

CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO

PRESENTADO POR:

DIANA CALLEJAS 981014

CAROLINA MOYA 981243

CAROLINA VALLE 981088

MARLYN LOZANO 981297

OLGA VALENCIA 981217

PRESENTADO A:

DRA: DIANA GUZMAN

JEFE CLINICA X SEMESTRE

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

SEPTIEMBRE 11- 2002

INTRODUCCION

Con esta sustentación se busca destacar el origen y antecedentes de las diferentes alteraciones orales y sistemicas existentes en un paciente para el adecuado desarrollo en el tratamiento a realizar requiriendo la valoración científica de un grupo interdisciplinario realizando un adecuado seguimiento del mismo.

OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer los diagnósticos y posibles tratamientos de acuerdo a los factores etiologicos que puedan interferir en el desarrollo del mismo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer a fondo el estado de salud oral del paciente.
- Realizar adecuadamente los diagnósticos de cavidad oral y problemas sistemicos.
- Profundizar la relación existente en la salud oral del paciente con su estado sistemico.
- Describir el desarrollo del tratamiento ideal y a realizar de nuestro paciente.

TABLA DE CONTENIDO

- 1. HISTORIA CLINICA**
 - 1.2 INFORMACION GENERAL**
 - 1.3 EXAMEN FISICO**
 - 1.4 ANAMNESIS**
- 2. HISTORIA ESTOMATOLOGICA**
 - 2.1 EXAMEN FISICO ORAL**
 - 2.2 EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR**
 - 2.3 EXAMEN DENTARIO/ARMONIA-DESARMONIA OCLUSAL**
 - 2.4 EXAMEN PERIODONTAL**
 - 2.5 EXAMENES COMPLEMENTARIOS (RADIOGRAFICOS)**
 - 2.6 EXAMENES DE LABORATORIO**
- 3. DIAGNOSTICOS**
 - 3.1 GENERALES**
 - 3.2 CRANEOMANDIBULARES**
 - 3.3 ORALES, TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS**
 - 3.4 PERIODONTALES**
 - 3.5 DENTALES**

3.6 ENDODONTICOS

4. TRATAMIENTO IDEAL

4.1 PERIODONCIA

4.2 CIRUGIA

4.3 ENDODONCIA

4.4 OCLUSION

4.5 ORTODONCIA

4.6 OPERATORIA

4.7 PROSTODONCIA

4.8 PERIODONCIA

5. TRATAMIENTO A REALIZAR

5.1 PERIODONCIA

5.2 CIRUGIA

5.3 ENDODONCIA

5.4 OCLUSION

5.5 OPERATORIA

5.6 PROSTODONCIA

5.7 PERIODONCIA

6. MARCO TEORICO

6.1 HERNIA HIATAL

6.2 REFLUJO GASTROESOFAGICO

6.3 FACETAS DE DESGASTE

6.4 PERIODONCIA

6.5 ALARGAMIENTO DE CORONA

6.6 TERAPIA OSEO RECONSTRUCTIVA

6.7 COLAPSOS DE REBORDE

6.8 IMPLANTES

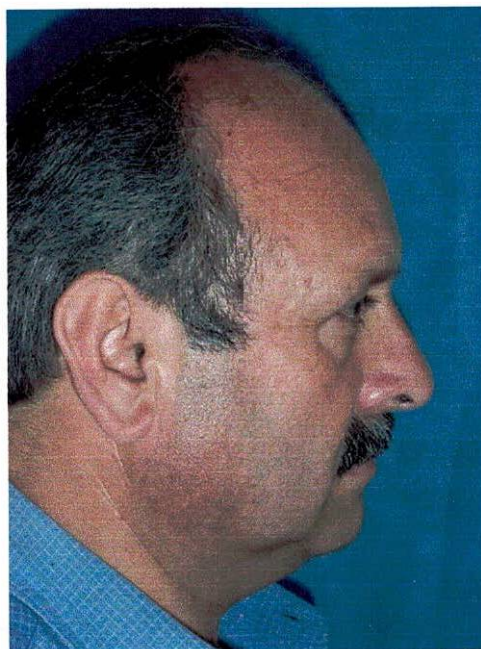
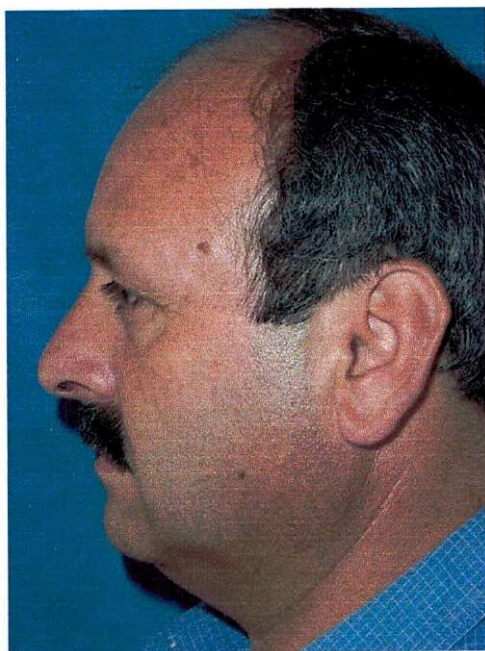
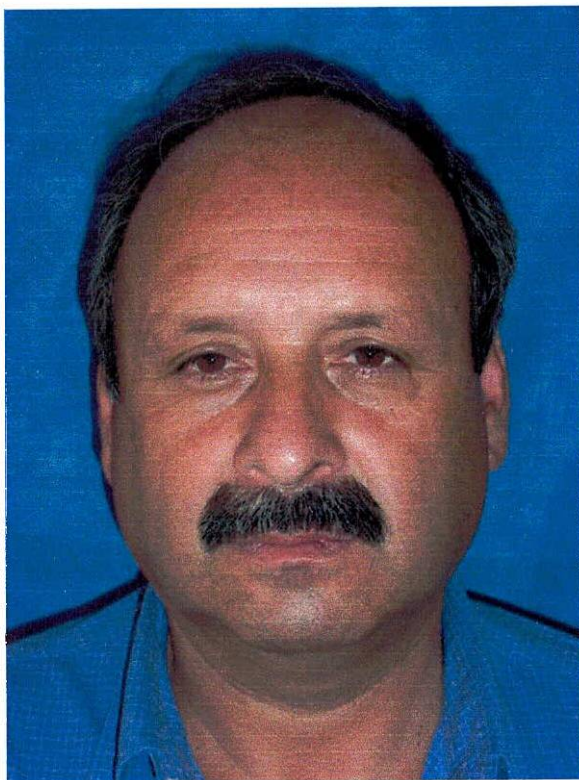
6.8.1 VENTAJAS

6.8.2 TIPOS DE IMPLANTES

6.9 CORONAS FERULIZADAS

6.10 INCRUSTACIONES

6.11 PLACAS OCLUSALES



1.HISTORIA CLÍNICA

1.2 INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE: Pedro Sandoval Suarez

EDAD: 51 años

ESTADO CIVIL: Casado

OCUPACIÓN: Pensionado

HISTORIA CLÍNICA: 11464

MOTIVO DE CONSULTA: "Dolor de Muela"

1.3 EXAMEN FÍSICO

PESO: 73 Kg

RH: O +

ESTATURA: 1.73 mts

PRESIÓN ARTERIAL: 112/83 mm/hg

FRECUENCIA CARDIACA: 76 ppm

1.4 ANAMNESIS

HISTORIA FAMILIAR: Padre murió de cáncer en el pulmón, Madre sufre de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

HISTORIA MEDICA PERSONAL:

- ◆ Gripas ocasionales
- ◆ Hernia Hiatal
- ◆ Reflujo Gástrico
- ◆ El paciente presenta Helicobacter Pylori

HISTORIA ODONTOLÓGICA PREVIA: No reporta ningún compromiso

Post-anestesia y exodoncia

ATENCIÓN PREVIA RECIBIDA: Operatoria, endodoncia 36 y
prostodoncia 36,37 incrustaciones Onlay, cirugía
18,28,38,48,16,15,26.

ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO: Es positiva, paciente colaborador
buena transferencia y contratransferencia.

2. HISTORIA ESTOMATOLOGICA

DOLOR MUSCULOS MASTICADORES: No reporta

DOLOR ATM: No reporta

RUIDO ATM: No reporta

ALTERACIÓN EN EL MOVIMIENTO: No reporta

DESARMONIAS OCLUSALES: Si presenta, ausencias dentarias, apiñamiento en dientes inferiores anteriores, desgaste excesivo en dientes anteriores superiores.

HABITOS: Ninguno

ODONTALGIA: Dolor en el 27

SENSIBILIDAD: En el 27 y 36

2.1 EXAMEN FISICO ORAL

LABIOS: Normales

CARRILLOS: Normales

SURCO VESTIBULAR: Normal

GINGIVA: Normal

REBORDE ALVEOLAR: Anormal por ausencia de dientes posteriores superiores.

LENGUA: Normal

PISO DE BOCA: Normal

FRENILLO: Normal

PALADAR DURO: Normal

PALADAR BLANDO: Normal

AMIGDALAS/OROFARINGE: Normal

GLANDULAS SALIVALES: Normal

2.2 EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR

EXAMEN DE LOS MUSCULOS MASTICADORES: El paciente no presenta ningún dolor en los músculos a la palpación.

EXAMEN ATM: No reporta ruidos articulares, no reporta dolor articular

EXAMEN DE MOVIMIENTO MANDIBULAR:

- ◆ APERTURA: 43 mm
- ◆ PROTRUSION: 11mm
- ◆ LATERELIDAD DERECHA: 5mm
- ◆ LATERALIDAD IZQUIERDA: 5mm

El paciente no presenta ningún tipo de desviación en los movimientos.

2.3 EXAMEN DENTARIO/ARMONIA-DESARMONIA OCLUSAL

CLASIFICACIÓN DE ANGLE: No aplicable por ausencia 16 y 26

PACIENTE SIMETRICO

OVER BITE: 3mm

OVERJET: 3mm

LÍNEA MEDIA DENTARIA: Coincide normalmente

APIÑAMIENTOS: Dientes anteriores inferiores

DIASTEMAS: Dientes anteriores superiores

FACETAS DE DESGASTES: Dientes anteriores superiores por erosión

AUSENCIAS DENTARIAS: 18,16,15,28,26,38,48

DIMENSIÓN POSTURAL VERTICAL: 45mm

DIMENSIÓN OCLUSAL VERTICAL: 43mm

ESPACIO LIBRE: 2mm

2.4 EXAMEN PERIODONTAL

COLOR: Rojo

MARGEN: Discontinuo

CONSISTENCIA: Blanda

TEXTURA: Lisa

GROSOR: Aumentado

CONTORNO: Irregular

PAPILAS: Achatadas

ENCIA ADHERIDA: Normal

CALCULOS: No presenta

SANGRADO: No reporta

SUPERACIÓN: No presenta

MOVILIDAD DENTARIA: Grado III del 27

2.5 EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Radiografías periapicales y panorámica

PERIAPICALES:

DIENTES ANTERIORES SUPERIORES: Se observa zonas radio lucidas corónales en los dientes 11,12,21,22 aparentemente desgastes corónales, 13,23, aparentemente sanos

PREMOLARES SUPERIORES: 14 Se observa resto radicular con zona radio opaca intraradicular aparentemente obturación con gutapercha correspondiente a TCC. 24 Zona radio opaca oclusal aparentemente obturación con amalgama, 25 aparentemente sano.

MOLARES SUPERIORES: 16 zona radio lucida radiográficamente ausente, 17 zona radio lucida mesial aparentemente pérdida ósea vertical y horizontal, 26 no se observa radiográficamente, 27 se observa zona radio lucida mesial aparentemente pérdida ósea vertical 28 no se observa.

DIENTES ANTERIORES INFERIORES: Aparentemente sanos

CANINOS: Aparentemente sanos

PREMOLARES INFERIORES: 34 aparentemente sano, 35 zona radio opaca a nivel coronal aparentemente obturación plástica 44,45 aparentemente sano.

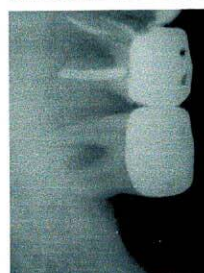
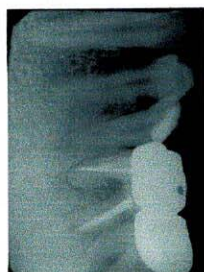
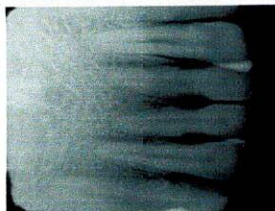
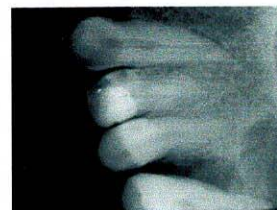
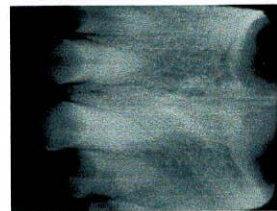
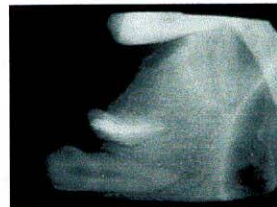
MOLARES INFERIORES: 36 zona radio opaca e intraradicular aparentemente obturación con gutapercha correspondiente a tratamientos de conductos, a nivel coronal de 36 y 37 zona radio opaca posible restauración de alto peso molecular 46 y 47 dientes aparentemente sanos, zona radio opacas oclusales aparentemente obturación con amalgama.

RADIOGRAFIA PANORAMICA:

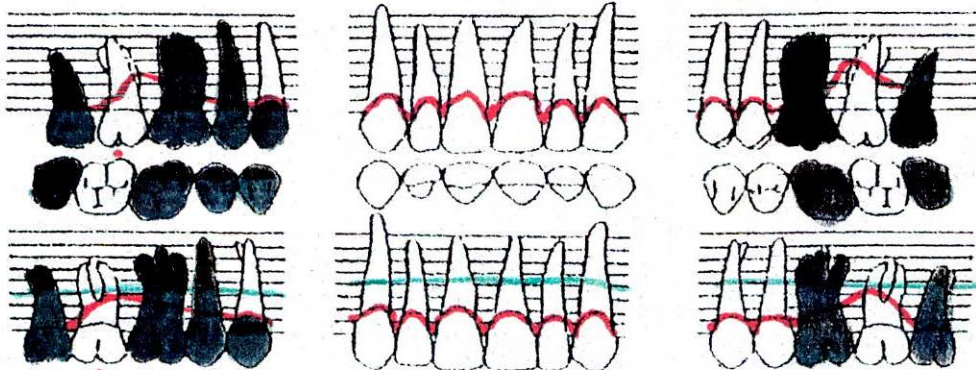
DIENTES SUPERIORES: Se observan zona radio opacas a nivel intraradicular de 11,12,13,21,22,23, aparentemente obturación con gutapercha correspondiente a T.C.C.

Se observa zonas radio lucida a nivel del 14 y 27 radiográficamente ausentes

DIENTES INFERIORES: Se observan zonas radio opacas del 36 intraradicular aparentemente obturación con gutapercha y corónales del 36 y 37 aparentemente restauración con alto peso molecular , 46 y 47 zona radio opaca oclusal aparentemente restauración con amalgamas.



Recesión

[illegible]

Línea Mucogingival

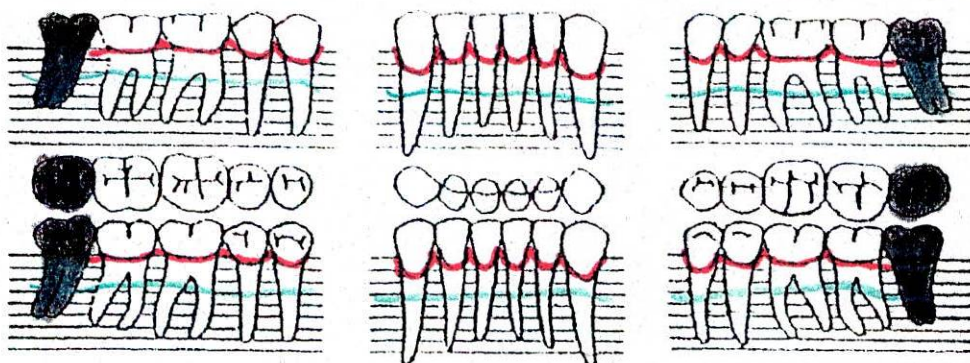
—	³ 6 ⁹	—	—	⁵ 2 ³	² ₃	² ₃	³ ₃	³ ₃	¹ ₃	² ₃	³ ₃	² ₃	³ ₃	³ ₃	—	¹² ₈ 9	—
—	³ 6 ⁹	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	¹² ₈ 6	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	III	—
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

Linea Mucogingival

—	4	3	3	3	3	2	2	3
—	3							
—								
—								
—								
5	5				5			

3	3	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	3
6		6		6		6		6		6		6

2	2	3	2	3	2	3	5	2	4	—	3
										—	
										—	
										—	
										—	
5		5		5		5		5		5	5



Furcaciones

	4	3	3	3	2	2	3	3
—	3				2	2		
—								
—								
5	5		5		5		5	

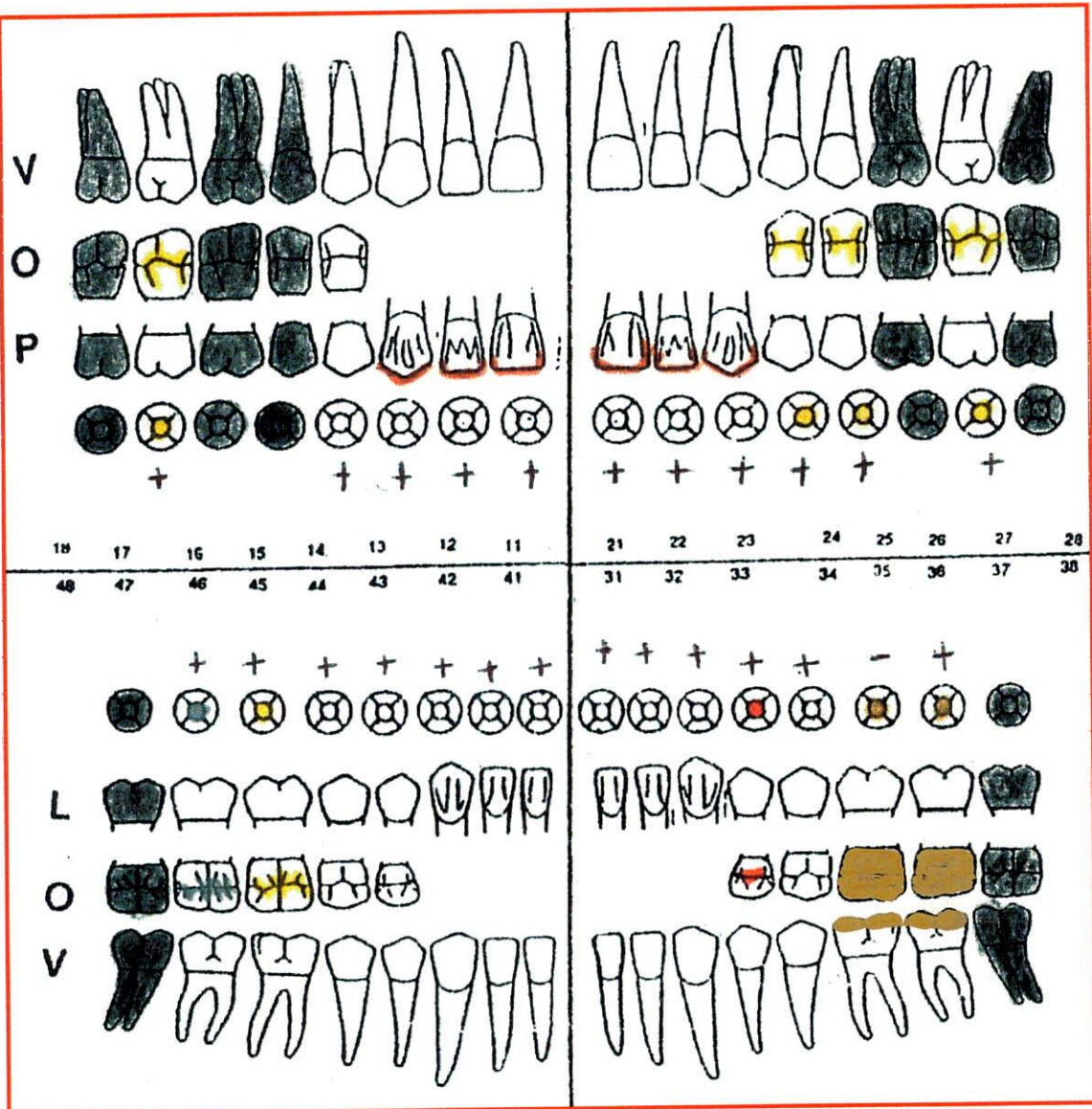
2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3
3										
6	6		6		6		6		6	

3	3	3	2	3	3	3	4	
2								—
								—
								—
5	5		5		5		5	5

ODONTOGRAMA

18. Ausente	28. Ausente
17. Resina O desadap	27. Resina O – Movilidad III
16. Ausente	26. Ausente
15. Ausente	25. Resina OD Desadap.
14. Resto Radicular	24. Resina OD Desadap.
13. Desgaste Incisal	23. Desgaste Incisal
12. Desgaste Incisal	22. Desgaste Incisal
11. Desgaste Incisal	21. Desgaste Incisal

48. Ausente	38. Ausente
47. Ag O Adap.	37. Incrustacion Onlay Desadap.
46. Resina O Adap.	36. Incrustacion Onlay Desadap.
45. Sano	35. Cemento Temporal O
44. Sano	34. Sano
43. Sano	33. Sano
42. Sano	32. Sano
41. Sano	31. Sano



Estructuras Anatómicas Normales.

2.6 EXAMENES DE LABORATORIO: No requiere

3. DIAGNOSTICOS

3.1 GENERALES: Hernia Hiatal, reflujo gástrico. Su etiología es ideopática aunque la relacionan con trastornos congénitos y el *Helicobacter Pylori*.

3.2 CRANEO-MANDIBULARES: Sano

3.3 ORALES, TEJIDOS BLANDOS Y ÓSEOS: Colapso del reborde superior tipo III. Su etiología por presentar ausencias dentarias superiores.

3.4 PERIODONTALES: Gingivitis generalizada asociada a placa bacteriana.

Periodontitis crónica localizada 27 y 17. Su etiología es por presentar acumulo de placa bacteriana y microorganismos patógenos.

3.5 DENTALES: Caries recurrentes 17,27,24,25,36,37

Caries activa 14 y 38. Su etiología es multifactorial.

3.6 ENDODONTICOS: Sano

4. TRATAMIENTO IDEAL

4.1 PERIODONCIA:

- ◆ Terapia básica
- ◆ Motivación del paciente
- ◆ Control de placa
- ◆ Enseñanza de cepillado
- ◆ Raspaje coronal y alisado radicular.
- ◆ Profilaxis

Alargamiento de corona clínica vestibular en los dientes 11,12,21,22.

4.2 CIRUGIA: Exodoncias método cerrado del 14,17,27.

Implantes de oseointegración a nivel del 14 y 17 y a nivel del 27 no se puede realizar implantes ya que no tiene buenos pronóstico porque no da el espesor óseo requerido con una terapia ósea reconstructiva.

4.3 ENDODONCIA: Tratamientos convencionales de conductos profilácticos del 11,12,13,21,22,23,24,25,35 y retratamiento del 36.

OCLUSIÓN: Preparación y provisionalización de los dientes 11,12,13,21,22,23,24,25 colocación de prótesis transicional superior. Aumento de dimensión vertical de 3 mm, se deja de 15 días a un mes para valorar sintomatología articular y muscular.

Placa Oclusal Superior para proteger las restauraciones para evitar sintomatología en la ATM y en los músculos de la masticación; se utiliza de noche y placa oclusal inferior utilizada de día.

4.4 ORTODONCIA: Ortodoncia correctiva maxilar inferior y superior para lograr alineación de dientes inferiores, sin alterar la relación canina presente, se busca en el maxilar superior vestibularizar los dientes anteriores superiores y así dar una sobremordida adecuada, no es necesario realizar exodoncias en el maxilar inferior.

4.5 OPERATORIA: No requiere

4.6 PROSTODONCIA: Núcleos colados de 11,12,13,21,22,23, nucleos prefabricados del 24,25,35,36,37.

Coronas Ferulizadas del 12-13, 24-25, coronas inceram con recubrimiento completo cerámico del 11,21,22,23,35,36,37.

Prótesis parcial fija de 14al 17 con implantes en el 14 y 17.

4.7 PERIODONCIA: Terapia Periodontal de Soporte.

5. TRATAMIENTO A REALIZAR

5.1 PERIODONCIA:

- ◆ Terapia básica
- ◆ Motivación del paciente
- ◆ Control de placa
- ◆ Enseñanza de cepillado
- ◆ Raspaje coronal y alisado radicular.
- ◆ Profilaxis

5.2 CIRUGIA: Exodoncias método cerrado del 17,27,14.

5.3 ENDODONCIA: Tratamientos convencionales de conductos profilácticos del 11,12,13,21,22,23,24,25,35 y retratamiento del 36.

5.4 OCLUSIÓN: Preparación y provisionalización de los dientes 11,12,13,21,22,23,24,25 colocación de transicional superior .
Aumento de dimensión vertical de 3 mm, se deja de 15 días a un mes para valorar sintomatología.

Placa Oclusal Superior para proteger las restauraciones para evitar sintomatología en la ATM y en los músculos de la masticación; se utiliza de noche y placa oclusal inferior utilizada de día.

5.5 OPERATORIA: No requiere

5.6 PROSTODONCIA: Núcleos colados del 11,12,13,21,22,23, núcleos prefabricados del 24,25,35,36,37.

Coronas Ferulizadas del 12-13 con preparación para removible , 24-25 con preparación para removible , coronas inceram de recubrimiento completo en porcelana del 11,21,22,23,35,36,37.

Prótesis Parcial Removible: Clasificación de Kennedy I

- ♦ Limite: 13-25
- ♦ Conector Mayor: Barra Palatina Antero-posterior
- ♦ Apoyos: Compartidos 24-25 y mesial 13
- ♦ Retenedores : RPY a nivel del 13
RPY a nivel del 25
- ♦ Plano guía y Retenedores indirectos

5.7 PERIODONCIA : Terapia Periodontal de Soporte.

6. MARCO TEORICO

6.1 HERNIA HIATAL : Es una protrusion anormal de una porción del estomago hacia el interior del tórax a través del diafragma. La causa de la hernia hiatal es generalmente desconocida o tratarse de un defecto congénito.

(Merck y dohmel 1998)

Según un estudio el *Helicobacter pylori* es responsable de gastritis y otras enfermedades de las mucosas digestivas, del que se acaba de descubrir que esto genera mutaciones resistentes a los antibióticos que terminaban con él. (Gall Troselj. K, 2001) oral pathol med 2001 oct 30 .

6.2 REFLUJO GASTROESOFAGICO :Es el paso anormal del contenido del estomago hacia el esófago y las molestias y lesiones que lo acompañan . Comienza por irritación del tejido que cubre el esófago mucosas y se manifiesta por edema acumulación de liquido

en la mucosa), congestión(acumulación de sangre anormal en la mucosa), a medida que progresa se transforma en erosión y posteriormente en ulcera.

(Dra : Adriana Avendaño 1996)

En un estudio (JADA 2002 junio), reporta que el vomito es el producto de la regurgitación gastroesofagica (RGE), causa de la erosión dental, con eliminación del esmalte en las caras palatinas de los dientes anterosuperiores. Por silenciosa esta enfermedad podría ser diagnosticada por la observación de dicha erosión. La (RGE) es un relajamiento muscular involuntario del esfínter esófago superior lo cual permite el reflujo del ácido gástrico a la boca. Otros sintomas pueden ser eructos y una inesperada sensación de acidez en la boca . Publicado en el j prosthodont restor dent 2002 marzo10, (Rees J, Hughes J, Innes C).

6.3 FACETAS DE DESGASTE: Desgastes dentales

Atricion : Desgaste físico, diente contra diente, porción dental desgastada .

Abrasión : Desgaste mecanico, diente contra agente extraño

Ej: cepillodental, abrasivos palillos dentales, otros

Erosión : Desgaste químico. Diente contra sustancia química.

Cítricos, ácidos gástricos , medicamentos y otros.

Absfracción : Desgaste en cuello dental por trauma oclusal.

(Sognnaes 1997)

6.4 PERIODONTITIS CRONICA : Prevalencia , extensión y severidad de la enfermedad , aumento con la edad.

No presenta asociación ninguna con edad de aparición.

La progresión de la enfermedad varia de paciente a paciente.

La incidencia depende del pretratamiento extensión y severidad, de tipo de dientes , hábitos de fumar, alto nivel de patogenicidad y respuesta inmune del paciente. (zeron a, adm feb 2001)

Los pacientes tienen un aumento en el tejido blando de la vascularizacion en un 95% por tanta inflamación.

Cambios morfológicos de los tejidos .

Apoptosis: muerte fisiológica celular, se manifiesta clínicamente como destrucción de tejido , daño tisular.

6.5 ALARGAMIENTO DE CORONA : El alargamiento de corona es a veces imprescindible para salvar un diente, es muy importante tener en cuenta que no se debe invadir el espacio biológico

El periodonto y el margen protésico están en íntima relación, el margen supragingival es el ideal pero no en ocasiones tales como estética

INDICACIONES : Periodontales, restauradas , corona clínica corta, caries o reabsorciones subgingivales y fracturas o perforaciones del tercio corona-raíz.

Se debe tener en cuenta proporción corona-raíz, oclusión, consideraciones estéticas y fonéticas.

CONTRAINDICACION: en diente no restaurable, cuando se ve comprometida la estética en el diente adyacente, cuando no justifica tratamiento para salvar el diente a restaurar, cuando no hay buena proporción corona-raíz.

(Adriana Avendaño 1996.periodoncia.com)

En el alargamiento de corona de dientes anteriores superiores se debe realizar el efecto de guld willd o alas de gaviota que consiste en trazar una línea desde el punto zenit de canino a canino. El alargamiento de 11y21 se debe hacer contactando los puntos zenit con la línea y los de 12 y 22 deben estar 1 mm por debajo de la misma

6.6 TERAPIA OSEA RECONSTRUCTIVA : Se utiliza en lesiones complejas que afectan furcaciones defectos interproximales estrechos y grandes defectos junto con injertos de huesos.

(Schallhorn y Mc Clain ,1998)

6.7 COLAPSOS DE REBORDE : Existen tres tipos de colapsos

Tipo I: Pérdida ósea horizontal.

Tipo II : Pérdida ósea vertical.

Tipo III : pérdida ósea vertical y horizontal.

6.8 IMPLANTES : Pequeños aparatos dentales removibles que se insertan en los maxilares superior e inferior, ayudan a restaurar la boca que tiene pocos o ningún diente restaurable. Los implantes

dentales están reemplazando poco a poco a los dientes removibles utilizados por algunas personas, ya que proveen muchas ventajas sobre las dentaduras removibles tradicionales.

6.8.1 VENTAJAS : Reducir el movimiento de las dentaduras postizas los puentes y, o las coronas, facilitar la masticación adecuada, brindar soporte y estabilidad mejorada para las dentaduras postizas removibles o los puentes fijos, acercarse a la sensación de dientes naturales.

Hay que considerar antes de colocar un implante las siguientes observaciones:

El paciente debe estar saludable

Las capacidades de curación del paciente afectado por la enfermedad podrían influir en el éxito de un implante.

Se debe hacer un diagnóstico adecuado antes de colocar un implante.

La colocación y la técnica es específica para cada candidato en particular.

Fumar y beber en gran cantidad puede afectar el éxito del implante.

6.8.2 TIPOS DE IMPLANTES

Un sustituto artificial del hueso: consiste en la colocación de un sustituto sintético del hueso en la parte superior del hueso para ayudar a reconstruir el reborde residuo y ofrecer un soporte sólido para la dentadura a reemplazar.

Implantes endostales : Se inserta en el maxilar para servir como raíz del diente.

Implantes subperiostales : Es una opción para personas que ya no pueden usar dentaduras artificiales convencionales, consiste en un implante especialmente diseñado que encaja directamente en el hueso existente.

(Oral health Methodist Care System Houston,Tx 2002 implant Dental)

Según H. Martinez, et al Clin oral implantes Res 2001 Dec 12(6), de las dos técnicas para aumentar los rebordes no difieren

significativamente entre si en cuanto al aumento del espesor óseo o el éxito de los implantes endoóseos.

Solo seria menos la reabsorción ósea con la membrana, con un riesgo mínimo de complicaciones.

Un seguimiento por tiempo mas prolongado (mas de 6 meses) revelarían si tiene otros beneficios la membrana no reabsorbible

6.9 CORONAS FERULIZADAS : La ferulizacion de las coronas fue muy aceptada en épocas anteriores, la inmovilización de los dientes uniéndolos con retenedores fue utilizadas con la intención de prevenir la ruptura de dientes sanos y para detener la perdida ósea en dientes comprometidos, la restauración es más fácil de limpiar por parte del paciente.

Una desventajas importante es que en su utilidad y duración a largo Plazo el fracaso de un solo retenedor puede comprometer la totalidad de la prótesis .

La movilidad no es necesariamente una indicación de ferulización, no evita ni previene la periodontitis . Por el contrario podría aumentar la enfermedad por mayor dificultad de higiene oral.

Un diente cuestionable no debe ser ferulizado a un diente sano intentando reforzar el diente débil ya que el resultado podría ser un deterioro peiodontal acelerado en ambos dientes.

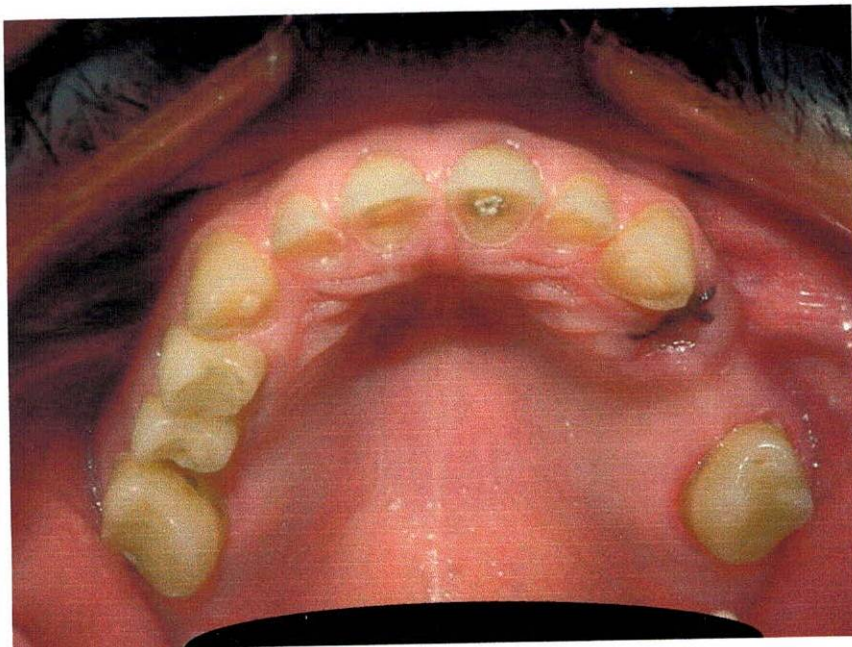
6.10 INCRUSTACIONES : Es una restauración intracoronal, su retención y resistencia al desplazamiento del ajuste íntimo de la restauración dentro de los confines de la porción coronal del diente.

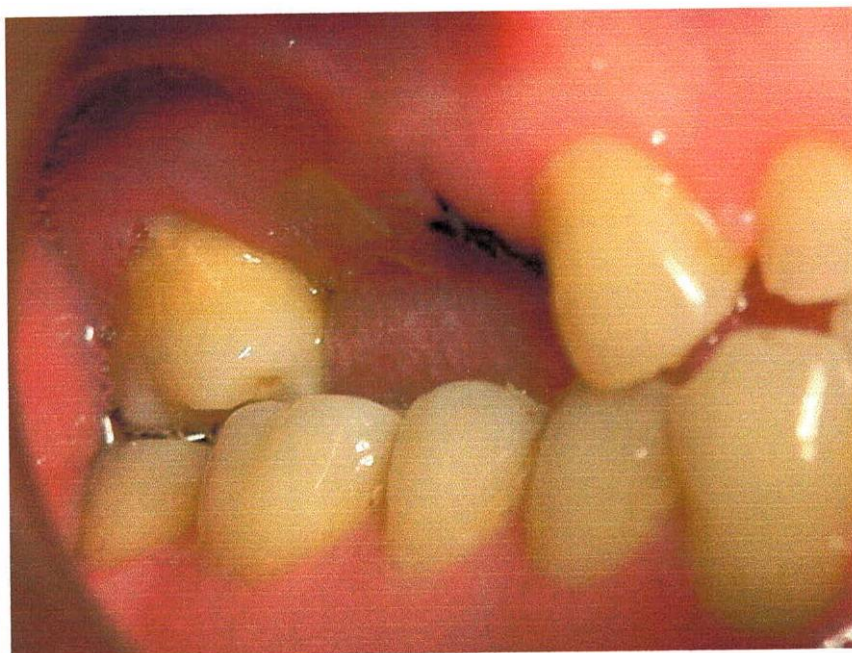
INLAY: Restauración intracoronal clásica.

ONLAY: Es una modificación inlay para restaurar la superficie oclusal del diente.

6.11 PLACAS OCLUSALES : Son aparatos removibles, confeccionados en acrílico duro sobre las superficies oclusales y bordes incisales de los dientes de un arco dentario, creando contactos uniformes y precisos con los dientes del maxilar opuesto.

Las placas se pueden confeccionar tanto en maxilar superior como inferior.









ANEXO

ARTICULO DE EROSION DENTAL

De 24 pacientes en estudio sufrían reflujo aproximadamente el 83% de estos pacientes tenían erosión dental. En las caras palatinas de los dientes anteriores superiores sin afectar los dientes inferiores.

(Journal pediatrics,2002)

BIBLIOGRAFIA

- ORAL HEALTH, METHODIS CARE SYSTEM HOUSTON, TX 2002
- IMPLANT DENTAL.
- DR. ADRIAN AVENDAÑO SEP 1996 [www. PERIODONCIA.COM](http://www.periodoncia.com)
- GENCO, GOLMAN, COHEN, PERIODONCIA 1997
- MANUAL MECK SHARP Y DOHEME. OCEANO
- MALONE W, KOTH D, TYLMANS, TEORIA Y PRACTICA EN PROSTODONCIA. 2000.
- LIBRO DE OCLUSION. ABJEAN KARBENDOU. 1994.
- SHILLIMBURG. H. FUNDAMENTOS ESENCIALES EN PROTESIS FIJA 2000
- SOGNAES 1997. WEB ODONTOLOGICA. COM DENTCOP
- BRANEMART, ALBRECHTSSON 1994
- REVISTA ADM, AGUSTIN ZERON. NUEVA CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES FEB 2001
- H. MARTINEZ, et al CLIN ORAL IMPLANTES RES, 2001 DIC