

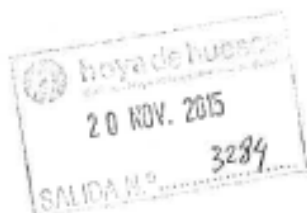
# ANEXOS

---

Caso Clínico 3577 y Caso Clínico 1189

# ANEXOS CASO CLÍNICO 3577

## Anexo 1: Certificado de la ayuda por los Servicios Sociales:



D. .

Fecha: 18 de noviembre de 2015

Asunto: NOTIFICACION

### NOTIFICACIÓN

D. Amor Francisco Aranda Moreno, Secretario de la Comarca de la Hoya de Huesca / Plana de Uesca, de la que es Presidente D. .

Certifico:

Que la Presidencia ha dictado resolución del siguiente tenor literal que se adjunta, de acuerdo al Reglamento de Becas Escolares y las Bases que rigen la convocatoria de las mismas de la Comarca de la Hoya de Huesca / Plana de Uesca (BOP HU nº 96 de 22 de mayo de 2009).

#### Antecedentes

Vista la solicitud de AYUDA ECONÓMICA DE URGENCIA presentada por D. . así como el informe emitido por los servicios técnicos con carácter de urgencia, para posterior comunicación en la próxima Comisión de Valoración.

#### Decreto:

1º CONCEDER la AYUDA ECONOMICA DE URGENCIA solicitada, de acuerdo a las siguientes condiciones:

#### TITULAR DE LA AYUDA

D. .

NIF:

CONCEPTO: Ayuda económica para gastos de arreglo bucodental.

IMPORTE CONCEDIDO: 510,00 €. Según presupuesto del Servicio de prácticas Odontológico de la Universidad de Zaragoza.

OTRAS CONSIDERACIONES: El interesado deberá hacer un uso correcto de la ayuda económica concedida. El pago se realizara directamente al prestatario del servicio previa presentación de la factura, según el presupuesto presentado por el Servicio de Practicas de la Universidad de Zaragoza.

2º NOTIFICAR el presente acuerdo a los interesados y áreas comárcales.

Lo que le comunico, para su conocimiento y efectos, significándole que, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, contra la presente resolución, que pone fin a la vía administrativa, puede interponer alternativamente o recurso de reposición potestativo, en el plazo de un mes ante el mismo órgano que dictó el acto o recurso contencioso-administrativo, ante el Juzgado de lo contencioso administrativo de Huesca, en el plazo de dos meses, a contar desde el día siguiente a la recepción de esta notificación. Si optara por interponer el recurso de reposición potestativo no podrá interponer recurso contencioso administrativo hasta que aquél sea resuelto expresamente o se haya producido su desestimación por silencio.

Todo ello, sin perjuicio de que pueda ejercitar cualquier otro recurso que estime pertinente.

Vº Bº  
EL PRESIDENTE

EL SECRETARIO

Ejemplar para el establecimiento comercial

Anexo 2: Análisis Estético Facial



Fig.1: Tercios Faciales



Fig. 2: Línea media y planos bipupilar y bicomisural

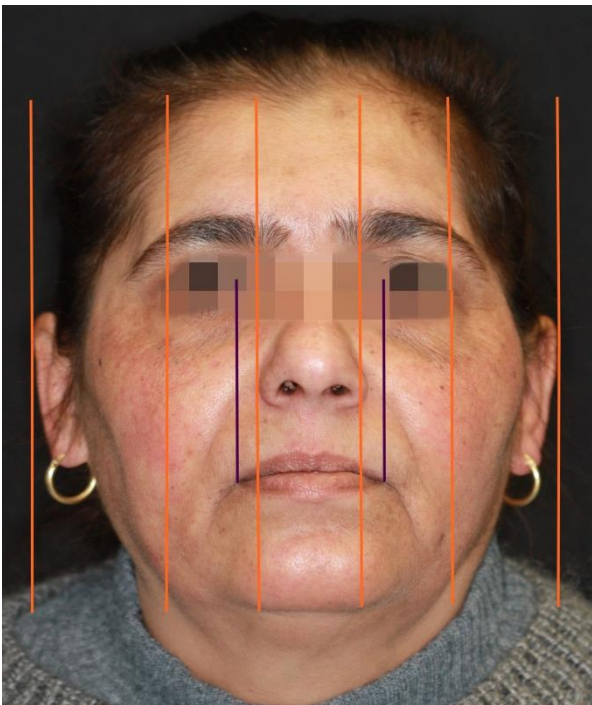


Fig. 3: Quintos



Fig. 4: Índice Facial

$$IF = \frac{\text{Distancia ofrion - gnation}}{\text{Distancia bicigomática}} \times 100$$

Fig. 5: Ecuación Índice Facial



Fig. 6: Análisis del Perfil

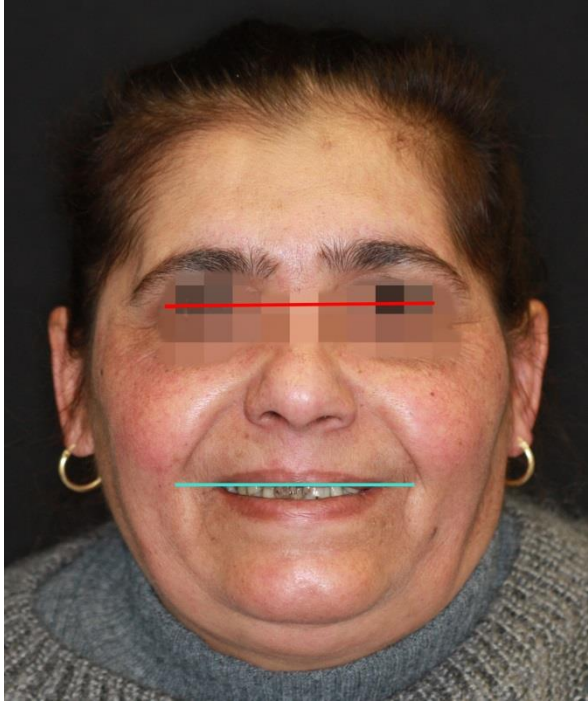


Fig. 7. Análisis de la Sonrisa

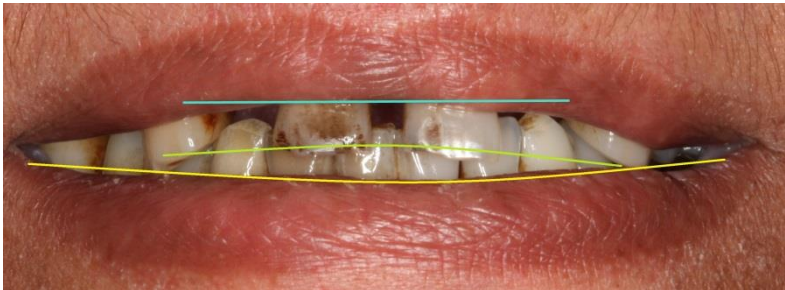


Fig. 8. Línea de sonrisa, curva incisal y curva del labio inferior





Fig. 9. Sellado labial

### Anexo 3: Exploración Intraoral

a) Exploración de mucosas y lengua:



Fig.1: Lesión compatible con LPO



Fig. 2 Lesión compatible con Leucoplasia Oral I

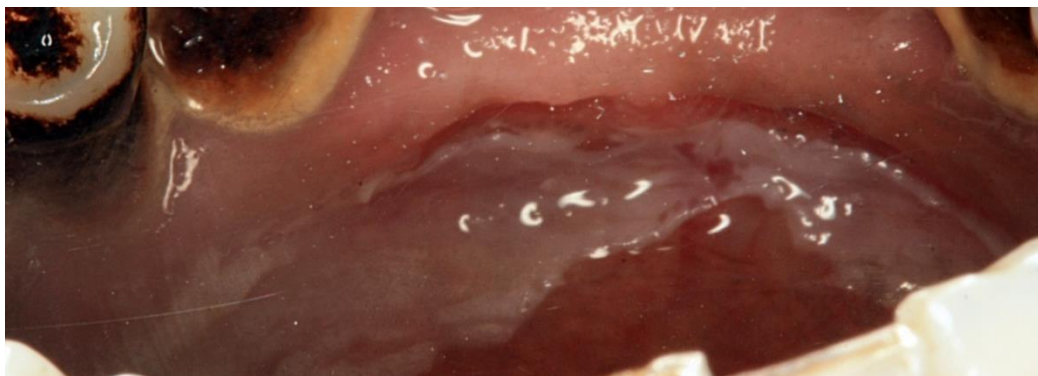


Fig. 3. Lesión compatible con Leucoplasia Oral II

## b) Exploración periodontal

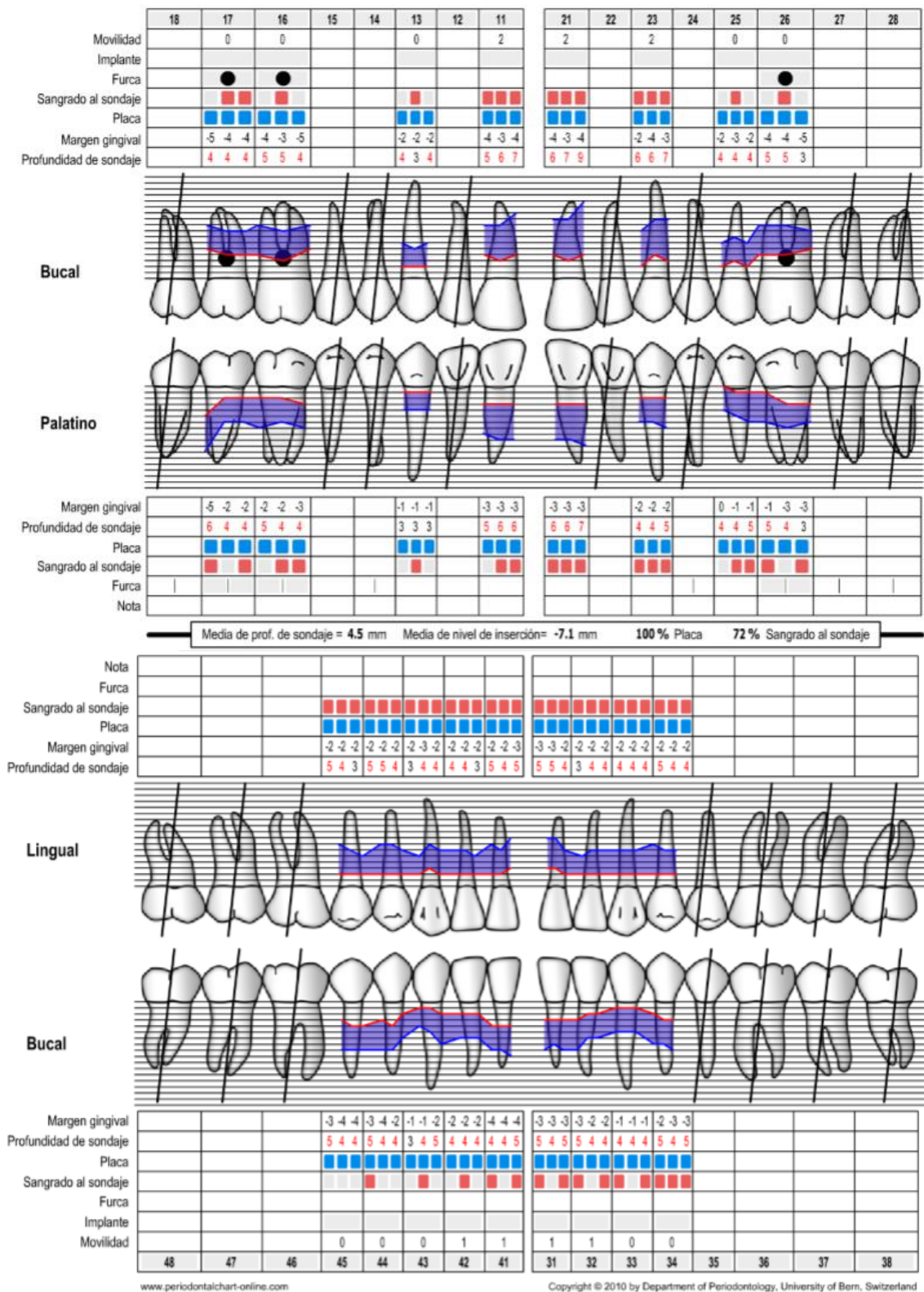


Fig. 4. Periodontograma

Fig. 5. Criterios clínicos para el índice de placa de Silness y Løe (IPL), 1964.	
Grado	Características
0	No hay placa en la zona gingival
1	Hay una película fina de placa que se adhiere al margen gingival libre y a la zona adyacente del diente. La placa sólo puede ser reconocida pasando una sonda a través de la superficie dental o revelándola. Incluye la tinción cromógena.
2	Acumulación moderada de depósitos blandos dentro de la bolsa gingival, sobre el margen gingival y/o adyacentes a la superficie dental. Se reconoce a simple vista.
3	Abundancia de material blando, grueso de 1-2 mm desde la bolsa gingival y/o sobre el margen gingival y la superficie dentaria adyacente.

### c) Exploración dental

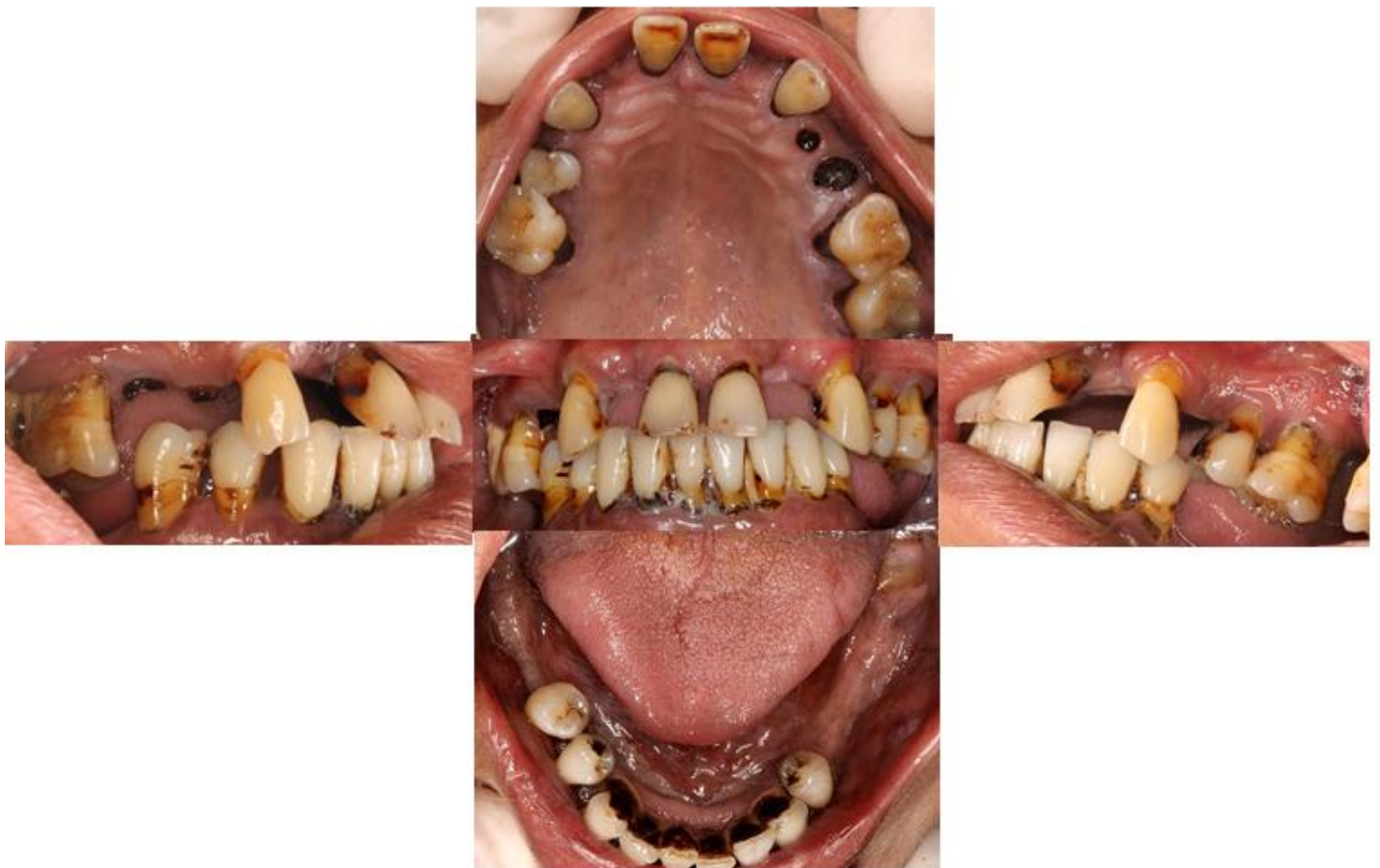


Fig. 6. Fotografías intraorales



d) Análisis oclusal:

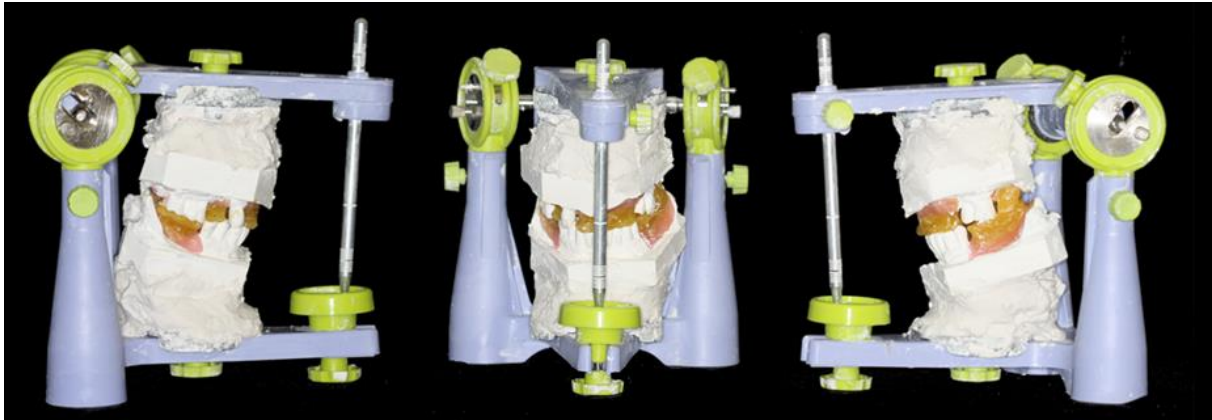


Fig. 7. Montaje de los modelos en el articulador

#### Anexo 4. Pruebas complementarias

a) Exploración radiográfica

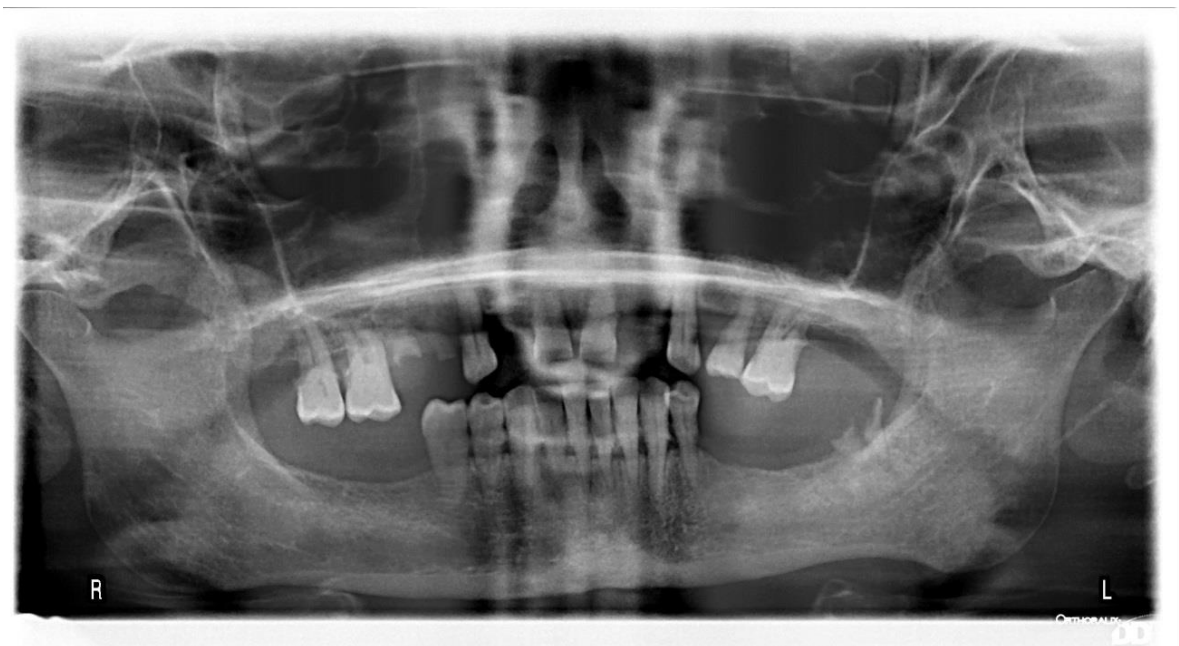


Fig. 1. Radiografía Panorámica (OPG)



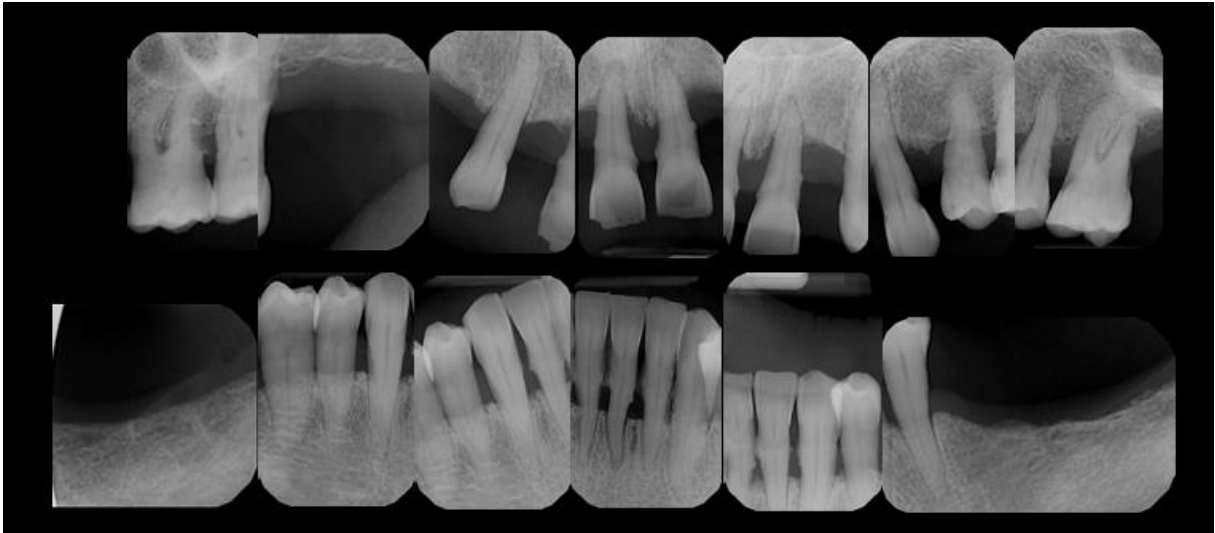


Fig.2. Serie Periapical

b) Modelos diagnóstico

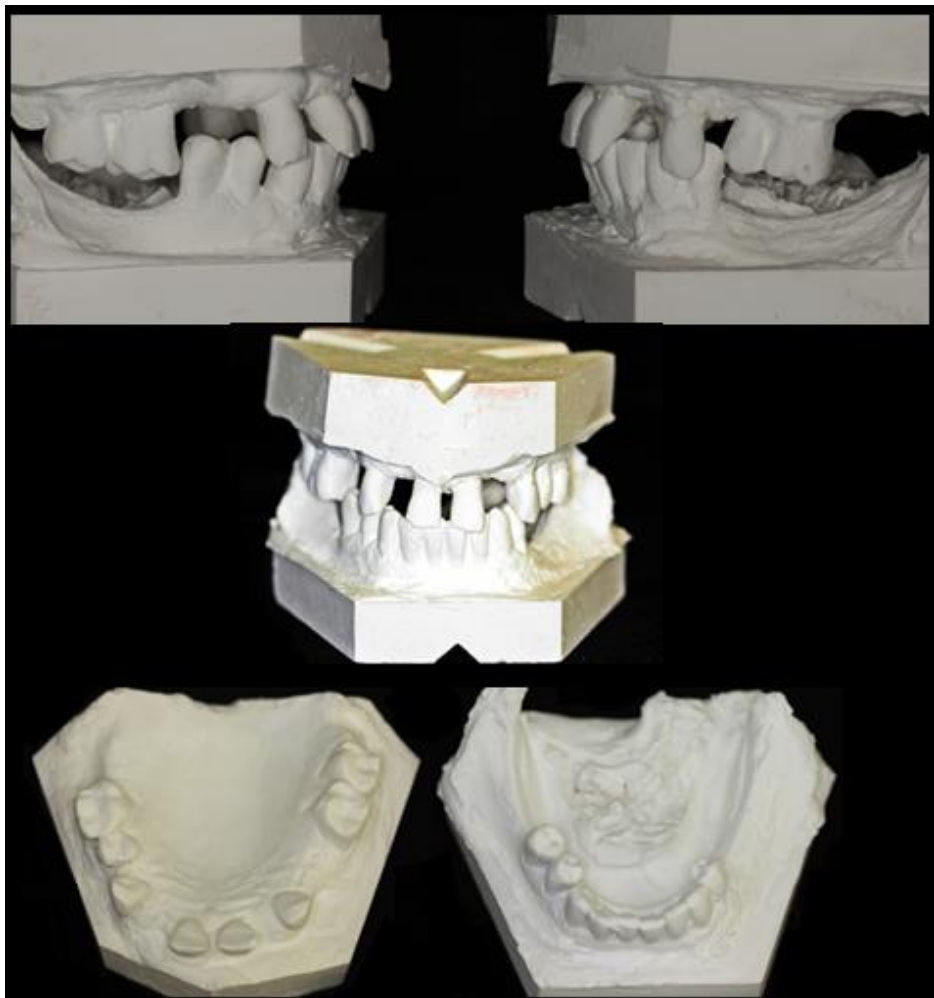


Fig. 3. Vista frontal, lateral y oclusal.

c) Fotografías



Fig.7. Fotografías extraorales

d) Prueba con Azul de Toluidina



Fig. 8. Situación inicial de la lesión compatible con LO



Fig. 9. Situación de la lesión tras tinción con azul de toluidina



Fig. 10. Situación general tras la prueba

e) Biopsia



Fig. 11. Biopsia de la lesión compatible con LPO o con reacción liquenoide.



Fig. 12. Biopsia de la lesión compatible con LO



Anexo 5: clasificación de la situación física de la American Society of Anesthesiologists (ASA).

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN	OTRAS CONDICIONES
ASA I	Paciente sano	Paciente normal y saludable. Con poco o nada de ansiedad; Excluye pacientes muy jóvenes y ancianos.
ASA II	Paciente con enfermedad sistémica leve	Fumadores sin EPOC; Obesidad leve; Presión arterial alta controlada con medicación; trastornos del tiroides; diabetes tipo II controlada; los dos primeros meses del embarazo; paciente asmático que usa esporádicamente el inhalador; trastorno convulsivo bajo tratamiento; angina de pecho estable; pacientes ansiosos con antecedentes de síncope vasovagal en el consultorio dental; IAM hace >6 meses y sin síntomas; pacientes >65 años.
ASA III	Paciente con enfermedad sistémica severa que limita su actividad	Diabetes tipo I controlada; Obesidad mórbida; angina de pecho con síntomas tras ejercicio; Presión sanguínea de 160 a 194/95 a 99; último trimestre del embarazo; paciente sometido a quimioterapia; EPOC; insuficiencia cardíaca; hemofílico; frecuentes ataques asmáticos; IAM > 6 meses pero que aún tienen síntomas (como angina de pecho o dificultad para respirar). Deben requerir interconsulta médica.
ASA IV	Paciente con enfermedad sistémica grave, que su pone una amenaza constante para su vida.	Diabetes no controlada; paciente con dolores en el pecho o dificultad para respirar mientras está sentado o sin realizar actividad; incapaz de subir un tramo de escaleras; paciente que se despierta durante la noche con dolores en el pecho o dificultad para respirar; angina de pecho que empeora aún con medicamentos; pacientes que requieren oxígeno; IAM o derrame cerebral en los últimos 6 meses; presión arterial > 200/100
ASA V	Paciente moribundo del que no se espera que sobreviva sin una operación	
ASA VI	Paciente con muerte cerebral declarada, cuyos órganos están siendo eliminados para <b>donaciones</b> .	

## Anexo 6: Clasificación de la American Academy of Periodontology de las enfermedades y lesiones periodontales(Workshop for the Classification of Periodontal Diseases 1999)

1. **Enfermedades gingivales:**
  - Enfermedades gingivales inducidas por placa.
  - Enfermedades gingivales no inducidas por placa.
2. **Periodontitis Crónica:**
  - Localizada.
  - Generalizada.
3. **Periodontitis agresiva:**
  - Localizada.
  - Generalizada.
4. **Enfermedades periodontales necrosantes:**
  - Gingivitis ulcerativa necrosante (GUN).
  - Periodontitis Ulcerativa necrosante (PUN).
5. **Abscesos del periodoncio:**
  - Absceso gingival.
  - Absceso periodontal.
  - Absceso pericoronario
6. **Periodontitis relacionada con lesiones endodónticas.**
  - Lesión endodóntica-periodontal.
  - Lesión periodontal-endodóntica.
  - Lesión combinada.
7. **Malformaciones y lesiones congénitas o adquiridas:**
  - Factores localizados relacionados con un diente que predisponen a enfermedades gingivales inducidas por placa o periodontitis.
  - Deformidades mucogingivales y lesiones en torno a dientes.
  - Deformidades mucogingivales y lesiones en rebordes desdentados.
  - Trauma oclusal.

## Anexo 7. Clasificación de las recesiones gingivales de Miller<sup>18</sup>

TIPO I	Recesión que no sobrepasa la línea mucogingival. No hay pérdida de hueso ni de tejido blando interdental.
TIPO II	Recesión que llega hasta la línea mucogingival o la excede. No hay pérdida de hueso ni de tejido blando interdental.
TIPO III	Recesión que llega hasta la línea mucogingival o que la sobrepasa. La pérdida de hueso o de tejido blando interdental es apical respecto a la unión amelocementaria, pero coronal respecto a la extensión apical de la recesión.
TIPO IV	Recesión que sobrepasa la línea mucogingival. La pérdida de hueso interproximal se localiza apical a la recesión

## Anexo 8: la clasificación para la altura de las papilas. Nordland y Tarnow (1998)<sup>18</sup>

Sistema de clasificación referido a la altura de las papilas adyacentes a dientes naturales basado en tres puntos anatómicos: el punto de contacto interdental, la extensión apical por vestibular de la conexión cementoadamantina (CCA) y la extensión coronaria de la CCA por proximal.

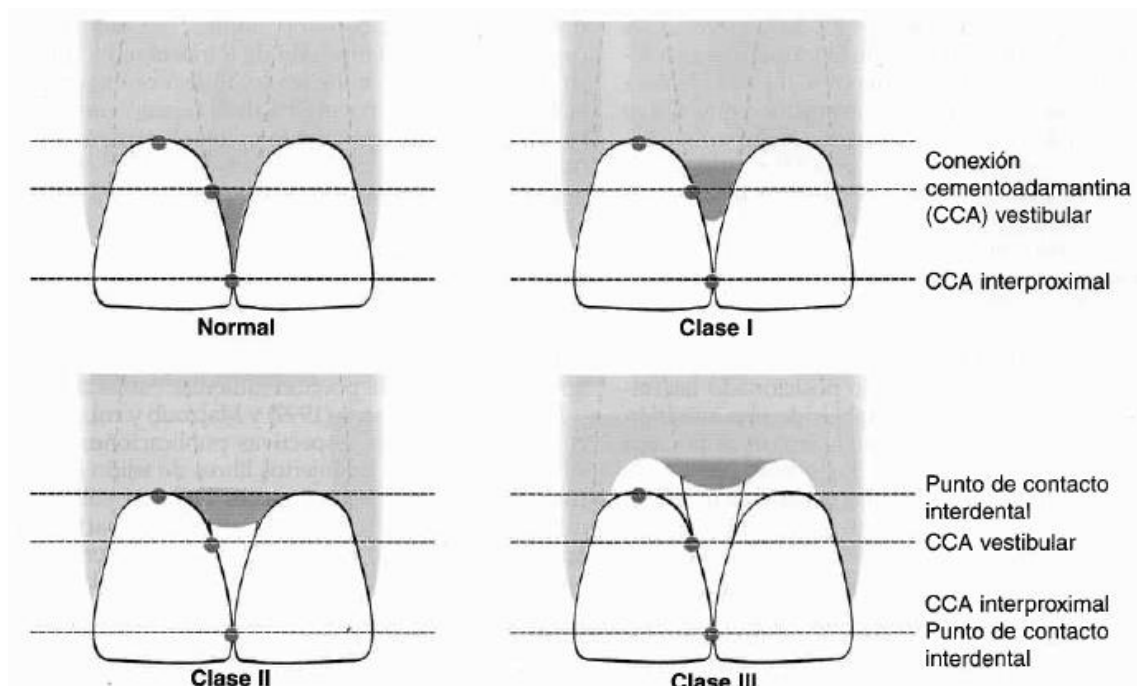
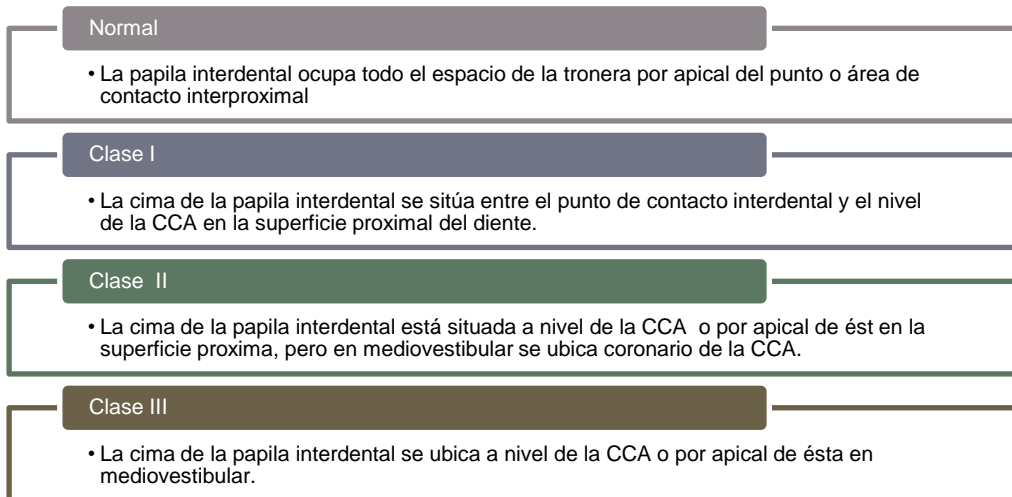


Ilustración sobre la clasificación para la altura de papilas. Lindhe J. Periodontología clínica e Implantología odontológica. 5ªed.<sup>18</sup>



Anexo 9: Clasificación de los defectos del reborde alveolar de Seibert  
(1883)<sup>18</sup>

› Clase I

- Pérdida de dimensión vestibulolingual, conservando la altura apicocoronaria normal.

› Clase II

- Pérdida de altura apicocoronaria, pero con dimensión vestibulolingual normal.

› Clase III

- Combinación de pérdida de altura y de espesor de la cresta.

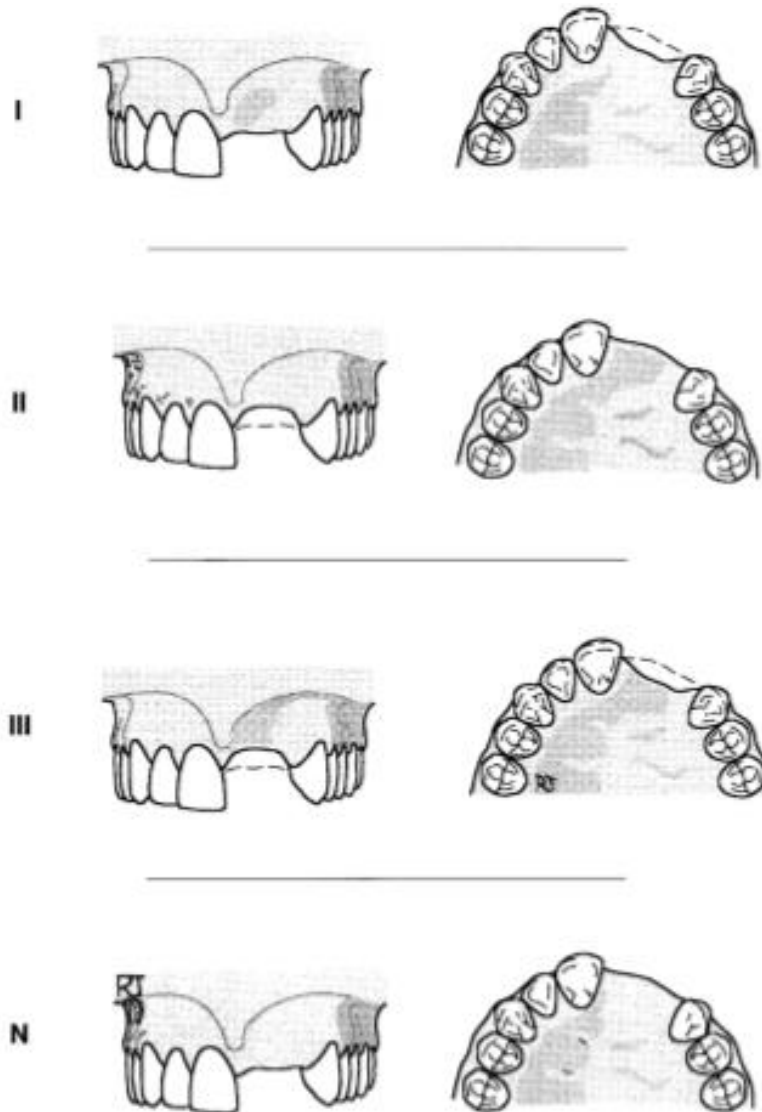


Ilustración sobre la Clasificación de Seibert. Shillingburg HT, et al. Fundamentos esenciales en prótesis fija. 3ª ed. Barcelona: Quintessence; 2000.

## Anexo 10. Clasificación de las lesiones de furca<sup>19</sup>

<b>CLASIFICACIONES DE LAS LESIONES DE FURCA</b>	
Glickman (1953)	Grado I. Bolsa en la entrada de la furca pero, hueso furcal intacto. Grado II. Pérdida de hueso interradicular sin extension al lado opuesto. Grado III. Pérdida ósea de lado a lado. Grado IV. Pérdida ósea de lado a lado sin tejidos blando interpuestos.
Goldman (1958)	Grado I. Incipiente. Grado II. <i>Cul-de-sac</i> (fondo de saco) Grado III. De lado a lado.
Hamp y cols. (1975)	Grado I. Pérdida de soporte periodontal Horizontal menor a 3 mm. Grado II. Pérdida de soporte horizontal > a 3 mm pero sin traspasar. Grado III. Pérdida horizontal de lado a lado.
Ramfjord & Ash (1979)	Clase I. Inicial. Destruction <2 mm (<1/3 de la anchura) Clase II. <i>Cul-de-sac</i> . >2mm (>1/3 de la anchura) sin traspasar Clase III. De lado a lado.
Tarnow & Fletcher (1984)	Subclasificación basada el grado de pérdida vertical Subclase A. 0-3 mm Subclase B. 4-6 mm Subclase C. >7 mm
Eskow and Kapin (1984)	Mismas subclases que Tarnow & Fletcher (1984), por tercios
Fedi (1985)	Combina la clasificación de Glickman y Hamp igual del I al IV pero subdivide. El grado II en 1 (<3 mm) y 2 (>3 mm)
Ricchetti (1982)	Clase I. 1 mm de pérdida de soporte. Clase Ia. 1-2 mm de pérdida horizontal. Clase II. 2-4 mm de pérdida horizontal. Clase IIa. 4-6 mm de pérdida horizontal. Clase III. 6 mm de pérdida horizontal.

Tabla de Fabrizi et al. Tratamiento Periodontal Regenerativo en dientes con afectación furcal. Av Periodon Implantol. 2010; 22, 3: 147-56<sup>19</sup>

## Anexo 11: Clasificación de rebordes edéntulos de Kennedy

**Clase I:** Presenta dos zonas posteriores a los extremos libres con permanencia del grupo anterior. Forma parte de las dentomucosoportadas. Según el número de espacios desdentados existentes entre los dientes remanentes se subdivide en clase I modificación I, II, III o IV.

**Clase II:** Presenta una sola zona desdentada posterior unilateral, con ausencia total o parcial de premolares y molares. También presenta las cuatro variantes de modificación mencionadas en la anterior. Es una prótesis dentomucosoportada.

**Clase III:** Presenta espacios desdentados laterales limitados a nivel mesial y a nivel distal por dientes, es decir, se apoya totalmente sobre dientes y, por lo tanto, es dentosoportada. Presenta cuatro tipos de modificaciones según el número de espacios desdentados que haya en la zona dentada.

**Clase IV:** La zona desdentada está situada en la parte anterior de la boca. Pueden faltar los cuatro incisivos o los seis dientes anteriores, o un mayor número de ellos. La guía incisal prácticamente no es activa; por lo tanto, la mejor solución será transformarla en una prótesis dentosoportada o totalmente fija mediante implantes osteointegrados.

**Clase V\*:** Ésta solo posee un par de molares en un solo lado de la boca y el resto está totalmente desdentado. La solución será una prótesis mucosoportada y se le planteará la extracción de ambos molares para transformarla en una prótesis completa.

**Clase VI\*:** Sólo existen los dos incisivos centrales. En este caso, también plantearemos las exodoncias para proceder a rehabilitar mediante una prótesis completa.

\*Las clases V y VI, fueron añadidas por el Dr, Applegate en 1960.

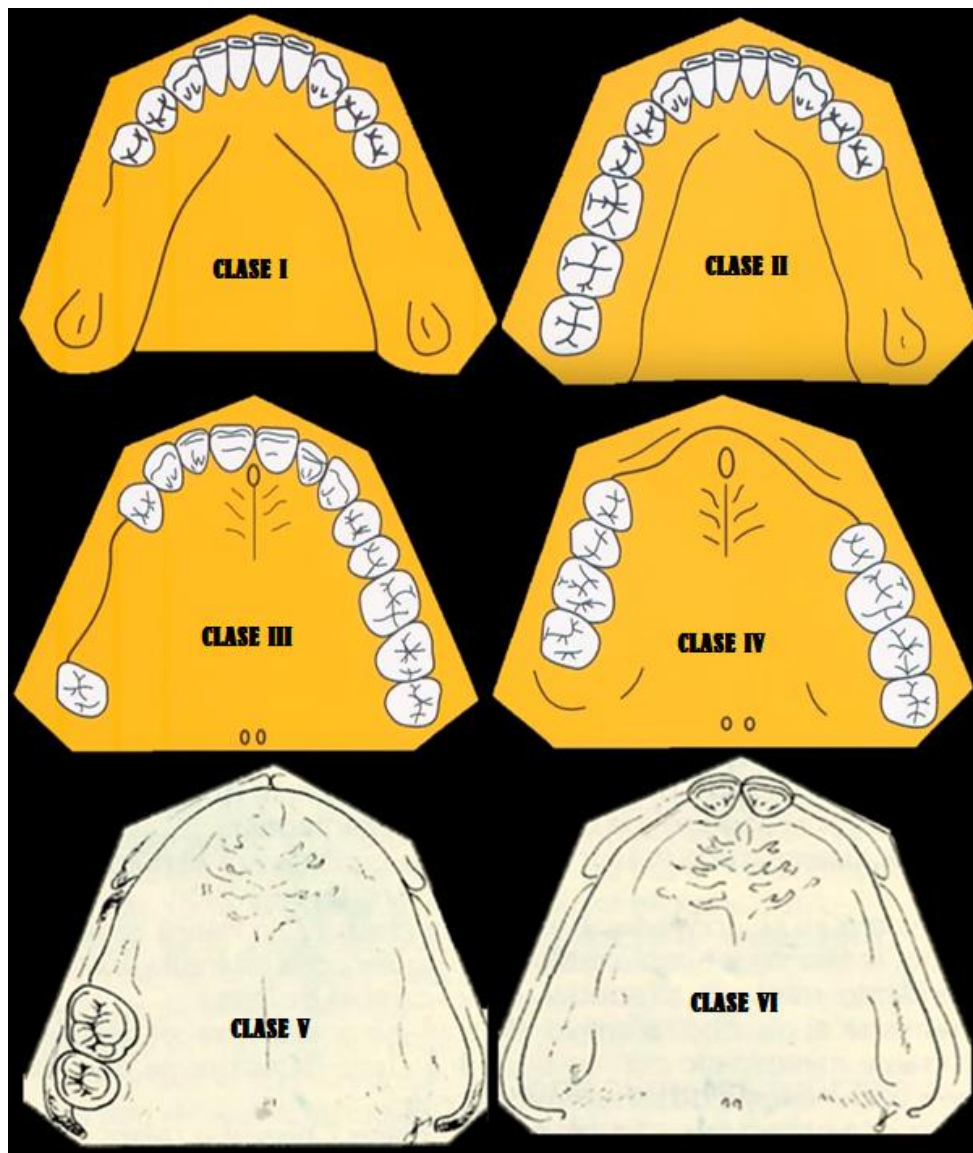


Ilustración sobre la clasificación de Kennedy. Loza D. Diseño de prótesis parcial removible; clínica y laboratorio. 1ªed. Madrid: Rimpano S.A.; 2006.



## Anexo 12: Reglas de Applegate<sup>19</sup>

**Regla I:** Toda clasificación se confeccionará después de efectuar las extracciones.

**Regla II:** Si un tercer molar está ausente y por lo tanto no se reemplaza, no debe ser considerado en la clasificación.

**Regla III:** Si un tercer molar está presente y vamos a utilizarlo como pilar, debe considerársele en el momento de clasificar el caso.

**Regla IV:** Si un segundo molar está ausente y no va a ser reemplazado por falta del antagonista no se le considerará en la clasificación.

**Regla V:** El área o áreas desdentadas posteriores serán las que determinarán la clasificación.

**Regla VI:** Las zonas desdentadas distintas de las que determinan la clasificación del caso recibirán el nombre de zonas de modificación y serán designadas por su número. (Por ejemplo: Modificación 2, dos zonas desdentadas).

**Regla VII:** Solo se considerará el número de zonas desdentadas, no su extensión.

**Regla VIII:** En la clase IV no habrá zonas de modificación. Cualquier zona edéntula posterior llevará consigo el cambio de clase.

## Anexo 13: Presentaciones clínicas de la Leucoplasia oral<sup>9, 15,22</sup>

LO homogénea	LO no homogénea (nodulares/exofíticas)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Predominantemente blanca y plana, que puede presentar como grietas o hendiduras poco profundas.</li><li>• Superficie fina, con depresiones y resaltes.</li><li>• No indurada.</li><li>• Normalmente asintomáticas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Predominantemente blanca o roja (eritroleucoplasia).</li><li>• Superficie irregular, nodular o exofítica.</li><li>• Pueden cursar con escozor y ardor.</li></ul>

## Anexo 14: Presentaciones clínicas del Liquen plano Oral<sup>9, 15, 16</sup>

LPO reticular	LPO atrófico-erosivo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más frecuente.</li> <li>• Lesión blanca, lineal en forma estrellada, de retícula, rama o anular ligeramente sobreelevada, palpable (estrías de Wickham).</li> <li>• No se desprende al raspado.</li> <li>• Preferentemente en la mucosa yugal, de forma bilateral y simétrica.</li> <li>• Asintomático.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enrojecimiento generalizado y difuso con exposición de los vasos sanguíneos.</li> <li>• No se desprende al raspado.</li> <li>• Localización más frecuente: lengua.</li> <li>• También se puede dar en la encía (gingivitis descamativa crónica).</li> </ul>

## Anexo 15: Elementos de Riesgo para la enfermedad periodontal

Elementos de riesgo para la enfermedad periodontal			
Factores de riesgo	Determinantes de riesgo/ características básicas	Indicadores de riesgo	Marcadores/predictores de riesgo
Fumar tabaco	Factores genéticos	HIV/SIDA	Antecedentes de enfermedad
Diabetes	Edad	Osteoporosis	periodontal
Bacterias patógenas	Género	Visitas esporádicas al odontólogo	Sangrado al sondear
Depósitos dentarios microbianos	Clase social		
	Estrés		

Carranza NT. Periodontología Clínica de Carranza. 11ªed.

## Anexo 16: Clasificación de Cabello y Col. sobre el pronóstico individualizado (2005)

BUENO	CUESTIONABLE	NO MANTENIBLE
<p>Todos aquellos dientes que no se encuadran dentro de las dos siguientes clasificaciones.</p>	<p><b>a) Por criterios periodontales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Furca grado II o III.</li> <li>- Defectos angulares profundos.</li> <li>- Defectos horizontales de más de 2/3 de la longitud de la raíz.</li> </ul> <p><b>b) Por criterios endodóncicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infraobtención del canal tras endodoncia.</li> <li>- Patología periapical.</li> <li>- Postes o pernos de gran tamaño (cuando se requiere retratamiento endodóncico).</li> </ul> <p><b>c) Por criterios dentales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- caries radicular profunda o en la zona de la furcación.</li> </ul>	<p><b>a) Por criterios periodontales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abscesos de repetición.</li> <li>- Lesiones endo-periodontales complejas.</li> <li>- Pérdida de inserción hasta el ápice.</li> </ul> <p><b>b) Por criterios endodóncicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perforaciones del canal radicular en el tercio medio.</li> </ul> <p><b>c) Por criterios dentales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fracturas horizontales complejas o fracturas verticales.</li> <li>- Caries en canal radicular.</li> <li>- Preferentes de exodoncia: 3<sup>os</sup> y 2<sup>os</sup> molares no funcionales (sin antagonista), con profundidad de sondaje &gt;6 mm en distal del molar que le precede.</li> </ul>

## Anexo 17: Tratamiento del LPO Y LO.

En el caso de que el estudio anatomopatológico confirmen el diagnóstico de LO y LPO, el tratamiento sería el siguiente:

### A) Tratamiento de la Leucoplasia oral:

1. **Modificación de los hábitos de la paciente:** En este caso, actuaríamos sobre el factor desencadenante primordial, que es el tabaco. La mayoría de las leucoplasia, aunque lentamente, remiten con el cese del hábito tabáquico.



2. **Tratamiento médico:** Si en el tejido biopsiado se detecta Cándida, se pauta fluconazol u otro derivado azólico durante dos semanas.

i. **Tratamiento tópico:** *Alternativas:*

- Ácido retinóico en orabase al 0.1%, 3-4 veces al día.
- Sulfato de bleomicina al 1% en dimetilsulfóxido, 1 vez al día durante 2 semanas.

ii. **Tratamiento sistémico:** *Alternativas:*

- Vitamina A: Para que sea eficaz, es necesario aplicarla en una dosis muy elevada (100.000-300.000 U/día), con lo que se manifestarían efectos secundarios. En ocasiones se asocia a vitamina E.
- Derivados de la vitamina A:
  - Ácido cis-retinoico: La dosis inicial del tratamiento es de 0.2 mg/kg/día durante 3 meses, que se incrementa otros 0.2 mg/kg/día en 3 ciclos sucesivos.
  - Etretinato: 1-1.5 mg/kg/día en 3 tomas, durante 3-4 meses.
  - Fenretinida: Como quimioprevención asociada al tratamiento quirúrgico. A dosis de 200 mg/4 veces al día.
  - Vitamina E: A dosis de 800 U/día.

3. **Otros tratamientos:**

- i. Escisión quirúrgica con o sin injerto.
- ii. Criocirugía.
- iii. Ablación con láser de CO<sub>2</sub>.
- iv. Terapia fotodinámica.

La **actitud terapéutica** a seguir se divide en dos grupos:

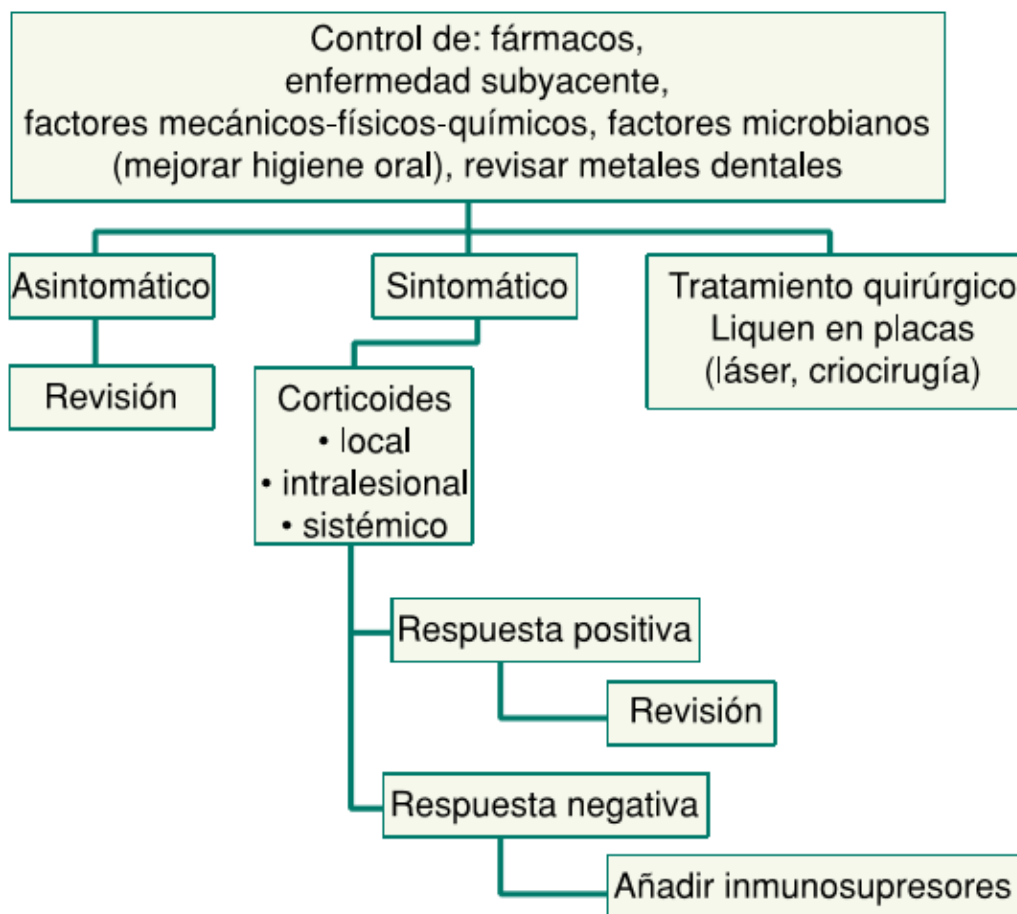
1. **Grupo de bajo riesgo de malignización: leucoplasias con ausencia de displasia, o displasia leve y localizadas en zonas de bajo riesgo, y leucoplasias con espesor menor a 200 mm o aquellas que se presentan clínicamente como leucoplasias no homogéneas:**

- i. Control periódico del paciente que no superen los 12 meses.
- ii. Tratamiento de la lesión con retinoides tópicos u orales.
- iii. Tratamiento mediante técnicas ablativas no quirúrgicas: crioterapia o láser.

2. **Grupo de alto riesgo: leucoplasias con displasia leve localizadas en zona de alto riesgo o más de 200 mm de espesor o asociadas a una forma clínica heterogénea, o leucoplasias con displasias moderadas/graves o verrugosas:**

- i. Tratamiento agresivo quirúrgico consistente en la decorticación de todo el espesor de la mucosa en la que esté presente la leucoplasia.
- ii. Se realizará un examen histológico de la lesión en busca de áreas con transformación neoplásica.
- iii. En caso de hallarlas: escisión radical de la zona de la lesión y asociar una terapia complementaria (radio o quimioterapia).

## B) Tratamiento del liquen plano oral. <sup>26</sup>



Bermejo-Fenol A. Liquen plano oral. Naturaleza, aspectos clínicos y tratamiento <sup>26</sup>

a) **Corticoides tópicos:** De menor a mayor efecto antiinflamatorio

- Acetónido de triamcinolona al 0,1-0,3 %
- Acetónido de triamcinolona al 0,05%-0,1%
- Acetónido de triamcinolona al 0.025-0,05%

Como predisponen a candidiasis, se suele prescribir antimicóticos tópicos como tratamiento preventivo.

b) **Corticoides sistémicos:**

- Indicados en:
  - o Si existen lesiones en otras localizaciones mucosas (genitales, esófago).
  - o Si la vía tópica no ha sido efectiva.
  - o Si no existen contradicciones para su uso.
- Prednisona a dosis de 1-1,5 mg/kg de peso diariamente en dosis única a primera hora de la mañana. Se utiliza esta dosis durante 2-3 semanas y después con igual dosis a días alternos o disminuyendo paulatinamente.

**c) Inmunosupresores:**

- Hidroxicloroquina, azatioprina, micofenolato, dapsona o retinoides.

**Anexo 18: Clasificación de la hipertensión según la SEH.**

Categoría	PAS mmHg	PAD mmHg
Ópima	< 120	<80
Normal	<130	<85
Alta	130-139	85-89
HIPERTENSIÓN		
Estadío 1	140-159	90-99
Estadío 2	160-179	100-109
Estadío 3	180-209	110-119

**Anexo 19: Secuencia del plan de tratamiento seleccionado**

**1. Raspado y Alisado Radicular (RAR)**

El RAR, se llevó a cabo en dos sesiones; en la primera se realizó la arcada inferior, y en la segunda la superior. En ambas, se siguió el siguiente procedimiento:

Para comenzar, se hizo uso del ultrasonidos para eliminar el cálculo grueso y las manchas y tras ello comenzamos el RAR empleando las curetas Gracey®: 1-2 para los dientes anteriores; 5-6 para incisivos, caninos y premolares; 7-8 para caras vestibulares y linguales de molares y premolares; 11-12 para caras mesiales de molares y la 13-14 para caras distales.

Sostenemos la cureta con forma de lapicero modificado, establecemos un apoyo digital estable, y seleccionamos la parte activa correcta. Para el raspado, se realizaron

movimientos potentes, cortos, controlados y formando un ángulo con el borde de 70-80°, mientras que para el alisado, los movimientos fueron más largos y empleamos también fresas Perio Ser® para complementarlo. Antes de finalizar, repasamos con la sonda la superficie dental asegurándonos que no queda cálculo.

## 2. Exodoncia de los dientes no mantenibles (1.1, 2.1 y 2.3)

Ponemos anestesia infiltrativa y anestesiemos también la fibromucosa palatina. Realizamos sindesmotomía con un periostótomo y procedemos a luxarlas con un botador recto. Una vez que están muy luxadas, se procede a su extracción con un fórceps de incisivos superiores. La prensión del diente, debe ser lo más apical posible, y con la zona de aplicación de las valvas al mismo nivel.

Realizamos movimientos vestibulo-palatinos y de rotación hasta que conseguimos su avulsión. Legramos el alveolo con una legra, nos aseguramos de que ni hay restos de raíz en el alveolo, hacemos compresión de las paredes, y realizamos hemostasia con una gasa. Para finalizar, se le dan a la paciente los consejos postoperatorios.

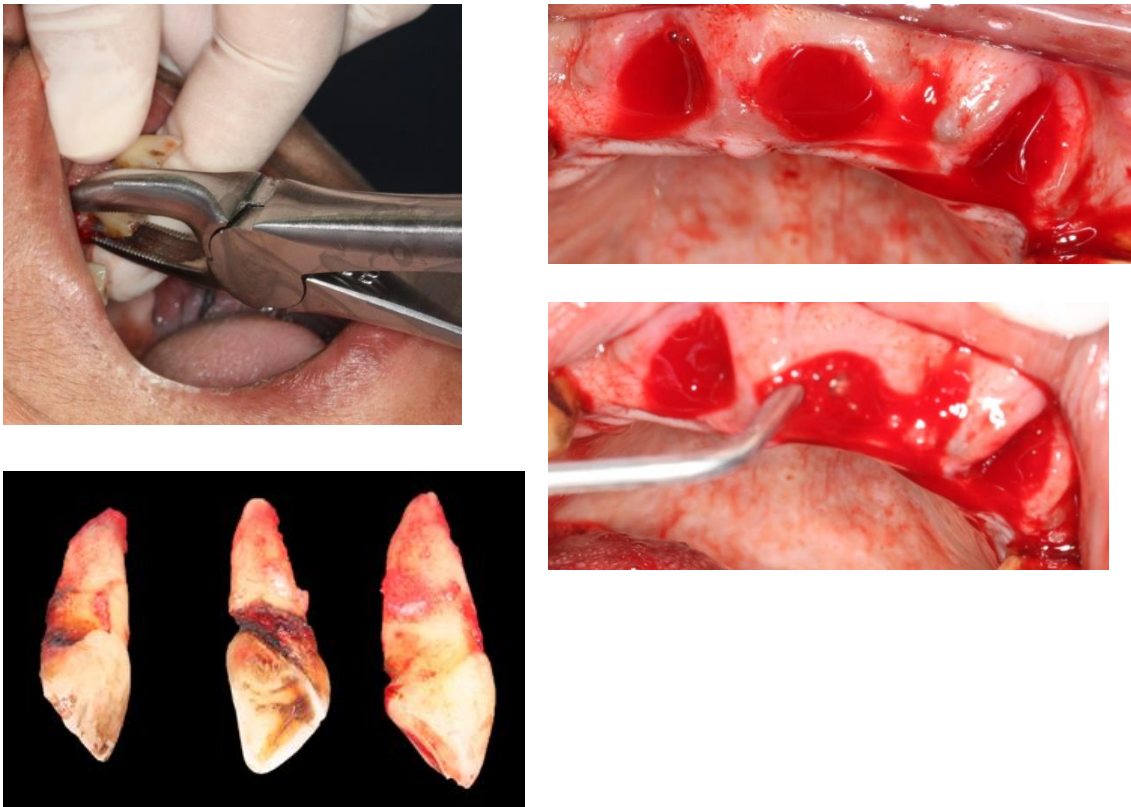
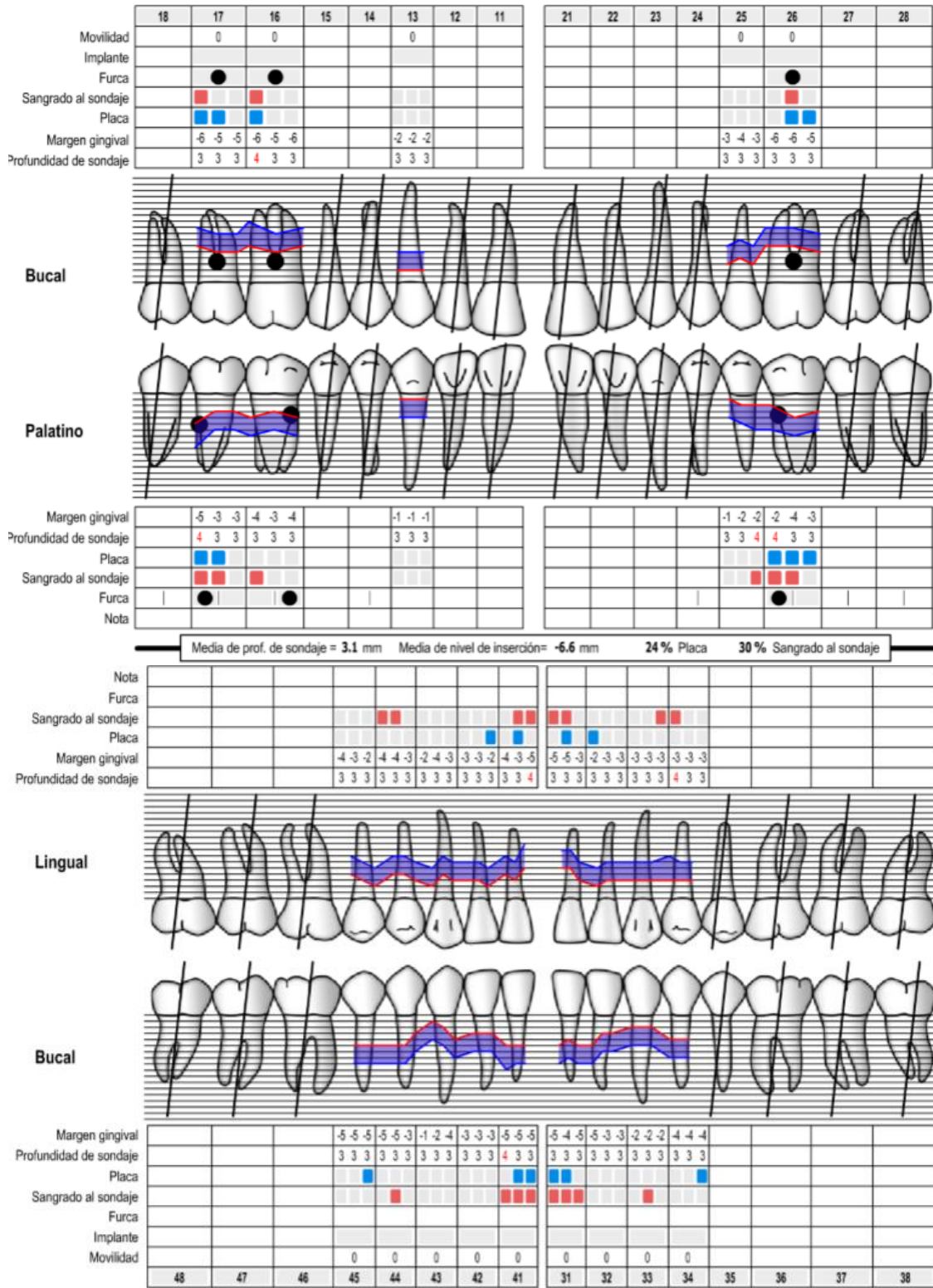


Fig.1: Fotografías de las exodoncias



### 3. Periodontograma de reevaluación



#### 4. Prótesis Parcial Acrílica. Fotos del procedimiento.



Fig. 2 Cubetas individuales.  
Funcionalización con godiva.



Fig. 3. Impresiones definitivas con Permlastic®



Fig. 4. Cálculo de la DVO



Fig. 5. Planchas base y rodetes



Fig.6 Arco facial. Montaje en articulador



Fig. 7. Modificación de la 1ª prueba de dientes



Fig.8. Prueba de dientes

## Anexo 20. Cálculo de la DVO. Posición en reposo:

La posición en reposo, es una posición en la que la mandíbula está suspendida por reciprocidad de los músculos masticatorios y los depresores. Es una posición de tono muscular.

Respecto a los cóndilos, al ser una posición de tono muscular, hace que se encuentren ligeramente delante en relación a su posición centrada.

Se considera a la mandíbula en posición postural fisiológica, cuando todos los músculos que la elevan y la descenden, se encuentran en estado de mínima contractura tónica, suficiente para mantener la postura.

Se hallan dos puntos paralelos con bolígrafo, uno en la mandíbula y otro en el maxilar. Cuando la paciente está en esta posición, medimos, y restamos 3 mm a esta medición para determinar la dimensión vertical oclusal

# ANEXOS CASO CLÍNICO 1189

---

## Anexo 21: Exploración extraoral



Fig. 1: Tercios Faciales

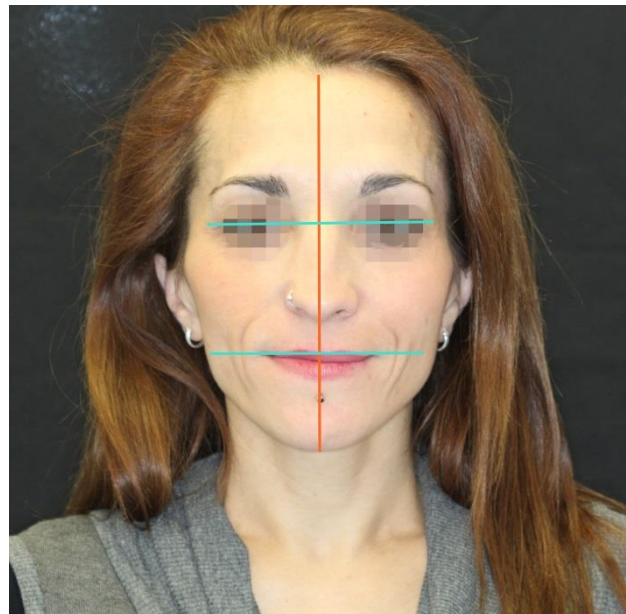


Fig. 2: Línea media y planos bipupilar y bicomisural





Fig. 3 Quintos



Fig. 4 Línea media y planos bipupilar y bicomisural



Fig. 5 Análisis del perfil



Fig. Análisis de la sonrisa



Fig. 7. Sonrisa espontánea: Línea de sonrisa y curva del labio inferior

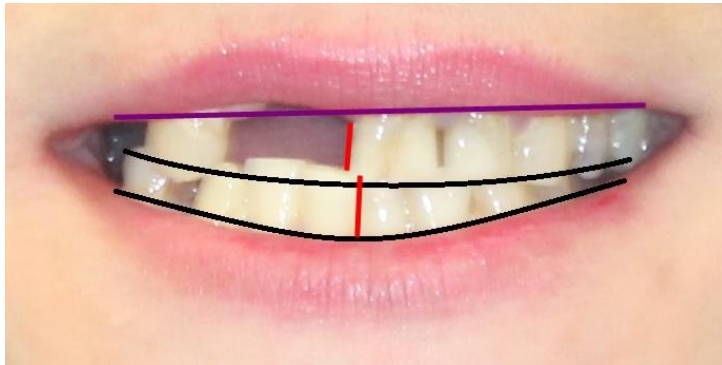
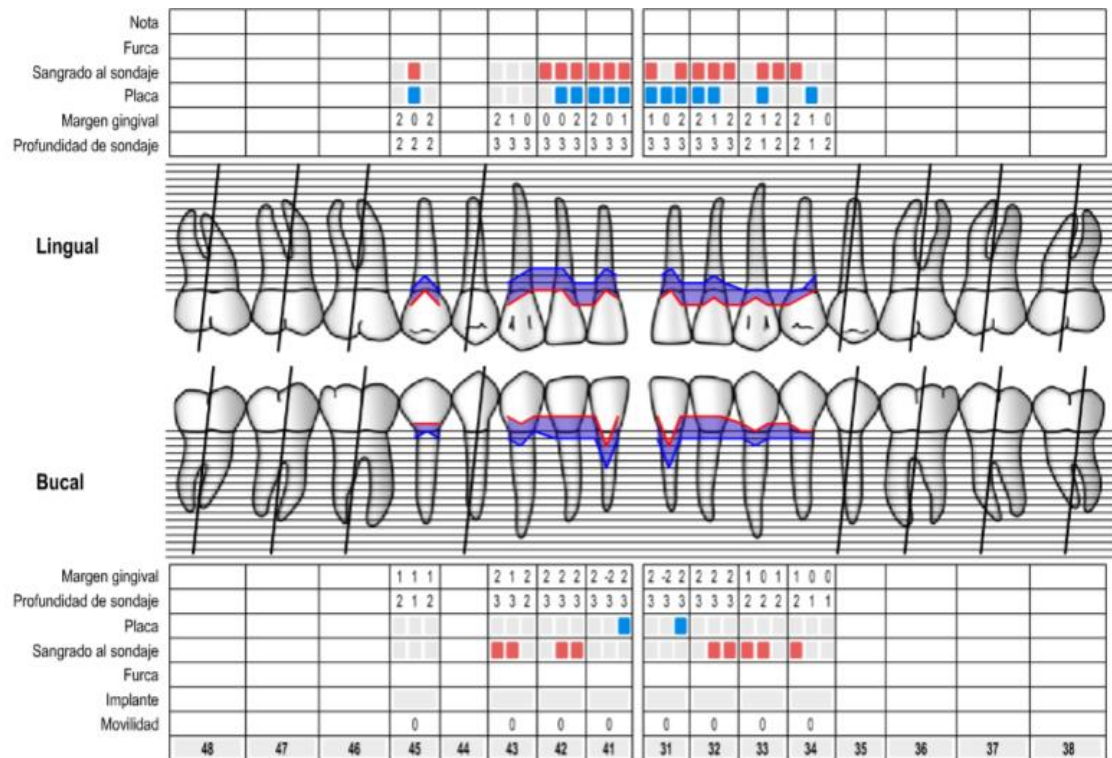
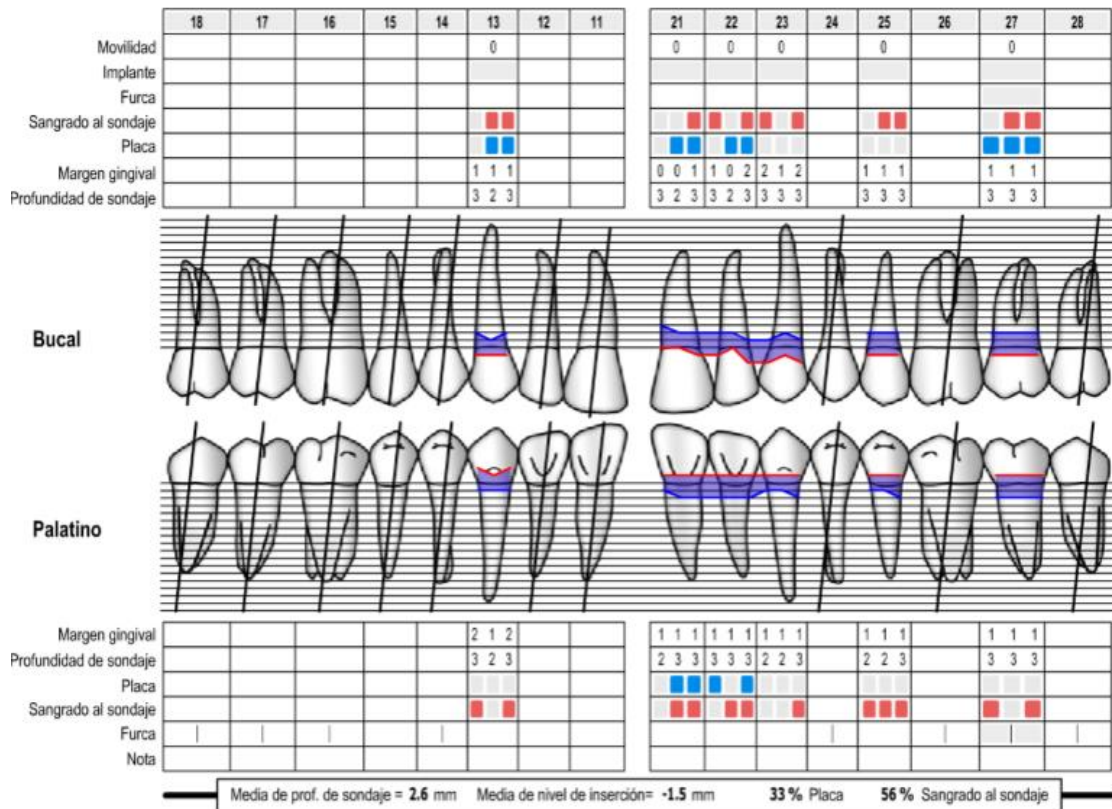


Fig. 8. Sonrisa posada: Línea de sonrisa. Línea interincisiva. Curva incisal y de labio inferior



## Anexo 22: Exploración intraoral.

### a) Exploración Periodontal



b) Exploración dental



Fig. 2. Fotos intraorales

c) Análisis oclusal

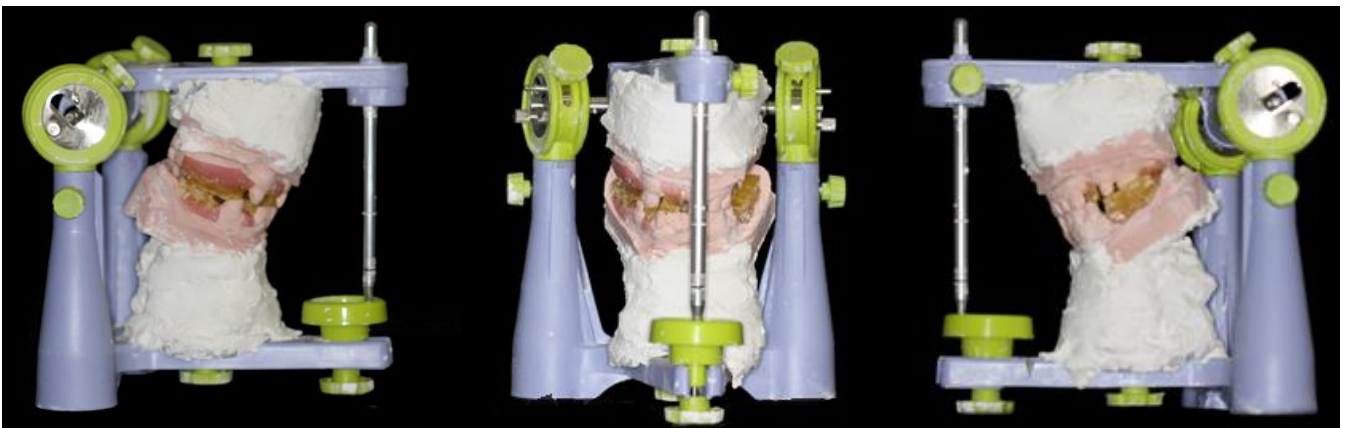


Fig. 3. Montaje de los modelos en el articulador

## Anexo 23: Pruebas complementarias

### a) Estudio radiográfico

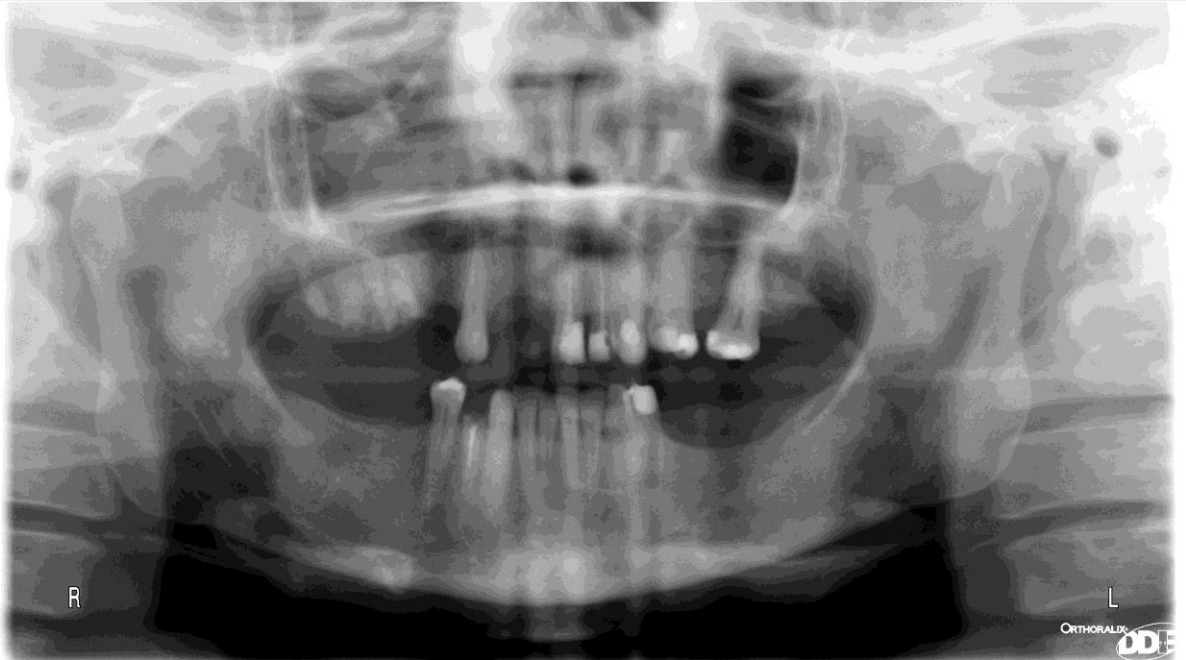


Fig. 1. OPG

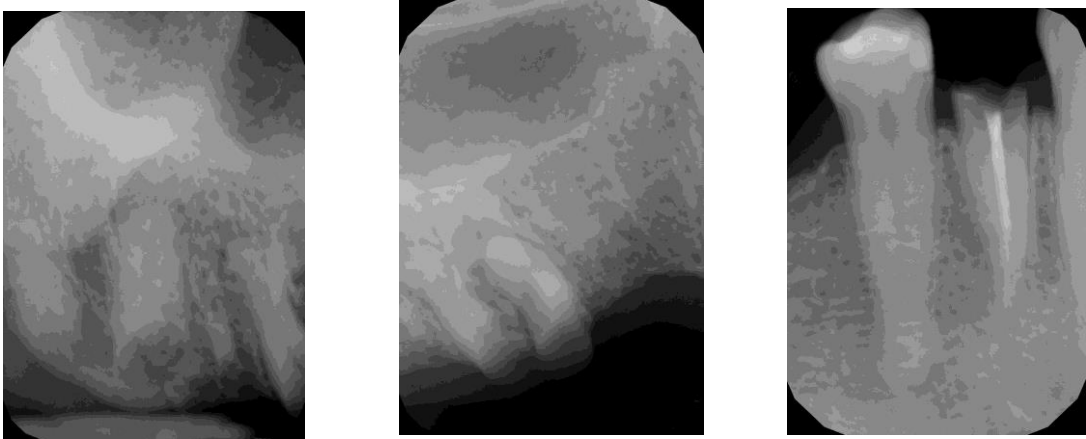


Fig. 2. Periapicales



b) Elaboración de los modelos diagnóstico

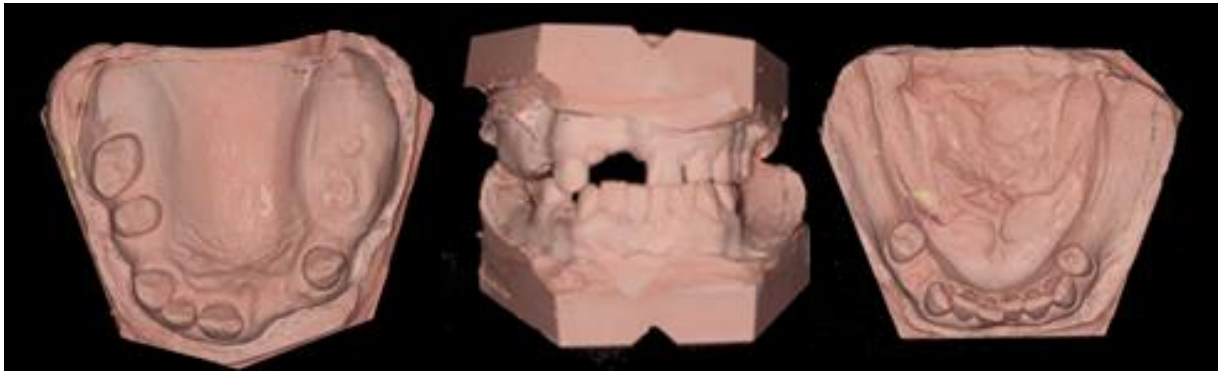












Fig. 3. Modelos diagnóstico

c) Fotografías



Fig. 4. Fotografías extraorales

## Anexo 24: Clasificación de Kurer sobre el estado de destrucción dentaria

Clase 1		} Longitud de la raíz			
Clase 2			Largo (> 10mm)	Medio (7-10mm)	Corto (7mm)
Clase 3			} Forma del conducto		
		Tipo A		Tipo B	Tipo C
Clase 4		<p>A⇒ En este caso el tratamiento sería remover el fragmento coronal y extraer la raíz.</p> <p>B⇒ Los tratamientos en este caso podrían ser unir los dos fragmentos con un perno o la exodoncia del diente.</p> <p>C⇒ El tratamiento en estos casos sería la apiceptomia</p>			
Clase 5		El diente presenta enfermedad periodontal y se conserva porque se considera esencial para el tratamiento. Antes de realizar el tratamiento se debe de estabilizar la salud periodontal.			

Kurer HG. The classification of single-rooted, pulpless teeth. Quintessence Int. Vol 22, No.12:939-943, 1991.<sup>28</sup>

## Anexo 25: Secuencia del plan de tratamiento seleccionado

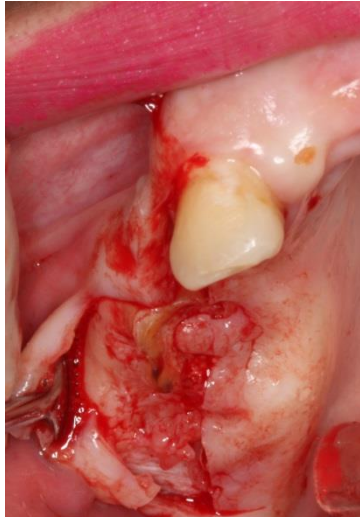


Fig. 1. Exodoncia de los RR 1.6, 1.7 y 1.8.

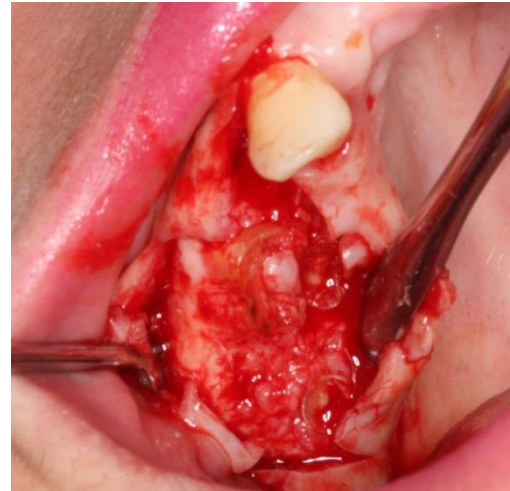


Fig. 2. Incisión

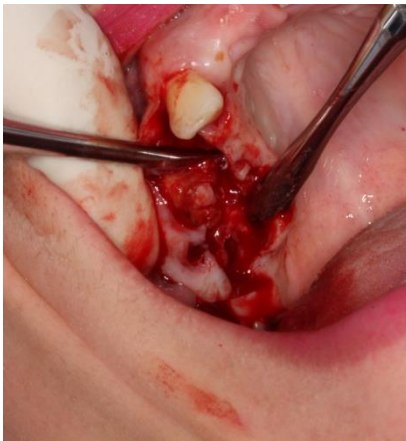




**Fig. 3. Despegamiento del colgajo vestibular**



**Fig. 4. Despegamiento del colgajo palatino**



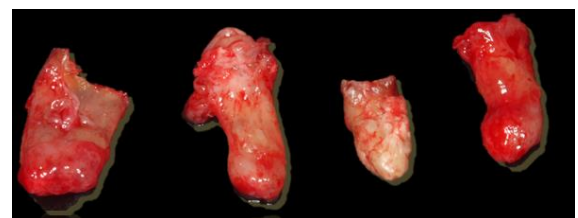
**Fig. 5. Exodoncia**



**Fig. 6. Legrado del alveolo**



**Fig. 7. Sutura**



**Fig.8. Restos Radiculares**

## Anexo 25: Criterios clínicos e histopatológicos del LPO

Criterios clínicos	Criterios histopatológicos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Presencia de lesiones bilaterales y mayormente simétricas.</li><li>• Presencia de estriado blanco retículo-papular.</li><li>• Lesiones erosivas, atróficas, ampollares y en placa (siempre en presencia de estrías blancas).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presencia de infiltrado inflamatorio yuxtaepitelial en banda compuesta principalmente por linfocitos.</li><li>• Signos de degeneración hidrópica del estrato basal.</li><li>• Ausencia de displasia epitelial.</li></ul>

**El término RL (reacción liquenoide) o lesión compatible con liquen plano oral, se utiliza bajo las siguientes condiciones:**

- Clínica compatible con LPO e histológicamente es un LPO.
- Clínicamente compatible con LPO e histológicamente también.