

# ANEXOS

## CASO I

### HC 1980

## Anexo I: Análisis estético facial

---



## ÍNDICE DE O'LEARY

### Índice de placa

Comprobamos el nivel de placa con un revelador que nos facilita su observación y las zonas de mayor acúmulo tanto a nosotros como al propio paciente y se anotan las localizaciones en las 4 caras de cada diente para poder calcular el índice.

$$\frac{\text{Nº Total de superficies con placa}}{\text{Nº total de superficies en boca}} \times 100$$

---

## SONDAJE TENTATIVO DE RAMFORD o PDI

Sondaje de 16, 21, 24, 36, 41, 44

Sondaje orientativo que sirve para obtener una primera prueba del estado periodontal y así evaluar la necesidad de analizar cada uno de los dientes mediante el periodontograma de evaluación inicial.

---

## ÍNDICE GINGIVAL DE LINDHE 1965


### Índice de sangrado gingival

Evalúa la inflamación gingival mediante el registro del sangrado al sondaje en el periodontograma. Para la recogida de datos necesarios, se sondan cada uno de los 4 puntos (vestibular, lingual/palatino, mesial y distal) a explorar en cada diente y se esperan 15seg para su lectura, se observará si el punto sondado sangra o no.

$$\frac{\text{puntos con sangrado}}{\text{puntos totales explorados}} \times 100$$

---

## Periodontograma de evaluación inicial:



Universidad  
Zaragoza

### Periodontograma

Paciente: ALEXANDRA

Alumno: MARTA NAVARRO

☒ Examen Inicial ☐ Reevaluación


NHI: 1980

Profesor: ROSAL DEHESA IARRA


Fecha: 12-4-16

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
PS			4 3 3		3 2 3	3 2 4	4 3 3	3 2 2	2 2 3	3 2 2		3 2 3	4 3 4	4 4 4	3 2 3	
Rec			-		-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	
PI			4 3 3		3 2 3	3 2 4	4 3 3	3 2 3	2 2 3	3 2 2		3 2 3	4 3 4	4 4 4	3 2 3	
Placa																
Sangrado																

Vestibular



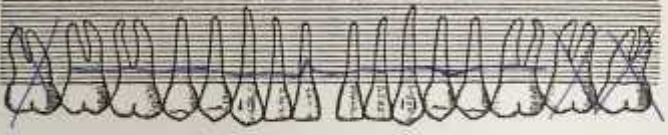
Palatino




PS			3 3 3		2 2 3	2 4 3	2 4 3	2 4 3	2 2 3	3 2 2		3 2 3	3 3 3	3 3 3	3 2 3	
Rec			-		-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	
PI			3 3 3		3 2 3	3 2 4	3 2 3	4 3 3	3 2 3	3 2 2		4 3 3	3 3 3	3 3 3	3 2 3	
Placa																
Sangrado																
Furca			-		-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	
Movilidad			0		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	

Furca			-		-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	
Movilidad			0		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	

Lingual



Vestibular



PS			2 3 3	3 3 3	2 3 3	2 2 3	3 2 2	2 2 3	3 2 2		2 2 3	3 2 3	2 2 3	3 2 3	2 2 3	
Rec			-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	
PI			3 3 3	3 3 3	3 2 3	3 2 3	2 2 3	2 2 3	2 2 3		3 2 3	3 2 3	3 2 3	3 2 3	2 2 3	
Placa																
Sangrado																



### Anexo III: Análisis dental

#### Odontograma:



## Anexo IV: Análisis trastornos temporomandibulares

### ANAMNESIS DE DOLOR OROFACIAL:

1. **Localización del dolor:**
2. **Comienzo del dolor:**
3. **Características del dolor:**
  - ) Tipo de dolor: o Vivo o Sordo
  - ) Comportamiento del dolor:
    - *Cronología:* o Continuo o Intermitente o Recurrente
    - *Duración:* o Momentáneo o Prolongado
    - *Localización:* o Localizado o Difuso o Radiante o Lancinante o Migratorio
  - ) Intensidad del dolor: o Leve o Moderado o Intenso
  - ) Síntomas concomitantes: o Sensitivos o Motores o Vegetativos
  - ) Evolución del dolor: o Estable o Paroxístico
4. **Factores que agravan o mitigan el dolor:**
5. **Consultas o tratamientos anteriores:**
6. **Relación con otras manifestaciones dolorosas:**

### EXPLORACIÓN NEUROMUSCULAR:

1. Palpación	
Dolor a la palpación: o Si o No	Molestias: o Si o No
Nivel de dolor: o 0. No dolor o 1. Sensibilidad o 2. Dolor manifiesto o 3. Dolor no soportable	
2. Temporal	
Correcto: o Si o No	Punto gatillo: o Si o No → Lugar:
3. Masetero	
Correcto: o Si o No	
4. ECM	
Correcto: o Si o No	
5. Cervicales posteriores	
Refiere dolor en área frontal: o Si o No	
6. Pterigoideo externo inferior	
El dolor aumenta con la protrusiva: o Si o No	
El dolor aumenta con PIC: o Si o No	
El dolor remite con depresor lingual entre ambas arcadas: o Si o No	
7. Pterigoideo externo superior	
El dolor aumenta con PIC: o Si o No	
El dolor remite con depresor lingual entre ambas arcadas: o Si o No	
Dolor al abrir la boca: o Si o No	
8. Pterigoideo interno	
El dolor aumenta con PIC: o Si o No	
El dolor remite con depresor lingual entre ambas arcadas: o Si o No	
Dolor al abrir la boca: o Si o No	

### EXPLORACIÓN DE LA ATM

Dolor con palpación digital: o Si o No

Dolor en parte posterior del cóndilo en máxima apertura: o Si o No

Dolor en apertura y cierre: o Si o No

Clicks – crepitaciones: o Si o No

Distancia interincisal en el momento del click:

Apertura cómoda máxima:

Apertura máxima real:

End feel: o Blando o Duro

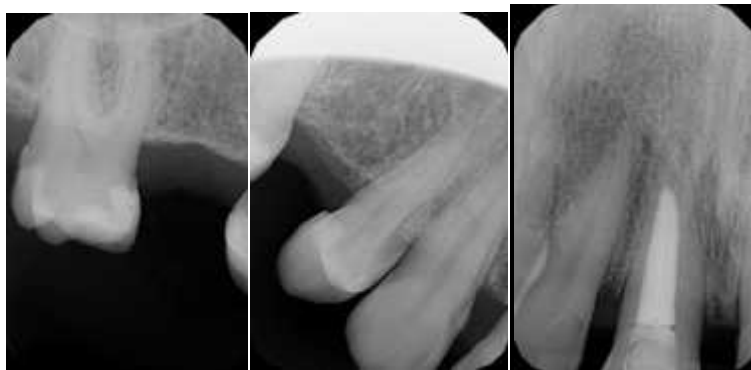
Trayectoria de apertura: desviación o Derecha o Izquierda

### Anexo V: Ortopantomografía



### Anexo VI: radiografías periapicales

1º cuadrante:



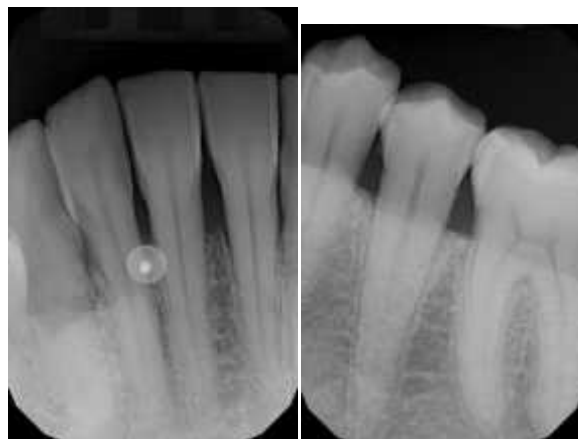
## 2º cuadrante



## 3º cuadrante:



## 4º cuadrante:





## Anexo VII: Teleradiografía

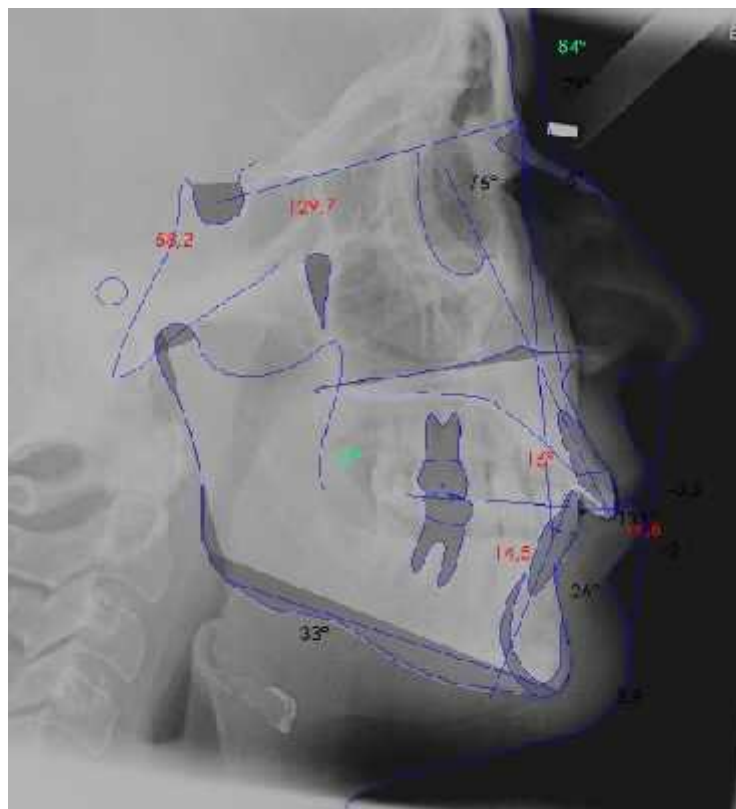
---

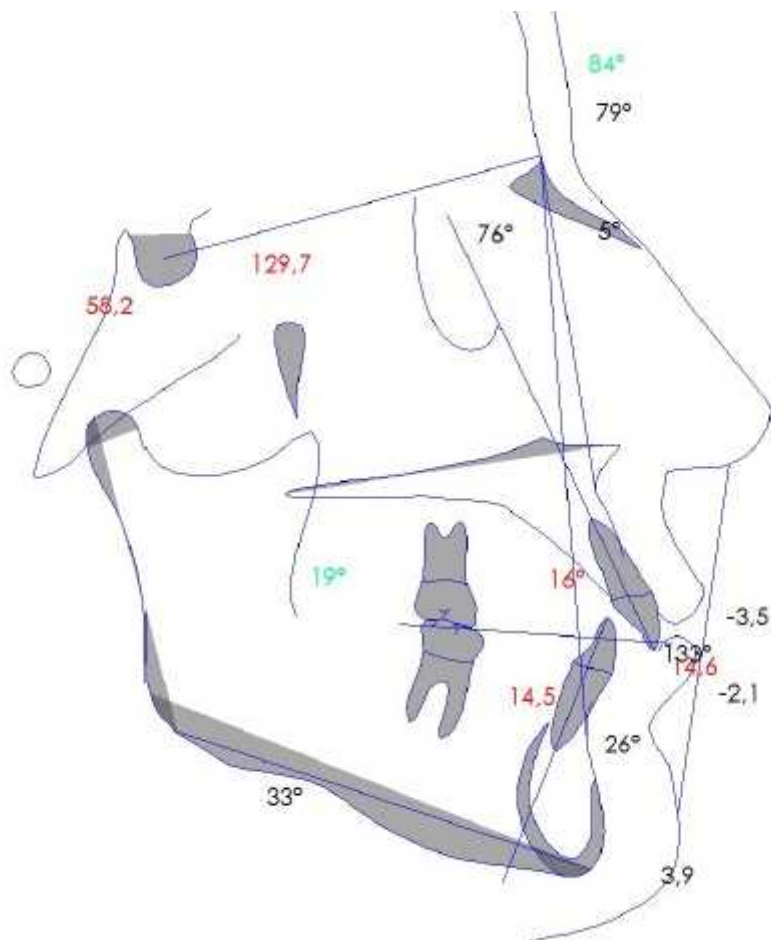


## Anexo VIII: Análisis cefalométrico

---

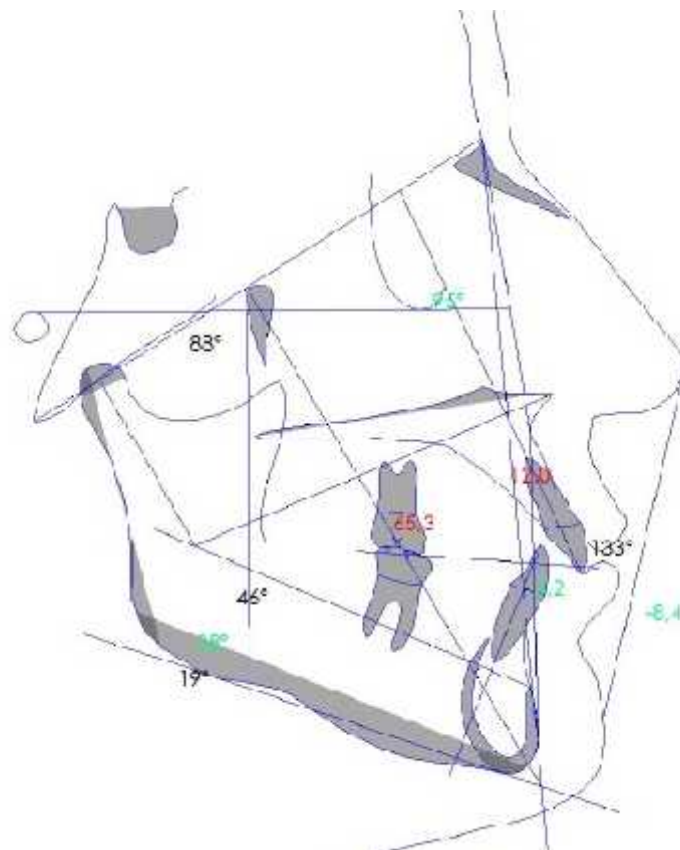
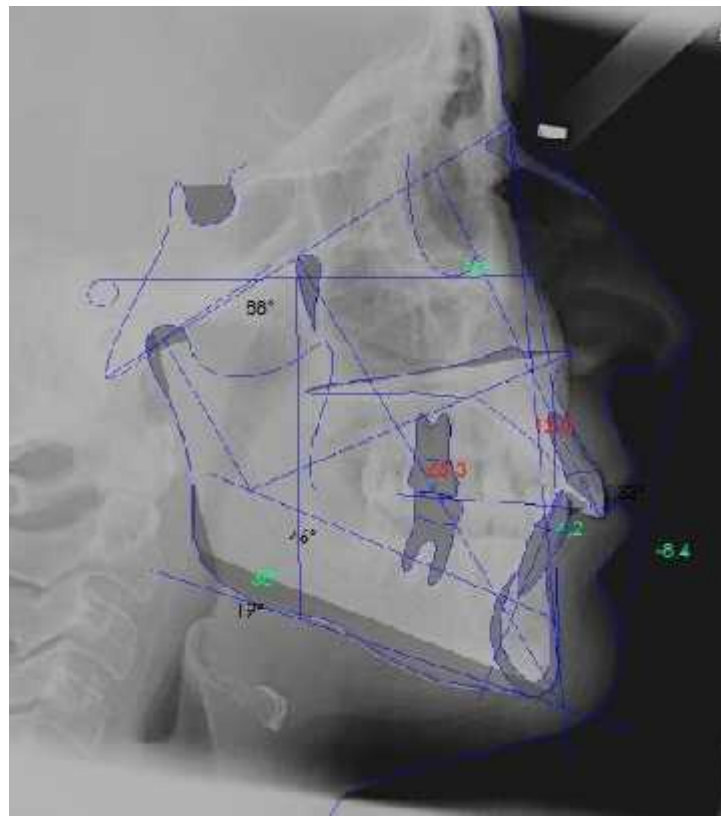
### Cefalometría de Steiner:





PARÁMETRO		NORMA	CASO	INTERPRETACIÓN
SNA		82° +- 2	84°	Prognatia
SNB		80° +- 2	79°	Normal
ANB		2° +- 2	5°	Clase I
PL OCLUSAL		14° +- 4	19°	Rotación horaria
PL MANDIBULAR		32° +- 4	33°	Mesofacial
Incisivo superior	Posición	4 +- 1 mm	14.6 mm	Protrusión
	Inclinación	22° +- 2	22°	En norma
Incisivo inferior	Posición	4 +- 1 mm	14.5 mm	Protrusión
	Inclinación	25° +- 2	26°	Normal
Ángulo interincisal		131° +- 6	133°	Normal
Pl. estético	Superior	0 mm	-3.5 mm	Retrusión labial
	Inferior	0 mm	- 2.5 mm	Retrusión labial

**Cefalometría de Ricketts resumido:**



	MEDICIÓN		NORMA	CORRECCIÓN	CASO	INTERPRETACIÓN
ANÁLISIS ESQUELÉTICO	Mandíbula	Profundidad facial	87º +- 3	91º+-3	95º	Braquifacial
	Relación intermaxilar	Convexidad facial	2 +- 2 mm	-0.4+-2	12 mm	Clase II ósea
	Dirección de crecimiento	Eje facial	90º +- 3.5	-	88º	Mesofacial
		Ángulo plano mandibular	26º +- 4.5	22º+-4	19º	Mesofacial
		Altura facial inferior	47º +- 4	-	46º	Mesofacial
		Arco mandibular	26º +- 4	32º+-4	38º	Prognatismo mandibular
ANÁLISIS DENTARIO	Incisivos	Posición incisivo inf.	1 - 2 mm	-	4.2 mm	Protrusión
		Inclinación incisivo inf.	22º +- 4	-	23º	Normal
	Molares	Relación molar	Edad + 3 +- 3 mm	24º+-3	65.3º	Clase II
ANÁLISIS ESTÉTICO	Labio inferior	Posición del labio inferior	-2 +- 2 mm	-4.4+-2	-8.4 mm	Retrusión labial

### Anexo IX: Registros fotográficos Extraorales

Fotografías extraorales frontales: 1. Serie 2. Sonrisa 3. Reposo



**Fotografías extraorales perfil derecho: 1. Serie 2. Reposo 3. Sonrisa**



**Fotografías extraorales perfil izquierdo: 1. Serie 2. Reposo 3. Sonrisa**



**Fotografías extraorales ¾ derecho: 1. Serie 2. Sonrisa**



**Fotografías extraorales ¾ izquierdo: 1. Serie 2. Sonrisa**





**Fotografías Extraorales Close up: 1. Reposo 2. Sonrisa**



#### **Anexo X: Registros fotográficos Intraorales**

---

Fotografía intraoral frontal.



Fotografía intraoral lateral derecha e izquierda.



Fotografía intraoral oclusal superior e inferior.



Fotografía intraoral interposición de la lengua al deglutir y resalte con fondo negro.



## Anexo XI: Análisis de modelos

---

Hkj

## Anexo XII: Discrepancia oseo-dentaria

---

SUPERIOR: Espacio habitable: 81 mm

<i>superior</i>	5+4+3	2-1+2-1	3+4+5
ESPACIO	22.5	40	20
DIENTES	6+6.5+8	7+8+6.5+8.5	8+6+6
DIFERENCIA	2	10	0

**DOD= 81 – 70.5 = 10.5 mm discrepancia positiva: sobra espacio / diastemas**

**Tto: cierre de diastemas, reconstrucciones, lingualizar incisivos...**

INFERIOR: Espacio habitable: 60 mm

<i>inferior</i>	5-4-3	2-1-2-1	3-4-5
ESPACIO	20	20.5	19
DIENTES	6.5+6+6.5	5+5.5+5.5+5	6.5+6.5+6.5
DIFERENCIA	1	-0.5	-0.5

**DOD= 60 - 60 = 0.0 mm no hay discrepancia. El tamaño dentario es proporcional al espacio habitable. Tto: compensación mediante correcciones en la posición dentaria.**

### Anexo XIII: Clasificación ASA

CATEGORÍA ASA	ESTADO DE SALUD
<b>ASA I</b>	Paciente sano
<b>ASA II</b>	Alteración sistémica leve a moderada. Ejm: Fumador, hipertensión controlada, diabético controlado.
<b>ASA III</b>	Alteración sistémica grave. Ejm: Angor, HTA mal controlada, Asma, EPOC...
<b>ASA IV</b>	Alteración sistémica grave que amenazan la vida del paciente. Ejm: Angor inestable, ICC, enfermedad respiratoria incapacitante, fallo hepatorrenal...
<b>ASA V</b>	Paciente moribundo

### Anexo XIV: Clasificación Workshop periodoncia

<b>Clasificación Workshop periodoncia 1999</b>
<b>ENFERMEDADES DE LAS ENCÍAS</b>
Enfermedades gingivales inducidas por placa
Lesiones gingivales no inducidas por placa
<b>PERIODONTITIS</b>
Periodontitis crónica
Periodontitis agresiva
Periodontitis como manifestación de enfermedades gingivales
<b>ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROTIZANTES</b>
Gingivitis ulcerativa necrotizante
Periodontitis ulcerativa necrotizante
<b>ABSCESOS DEL PERIODONTO</b>
<b>PERIODONTITIS ASOCIADA CON LESIONES ENDODÓNTICAS</b>
Lesiones endodónticas-periodontales
Lesiones periodontales-endodónticas
Lesiones combinadas
<b>MALFORMACIONES Y LESIONES CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS</b>
Factores que predisponen enfermedades inducidas por placa
Deformidades mucogingivales y lesiones alrededor de los dientes
Deformidades mucogingivales y lesiones en rebordes edéntulos
Trauma oclusal

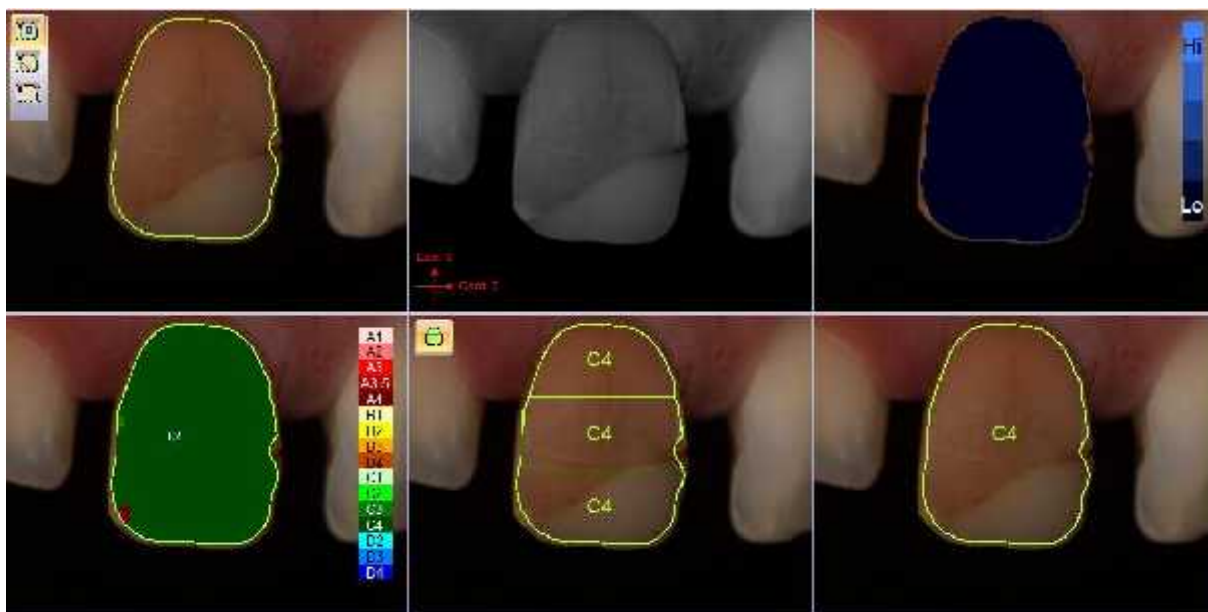
## Anexo XV: Clasificación de Miller



## Anexo XVI: Espectrofotómetro







## Anexo XVII: Análisis de mucosas

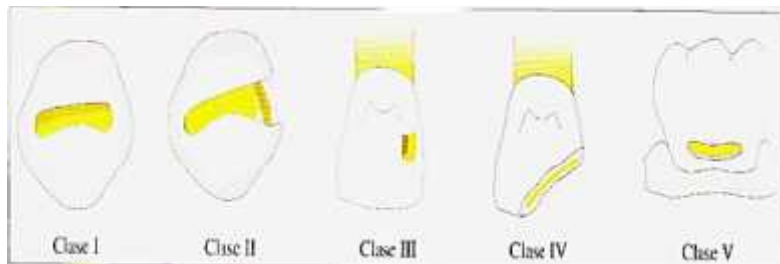


## Anexo XVIII: Pronóstico individualizado Universidad de Berna

Criterio/pronóstico	BUENO	CUESTIONABLE	NO MANTENIBLE
PERIODONTALES	Todos aquellos dientes que no se encuadran dentro de las dos siguientes clasificaciones.	<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>	<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>
ENDODÓNTICOS		<ul style="list-style-type: none"> <li>) Infraobtusión del canal tras terapia endodóntica.</li> <li>) Patología periapical.</li> <li>) Postes y pernos de gran tamaño (si requiere retratamiento)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>) Perforaciones del canal radicular en el tercio medio.</li> </ul>
DENTALES		<ul style="list-style-type: none"> <li>) Caries radicular profunda o en la zona de la furcación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>) Fracturas horizontales complejas/ f. verticales.</li> <li>) Caries en canal radicular.</li> </ul>

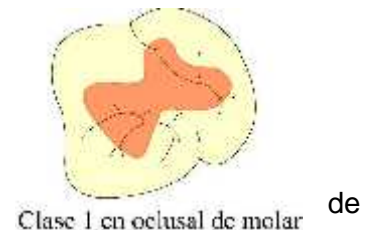
## Anexo XIX: Clasificación lesiones cariosas de Black y Protocolo Obturaciones

CATEGORÍA	CARACTERÍSTICAS
<b>CLASE I</b>	Superficies oclusales, superiores e inferiores, de dientes posteriores (premolares y molares).
<b>CLASE II</b>	Superficies oclusales y caras interproximales, superiores e inferiores, de dientes posteriores (premolares y molares).
<b>CLASE III</b>	Superficies interproximales, superiores e inferiores, de dientes anteriores (caninos e incisivos).
<b>CLASE IV</b>	Superficies incisales, superiores e inferiores, de dientes anteriores (caninos e incisivos).
<b>CLASE V</b>	A nivel del cuello del diente, vestibular o lingual, superiores e inferiores



### **Clase I de Black:**

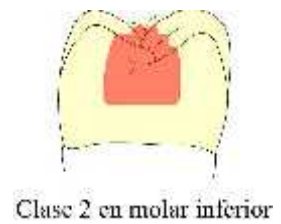
1. **Anestesia:** articaina 1:200
2. **Color:** Selección del color con guía VITA
3. **Aislamiento:** absoluto con dique de goma, arco y clamp.
4. **Remoción de la lesión cariosa:**
  - a. Turbina y fresa troncocónica
  - b. Micromotor y fresa redonda media mil hojas
  - c. Escavador de dentina
5. **Desinfección de la cavidad:** lavado con clorhexidina.
6. **Base cavitaria:** Aplicación de según por su proximidad con la pulpa: Ionoseal de Voco.
7. **Grabado ácido:** Acondicionamiento de los tejidos mediante ácido ortofosfórico 37% proclinc (15seg dentina y 30seg esmalte)
8. **Lavado profuso con agua y secado min 30seg**
9. **Adhesivo:** aplicación generosa del imprimador durante friccionando con el aplicador sobre todas las superficies y soplar 10seg. A continuación, aplicación una capa delgada de bonding y fotopolimerizar.
10. **Composite fluido:** Para las zonas de difícil acceso el fluido ayuda a conformar una cavidad más sencilla de obturar. Fotopolimerizar 40seg.
11. **Composite compacto:** técnica incremental de 2mm y fotopolimerizar.
12. **Oclusión:** Comprobar los puntos de oclusión con papel de articular. Utilizamos fresa Arkansas de contraángulo y fresas de turbina de grano fino para rebajar los puntos de composite que hayan podido quedar altos.
13. **Pulido:** con pastas, discos, copas y tiras abrasivas.



### **Clases II de Black:**

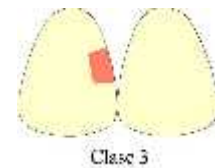
Remoción de la lesión cariosa: Utilizamos banda metálica y cuña con el fin de proteger el diente adyacente.

Conformación punto de contacto: Colocación de Automatrix con cuña de madera o Palodent para la conformación del punto de contacto y las paredes externas de la restauración. Apoyando con la espátula hacia el diente adyacente al fotopolimerizar para un contacto más fuerte.



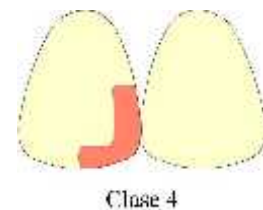
### **Clases III de Black:**

Siempre que nos sea posible debemos abordarlas por la cara palatina para garantizar la estética de nuestra restauración. Realizaremos un bisel en los bordes de la cavidad para dar más estética y evitar la línea de unión composite-esmalte.



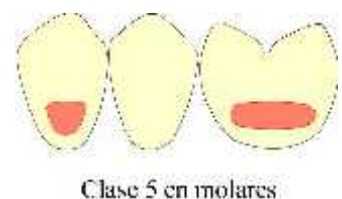
### **Clases IV de Black:**

- Para el esmalte debemos tomar colores translúcido y para el cuerpo de dentina colores más opacos. Realizando un mapa de colores para ver textura y forma.
- Realizar una llave de silicona para darle la forma exacta.
- Pared palatina con la llave de silicona se polimeriza un color translucido de composite que hace de base para el resto de la restauración.
- Cuerpo de dentina se coloca disminuyendo el grosor de capas desde el tercio medio al incisal. Reproducir los lóbulos de dentina. Se usan colores más opacos. Polimerizar cada incremento.
- Esmalte vestibular, se colocarán incrementos de composite translucido entre los lóbulos y luego una capa muy fina de esmalte, y se caracteriza con pinceles para obtener una mejor textura superficial. Polimerizar cada incremento



### **Clases V de Black:**

- Las lesiones que nos lleven a tener que realizar este tipo de preparación son lesiones cariosas o abrasiones, erosiones o abfracciones.
- Para su restauración se pasa una fresa de grano grueso para limpiar la zona y crear microretenciones creando una forma de medialuna con la parte convexa hacia el cuello.
- También deberemos realizar el bisel en los bordes de la cavidad para darle mayor estética, sin extensión preventiva y con ángulos redondeados.
- Se recomienda utilizar composite fluido.
- Hay ocasiones que la caries se extiende al espacio subgingival y para poder trabajar utilizaremos hilo retractor.



## Anexo XX: Periodontograma de reevaluación

Universidad  
Zongosa

Periodontograma

Paciente: ALVARO NHI: 1990  
 Alumno: LUIS RAMIRO Profesor: EDUARDO RAMIRO  
☐ Examen Inicial ☒ Reevaluación Fecha: 9-2-16

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
PS																
Rec																
P																
Poca																
Sangrado																

**Vestibular**

**Palatino**

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
PS																
Rec																
P																
Poca																
Sangrado																

**Lingual**

**Vestibular**

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
PS																
Rec																
P																
Poca																
Sangrado																

## Anexo XXI: Fotografías operatorias recubrimiento recesión





1. Colgajo de reposición coronal.



2. RAR defecto



3. Mucograft con chincheta



4. Reposición coronal del colgajo y sutura.



5. Estado de la herida a los 10 días

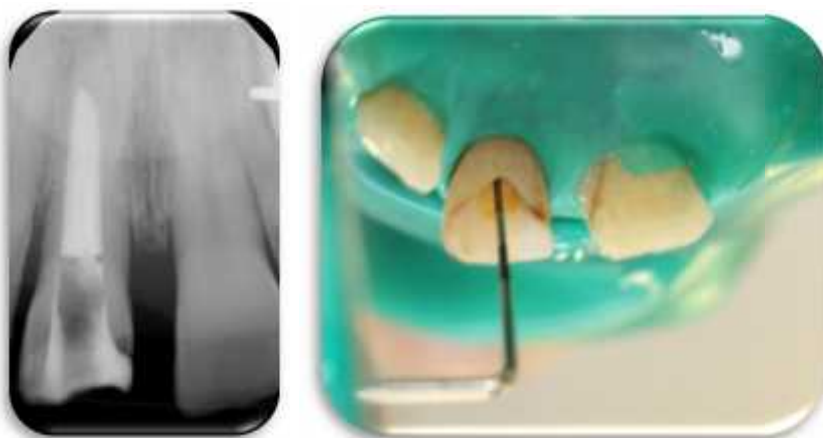


6. Retirada de la sutura



## Anexo XXII: Fotografías operatorias blanqueamiento diente no vital

1. Eliminación de la restauración para proceder al blanqueamiento:



2. Relleno con el agente blanqueante(perborato de sodio con agua destilada)



1. Estado inicial 2. Después de dos sesiones 3. Resultado después de tres sesiones



## Anexo XXIII: Fotografías carillas de composite directas

### 1. Encerado diagnóstico



### 2. Llave de silicona

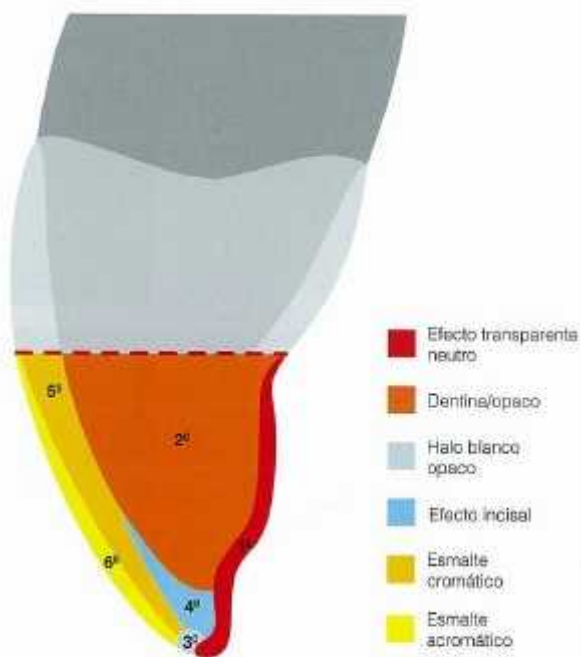


### 3. Mock up

### 4. Tallado selectivo



5. Esquema estratificación del composite. R. Hirata



**Dibujo 9** | Secuencia de estratificación de restauraciones de clase IV cuando se utilizan guías de silicona

6. Resultado carillas composite directa







**Anexo XXIV: Clasificación del abordaje quirúrgico de caninos maxilares de Andrew Chapokas en 2012.**

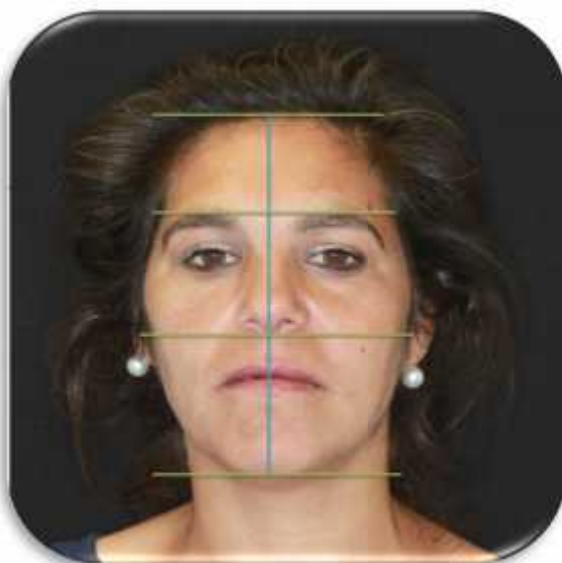
<b>Clasificación</b>	<b>Localización</b>	<b>Técnica quirúrgica</b>
<b>I</b>	Palatino	Gingivectomía
<b>II</b>	Centro de la cresta alveolar o labial	Colgajo de reposición
<b>III</b>	Eje longitudinal de la raíz del incisivo lateral adyacente	Colgajo de reposición apical

**ANEXOS**


**CASO II**

**HC 3687**





## Anexo XXV: Periodontograma y Odontograma



Universidad  
Zaragoza

**Periodontograma**

Paciente: Nº MERCEDES GIMENEZ

Alumno: MARTA NAVARRO

☒ Examen Inicial    ☐ Reevaluación

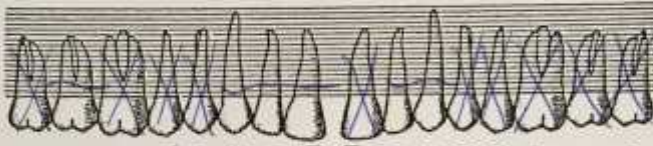
NHI: 3687

Profesor: ANDRÉS ROMÁN

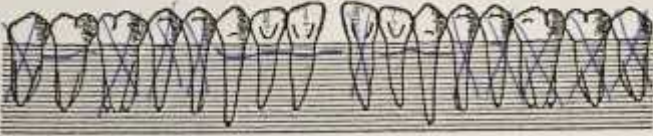
Fecha: 15-2-16

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
PS		3 2 3				2 2 3 2 2 1 7 3 2				3 2 2 2 2 2						
Rec																
PI																
Placa																
Sangrado																

**Vestibular**



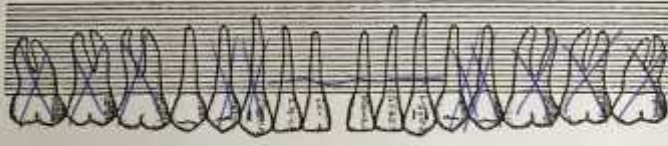
**Palatino**



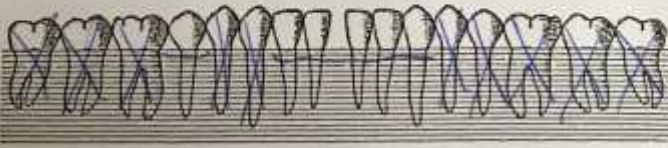
PS		3 2 2				2 2 2 2 2 3 2 2				2 2 2 2 1 2					
Rec															
PI		3 2 3				2 2 2 2 3 3 3 2				2 3 2 2 1 2					
Placa															
Sangrado															
Furca															
Movilidad		0				0	0	0		0	0				

Furca														
Movilidad														
PS				3 2 2			2 2 2 2 3 2			2 2 2 2 2 3 2 1				
Rec														
PI				3 2 3			2 2 2 2 3 2			3 2 2 2 2 3 2 1				
Placa														
Sangrado														

**Lingual**



**Vestibular**



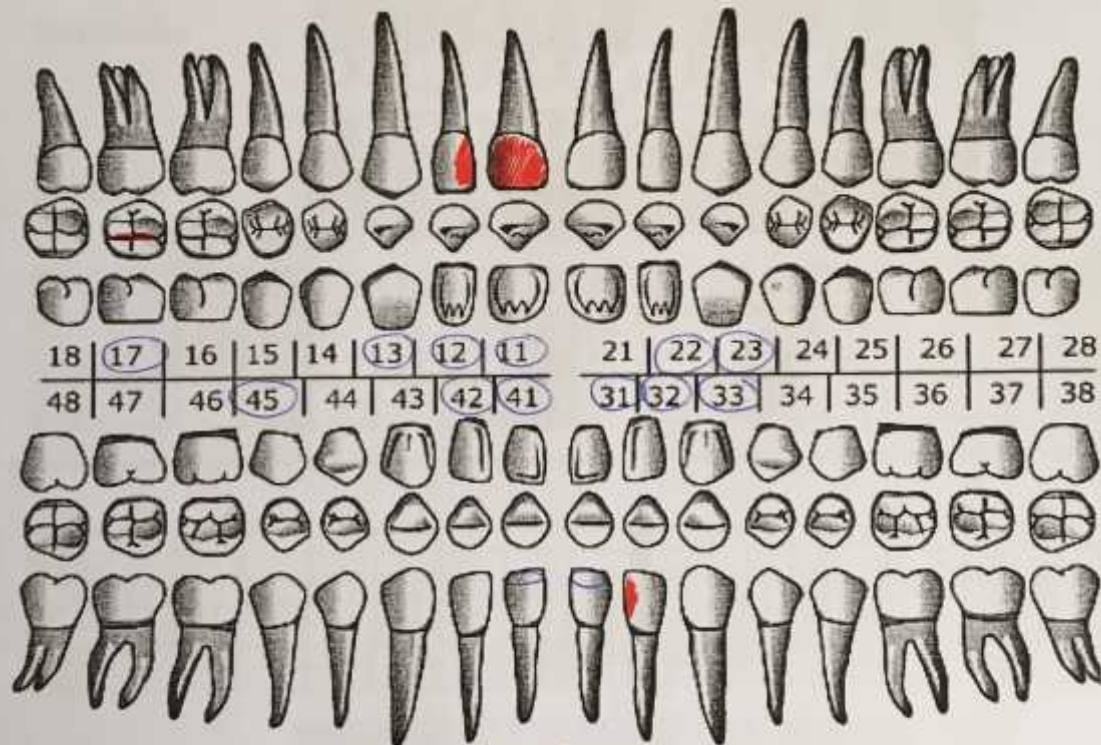
PS				2 2 2			2 2 3 3 2 2			2 2 3 2 2 1 2			
Rec													
PI				2 2 3			2 2 3 3 3 3			3 3 3 2 3 2 2 1 2			
Placa													
Sangrado													



Servicio de Prácticas Odontológicas  
Universidad de Zaragoza

15-2-16

## ODONTOGRAMA



lipoplasia  
esmalte.



## Anexo XXVI: Ortopantomografía

---



## Anexo XXVII: Radiografía periapical

---



## Anexo XXVIII: Análisis de modelos

---

### 1. Arco facial



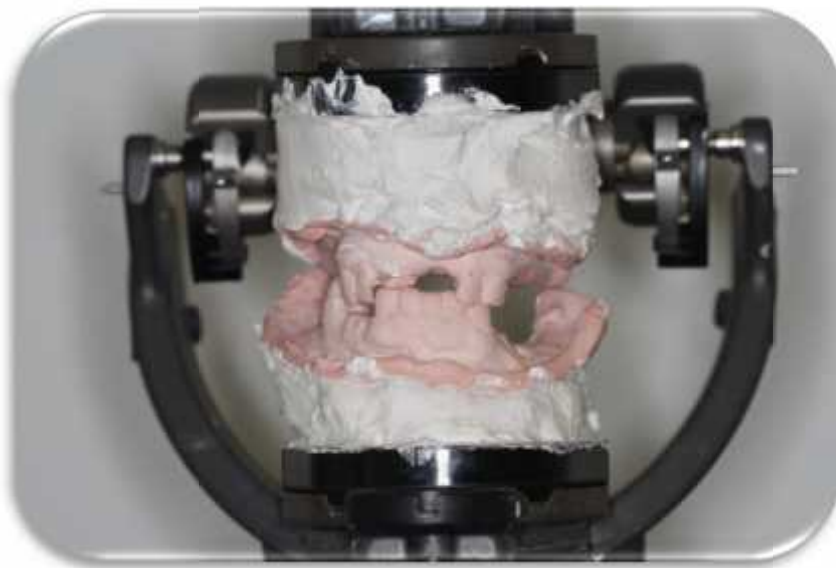
2. Registro de mordida con planchas base y rodetes de cera.



3. Fotografía extraoral de modelos lateral derecho e izquierdo.

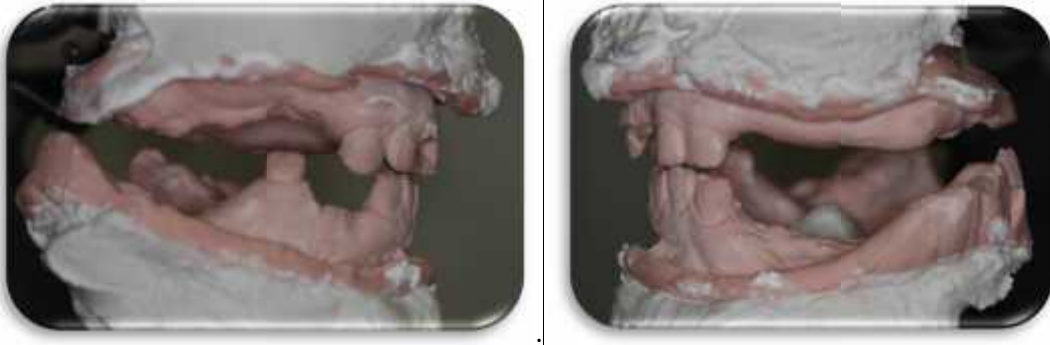


4. Fotografía extraoral de modelos frontal.



5.

6. Fotografía extraoral de modelos lateral derecho e izquierdo con levante de mordida 4mm



#### Anexo XXIX: Registro fotográfico extraoral

---

Fotografía extraoral frontal: 1. Seria 2. Reposo 3. Sonrisa



Fotografía extraoral lateral derecha: 1. Reposo 2. Sonrisa





**Fotografía extraoral lateral izquierda: 1. Reposo 2. Sonrisa**



**Fotografía extraoral ¾ derecha: 1. Reposo 2. Sonrisa**



**Fotografía extraoral 3/4 izquierda: 1. Reposo 2. Sonrisa**



### Anexo XXX: Registro fotográfico intraoral

---

#### 1. Fotografía intraoral frontal



#### 2. Fotografía intraoral lateral derecha

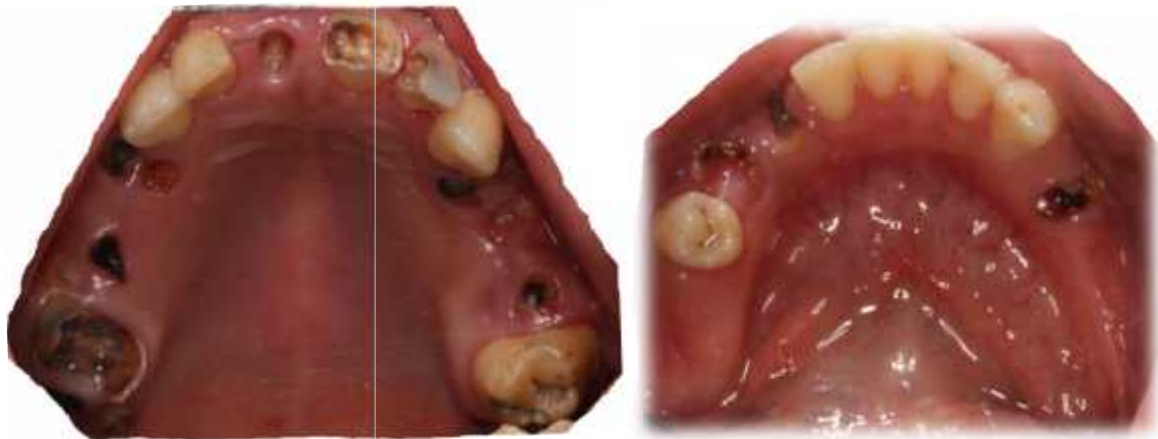


#### 3. Fotografía intraoral lateral izquierda



#### 4.

**5. Fotografía intraoral oclusal superior e inferior.**



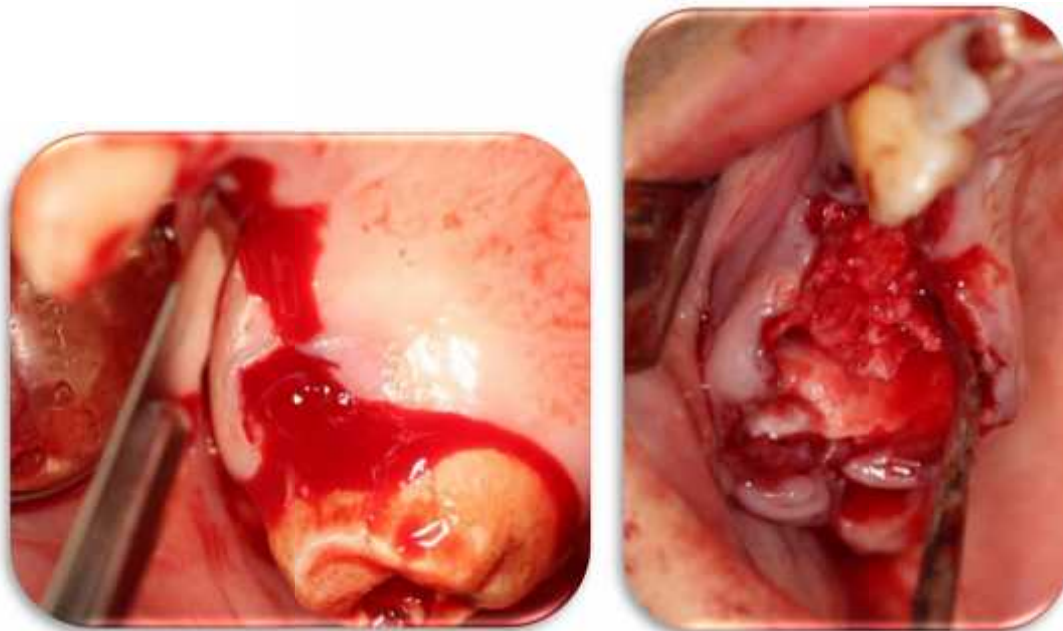
**Anexo XXXI: Protocolo de exodoncias**

---

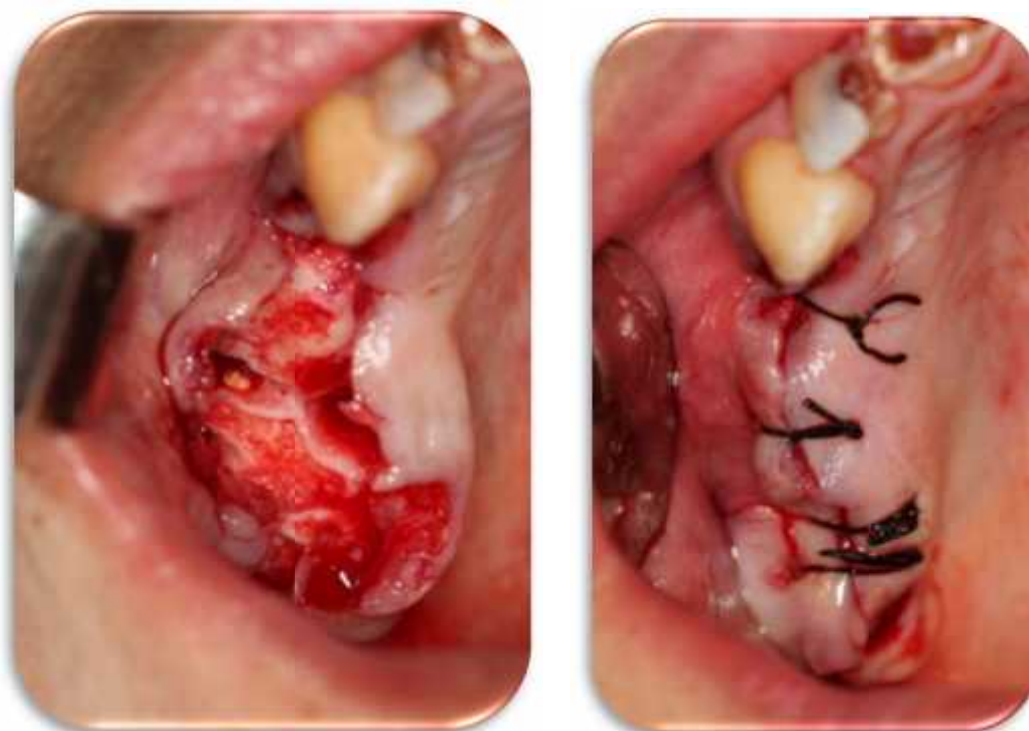
- Anestesia con articaina 1:100
- Sindesmotomía con periostotomo para desinsertar las fibras que rodean el diente.
- Luxación con botador o luxator: buscar el punto de palanca entre la pieza dental y el hueso entrando con el botador por vestibular.
- Uso del fórceps: prensión ajustando las valvas a la anatomía dental por encima de la región cervical de raíces y movimientos potentes y controlados hacia vestibular y palatino, de circunducción o rotación dependiendo de la pieza dental y tracción.
- Legrado para eliminar tejido de granulación y restos de infección.
- Sutura con seda 3Ø
- Antibiótico (amoxicilina), AINE de costumbre para el dolor y enjuagues de clorhexidina al 0.12% durante 8 días

## Anexo XXXII: Fotografías operatorias cirugía

1. Incisión paracrestal para abrir colgajo.
2. Exodoncia de restos radiculares sector posterior derecho: 14, 15, 16, 17, 18, 43, 44, 45, 46 y 47


















3. Osteoplastia
4. Cierre por primera intención con sutura de 3Ø





## Anexo XXXIII: Prótesis parcial removible

<p><b>CLASSE I</b></p> <p><b>Édentulisme bilatéral postérieur</b></p> <p>Cette classe d'édentulisme est caractérisée par la perte des dents susceptibles d'être mises en contact avec le paroi antérieure d'une dentition de la dimension verticale d'occlusion (V.O.) et des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire (A.T.M.).</p> <p><b>Caractéristiques</b></p> <p>La perte des dents est déterminée par le segment dentaire plus postérieur. Chaque segment dentaire antérieur est caractérisé comme une dentition.</p>	<p><b>Classe I</b></p> 	<p><b>Classe I modification 1</b></p> 	<p><b>Classe I modification 2</b></p> 	<p><b>Classe I modification 3</b></p> 	<p><b>Classe I modification 4</b></p> 
<p><b>CLASSE II</b></p> <p><b>Édentulisme unilatéral postérieur</b></p> <p>Dans cette classe d'édentulisme, il s'agit d'un édentulisme unilatéral capable de provoquer des troubles de l'articulation.</p>	<p><b>Classe II</b></p> 	<p><b>Classe II modification 1</b></p> 	<p><b>Classe II modification 2</b></p> 	<p><b>Classe II modification 3</b></p> 	<p><b>Classe II modification 4</b></p> 
<p><b>CLASSE III</b></p> <p><b>Édentulisme unilatéral antérieur</b></p> <p>Cette édentulisme est caractérisé par la perte de plusieurs dents qui servent de support à la prothèse.</p>	<p><b>Classe III</b></p> 	<p><b>Classe III modification 1</b></p> 	<p><b>Classe III modification 2</b></p> 	<p><b>Classe III modification 3</b></p> 	<p><b>Classe III modification 4</b></p> 
<p><b>CLASSE IV</b></p> <p><b>Édentulisme postérieur antérieur</b></p> <p>Dans cette classe, la perte de la dentition de la P.M.P. sera d'une importance. Il sera ainsi important de pouvoir assurer au patient une bonne fonction.</p>		<p><b>CLASSE V</b></p> <p><b>Édentulisme antérieur de deux grande dents</b></p> 	<p><b>CLASSE VI</b></p> <p><b>Édentulisme antérieur de deux grande dents</b></p> 		