

8.ANEXOS

8.1 ANEXOS CASO 1

Anexo 1. FOTOGRAFÍA EXTRAORAL CASO 1



Figura 1 y 2. Fotografía extraoral, visión frontal en reposo y sonrisa



Figura 3 y 4. Fotografía extraoral perfil derecho en reposo y sonrisa



Figura 5 y 6. Fotografía extraoral 3/4 derecho en reposo y sonrisa

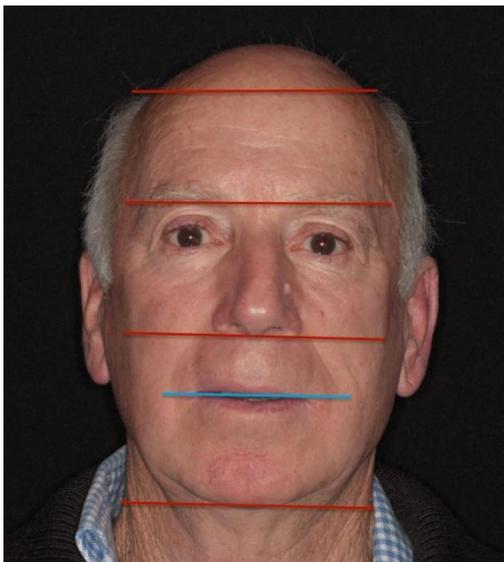


Figura 7. Fotografía extraoral frontal para el análisis de los tercios faciales tomando como referencia planos horizontales para su valoración.

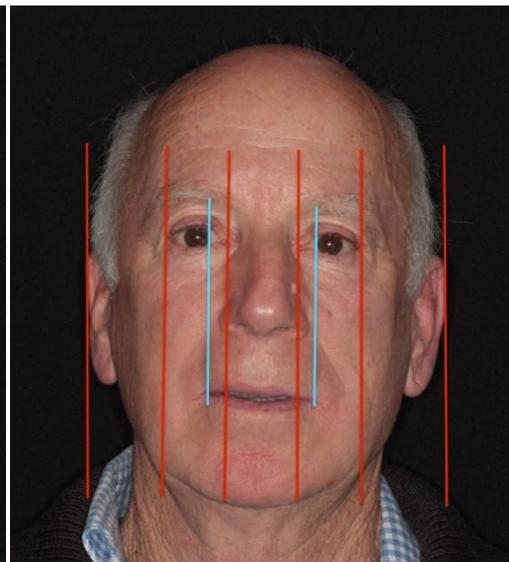


Figura 8. Fotografía extraoral frontal para el análisis de los quintos faciales. Quinto central no coincide.



Figura 9 y 10. Fotografías extraoralea frontales para el análisis de las simetrías.

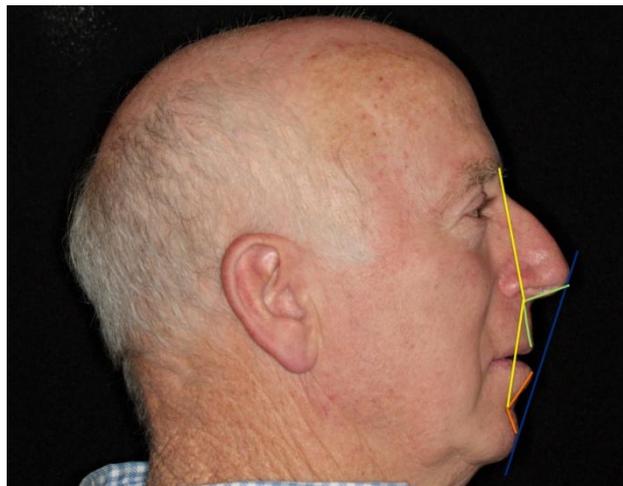


Figura 11. Fotografía extraoral lateral para valoración del perfil facial, contornos labiales ángulo nasolabial y la posición de los labios con respecto al plano estético.

Anexo 2. FOTOGRAFÍA INTRAORAL CASO 1



Figura 12. Fotografía intraoral vista frontal



Figura 13 y 14. Fotografía intraoral lateral derecha e izquierda



Figura 15 y 16. Fotografía intraoral oclusal superior e inferior



Figura 17. Fotografía intraoral sextantes.



Figura 18. Fotografía intraoral de las arcadas en oclusión. Se observa que las líneas medias no coinciden.



Figura 19 y 20. Fotografía intraoral de las arcadas en oclusión desde una vista lateral derecha e izquierda. A nivel sagital, se observa una clase I canina bilateral de Angle y clase molar no valorable.

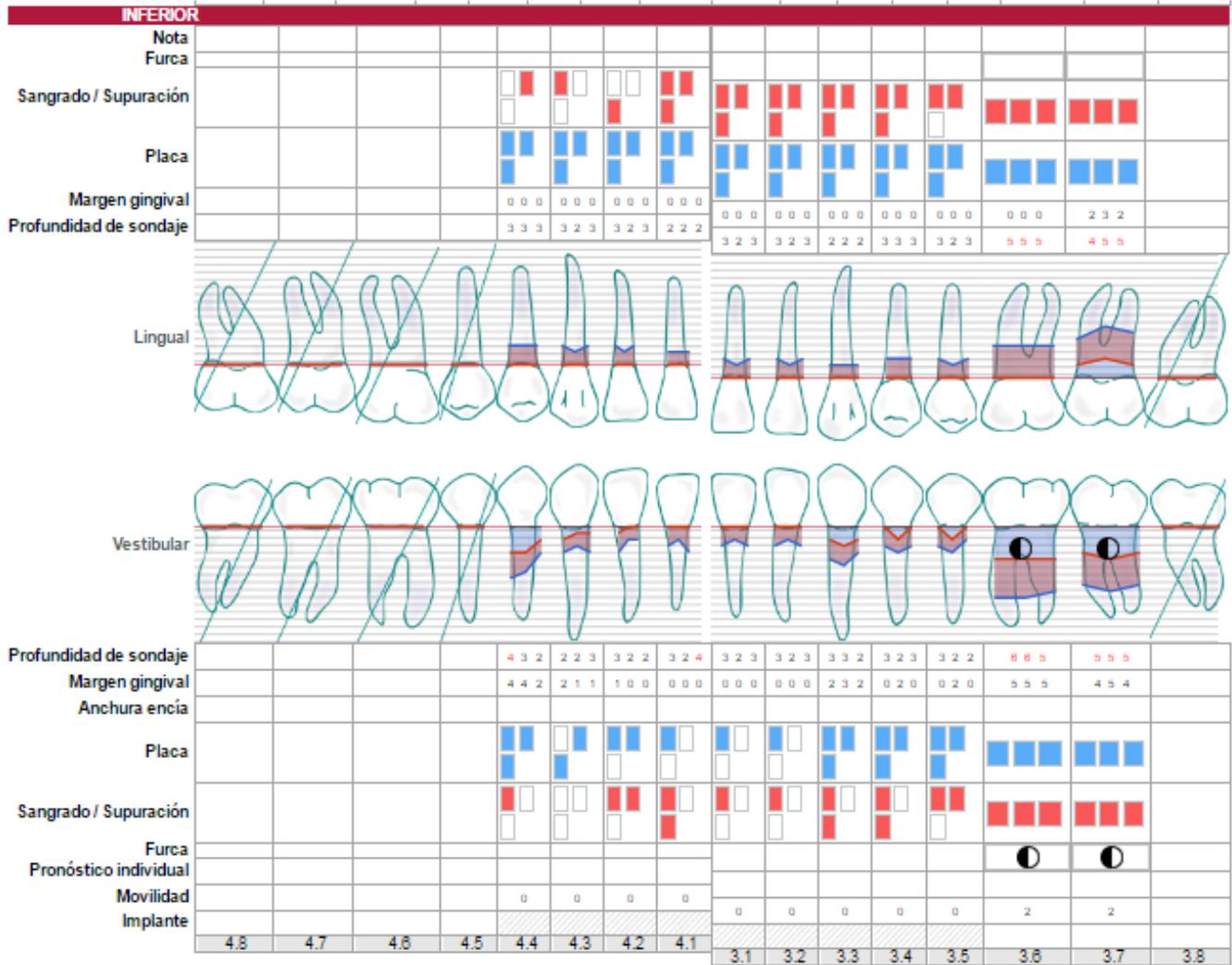


Figura 22. Periodontograma inicial

Anexo 5. RADIOGRAFÍAS CASO 1

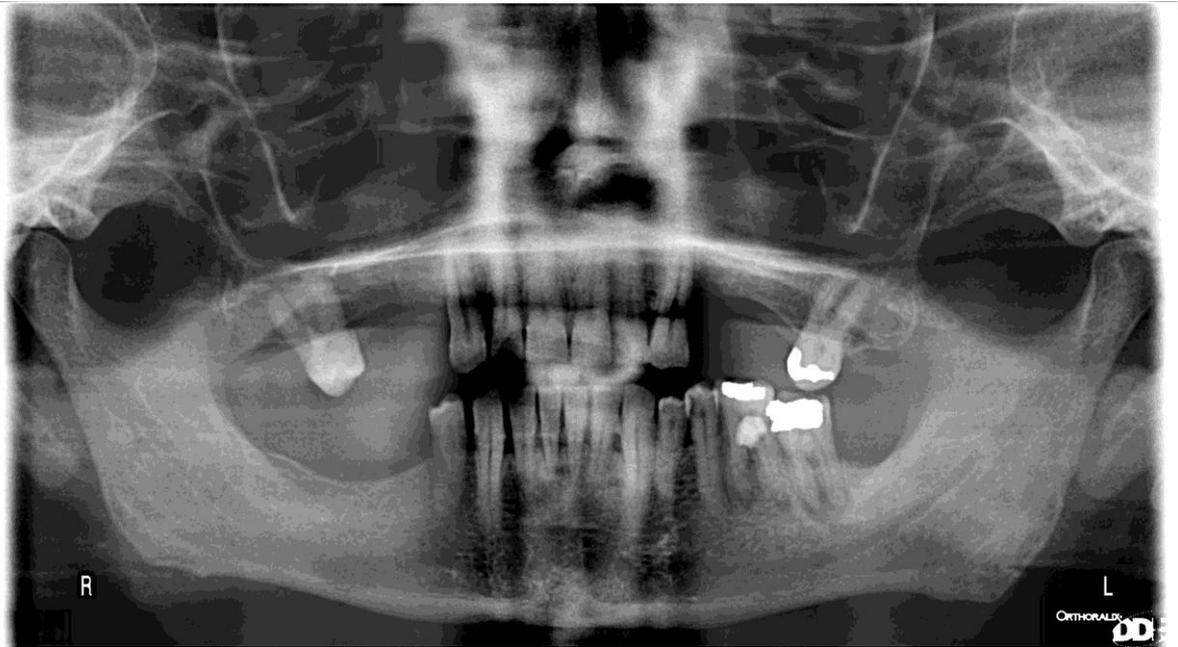


Figura 23. Ortopantomografía

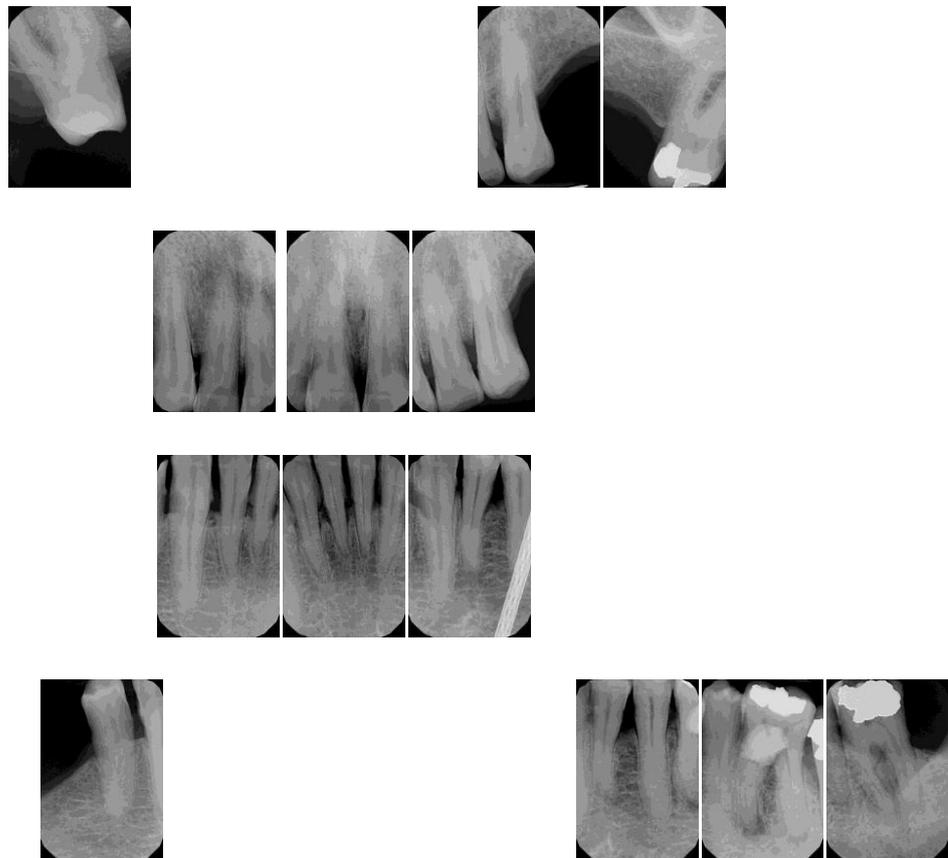


Figura 24. Serie periapical

Anexo 6. TOMA DE ARCO FACIAL Y MONTAJE DE MODELOS EN ARTICULADOR CASO 1

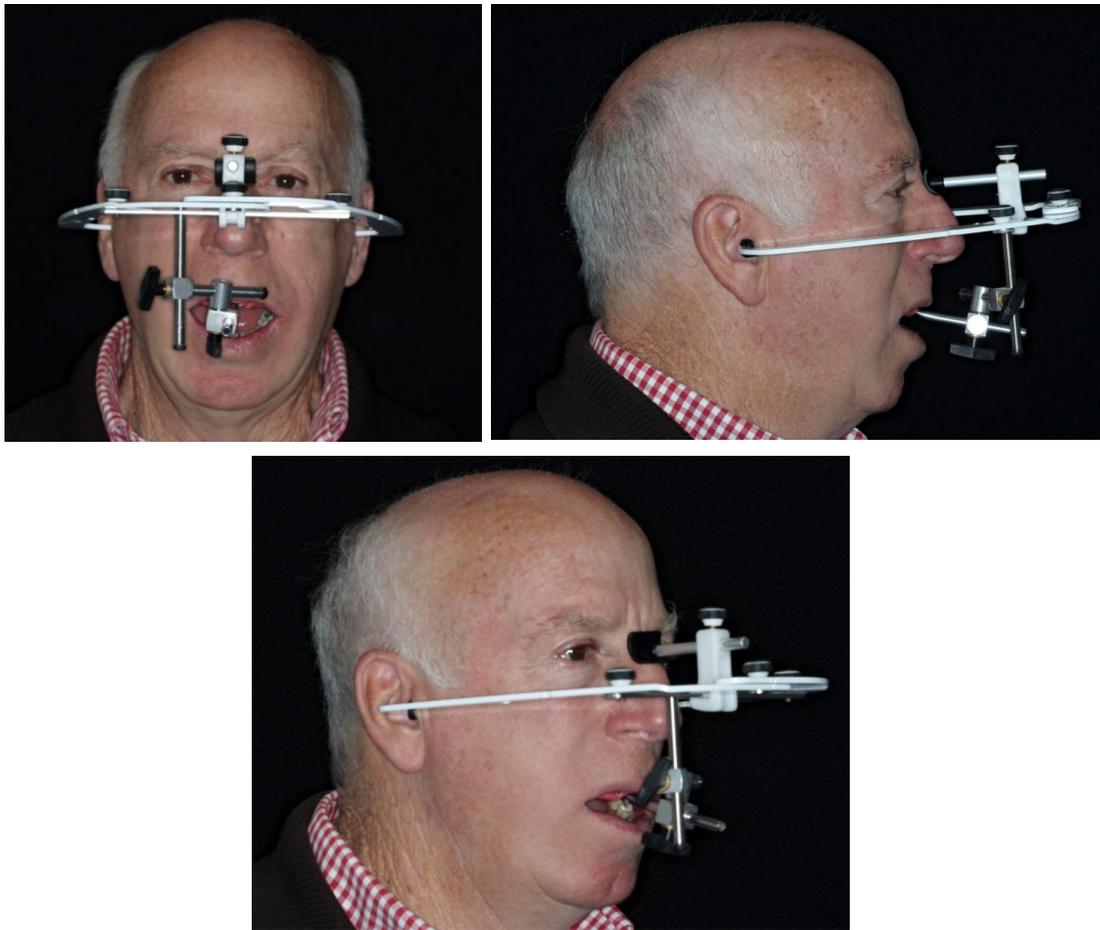


Figura 25,26 y 27. Toma de arcofacial visión frontal,perfil y 3/4 derecho.

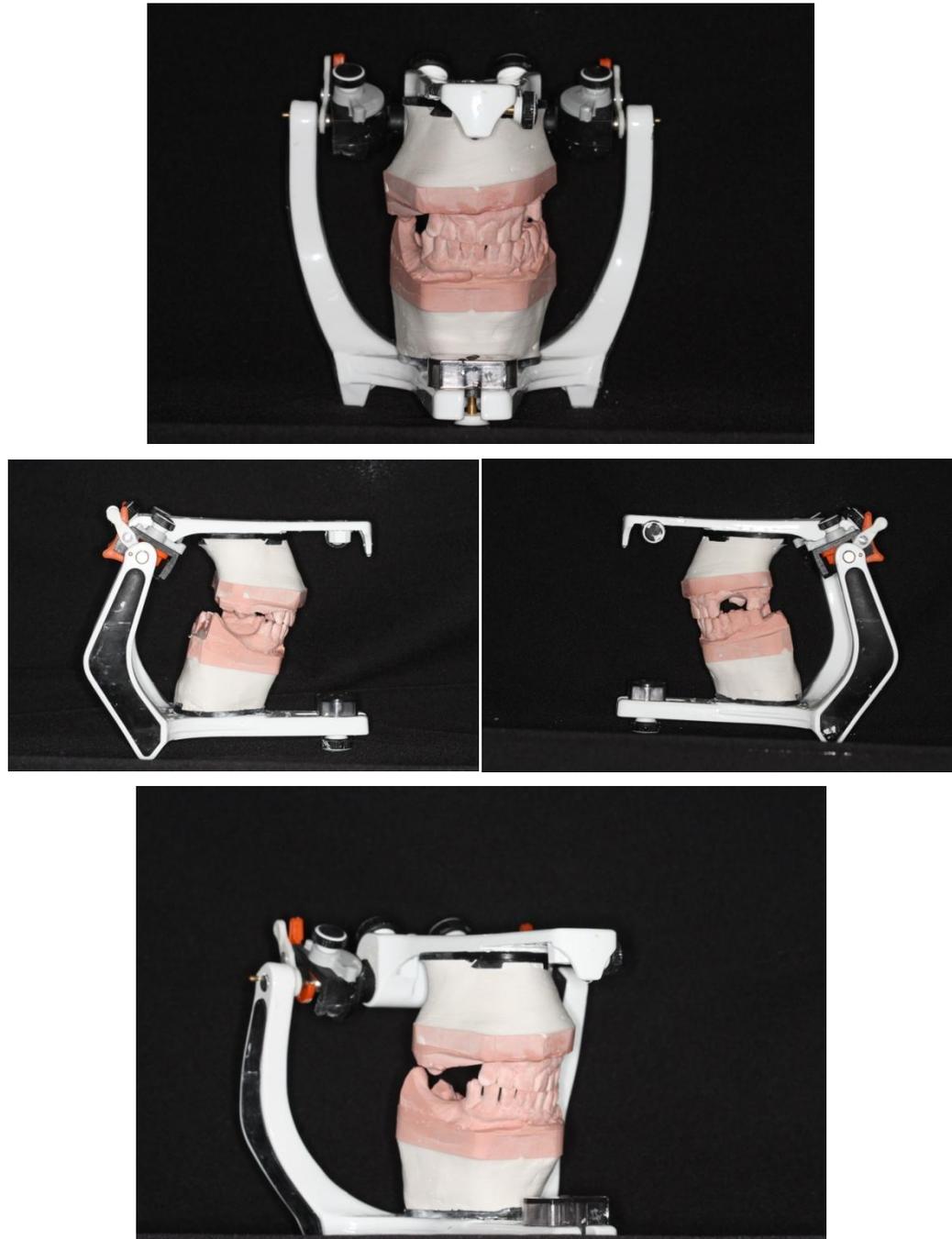


Figura 28, 29, 30, 31. Montaje de modelos en articulador, visión frontal, lateral y $\frac{3}{4}$ derecha.

Anexo 7.CUESTIONARIO ASA CASO 1

Preguntas generales		ASA II		
1. ¿Ha tenido alguna vez complicaciones médicas durante el tratamiento dental?..... NO				
2. ¿Ha tenido alguna vez algún problema con el uso de algún medicamento?..... NO				
3.¿Ha sido ingresado alguna vez en hospital, sometido a alguna intervención quirúrgica?..... NO				
4.¿ Se siente nervioso ante el tratamiento con el dentista?..... NO				
5.¿ Ha tenido alguna mala experiencia previa en la consulta del odontólogo?..... NO				
Preguntas	SI	NO	ASA	
1.¿ Ha sufrido dolor en el pecho tras un ejercicio?		X		
2.¿ Ha tenido algún ataque al corazón?		X		
3.¿Ha tenido algún soplo o alguna enfermedad valvular o le han implantado alguna valvula cardiaca?		X		
4.¿Ha tenido alguna vez palpitaciones cardiacas en reposo?		X		
5.¿Ha tenido insuficiencia cardiaca?		X		
6.¿Ha tenido alguna vez la tensión alta? Escriba los valores de su última toma(toma actual).... 8.5/13.5	X		II	
7.¿ Tiene tendencia al sangrado?		X		
8.¿ Ha padecido o padece epilepsia?		X		
9.¿Sufre de asma?		X		
10.¿Tiene otros problemas pulmonares o tos persistente?		X		

11. ¿ Ha tenido alguna vez reacción alérgica a la penicilina, aspirina, esparadrapos, latex o alguna otra cosa?		X	
12.¿ Padece usted de diabetes?		X	
13.¿Padece usted de tiroides?		X	
14.¿Padece usted ahora, o ha padecido, de enfermedad del hígado?		X	
15.¿Padece de enfermedades del riñón?		X	
16.¿Tiene usted o ha tenido algún cáncer o leucemia?		X	
17.¿Padece de hiperventilación(se ahoga) o crisis de ansiedad?		X	
18.¿Alguna vez se ha desmayado durante el tratamiento dental?		X	
19.¿Sufre alguna infección (tuberculosis, sífilis, otras..)		X	
20.¿Necesita tomar antibióticos u otra medicación antes del tratamiento dental?	X		//
21.¿Toma alguno de los siguientes medicamentos?: escriba el nombre. Para la tensión.....Enalapril 10 mg			
22.Sólo para mujeres: ¿Está embarazada?	-	-	-
23.¿Fuma?		X	
24.¿Bebe con asiduidad y que cantidad?		X	
25.¿Padece usted alguna enfermedad o problema no mencionado que crea que debemos conocer?		X	

Figura 32. Cuestionario ASA que muestra que nuestro paciente es ASA II

Anexo 8. PRONÓSTICO INDIVIDUAL CASO 1

Dientes	Pronóstico Bueno	Pronóstico Cuestionable			No Mantenible		
		CP*	CE**	CD***	CP*	CE**	CD***
1.7,1.3,1.2,2.1,2.2, 2.3,2.7,3.5,3.4,3.3 3.2,3.1,4.1,4.2,4.2, 4.3.4.4	X						
3.6		X Furca grado II		X Caries en la zona de furcacion			
3.7		X Furca grado II					

CP*: Criterios Periodontales, CE**: Criterios Endodónticos, CD***: Criterios Dentales

Figura 33: Pronóstico individual siguiendo los criterios propuestos por Cabello Domínguez, G y cols (2005)¹⁸.

Anexo 9. PLAN DE TRATAMIENTO CASO 1

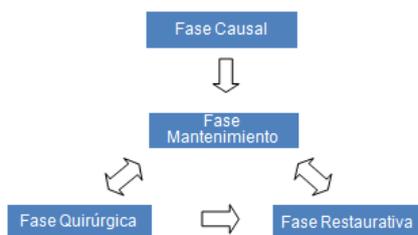


Figura 34. Fases del tratamiento Periodontal

ARCADA SUPERIOR			
PPF		PPR	
OPCIÓN 1 PPF implantoportada: Espacio mesiodistal disponible 19.5 y 20mm 3 Implantes 1.5+4+3+4+3+4+1.5=21mm 2 Implantes 1.5+4+3+4+1.5=14mm - 3 Coronas: <ul style="list-style-type: none"> • 1.4 - ○ - 1.6 • 2.4 - ○ - 2.6 	OPCIÓN 2 PPF dentosoportada 1.7- ○ - ○ - ○ - 1.3-1.2-1.1- 2.1-2.2-2.3- ○ - ○ - ○ - 2.7	OPCIÓN 3 Esquelético	OPCIÓN 4 Acrílico
ARCADA INFERIOR			
PPF		PPR	
OPCIÓN 5 Rehabilitación con implantes hasta los 6. <ul style="list-style-type: none"> • Implante unitario 3.6 • 2 implantes unitarios: 4.5,4.6 	OPCIÓN 6 Rehabilitación con implantes hasta los 7. <ul style="list-style-type: none"> • 2 Implantes unitarios 3.6,3.7 • 2 Implantes con 3 coronas: 4.5 - ○ - 4.7 	OPCIÓN 7 Esquelético	OPCIÓN 8 Acrílico

Combinaciones posibles: Opciones 1+5, 1+6, 1+7, 1+8, 2+5, 2+6, 2+7, 2+8, 3+5, 3+6, 3+7, 3+8, 4+5, 4+6, 4+7, 4+8.

Figura 35. Opciones terapéuticas propuestas para el CASO 1.

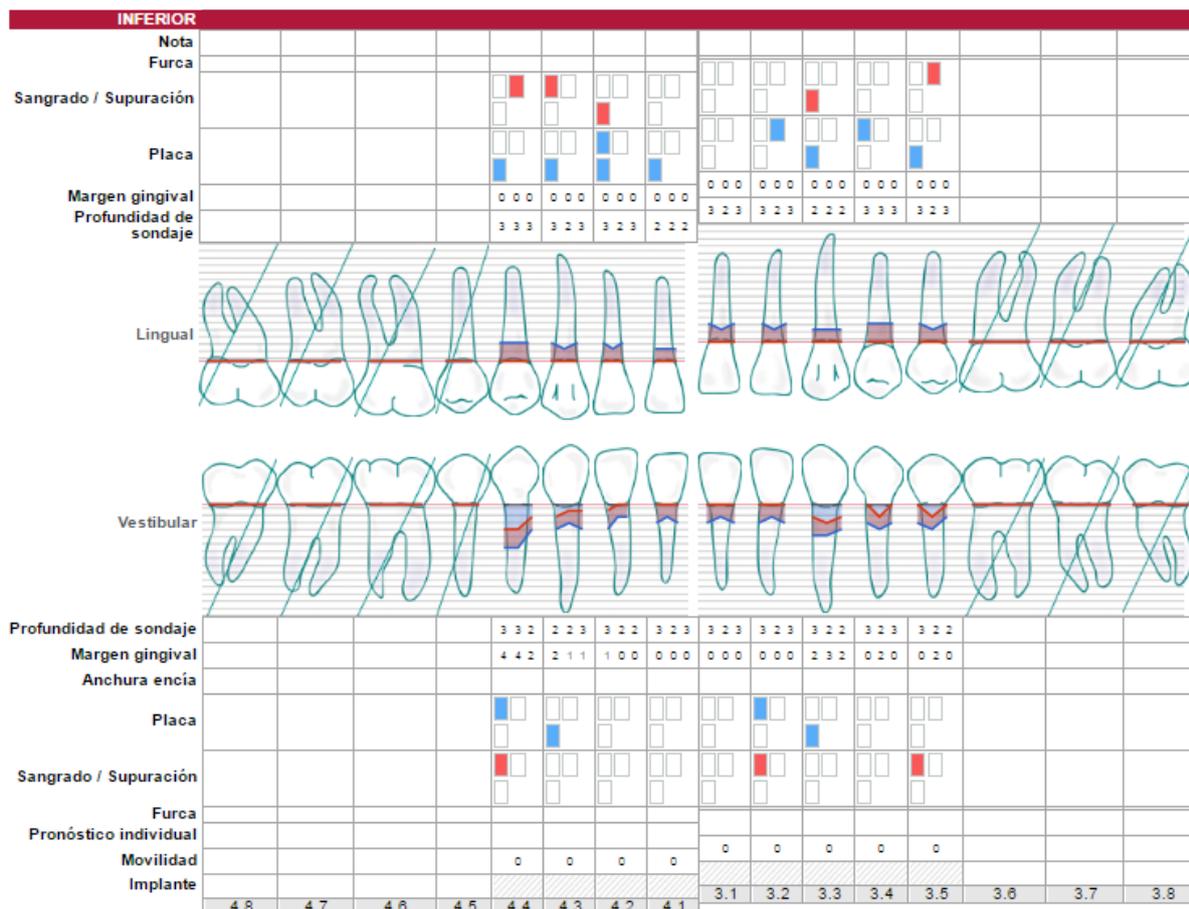


Figura 36. Periodontograma de reevaluación, realizado 4 semanas después de la Fase Periodotal Básica dónde se puede apreciar la notable disminución de placa y sangrado.

Anexo 11. MANEJO DEL PACIENTE HIPERTENSO CASO 1

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	
<p><i>Benazepril, Moexipril, Captopril</i> <i>Quinapril, Enalapril, Ramipril,</i> <i>Fosipril, Trandolapril, Lisinopril</i></p>	<p>Bloquean el sistema regina-angiotensina-aldosterona, e impiden la conversión de Angiotensina I en II. Éste es un potente vasoconstrictor.</p>

Figura37. Mecanismo de acción de los fármacos antihipertensivos inhibidores de la IECA , datos obtenidos del libro Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas, de Castellanos Suárez JL y cols *

Tipo de pacientes hipertensos clasificados con base en el control de la enfermedad	
TIPO	Características de buen control
Control adecuado	El paciente visita en forma periódica al médico, toma con puntualidad sus fármacos y muestra cifras de PA normales o cercanas a lo normal
Mal control	El paciente visita al médico de forma periódica, toma sus fármacos y presenta cifras superiores a 140/90 mm Hg
Sin apego al tratamiento	El paciente visita al médico de forma eventual, no sigue el tratamiento ni las indicaciones y presenta cifras altas de presión arterial
Abandono del tratamiento	El paciente no visita al médico, ha abandonado el tratamiento y muestra cifras altas de presión arterial
No diagnosticado	El paciente no ha sido identificado como hipertenso, no recibe tratamiento y presenta cifras altas de presión arterial

Figura38. Clasificación del paciente hipertenso en función del control de la enfermedad, datos obtenidos del libro Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas, de Castellanos Suárez JL y cols ¹⁴.

Reacciones secundarias producidas por los antihipertensivos inhibidores de la ECA con manifestación en la cavidad bucal.
HIPOSALIVACIÓN
ÚLCERAS AFTOSAS
AGEUSIA, DISGEUSIA, HIPOGEUSIA
PÉNFIGO BULOSO
HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA
DIÁTESIS HEMORRÁGICA

Figura 39. Reacciones secundarias de fármacos inhibidores de la ECA

Manejo Odontológico del Paciente hipertenso	
Procedimiento	Consideraciones
Interconsulta médica	Conocer el tipo de HTA, el tratamiento médico recibido, conocer la evolución y control de la enfermedad.
Toma de presión arterial	Lectura en cada cita para definir la pertinencia de la atención el día de la consulta. Posponer la consulta ante cifras superiores en 20% a las cifras base.
Horario y ambiente de trabajo	Citas de preferencia vespertinas. Optimizar el tiempo de trabajo, atmósfera relajada. En pacientes aprensivos prescribir ansiolíticos la noche anterior a la consulta y la mañana de la cita o 1h antes
Anestésicos locales	Anestesia local profunda y duradera. Emplear anestésicos locales con el vasoconstrictor adecuado en cada caso en particular (3 cartuchos)
Prescripción de fármacos	Evitar interacciones medicamentosas nocivas. No emplear vasoconstrictores adrenérgicos en pacientes que reciben B-bloqueadores adrenérgicos. Evitar esquemas terapéuticos prolongado de AINE
Plan de tratamiento	Definir la extensión y complejidad del plan de tratamiento en base al grado de hiposalivación y tendencia cariosa. Debido a los fármacos los pacientes pueden tener hipotensión postural por lo que se recomienda evitar que hagan movimientos bruscos en el sillón dental.
Lesiones bucales	No existen lesiones bucales derivadas de la HTA. Las que se presentan son debidas a las reacciones secundarias a los fármacos.

Figura40. Manejo odontológico del paciente hipertenso, datos obtenidos del libro Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas, de Castellanos Suárez JL y cols ¹⁴.

Anexo 12: PERIODONTITIS CRÓNICA CASO 1 Y 2

	Slight	Moderete	Severe
Probins depths	>3 & <5mm	≥5 & <7mm	≥7
Bleeding on Probing	Yes	Yes	Yes
Radiographic bone loss	Up to 15% roor length or ≥2mm & ≤3mm	16% to 30% or >3mm & ≤5mm	>30% or >5
Clinical attachment loss	1 to 2mm	3 to 4mm	≤5mm

Figura 41. Tabla que muestra la clasificacion de la PC según la gravedad de la enfermedad obtenida del Journal of Periodontology, official publication of the American Academy of Periodontology ²¹.

Características Reconocidas en los Informes de Consenso de 1999 Diferenciando La Periodontitis Crónica versus la Agresiva	
Periodontitis Crónica	Periodontitis Agresiva
<ul style="list-style-type: none"> • Mayor prevalencia en adultos, pero puede ocurrir en niños y Adolescentes. • La cantidad de destrucción es consistente con la presencia de factores locales . • El cálculo subgingival es un hallazgo frecuente. • Asociado con un patrón microbiano variable. • Velocidad de progresión lenta a moderada, pero puede tener periodos de rápida destrucción • Puede clasificarse adicionalmente en función de su extensión y gravedad. • Puede asociarse con factores predisponentes . • Puede ser modificada por y / o asociada con enfermedades (por ejemplo, diabetes mellitus, infección por VIH) • Puede ser modificada por factores distintos de la sistémica . 	<ul style="list-style-type: none"> • Excepto por la presencia de periodontitis, los pacientes son clínicamente (médicamente) saludable. • Pérdida rápida de inserción y destrucción ósea • Agregación familiar • Características secundarias (generalmente pero no universalmente presentes): <ul style="list-style-type: none"> - Las cantidades de depósitos microbianos (biofilm) son inconsistentes con la gravedad de la destrucción del tejido periodontal - Proporciones elevadas de Actinobacillus Actinomycetemcomitans y en algunas poblaciones Porphyromonas Gingivalis • Discriminación de formas localizadas y generalizadas de agresividad como únicas "subclasificaciones"

Figura 42. Tabla PC vs PA, obtenida del Journal of Periodontology, official publication of the American Academy of Periodontology ²¹.

Anexo 13. HTA Y PERIODONTITIS

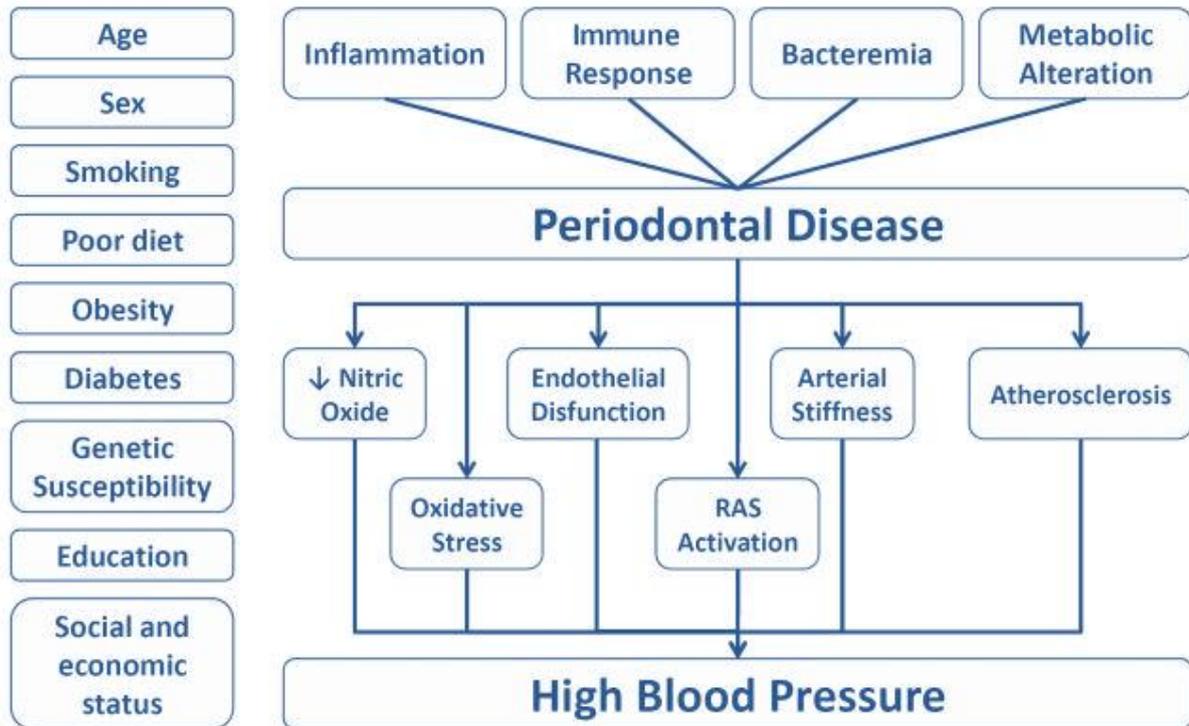


Figura 43. Imagen sustraída del artículo de Macedo Paizan ML y cols (2014) que muestra la relación entre los factores de riesgo y posibles mecanismos fisiopatológicos entre la enfermedad periodontal y la HTA ²³.

Anexo 14. TRATAMIENTO CASO 1

Cambios fisiológicos, patológicos y funcionales que ocurren en la cavidad oral en la tercera edad y pueden repercutir en el tratamiento protésico	
Reducción de la cámara pulpar	Puede traer beneficios por permitir preparaciones cavitarias más extensas, por eso en esta edad es de fundamental importancia la preservación de la integridad pulpar.
Oscurecimiento de la dentina	Interfiere en la selección del color de los elementos artificiales. Fragilidad de la estructura dentaria: Se nota una mayor incidencia de fracturas verticales y horizontales de la corona y raíz.
Pérdida de retención de las prótesis totales y parciales removibles extensas	Disminución de la película de saliva entre la prótesis y la mucosa debido a la xerostomía
Aumento del número de caries y problemas periodontales	Menor flujo salival, dieta cariogénica y dificultad de higienización.
Presencia de enfermedades sistémicas	Anamnesis debe ser minuciosa para prevenir que problemas de orden general puedan interferir en el tratamiento dentario o lo inverso
Pérdida de dimensión vertical de oclusión	Resultado de extracciones tempranas que aumentan la posibilidad de reabsorción del reborde alveolar, generando cambios en la relación oclusal y contactos prematuros, que pueden favorecer el surgimiento de hábitos parafuncionales aumentando el desgaste de los remanentes.
Alteraciones morfológicas de la ATM:	Pueden causar alteraciones neuromusculares

Figura 44. Algunos cambios fisiológicos, patológicos y funcionales que ocurren en la cavidad oral en la tercera edad que pueden repercutir en el tratamiento protésico, datos obtenidos del artículo de Almeida EO y cols (2007)²⁷.

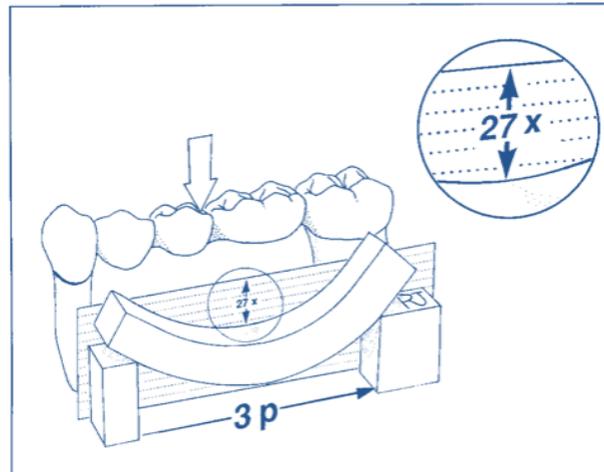


Figura 45. Dibujo obtenido del libro Fundamentos esenciales en prótesis fija de Shillingburg TH²⁶, que ilustra que la deflexión en una PPJ es 27 veces mayor cuando se triplica la longitud del pónico.

Desventajas derivadas de la sustitución del SEGUNDOMOLAR INFERIOR

- No se encuentra en una zona de importancia estética.
- El segundo molar superior extruido no es estético ni conlleva consecuencias oclusales.
- Menos del 5% de eficacia masticatoria total.
- La fuerza masticatoria es un 10% superior (posible riesgo de pérdida ósea, fractura de la porcelana y aflojamiento del tornillo del pilar).
- Hay más interferencias oclusales durante las excursiones mandibulares.
- La posición del conducto dentario inferior es más alta y menos predecible en esa zona.
- Hay menor densidad del hueso.
- Hay una mayor profundidad de la fosa submandibular y mayor angulación del hueso respecto al plano oclusal.
- El espacio de la altura de la corona está limitado o es desfavorable para el cementado(mayor riesgo de descementado).
- El acceso para colocar el tornillo oclusal es limitado.
- El acceso para colocar correctamente el cuerpo del implante es limitado.
- Mordida cruzada: el Implante está colocado más hacia vestibular que en los dientes superiores.
- El acceso limitado dificulta la higiene.
- Es más frecuente que el paciente se muerda la mejilla.
- Tras la cirugía, la línea de incisión es mayor.
- La arcada inferior se lesiona más.
- El tercer molar inferior se mueve hacia delante (cuando está presente) y el espacio interdentario es escaso.
- Mayor coste para el paciente.

Figura 46. Cuadro realizado con datos obtenidos del libro Prótesis dental sobre implantes de Misch C¹³, que plasma las desventajas de la sustitución del segundo molar inferior.

8.2 ANEXOS CASO 2

Anexo 15. FOTOGRAFÍA EXTRAORAL CASO 2



Figura 47 y 48. Fotografía extraoral, visión frontal en reposo y sonrisa



Figura 49 y 50. Fotografía extraoral perfil derecho en reposo y sonrisa



Figura 51 y 52. Fotografía extraoral 3/4 derecho en reposo y sonrisa



Figura 53. Fotografía extraoral frontal para el análisis de los tercios faciales tomando como referencia planos horizontales para su valoración.

Figura 54. Fotografía extraoral frontal para el análisis de los quintos faciales. Quinto central no coincide.



Figura 55 y 56. Fotografías extraorales frontales para el análisis de las simetrías.



Figura 57. Fotografía extraoral lateral para valoración del perfil facial, contornos labiales ángulo nasolabial y la posición de los labios con respecto al plano estético.

Anexo 16. FOTOGRAFÍA INTRAORAL CASO 2



Figura 58. Fotografía intraoral vista frontal



Figura 59 y 60. Fotografía intraoral lateral derecha e izquierda



Figura 61 y 62. Fotografía intraoral oclusal superior e inferior



Figura 63. Fotografía intraoral sextantes.



Figura 64. Fotografía intraoral de las arcadas en oclusión. Se observa que las líneas medias no coinciden.



Figura 65 y 66. Fotografía intraoral de las arcadas en oclusión desde una vista lateral derecha e izquierda. A nivel sagital, se observa una clase I canina bilateral de Angle y clase molar no valorable.

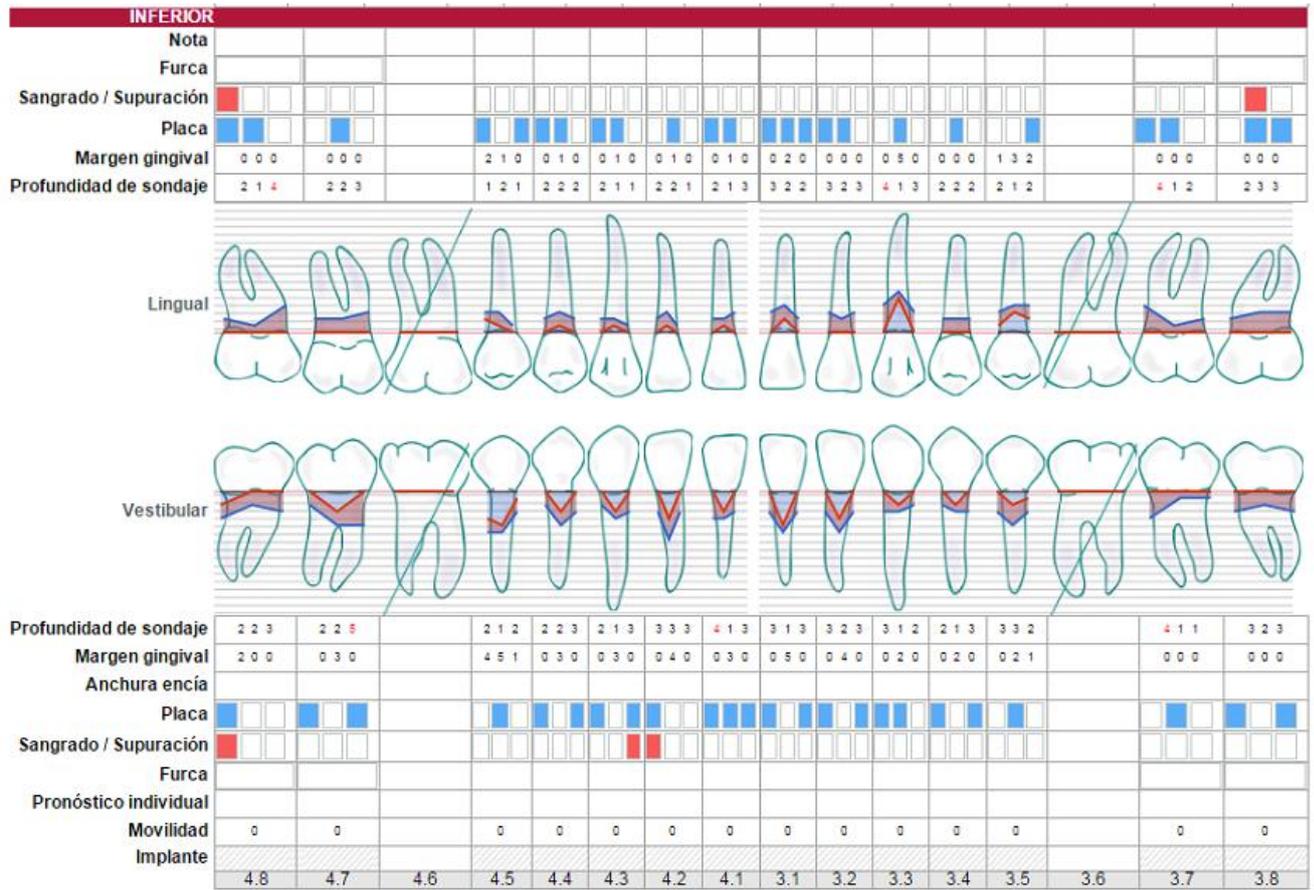


Figura 68. Periodontograma Inicial

Anexo 19. RADIOGRAFÍAS CASO 2

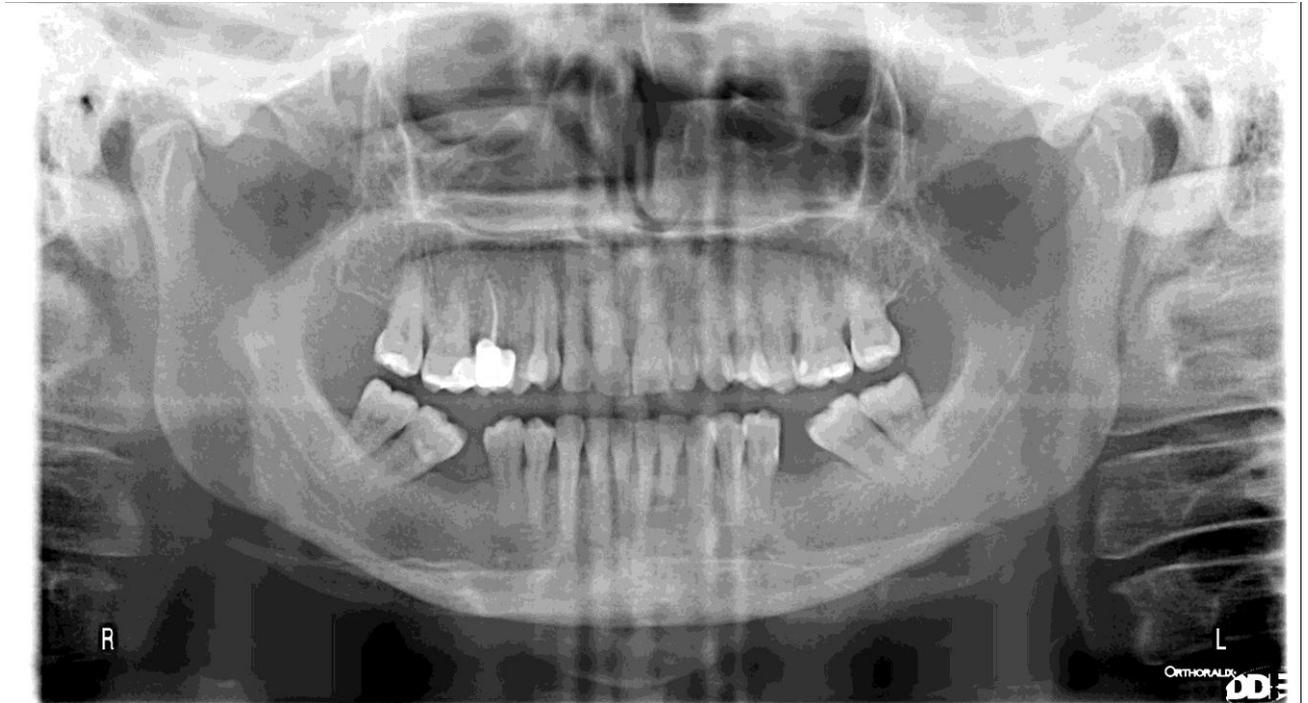


Figura 69. Ortopantomografía

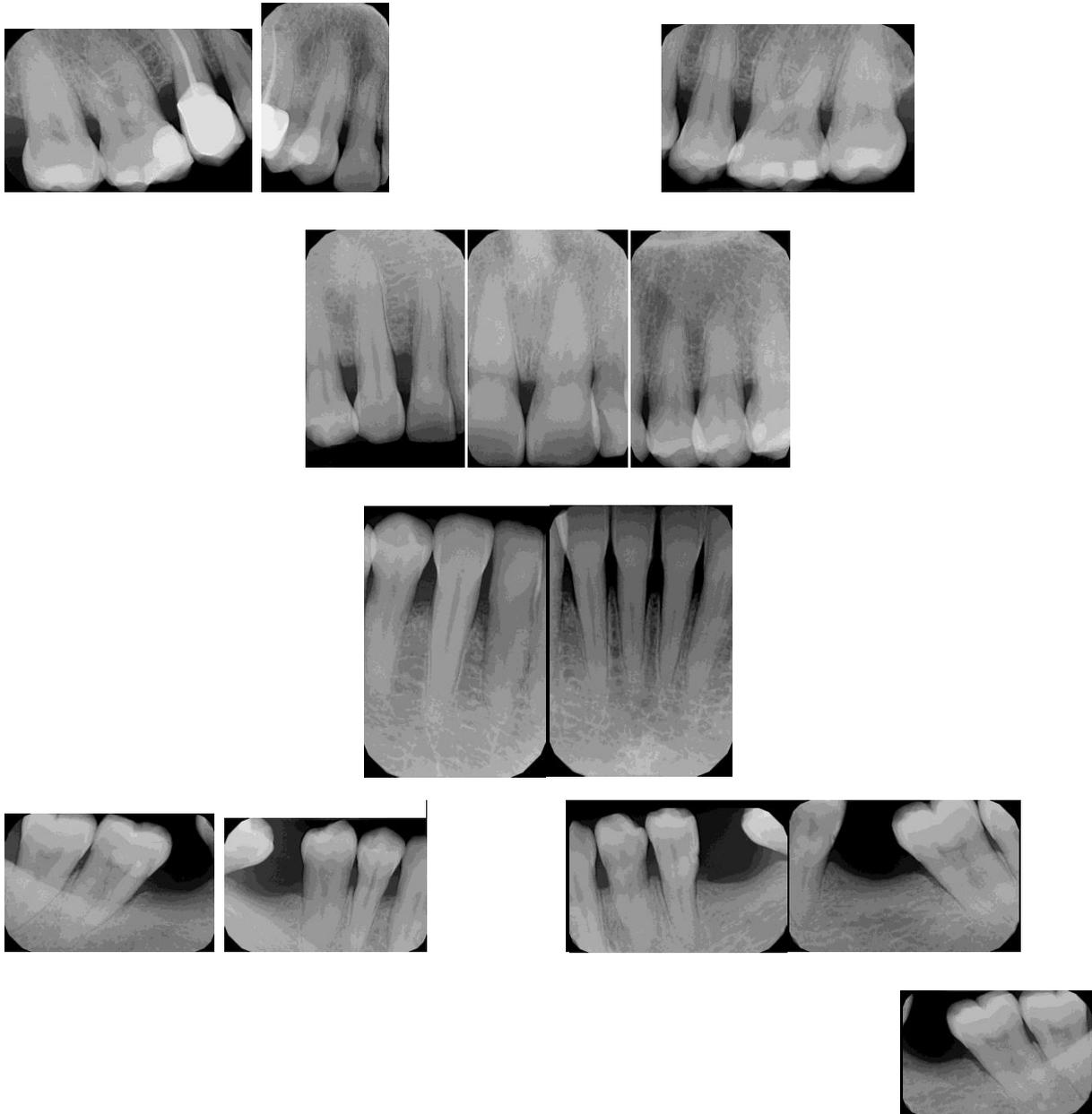


Figura 70. Serie periapical

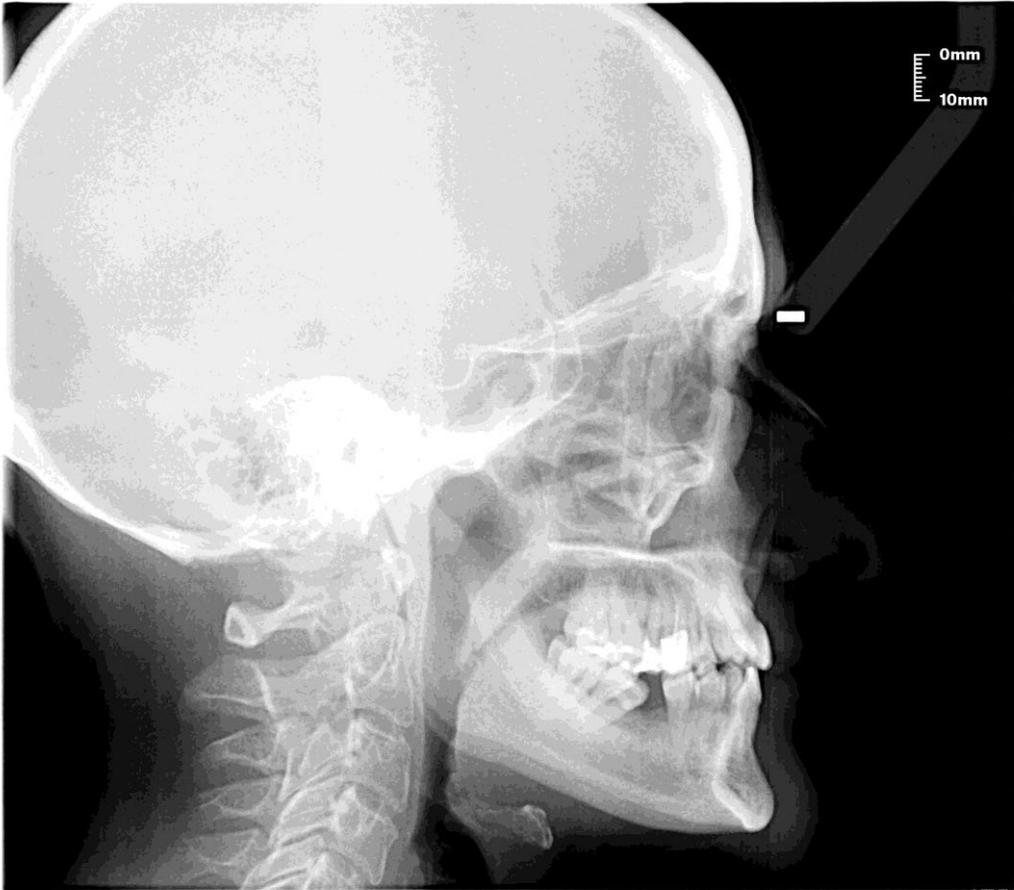


Figura 71. Telerradiografía

Anexo 20. TOMA DE ARCO FACIAL Y MONTAJE DE MODELOS EN ARTICULADOR CASO 2

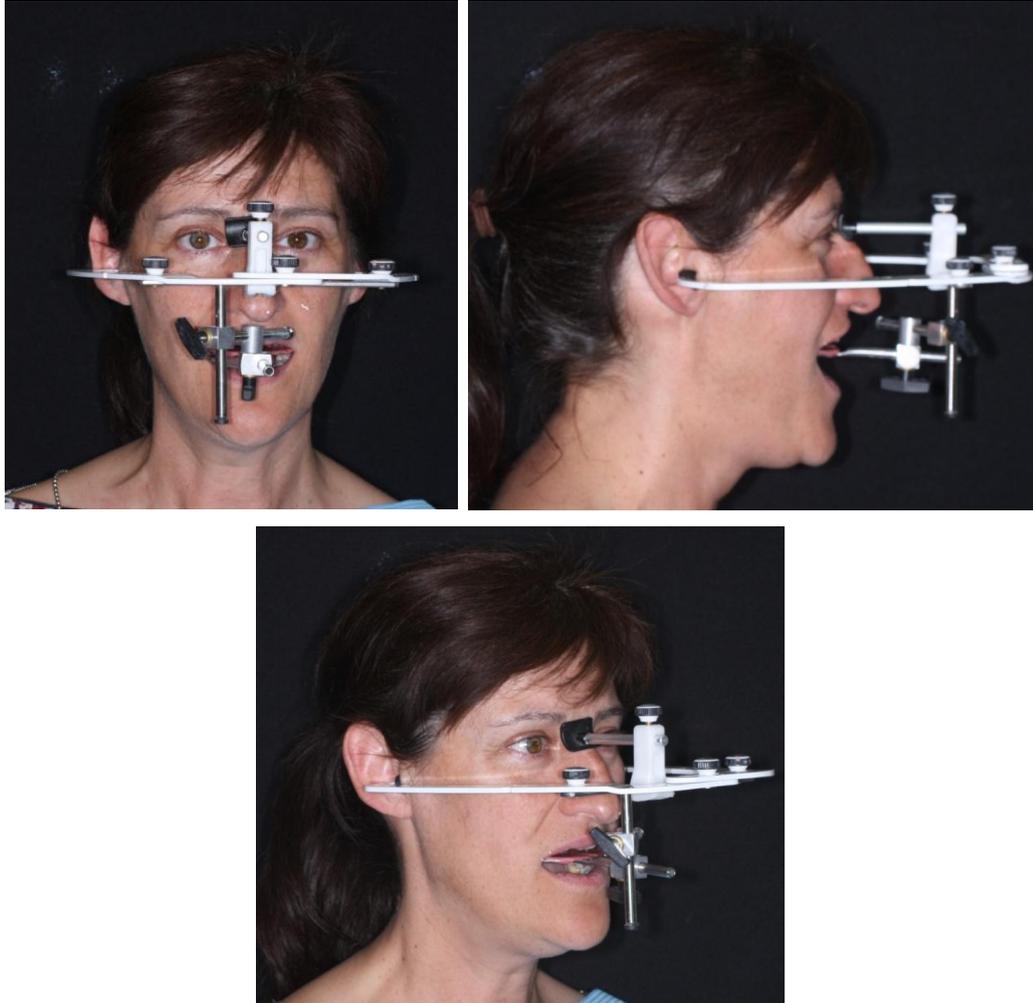


Figura 72, 73 y 74. Toma de arcofacial visión frontal, perfil y 3/4 derecho.

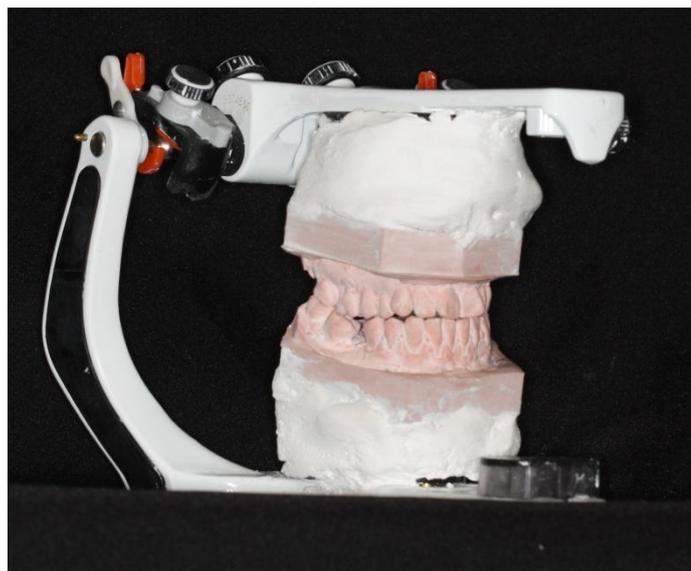
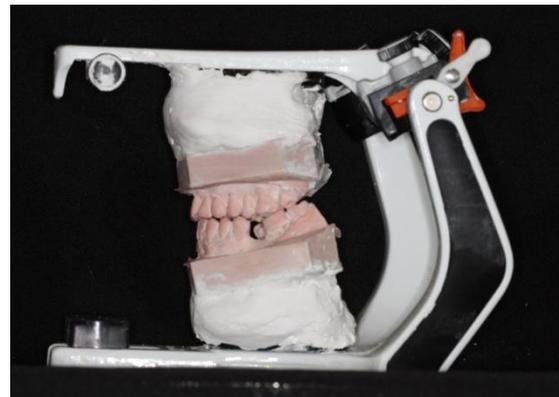
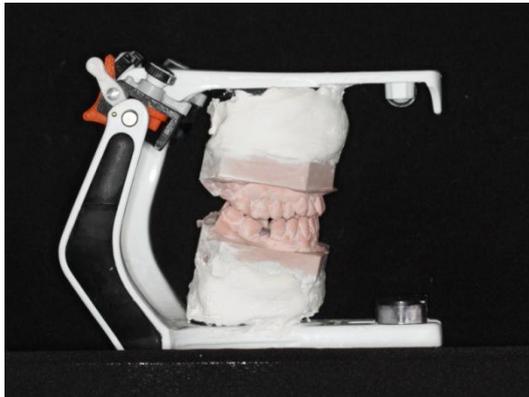
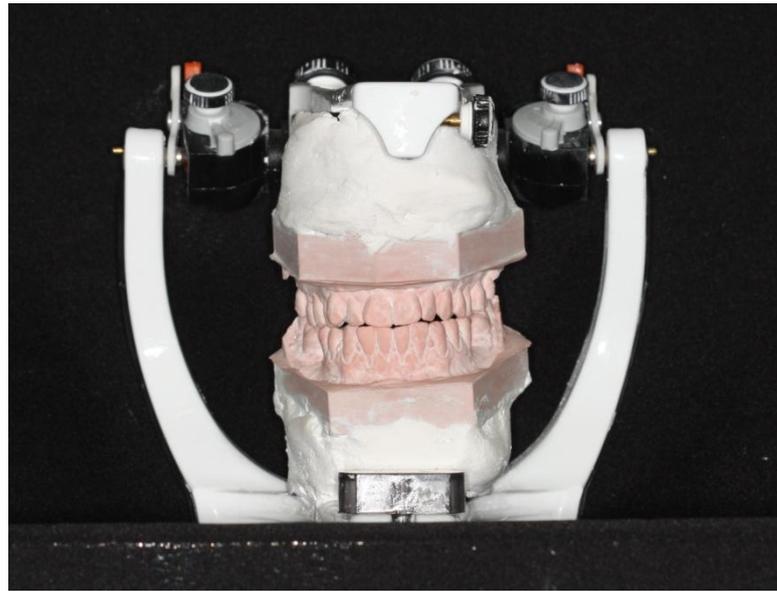


Figura 75, 76, 77, 78. Montaje de modelos en articulador, visión frontal, lateral y $\frac{3}{4}$ derecha.

Anexo 21.CUESTIONARIO ASA CASO 2

Preguntas generales		ASA I		
1. ¿Ha tenido alguna vez complicaciones médicas durante el tratamiento dental?..... NO				
2. ¿Ha tenido alguna vez algún problema con el uso de algún medicamento?..... NO				
3.¿Ha sido ingresado alguna vez en hospital, sometido a alguna intervención quirúrgica?..... NO				
4.¿ Se siente nervioso ante el tratamiento con el dentista?..... NO				
5.¿ Ha tenido alguna mala experiencia previa en la consulta del odontólogo?..... NO				
Preguntas	SI	NO	ASA	
1.¿ Ha sufrido dolor en el pecho tras un ejercicio?		X		
2.¿ Ha tenido algún ataque al corazón?		X		
3.¿Ha tenido algún soplo o alguna enfermedad valvular o le han implantado alguna valvula cardiaca?		X		
4.¿Ha tenido alguna vez palpitaciones cardiacas en reposo?		X		
5.¿Ha tenido insuficiencia cardiaca?		X		
6.¿Ha tenido alguna vez la tensión alta?		X		
7.¿ Tiene tendencia al sangrado?		X		
8.¿ Ha padecido o padece epilepsia?		X		
9.¿Sufre de asma?		X		
10.¿Tiene otros problemas pulmonares o tos persistente?		X		
11. ¿ Ha tenido alguna vez reacción alérgicaa la penicilina, aspirina, esparadrapos, latex o alguna otra cosa?		X		

12.¿ Padece usted de diabetes?		X	
13.¿Padece usted de tiroides?		X	
14.¿Padece usted ahora, o ha padecido, de enfermedad del hígado?		X	
15.¿Padece de enfermedades del riñón?		X	
16.¿Tiene usted o ha tenido algún cáncer o leucemia?		X	
17.¿Padece de hiperventilación(se ahoga) o crisis de ansiedad?		X	
18.¿Alguna vez se ha desmayado durante el tratamiento dental?		X	
19.¿Sufre alguna infección (tuberculosis, sífilis, otras..)		X	
20.¿Necesita tomar antibióticos u otra medicación antes del tratamiento dental?		X	
21.¿Toma alguno de los siguientes medicamentos?: escriba el nombre.		X	
22.Sólo para mujeres: ¿Está embarazada?		X	
23.¿Fuma?		X	
24.¿Bebe con asiduidad y que cantidad?		X	
25.¿Padece usted alguna enfermedad o problema no mencionado que crea que debemos conocer?		X	

Figura 79. Cuestionario ASA que muestra que nuestra paciente es ASA I.

Anexo 22. ESTUDIO ORTODÓNICO CASO 2

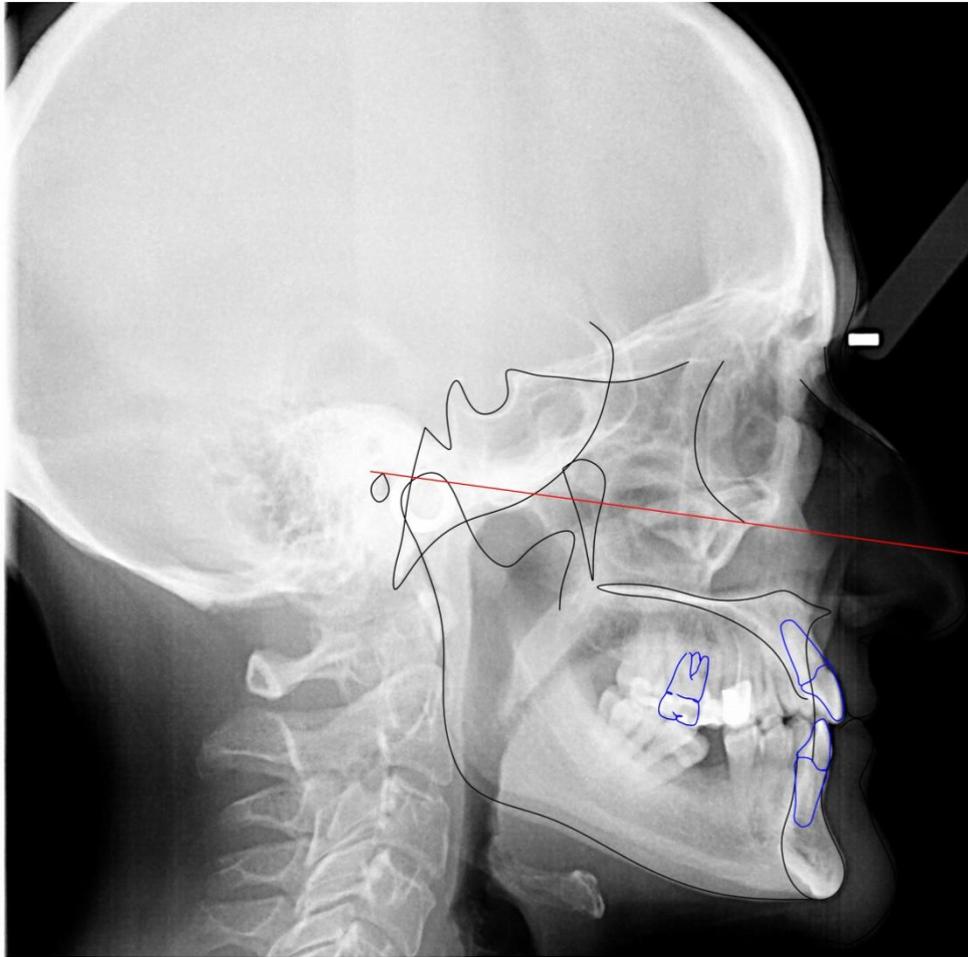


Figura 80. Trazado de la teleradiografía para Cefalometría .

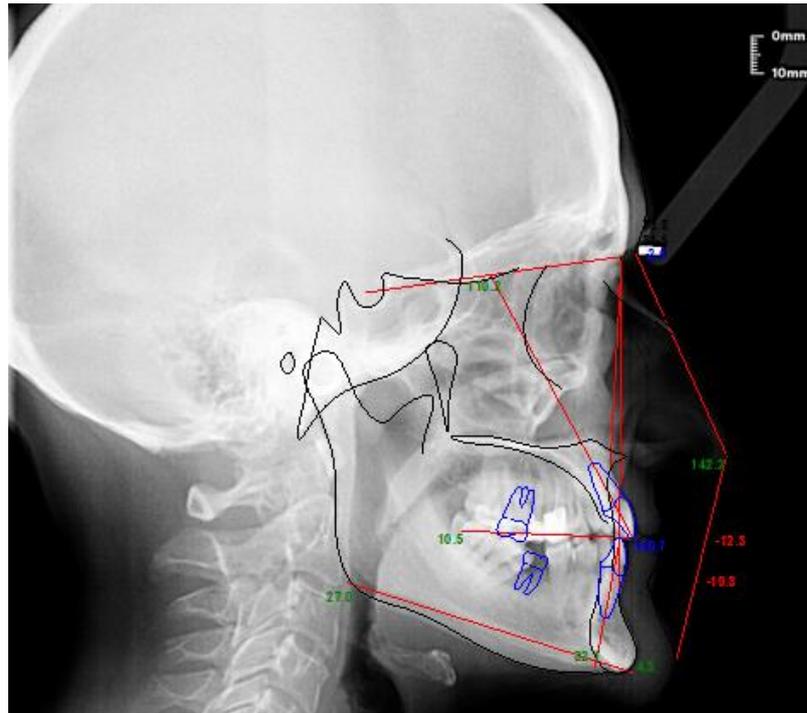


Figura 81. Cefalometría de Steiner.

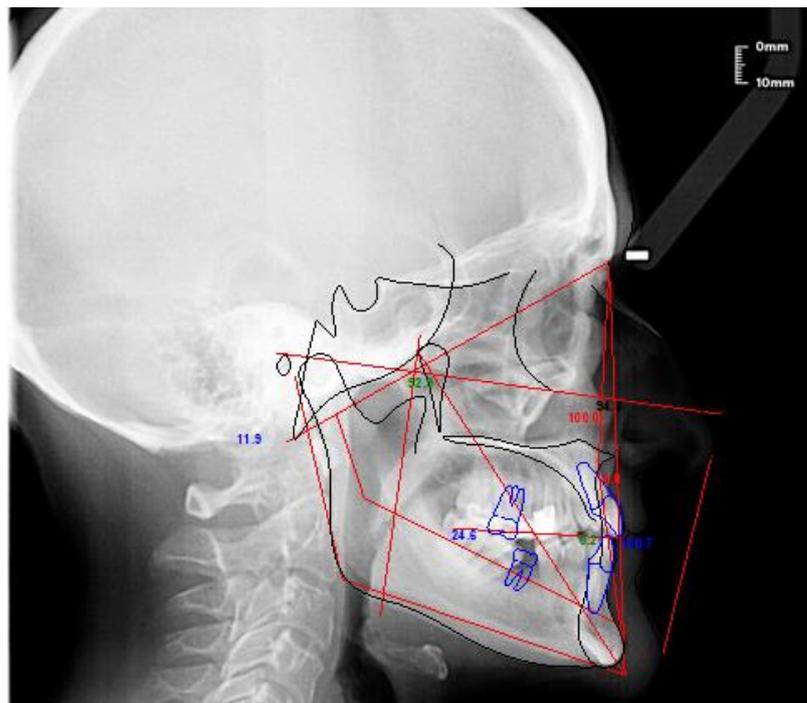


Figura 82. Cefalometría de Ricketts.

Parámetro	NORMA	CASO	INTERPRETACIÓN
SNA	$82^{\circ} \pm 2$	78.8	Retrusión o hipoplasia maxilar
SNB	$80^{\circ} \pm 2$	81.5	Mandíbula normoposicionada
ANB	$2^{\circ} \pm 2$	-2.7	Clase III esquelética
PL.OCLUSAL	$14^{\circ} \pm 3$	11	Plano oclusal normal ó crecimiento mesiofacial.
PL.MANDIBULAR	$32^{\circ} \pm 5$	27	Plano mandibular normal o crecimiento mesiofacial
POSICIÓN INCISIVO SUP	4 ± 1 mm	7.2	Incisivo superior protruido
INCLINACIÓN INCISIVO SUP	$22^{\circ} \pm 2$	31.3	Incisivo superior proinclinado, vestibuloversión coronal o linguoversión radicular
POSICIÓN INCISIVO INF	4 ± 1 mm	0.2	Incisivo inferior retruido
INCLINACIÓN INCISIVO INF	$25^{\circ} \pm 2$	10.2	Incisivo superior retroinclinado, vestibuloversión radicular o linguoversión coronal
ÁNGULO INTERINCISAL	$131^{\circ} \pm 4$	140	Ángulo interincisal abierto
PLANO ESTÉTICO SUP	0mm	-12.3	Retroquelia
PLANO ESTÉTICO INF	0mm	-10.8	Retroquelia

Figura 83. Cefalometría de Steiner. Su interpretación muestra que la paciente presenta clase III esquelética, la mandíbula se encuentra normoposicionada, mientras que el maxilar se halla retruido. Muestra un crecimiento normal o mesiofacial. Dentalmente presenta el incisivo superior protruido y proinclinado, bien por vestibuloversión coronal o linguoversión radicular. Por último, el incisivo inferior se encuentra retruido y retroinclinado, bien por vestibuloversión radicular o linguoversión coronal. Desde el punto de vista estético la paciente presenta birretroquelia labial.

PARÁMETROS	VALOR NORMAL	CORRECCIÓN BIOLÓGICA	VALOR HALLADO	INTERPRETACIÓN
PROFUNDIDAD FACIAL	87°±3	89,7°±3	94.8	Mandíbula protruída
CONVEXIDAD FACIAL	2mm±2	0,2mm±2	-5	Clase III esquelética
EJE FACIAL	90°±3,5	90°±3,5	92.9	Crecimiento normal o mesofacial
ÁNGULO DEL PLANO MANDIBULAR	26°± 4,5	23,3°± 4,5	24.6	Crecimiento normal o mesofacial
ALTURA FACIAL INFERIOR	47°± 4	47°± 4	36.3	Braquifacial
ARCO MANDIBULAR	26°± 4	30,5°± 4	45.5	<i>Braquifacial</i>
POSICIÓN DEL INCISIVO INF	1mm ± 2	1mm ± 2	0.2	Normoposicionado
INCLINACIÓN DEL INCISIVO INF	22°± 4	22°± 4	18.9	Normoinclinado
RELACION MOLAR	-3 mm ± 3	21 ± 3	-8.8	Clase II molar
POSICIÓN DEL LABIO INF	-2 mm ± 2	- 3,8 mm ± 2	-10.8	Retroquelia

Figura 84. Cefalometría de Ricketts. Su interpretación muestra clase III esquelética y prognatismo o hiperplasia mandibular. La paciente muestra un crecimiento facial con tendencia braquifacial. La posición e inclinación del incisivo inferior es normal y aparece una clase III molar. Desde el punto de vista estético presenta retroquelia del labio inferior.

Arcada superior	5,4,3	2,1,1,2	3,4,5
Espacio Habitable	19	26	19
Tamaño dentario	20	30	19
Discrepancia	-1	-4	0
Interpretación : La DOD es de -5 mm por lo que presenta apiñamiento			
Arcada Inferior	5,4,3	2,1,1,2	3,4,5
Espacio Habitable	19	20	19
Tamaño dentario	19.5	20.5	19.5
Discrepancia	-0.5	-0.5	-0.5
Interpretación : La DOD es de -1.5 mm por lo que presenta apiñamiento			

Figura 85. Tabla que plasma el análisis de las discrepancias oseodentarias de ambos maxilares

Índice de Bolton	Interpretación de los resultados
Índice de Bolton Anterior	72.22% Indica exceso superior. En proporción, el tamaño de los dientes inferiores es menor al de los superiores.
Índice de Bolton Total	No valorable ya que no tiene los primeros molares inferiores

Figura 86. Tabla que plasma el análisis de la discrepancia dentodentaria o de Bolton.

Anexo 23. PRONÓSTICO INDIVIDUAL CASO 2

Dientes	Pronóstico Bueno	Pronóstico Cuestionable			No Mantenable		
		CP*	CE**	CD***	CP*	CE**	CD***
1.7,1.6,1.5,1.4,1.3,1.2,1.1, 2.1,2.2,2.3,2.4,2.5,2.6,2.7 3.8,3.7,3.5,3.6,3.4,3.3,3.2,3.1, 4.8,4.7,4.5,4.4,4.3,4.2,4.1	X						

CP*: Criterios Periodontales, CE**: Criterios Endodónticos, CD***: Criterios Dentales

Figura 87. Pronóstico individual siguiendo los criterios propuestos por Cabello Domínguez, G y cols (2005)¹⁸

Anexo 24. PLAN DE TRATAMIENTO CASO 2

CON ORTODONCIA	
<u>Tratamiento ortodónico pre-protésico</u>	
1. <u>Facilitar el tratamiento rehabilitador final:</u>	
• Distalar los 7 mesiorrotados:	
▪ Exodoncia estratégica del 3.8 y 4.8	
▪ Enderezar 3.7 y 4.7 con anclaje esquelético con microtornillos en:	
○ Tuberosidad	
○ Distal de los segundos premolares	
2. <u>Estabilizar oclusión → Expansión</u>	
• Mordida abierta anterior:	Topes en los molares para intruirlos y extruir los dientes anteriores.
• Mordida borde a borde PM y cruzada unidentaria:	Expansión con elásticos en Z o Criss-Cross (botón en palatino superior y botón en vestibular inferior)
<u>Tratamiento Rehabilitador post-ortodoncia</u>	
• OPCIÓN1: Implantes unitarios en el 3.6 y 4.6	
• OPCIÓN 2: PPF 3.5-○-3.7 y 4.5-○-4.7	
SIN ORTODONCIA	
• OPCIÓN 3: PPF 3.5-○-3.7 y 4.5-○-4.7	

Figura 88. Tratamientos propuestos para el caso 2

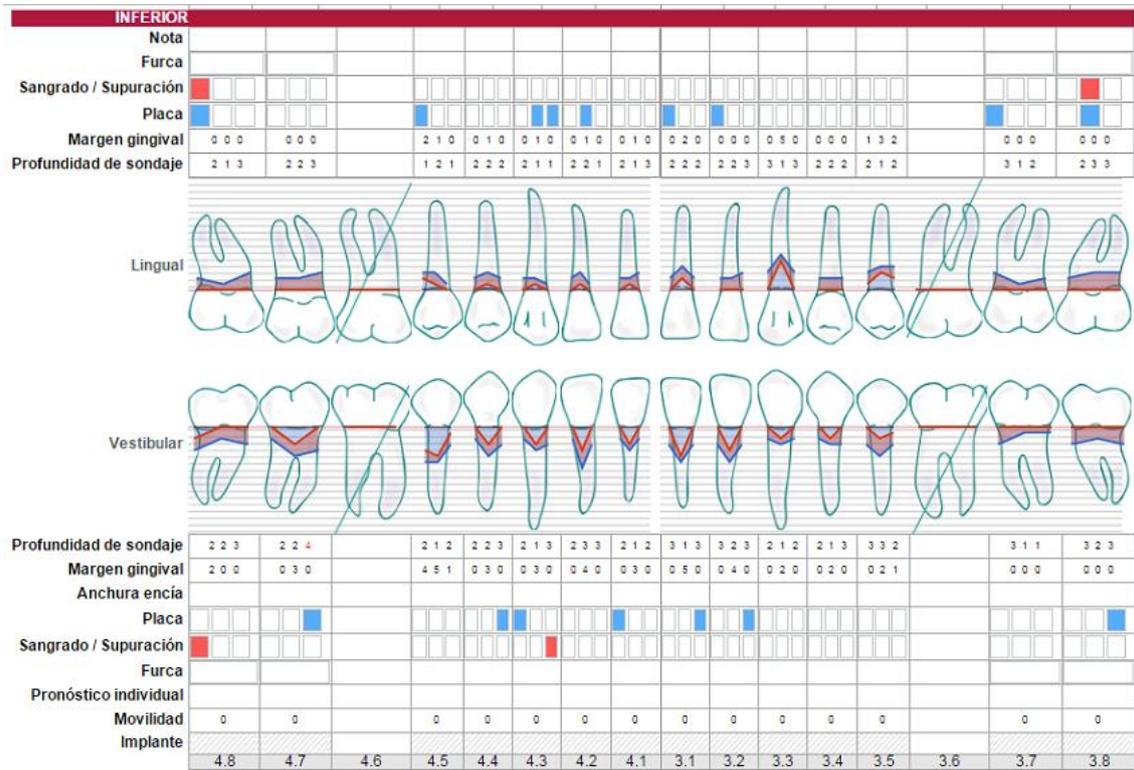


Figura 90. Periodontograma de reevaluación, realizado 4 semanas después de la Fase Periodotal Básica, donde se puede apreciar la notable disminución de placa y sangrado.

Anexo 26. TRATAMIENTO CASO 2

LDCNC	Etiología
<i>EROSIÓN</i>	<p><i>FACTORES EXTRÍNSECOS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bebida y comida ácida</i> • <i>Exposición ocupacional</i> • <i>Medicación oral</i> <p><i>FACTORES INTRÍNSECOS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Enfermedad gastrointestinal</i> • <i>Anorexia</i> • <i>Bulimia</i> • <i>Alcoholismo</i> • <i>Saliva</i>
<i>ABRASIÓN</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Técnica de cepillado</i> • <i>Frecuencia de cepillado</i> • <i>Fuerza de cepillado</i> • <i>Dureza de las cerdas</i> • <i>Cepillado manual/ mecánico</i> • <i>Dentífrico</i>
<i>ABFRACCIÓN</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hábitos parafuncionales</i> • <i>Bruxismo</i> • <i>Estrés oclusal</i>

Figura 91. Tabla obtenida del artículo de Benmehdi S., Rioboo, M., Bourgeois, D., & Sanz, M. (2009) que nos muestra la etiología de las lesiones dentarias cervicales no cariosas ³⁶.

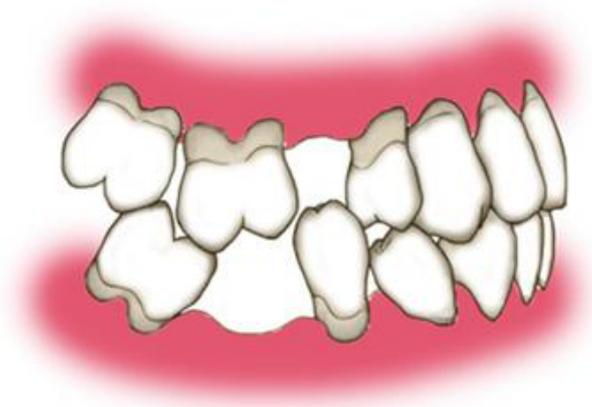


Figura 92. Dibujo que ilustra la malposición de los dientes adyacentes y antagonistas al espacio edéntulo en el síndrome de colapso posterior obtenida del artículo de Baldión, P. A., Castro, D. E. B (2012) ⁴⁶.

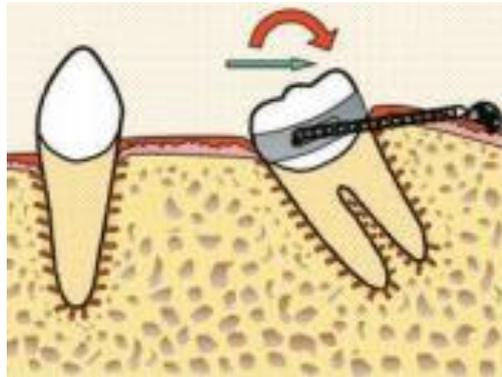


Figura 93. Enderezamiento molar con microtornillos, imagen obtenida del artículo de Molina A y cols (2004)⁵⁰.



Figura 94y 95. Pre y post-tratamiento de un paciente que deseaba enderezar el molar inferior por la falta de espacio para la colocación de un implante. Un microtornillo y 3 meses de tratamiento solucionaron el problema. Imagenes obtenidas del artículo de Molina A y cols (2004)⁵⁰.

Desventajas de la PPF

- Entre 10 y 15 años de vida media.
- Las complicaciones más comunes son la caries y el fracaso endodóntico de los dientes pilares.
- Aumenta la retención de la placa en el pónico, lo que eleva el riesgo de padecer caries y EP.
- Daña los dientes sanos
- La pérdida de los dientes pilares conlleva al fracaso de la prótesis (entre el 8 y el 18% al cabo de 10 años).
- No mantiene el hueso.

Figura 96. Desventajas de la PPF, datos obtenidos del libro Prótesis dental sobre implantes de Misch C¹³.