana.

El paciente debe someterse a revisiones periódicas hasta que concluya esta fase de cicatrización.

Colocación de los pilares para la prótesis

Una vez que los implantes se han unido sólidamente al hueso, se descubren mediante una pequeña incisión en la encía y se colocan encima unas pequeñas piezas que servirán de soporte para los dientes artificiales. Dichas piezas salen del implante a través de la encía, pero luego quedarán invisibles bajo los dientes artificiales definitivos.

Confección de la prótesis:

Se realiza el molde para fabricar la prótesis dental que irá sujeta a los implantes. Estos dientes deben ajustar con seguridad en la boca y resistir el movimiento y la presión diaria creada por la masticación y el habla; por ello es importante que estén bien diseñados. El tipo de restauración más adecuado a cada caso es variable. Las restauraciones abarcan desde la corona, para reemplazar un solo diente, hasta las dentaduras completas móviles o fijas, pasando por los puentes que reemplazan a varios dientes.

PROTESIS PARCIAL FIJA

CORONA INDIVIDUAL

La corona individual se usa cuando falta un diente y solamente se puede hacer cuando a quedado la raíz como soporte.

- Restaura en forma y función la estructura faltante de un diente individual
- Corona completa metálica
- Corona completa combinada metal-cerámica
- Corona completamente en cerámica

CORONA COMBINADA METAL-CERAMICA

Ventajas

- Alta resistencia y retención
- Opción para modificaciones del plano de oclusión

Desventajas

- Extensa preparación

Indicaciones

- Dientes que requieren cobertura completa
- Estética
- Dientes anteriores
- Destrucción coronaria extensa: caries, traumas, restauraciones existentes.

Contraindicaciones

- Dientes con caries activa
- Enfermedad periodontal no tratada
- Cámara pulpar muy amplia
- Cara vestibular intacta

Línea de terminación

- Hombro
- Chamfer profundo

PRINCIPIOS DE LA PREPARACION

FACTORES BIOLOGICOS

- Protección de dientes proximales
- Protección de fresas delgadas
- Protección de pulpa

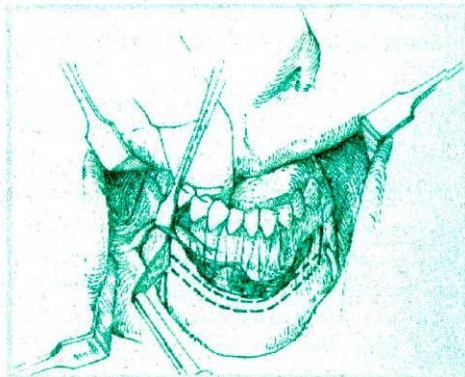
FACTORES MECANICOS

- Evitan que la restauración final se desaloje
- Proporciona forma retentiva
- Proporciona resistencia
- Previenen la deformación de la restauración

FACTORES ESTETICOS

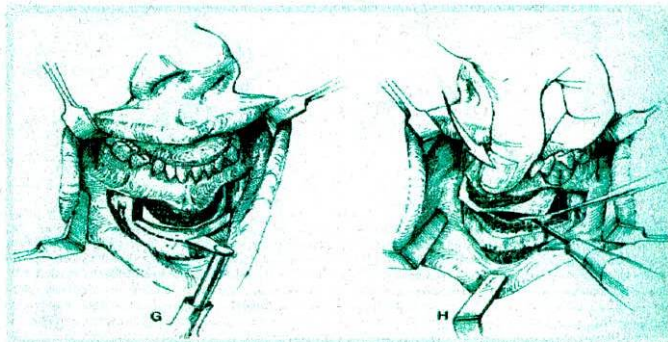
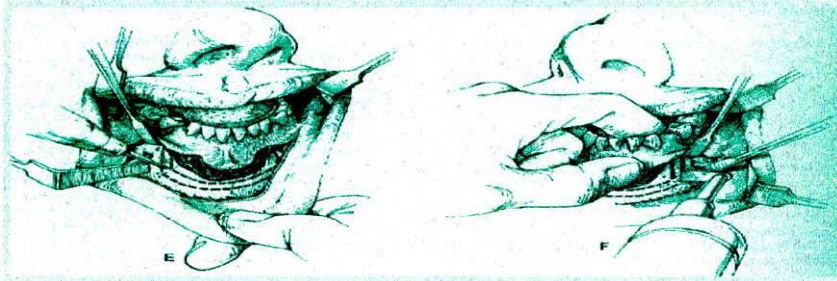
- Visualización mínima del metal
- Grosor máximo de porcelana
- Superficie oclusión en porcelana.

OSTEOTOMIA ALVEOLAR SEGMENTARIA



Podríamos definir la osteotomía segmentaria (o.s.) como el procedimiento quirúrgico que busca el desplazamiento de un colgajo dentomucoalveolar o mucoalveolar a otra posición a distancia dentro del mismo maxilar.

Igualmente podemos señalar como indicaciones de la o.s. las siguientes:



- Manejo de anomalías dentofaciales (sobremordidas horizontales y/o verticales, mordidas abiertas anteriores).
- Requerimientos de movimientos ortodónticos en pacientes con riesgo de daño periodontal.
- Por síndrome de crecimiento alveolar.
- Riesgo de reabsorción radicular a través de ortodoncia.

De otro lado resulta fundamental el conocimiento profundo y claro de las consideraciones anatómicas del maxilar superior cuando pensamos en una o.s.; así, las cavidades nasales y de los senos maxilares, la irrigación proveniente de las ramas de la maxilar interna y complementada por las anastomosis terminales que provee la arteria facial, el retorno venoso capitalizado principalmente a través del plejo venoso pterigoideo y la vena facial anterior, ambas tributantes de la vena yugular interna, y el drenaje linfático que se realiza a través de los nódulos linfáticos submaxilares y los superiores de la

cadena cervical profunda, ofrece la seguridad del manejo de un bloque vital a través del diseño, ejecución y control del procedimiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

- CAMBIOS OCASIONADOS POR UNA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE ANTAGONISTA DE UNA PRÓTESIS MAXILAR TOTAL, Journal de Prostoncia dental, Febrero de 1972 Volumen 21, Número 2.
- PREVALENCIA DEL "SÍNDROME DE COMBINACIÓN" ENTRE LOS PACIENTES QUE UTILIZAN PRÓTESIS, Journal de Prostoncia Dental, Marzo de 1989, Volumen 18, Número 4.
- LA DENTADURA COMPLETA MAXILAR OPUESTA A UNA DENTADURA PARCIAL A EXTENSIÓN DISTAL BILATERAL MANDIBULAR: CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO. Journal de prostoncia dental 1972.
- TAKAME M. Cirugía preprótesica en dentaduras funcionales, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1988.
- CIRUGIA PREPRÓTESICA. Journal of Esthetic Dentistry, Edición española, Marzo/abril de 1998 Volumen 8.
- CIRUGIA ORAL, López Arranz Juan, , Madrid (España), 1996, Págs. 419-422, 444-446
- PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE, Fernández Loza David, Venezuela , 1192, Págs. 115-128
- MANUAL CLINICO DE PROTESIS PARCIAL FIJA, Caoafalch Gabriel, España, 1997, Págs. 78-95
- PROSTODONCIA TOTAL, Winkler Sheldon, México, 1999, Págs. 473-480

Chapinero:
Cra.17 No.60- 41 P.3
PBX:609 3377
croch@007mundo.com

**Perfil
Izquierdo**

Cedritos:
Transv.29 No.140- 12 P.2
Tels:274 9706 / 614 4358
Telefax:615 2339
croced@007mundo.com

Normandia:
Av.Boyacá 51-92
Tel:423 13 15

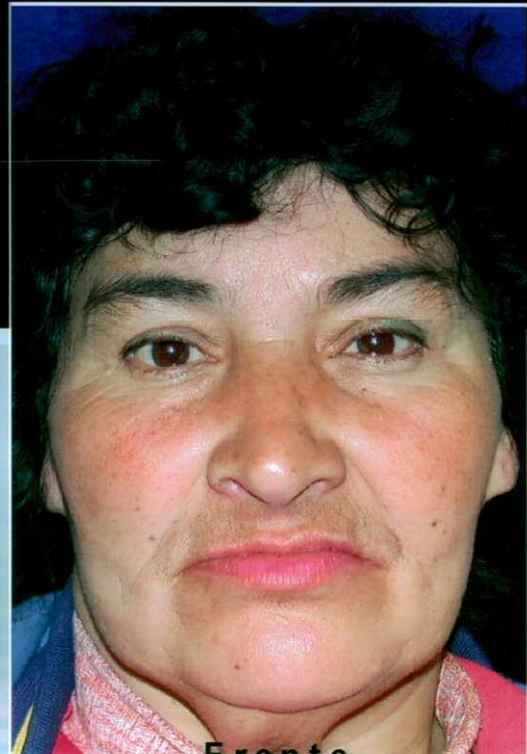
Paciente:
Julia Hernandez
50 años
Doctor:
FUSM



**Perfil
Derecho**



Sonrisa



Frente

R
CONSULTORIO
RADIOLOGICO
Oral

Chapinero:

Cra.17 No.60-41 P3
PBX:609 3377
croch@007mundo.com

Cedritos:

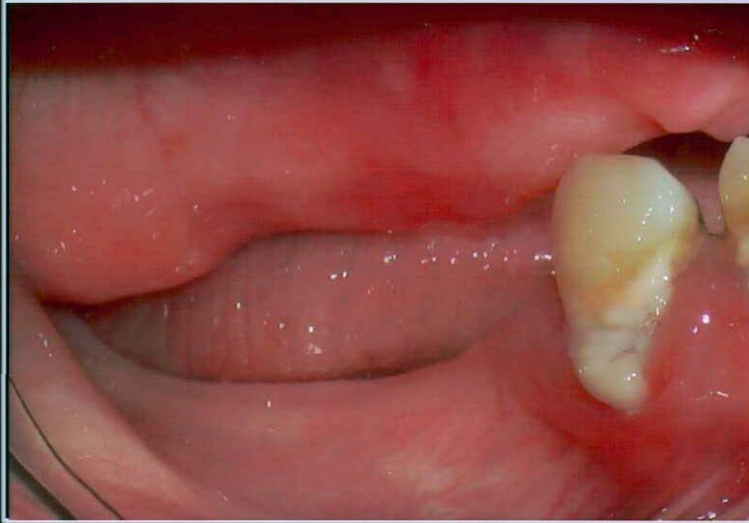
Transv.29 No.140-12 P2
Tels:274 9706 / 614 4358
Telefax:615 2339
croced@007mundo.com

Normandia:

Av.Boyacà 51-92
Tel:423 1315

Paciente: Julia Hernandez
Edad: 50 años

Doctor: FUSM
Fecha: Agosto 28 de 2004



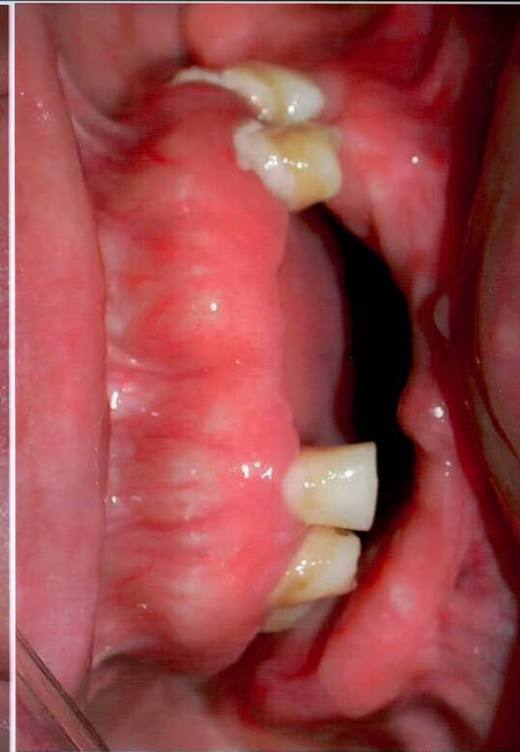
Oclusión Derecha



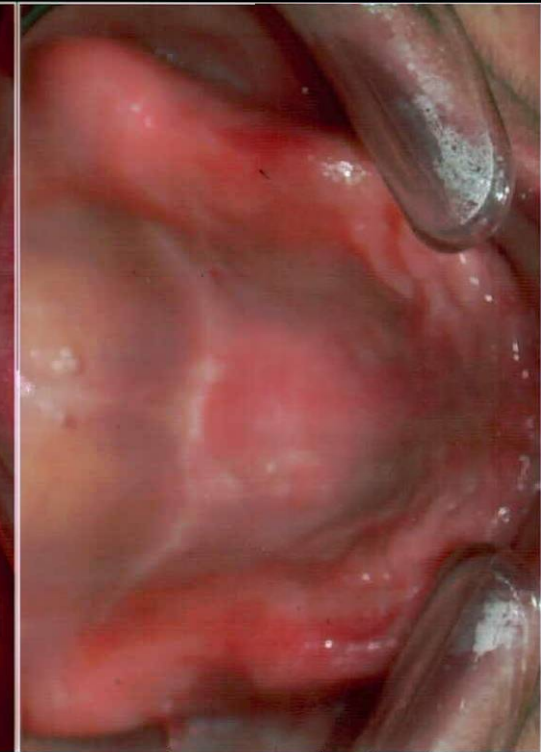
Oclusión Izquierda



Arco Inferior



Oclusion de Frente



Arco Superior