

## 6. ANEXOS

### Caso I: 2516

#### ANEXO 1: Análisis estético

##### 1.1. Vista frontal



Imagen 1. Fotografía extraoral frontal.

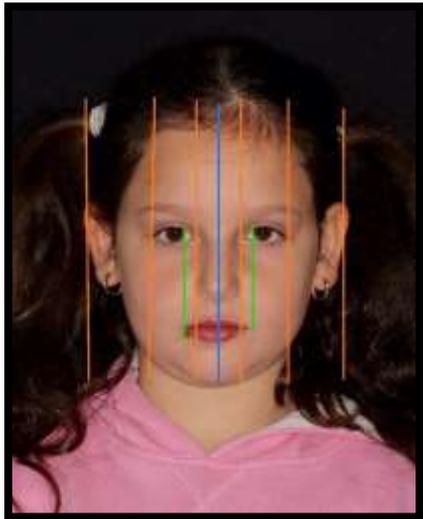


Imagen 2. Fotografía extraoral frontal, análisis en anchura con referencias verticales. (Línea media y quintos)

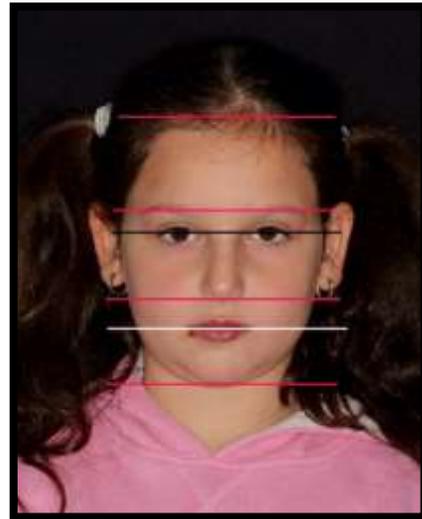


Imagen 2. Fotografía extraoral frontal, análisis en altura con referencias horizontales. (Línea bipupilar, intercomisural y tercios).

## 1.2. Análisis de perfil



Imagen 4. Fotografía extraoral de perfil.

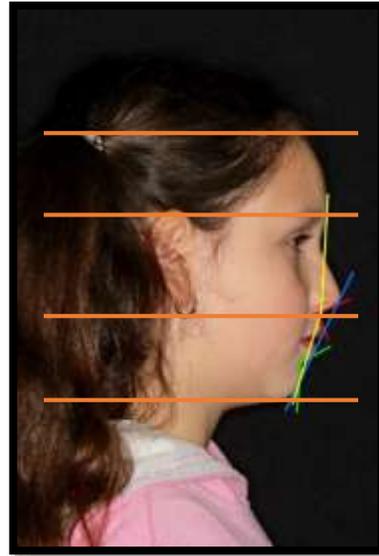


Imagen 5. Fotografía extraoral de perfil. Análisis de Plano estético de Rickets, ángulo nasolabial y mentolabial.

## ANEXO 2: Exploración intraoral



Imagen 1: Fotografía intraoral frontal de la paciente infantil en la primera visita.



Imagen 2: Fotografía intraoral oclusal inferior de la paciente infantil en la primera visita.



Imagen 3: Fotografía intraoral oclusal superior de la paciente infantil en la primera visita.



Imagen 4: Fotografía intraoral lateral derecha una vez comenzado el tratamiento planificado.



Imagen 4: Fotografía intraoral lateral izquierda una vez comenzado el tratamiento planificado.

### ANEXO 3: Odontograma

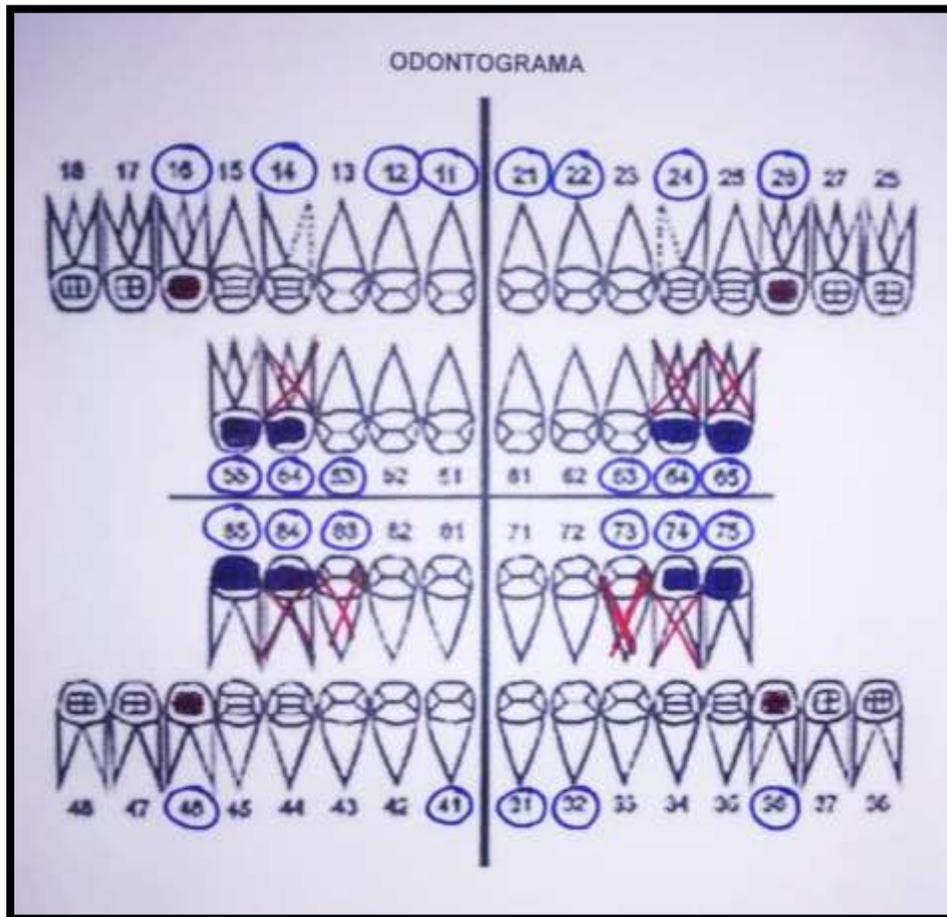


Imagen 1. Odontograma de la paciente en la primera visita.

## ANEXO 4: Radiografías

- **Otopantomografía**



Imagen 1: Ortopantomografía.

- **Aletas de mordida.**

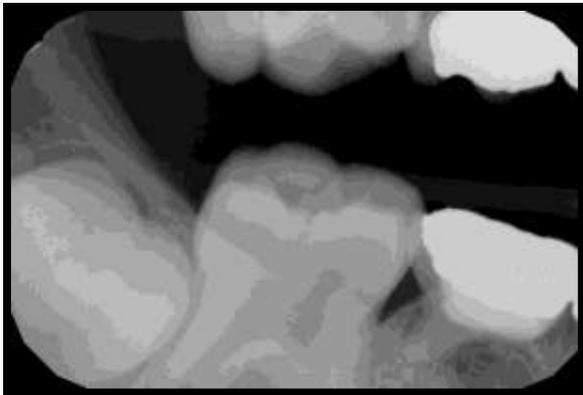


Imagen 2. Radiografía de aleta de mordida del lado izquierda.

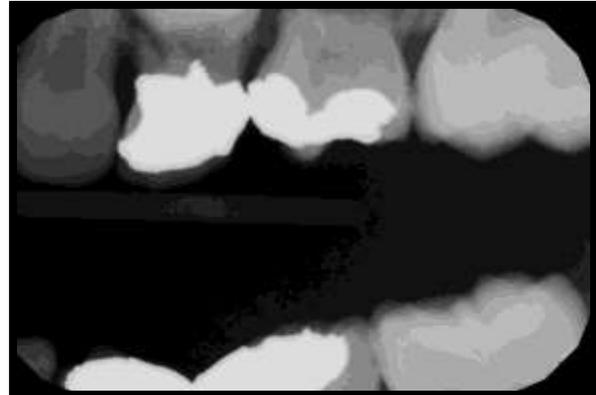


Imagen 3. Radiografía de aleta de mordida del lado derecho..

- Periapicales.



Imagen 4. Radiografía periapical de 54 y 64.



Imagen 5: Radiografía periapical de 54 y 55.

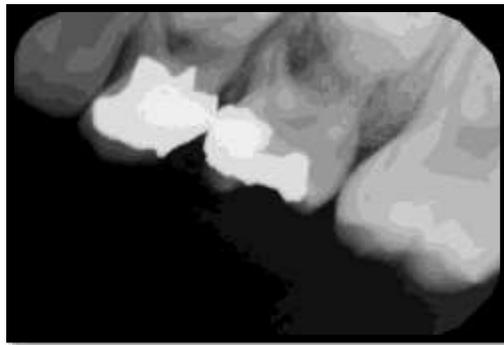


Imagen 5. Radiografía periapical de 54 y 64.



Imagen 7. Radiografía periapical de 84 y 85.

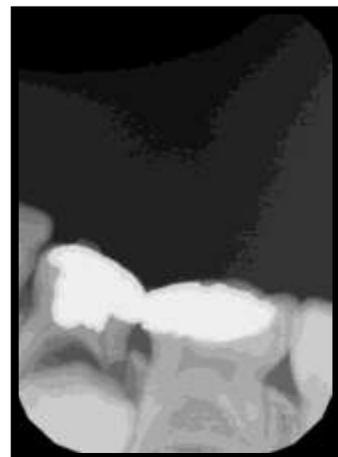


Imagen 8. Radiografía periapical de 74 y 75.

**ANEXO 5: Estadios de Nolla**

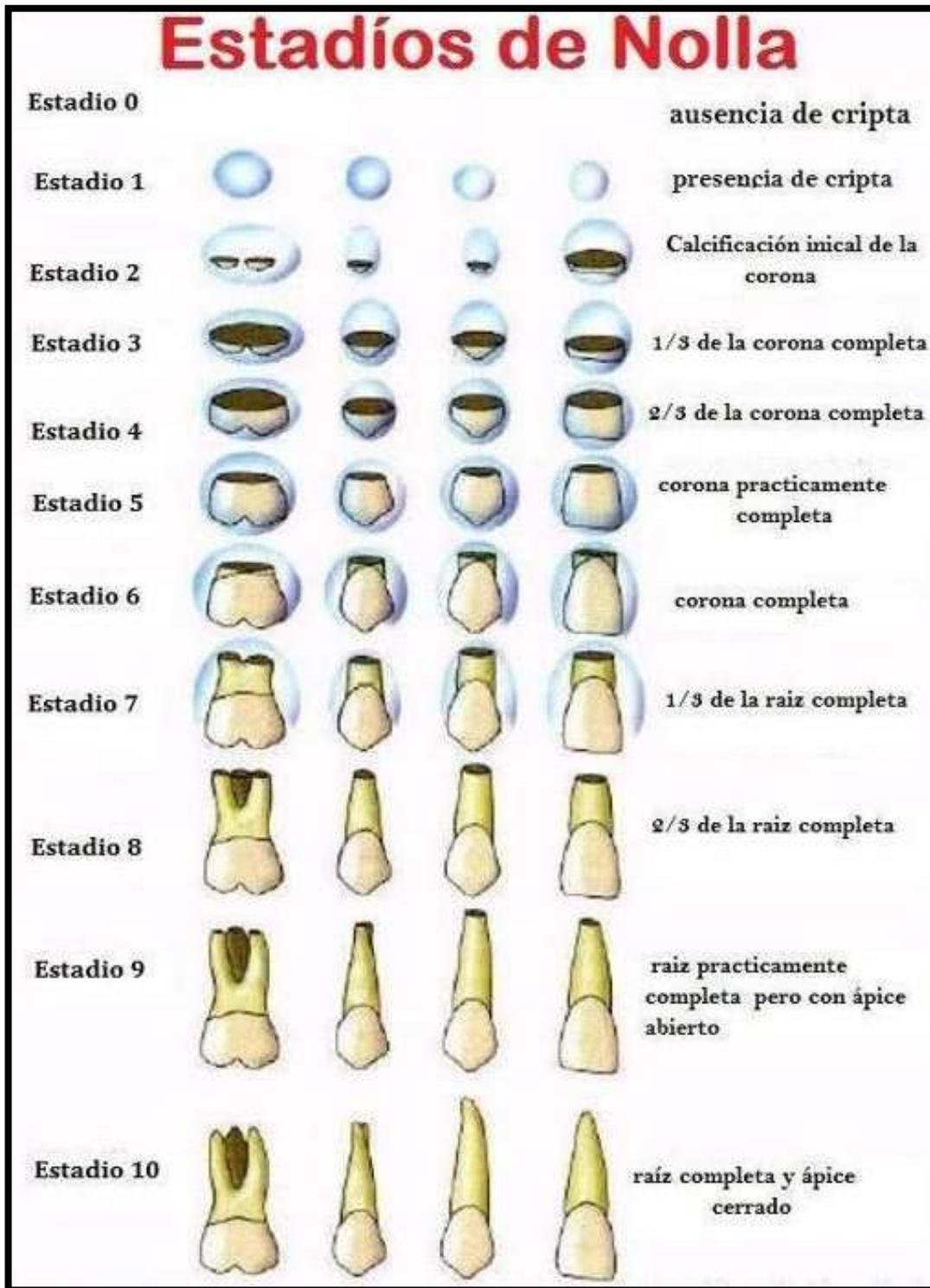


Imagen 1. Estadios de Nolla. Tomada de:  
[http://www.academia.edu/7934939/TABLA\\_DE\\_CLASIFICACION\\_DE\\_LA\\_DENTICION\\_PERMANENTE\\_DE\\_NOLLA](http://www.academia.edu/7934939/TABLA_DE_CLASIFICACION_DE_LA_DENTICION_PERMANENTE_DE_NOLLA)

Piezas 1er cuadrante	Estadio de Nolla	Piezas 2do cuadrante	Estadio de Nolla	Piezas 3er cuadrante	Estadio de Nolla	Piezas 4to cuadrante	Estadio de Nolla
11	8	21	8	31	9	41	9
12	7	22	7	32	8	42	8
13	5	23	5	33	7	43	7
14	6	24	6	34	6	44	6
15	6	25	6	35	6	45	6
16	9	26	9	36	9	46	9
17	5	27	5	37	5	47	5

Tabla 1. Table donde se describe los estadios de Nolla de la Paciente.

### ANEXO 6: Modelos de yeso



Imagen 1: Fotografía frontal del modelo de estudio de la paciente 2516.



Imagen 2: Fotografía lateral derecha del modelo de estudio de la paciente 2516



Imagen 3: Fotografía lateral izquierda del modelo de estudio de la paciente 2516.

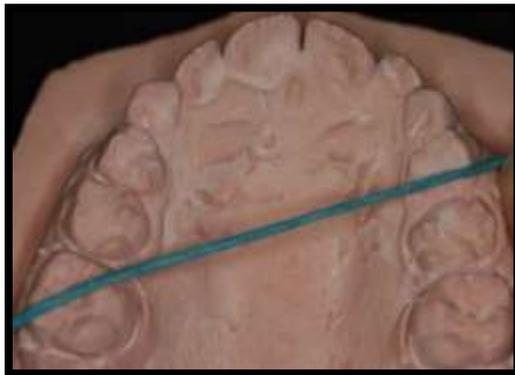


Imagen 4: Fotografía oclusal superior del modelo de estudio. Valoración de posición del 16.



Imagen 5: Fotografía oclusal superior del modelo de estudio. Valoración de posición del 26.



Imagen 6: Fotografía oclusal inferior del modelo de estudio. Modelo de estudio. Valoración de posición del 46.

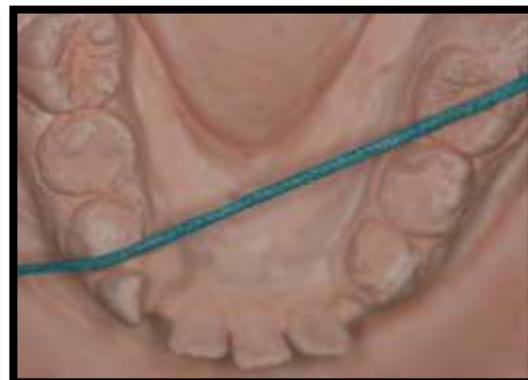


Imagen 6: Fotografía oclusal inferior del modelo de estudio. Modelo de estudio. Valoración de posición del 36.



## **ANEXO 7: Tabla de Moyers**

MAX SUP	SUM 4II	19.5 mm	20 mm	20.5 mm	21 mm	21.5 mm	22 mm	22.5 mm	23 mm	23.5 mm	24 mm	24.5 mm	25 mm
	ESP REQ	20.6 mm	20.9 mm	21.2 mm	21.5 mm	21.8 mm	22 mm	22.3 mm	22.6 mm	22.9 mm	23.1 mm	23.4 mm	23.7 mm
MAX INF	SUM 4II	19.5 mm	20 mm	20.5 mm	21 mm	21.5 mm	22 mm	22.5 mm	23 mm	23.5 mm	24 mm	24.5 mm	25 mm
	ESP REQ	20.1 mm	20.4 mm	20.7 mm	21 mm	21.3 mm	21.6 mm	21.6 mm	22.2 mm	22.5 mm	22.8 mm	23.1 mm	23.4 mm

Tabla 1: Tabla de Moyers para el cálculo de la DOD. Tomada de: <http://es.calameo.com/read/0001413101a431ed15860>

## **ANEXO 8: Clasificación ASA**

Clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiology.	
<b>ASA I</b>	Normal. Paciente saludable.
<b>ASA II</b>	Enfermedad sistémica leve. Limitación no funcional.
<b>ASA III</b>	Enfermedad sistémica severa. Limitación funcional definida.
<b>ASA IV</b>	Enfermedad sistémica severa que amenaza constantemente a la vida.
<b>ASA V</b>	Paciente moribundo con pocas probabilidades de sobrevivir en 24 horas con o sin cirugía.

Tabla 1

## **ANEXO 9: Instrucciones de higiene oral**



*Imagen 1: Fotografía durante la cita de higiene oral y técnica de cepillado.*

### **El cepillo debe:**

- Tener un tamaño apropiado para la dentición.
- Ser de nylon, blando y de puntas redondeadas.
- Estar en buenas condiciones de uso.

### **Cepillado:**

- Comenzar siempre por la misma arcada y por el mismo lado.
- Limpiar todas las superficies vestibulares de una arcada y después todas las linguales.
- Terminar con la superficie oclusales.
- Cepillar la lengua.
- Utilizar la seda dental.
- Enjuagar y eliminar restos.

**ANEXO 10: Técnicas de anestesia.**

## Técnicas de anestesia.



Anestesia infiltrativa: Se inserta la aguja en el pliegue mucovestibular con una profundidad cercana a los ápices vestibulares del diente a anestesiar y con una angulación de 45°, orientando el bisel de la aguja hacia el hueso y desplazando el labio superior hacia la aguja y no al revés.



Anestesia troncular: Se inserta la aguja por el reborde oblicuo interno y el rafe pterigomandibular. La inyección se efectúa apoyándonos en el primer molar temporal contralateral. La altura en niños es por debajo del plano oclusal. Se introduce la aguja hasta tocar hueso, luego se retroceden unos milímetros para no dañar el periostio, se aspira para asegurarnos que no estamos inyectando en un vaso sanguíneo, de ser así se retira la aguja y volvemos a empezar, sino se continúa inyectando el anestésico de forma lenta, para así disminuir la sensación de dolor. El ritmo ideal sería de 1cm<sup>3</sup> de anestésico por minuto (un cartucho contiene 1,8m<sup>3</sup>).

Anestesia del nervio bucal: se inserta la aguja en el pliegue mucovestibular en un punto hacia distal del molar más posterior.

## ANEXO 11: Tratamientos

### 1er cuadrante



*Imagen 1: Fotografía durante el tratamiento del 1er cuadrante.*

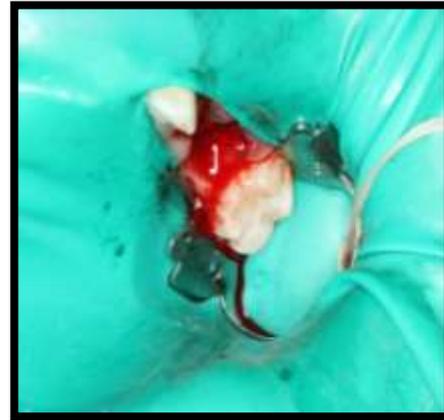


*Imagen 2: Fotografía después del tratamiento del 1er cuadrante.*

### 2do cuadrante



*Imagen 3: Fotografía durante el tratamiento del 2do cuadrante.*



*Imagen 4: Fotografía después del tratamiento del 2do cuadrante.*

### 3er cuadrante



Imagen 5: Fotografía de la cavidad del 36.



Imagen 6: Fotografía después de la obturación del 36.



Imagen 7. Fotografía del alvéolo post-extracción de 74.

### 4to cuadrante



Imagen 8: Fotografía de la cavidad de 46.



Imagen 8: Fotografía después del tratamiento del 4to cuadrante.

**ANEXO 12: Mantenedores de espacios**

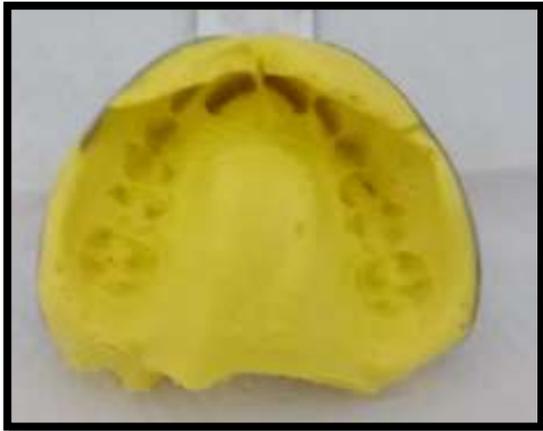


Imagen 1. Fotografía oclusal de impresión superior.

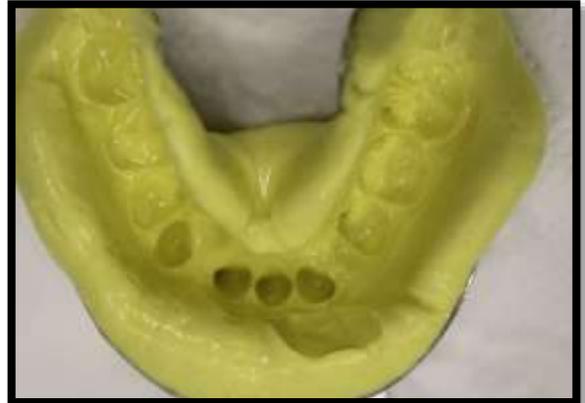


Imagen 2. Fotografía oclusal de impresión inferior.

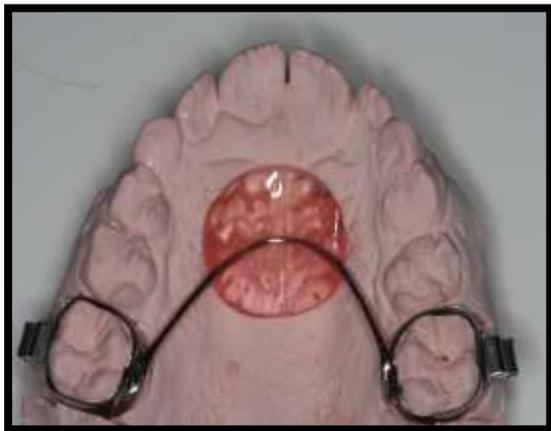


Imagen 3: Fotografía del modelo superior con Botón de Nance.

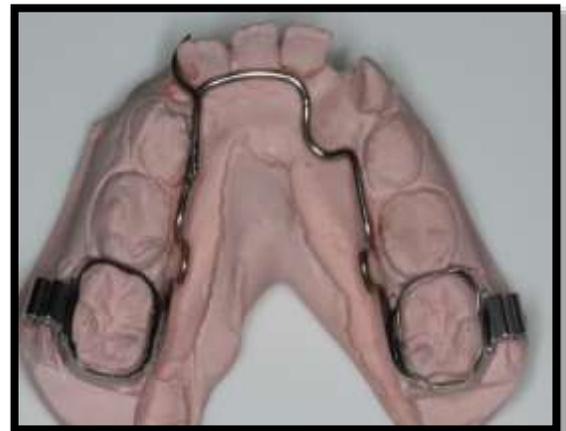


Imagen 4: Fotografía del modelo inferior con Arco Lingual.

**Fotos finales**



*Imagen 5. Fotografía intraoral oclusal superior al final del tratamiento.*



*Imagen 6. Fotografía intraoral oclusal inferior al final del tratamiento.*

**ANEXO 13: Revisión**



*Imagen 1: Fotografías intraorales: oclusal superior, frontal, oclusal inferior. En revisión a los 3 meses.*



## **ANEXO 14: indicaciones post- extracción**

### **Consejos posteriores a la extracción**

- Morder una gasa durante media hora, no masticarla, no escupir. Si el niño es incapaz de seguir adecuadamente las instrucciones éstas deben ser realizadas por el adulto responsable.
- Si la hemorragia persiste o se reinicia, enrolla otra gasa, y morderla con presión firme y constante durante una hora. No masticarla, no escupir. No comer hasta pasado el efecto anestésico.
- Durante el primer día:
  - No realizar enjuagues.
  - No escupir.
  - En determinados casos, conviene aplicar sobre la superficie cutánea hielo en una bolsa o paño adecuados de manera intermitente (10 min de cada media hora) durante las primeras 2 o 3 h.
  - La dieta durante el primer día debe ser blanda y fría.
  - Realizar enjuagues con suero salino hasta el comienzo del cepillado.
- Seguir las instrucciones de prescripción de analgésicos y otros medicamentos.
- El cepillado bucal se realizará con cuidado, evitando la zona de la herida. La realización de enjuagues con sueros salinos favorecerá la cicatrización.
- Consultar al odontólogo en los siguientes casos:
  - El dolor aumenta 48 h después de la extracción.
  - La hemorragia persiste de un modo anormal.

## Caso II: 3567

### ANEXO 15: Análisis estético:

#### Vista frontal



Imagen 1. Fotografía extraoral frontal.



Imagen 2. Fotografía extraoral frontal, análisis en altura con referencias horizontales. (Línea bipupilar, intercomisural y tercios).

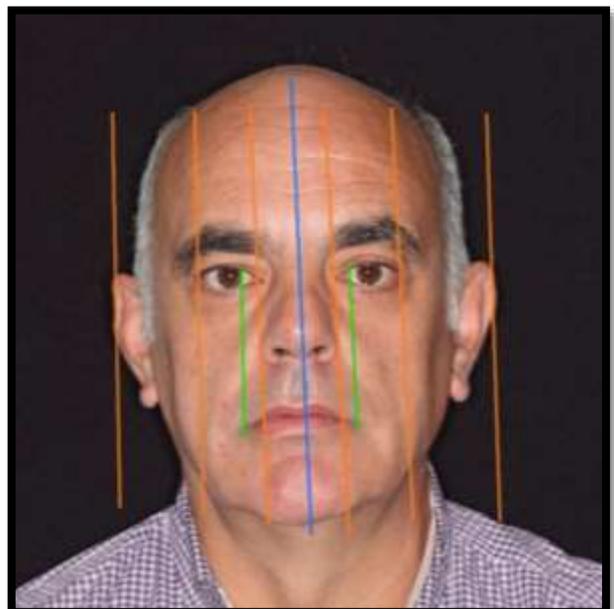


Imagen 3. Fotografía extraoral frontal, análisis en anchura con referencias verticales. (Línea media y quintos).

### Análisis de sonrisa



Imagen 4: Fotografía extraoral frontal en sonrisa.

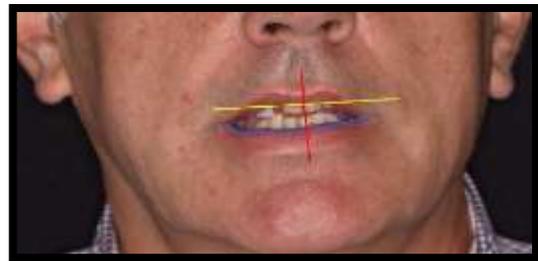


Imagen 5. Fotografía extraoral frontal Análisis de sonrisa.

### Vista de perfil



Imagen 6. Fotografía extraoral de perfil.

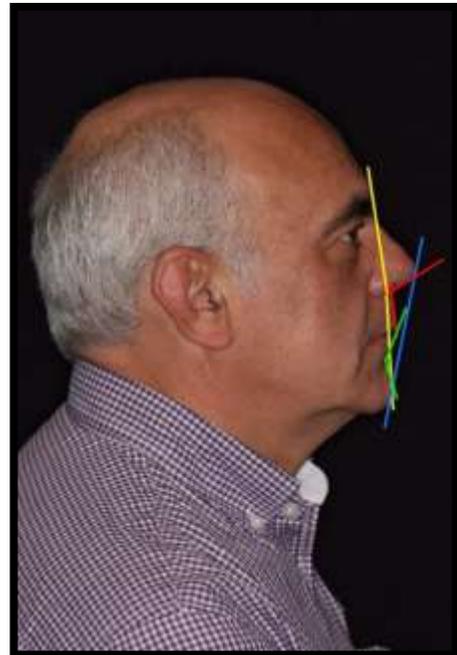


Imagen 7. Fotografía extraoral de perfil.  
Análisis de Plano estético de Rickets, ángulo nasolabial y mentolabial.

**ANEXO 16: Exploración intraoral.**



*Imagen 1. Fotografía intraoral frontal del paciente adulto en la primera visita.*



*Imagen 2. Fotografía intraoral oclusal superior del paciente adulto en la primera visita.*



*Imagen 3. Fotografía intraoral oclusal inferior del paciente adulto en la primera visita.*



*Imagen 10. Fotografía intraoral lateral derecha en la primera visita.*



*Imagen 10. Fotografía intraoral lateral izquierda en la primera visita.*

## ANEXO 17: Odontograma.



Imagen 1. Odontograma del paciente adulto en su primera visita.

### **ANEXO 18: Índice de placa de Silness y Løe (IPL) 1964.**

Códigos y criterios del índice de Silness y Løe (IPL) 1964	
Código	Criterio
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.

### **ANEXO 19: Clasificación de la movilidad dentaria de Lindhe.**

Grados	Condición clínica presentada
1	Movilidad de la corona dentaria de 0,2 a 1 mm en sentido horizontal.
2	Movilidad de la corona dentaria excediendo 1 mm en sentido horizontal.
3	Movilidad de la corona dentaria en sentido vertical y horizontal.

### **ANEXO 20: Clasificación del grado de Furca según Lindhe.**

Furca	
Grado	Descripción
I	Se caracteriza por una pérdida horizontal de soporte periodontal que no excede un tercio del ancho del diente.
II	El compromiso de furca sobrepasa un tercio del ancho del diente, pero no abarca todo el ancho del área de la furca.
III	El compromiso de furca implica un destrucción completa del soporte periodontal en el área de la furca.

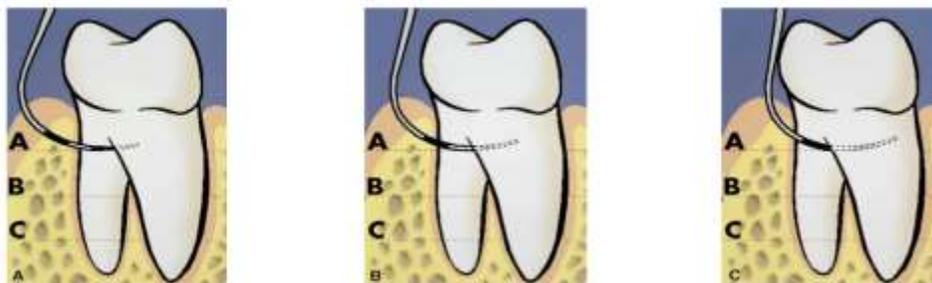


Imagen 1. Clasificación horizontal del compromiso de furca. "Diagnosis and epidemiology of periodontal osseous lesions". Periodontology 2000, Vol. 22, 2000, 8-21.

**ANEXO 21: Clasificación de las recesiones gingivales (Miller de 1985).**

- **Tipo I:** Recesión no alcanza el LMG, no hay destrucción de tejidos periodontales, hueso y tejido blandos. Recubrimiento 100%



- **Tipo II:** Recesión se extiende hasta más allá del LMG, sin destrucción periodontal en zona interdental. Recubrimiento 100%.



- **Tipo III:** Recesión alcanza LMG, con destrucción de tejidos periodontales, hueso o tejidos blandos. Recubrimiento parcial.



- **Tipo IV:** Recesión se extiende hasta o más allá, con destrucción grave periodontal en la zona interdental. No es posible esperar recubrimiento pulpar.



**ANEXO 22: Índice de índice Gingival de Løe y Silness 1967.**

Códigos y criterios del índice de Silness y Løe (IG) 1967	
Código	Criterio
0	<i>Encía normal</i> , no inflamación, no cambio de color, no hemorragia.
1	<i>Inflamación leve</i> , ligero cambio de color, ligero edema, no sangra al sondar.
2	<i>Inflamación moderada</i> , enrojecimiento, edema y lisura. Sangra al sondar y a la presión.
3	<i>Inflamación marcada</i> , marcado enrojecimiento, edema, ulceración, tendencia a la hemorragia espontánea, eventualmente ulceración.

**ANEXO 23: clasifica Índice de Enfermedad Periodontal (IEP) de Ramfjord.**

Puntuaje	Ubicación del surco gingival
0 - 3	Sobre el esmalte o en el LAC.
4	Menor o igual a 3 mm hacia apical del LAC.
5	Mayor que 3 mm hasta 6 mm hacia apical del LAC.
6	Mayor que 6 mm hacia apical del LAC.

**ANEXO 24: Radiografías.**

**Ortopantomografía**

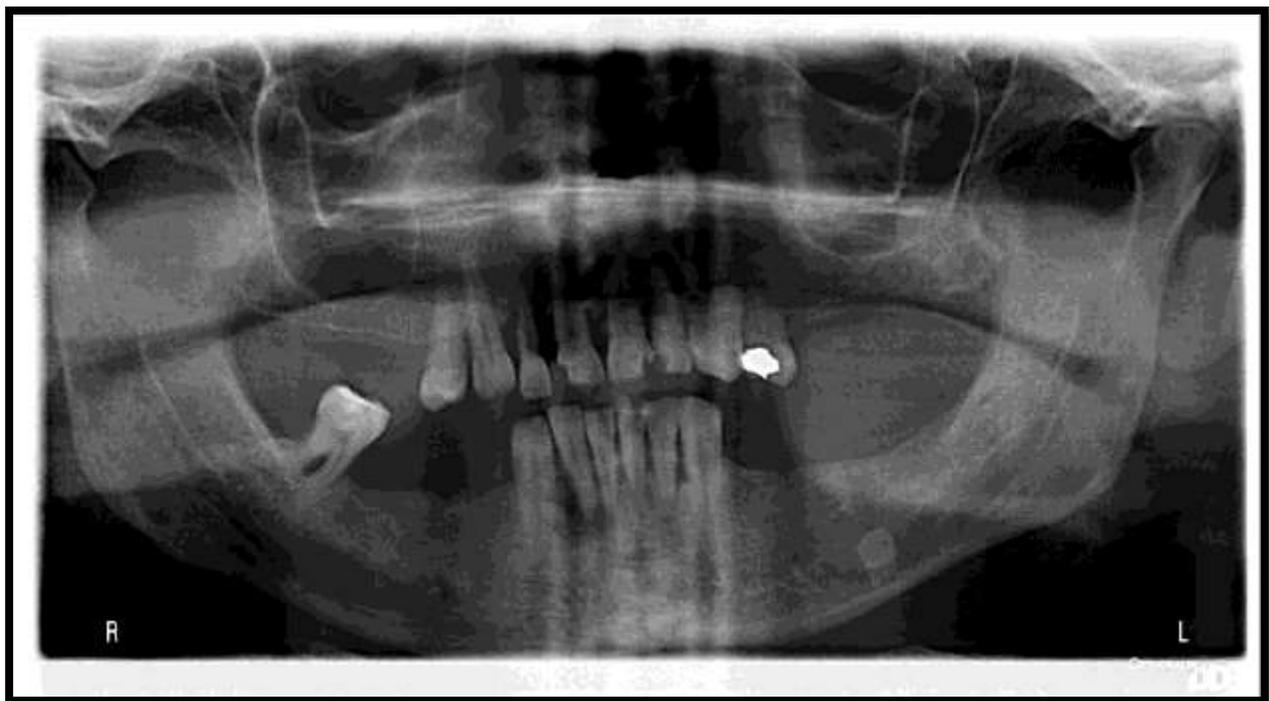


Imagen 1. Ortopantomografía del paciente adulto.

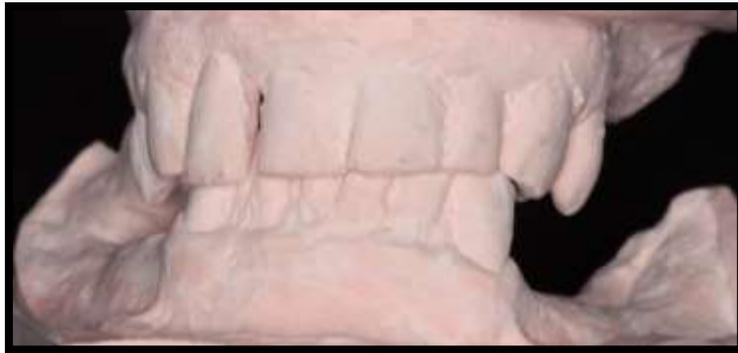
## Serie periapical



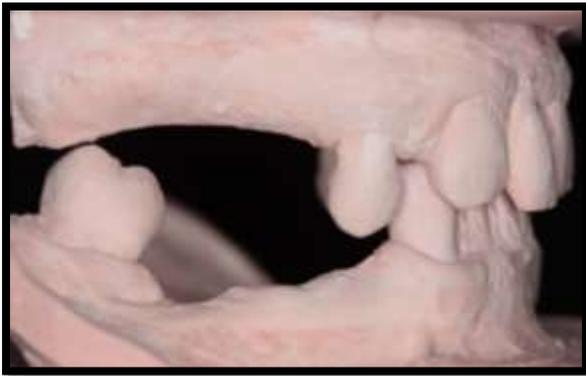
*Imagen 2. Serie periapical del paciente adulto.*



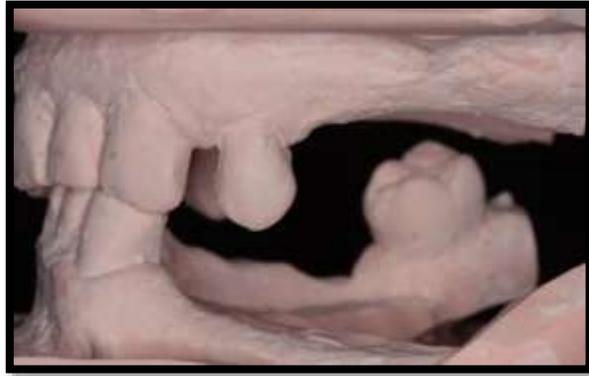
**ANEXO 26: Modelos de yeso.**



*Imagen 1. Fotografía frontal del modelo de estudio del paciente 3567.*



*Imagen 2. Fotografía lateral derecha del modelo de estudio del paciente 3567.*



*Imagen 3. Fotografía lateral izquierda del modelo de estudio del paciente 3567.*



*Imagen 4 Fotografía oclusal superiorl del modelo de estudio del paciente 3567.*



*Imagen 5 Fotografía oclusal inferiorl del modelo de estudio del paciente 3567.*

**ANEXO 27: Clasificación de enfermedades periodontales y condiciones del international workshop (1999).**

International Workshop for the clasification of the periodontal diseases (1999) American Academy of Periodontology.	
<b>Enfermedades gingivales.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades gingivales inducidas por placa:</li> <li>• Lesiones no inducidas por placa:</li> </ul>	
<b>Periodontitis crónica.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Localizada.</li> <li>• Generalizada.</li> </ul>	
<b>Periodontitis agresiva.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Localizada.</li> <li>• Generalizada.</li> </ul>	
<b>Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas.</b>	
<b>Enfermedades periodontales necrosantes.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gingivitis ulcerotica necrosante (NUG).</li> <li>• Periodontitis ulcerotica necrosante (NUP).</li> </ul>	
<b>Abscesos del periodonto.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absceso gingival.</li> <li>• Absceso periodontal.</li> <li>• Absceso pericoronario.</li> </ul>	
<b>Periodontitis relacionada con lesiones endodónticas.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones endodónticas-periodontales.</li> <li>• Lesiones periodontales-endodónticas.</li> <li>• Lesiones combinadas.</li> </ul>	
<b>Malformaciones y lesiones congénitas o adquiridas.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores localizados relacionados con un diente que predisponen a enfermedades gingivales inducidas por placas o periodontitis.</li> <li>• Deformidades mucogingivales y lesiones entorno a dientes.</li> <li>• Deformidades mucogingivales y lesiones en rebordes desdentados.</li> <li>• Trauma oclusal.</li> </ul>	

**ANEXO 28: Clasificación de los defectos infraóseos (Goldman y Cohen 1958)**

Clasificación de los defectos infraóseos (Goldman y Cohen 1958)	
<b>Defecto de 3 paredes</b>	Rodeado por tres paredes óseas, la superficie radicular será una cuarta pared.
<b>Defecto de 2 paredes</b>	Ees el más común en la zona interdental. Habitualmente incluye las paredes V y L.
<b>Defecto de 1 pared</b>	Suele ser interdental. Si la pared remanente es proximal, se denomina defecto hemiseptal.
<b>Defecto circunferencial</b>	Quando existe pérdida ósea alrededor de todo el diente.

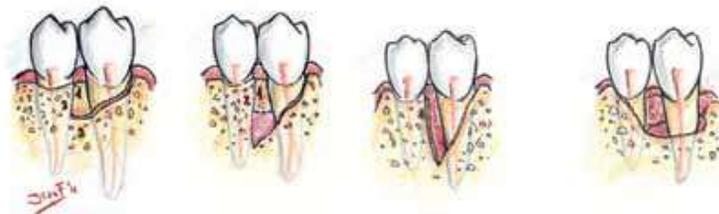


Imagen 1. Defectos verticales de 3 paredes, 2 paredes, 1 pared y circunferencial. Tomada de: Martínez-Lage. Tratamiento de defectos óseos. Perio y Oseointegración. 2013; 23(1).

## ANEXO 29: Clasificación de Kennedy.

### **Clase I:** Desdentado Bilateral Posterior.

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



### **Clase II:** Desdentado unilateral posterior.

Presenta una sola zona desdentada posterior unilateral con ausencia total o parcial de premolares y molares. Presenta también cuatro modificaciones como la anterior. Prótesis dentomucosoportadas.



### **Clase III:**

Presenta espacios desdentados laterales limitados a nivel mesial y distal por dientes. Presenta cuatro tipos de modificaciones según el número de espacios desdentados que haya en la zona dentada. Prótesis dentosoportada.



### **Clase IV:** Desdentado bilateral anterior.

Esta clase no admite subdivisiones, porque si presentara más de una brecha desdentada estaría encuadrada dentro de las clases I, II, III.



**Clase V:** Solo posee un par de molares en un solo lado de la boca y el resto totalmente desdentado.



**Clase VI:** Solo existen los dos incisivos centrales.



## ANEXO 30: Clasificación Seibert (1983)

**Clase I:** Defectos de anchura.

**Clase II:** Defectos de altura.

**Clase III:** Defectos combinados.



Imagen 1. Clasificación de Seibert.

Imagen tomada de:

<http://seminarioprotosisi.blogspot.com>.

**ANEXO 31: Pronóstico de la universidad de Berna.**

Dientes con buen pronóstico	Dientes con pronóstico cuestionable	Dientes no mantenibles («Irrational to treat»)
<p>Se incluyen dentro de este grupo todos aquellos dientes que no se encuadran dentro de las dos siguientes clasificaciones.</p>	<p><b>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>Por criterios endodóncicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraobtención del canal tras terapia endodóncica.</li> <li>• Patología periapical.</li> <li>• Postes y pernos de gran tamaño (cuando se requiere retratamiento endodóncico).</li> </ul> <p><b>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>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>Por criterios endodóncicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perforaciones del canal radicular en el tercio medio.</li> </ul> <p><b>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> </ul>

**Preferentes de exodoncia**

Terceros molares no funcionales (sin antagonista) con profundidad de sondaje mayor de 6 mm en distal del segundo molar; o bien, segundos molares sin antagonista (no funcionales) con profundidad de sondaje mayor de 6 mm en distal del primer molar.

**ANEXO 32: Tartrectomía, RAR y ferulización de 33 a 43.**



Imagen 1. Tartrectomía, RAR y ferulización de 33 a 43.

**ANEXO 33: Exodoncias y colocación de provisionales**



*Imagen 1. Exodoncia del 12 y colocación de sutura en aspa.*



*Imagen 2. Exodoncia del 47 y colocación de esponja hemostática y sutura.*



*Imagen 3: Exodoncias de 41 y 42, colocación de esponja hemostática y sutura en aspa.*



Imagen 4: Dientes exodonciados, 12, 41, 42 y 47.



Imagen 5: Colocación de provisionales en 12, 41 y 42.

**ANEXO 34: Obturación de 11, 21-22, 23.**



*Imagen 1. Obturación de 11.*



*Imagen 2. Obturación de 21 y 22.*



*Imagen 3. Obturación de 23.*



**ANEXO 35: Reevaluación periodontal.**

zmk bern

Zahnmedizinische Kliniken  
der Universität Bern

Departamento de Periodoncia

**Periodontograma**

Fecha 10/2/2016

u<sup>b</sup>

UNIVERSITÄT  
BERN

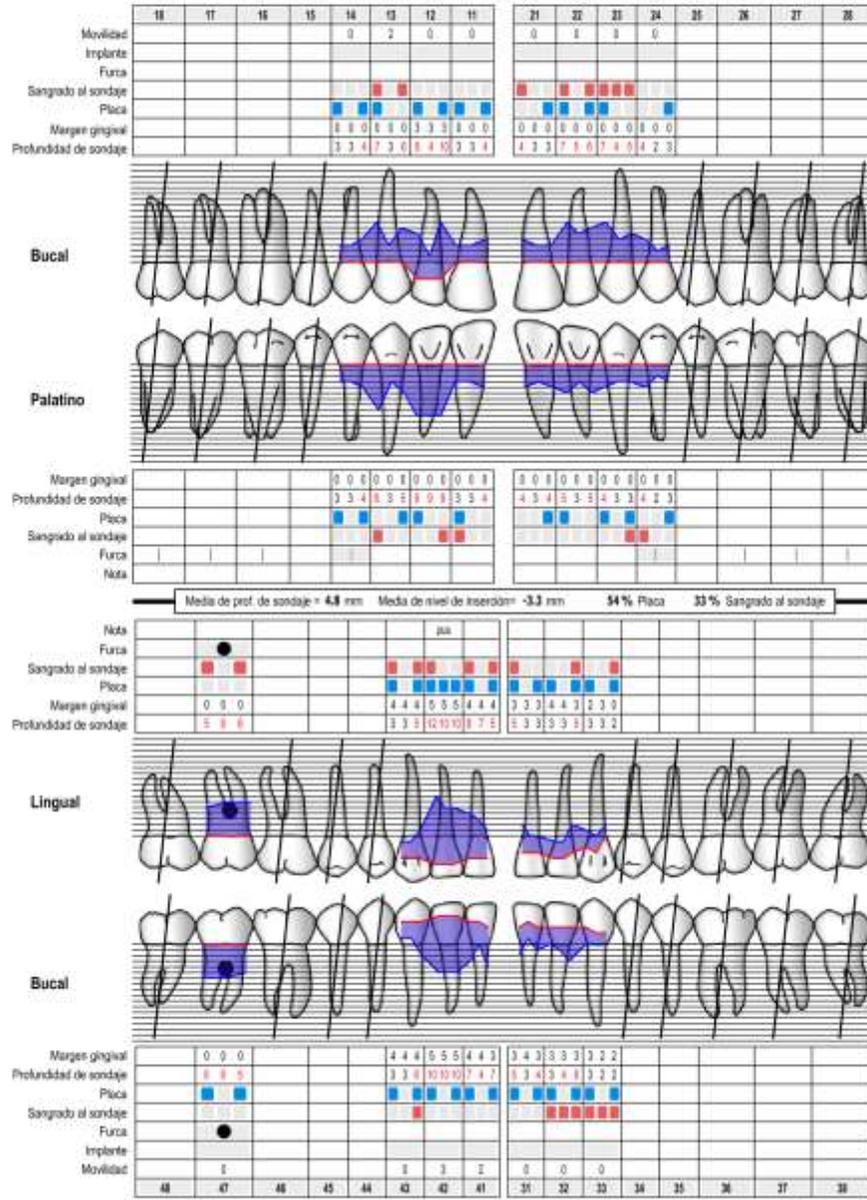
Apellido del paciente 3567

Nombre

Fecha de nacimiento

Examen inicial  Reevaluación

Clinico



**ANEXO 36: Fase protésica.**



*Imagen 1. Paciente antes de empezar la fase protésica.*



*Imagen 2. Toma de impresiones preliminares.*



Imagen 3. Toma del arco facial.



Imagen 4. Montaje de los modelos en el articulador.



Imagen 5. Toma de impresión definitiva con cubeta individual.

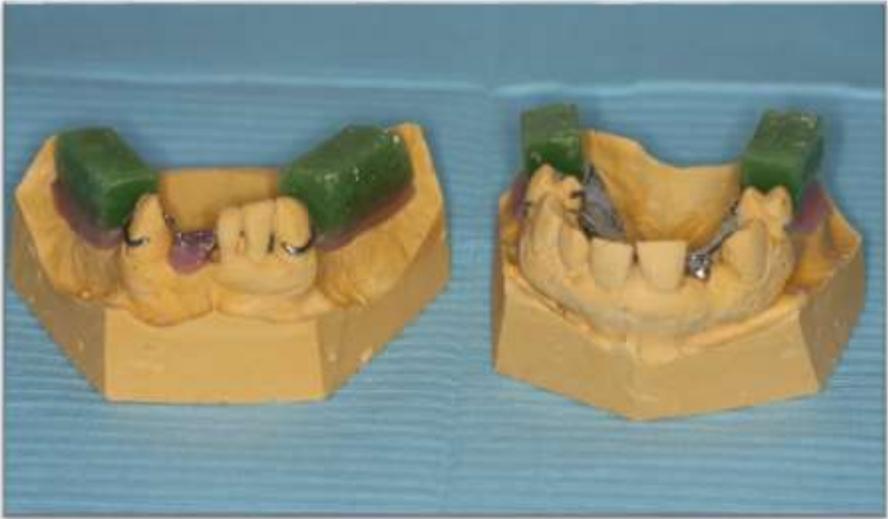


Imagen 6. Estructura de metal y rodetes de cera.



Imagen 7. Prueba de metal y rodetes de cera.



Imagen 8. Prueba de dientes.



Imagen 9. PPR esquelética superior e inferior finalizada.



Imagen 10. Colocación de PPR superior e inferior. Fotografías finales del tratamiento.