

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO EN PACIENTE DE 11 AÑOS DE EDAD CON
OLIGODONCIA DENTAL, PLAN DE TRATAMIENTO RESTAURATIVO Y
FUNCIONAL**

AUTORES

**VANESSA RÚA MONSALVE
MANUELA BETANCUR VILLA
LILIBETH BEDOYA RAMÍREZ
ALEJANDRO VELASQUEZ URIBE**

ASESOR

LINA MARIA ALZATE MESA

**CORPORACIÓN UNIVERSTARIA MINUTO DE DIOS SECCIONAL BELLO
POLITÉCNICO INTERNACIONAL
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
TÉCNICA PROFESIONAL EN SALUD ORAL
BELLO (ANTIOQUIA)**

2014

**Estudio De Caso Clínico En Paciente De 11 Años De Edad Con Oligodoncia Dental, Plan De
Tratamiento Restaurativo Y Funcional**

Autores

Vanessa Rúa Monsalve

Manuela Betancur Villa

Lilibeth Bedoya Ramírez

Alejandro Velásquez Uribe

Asesor

Lina María Alzate Mesa

Corporación Universtaria Minuto De Dios Seccional Bello

Politécnico Internacional

Facultad De Ciencias Humanas Y Sociales

Técnica Profesional En Salud Oral

Bello (Antioquia)

2014

Nota de aceptación

Presidente de jurado

Jurado1

Jurado2

Jurado 3

Bello, Antioquia Marzo de 2015

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatorias.....	6
Agradecimientos.....	7
Introducción.....	8
Planteamiento del problema.....	10
Caso clínico.....	13
Objetivos.....	15
Justificación.....	16
Marco teórico.....	17
Resultados.....	28
Análisis.....	54

Conclusiones.....	55
Recomendaciones.....	56
Glosario.....	58
Anexos.....	61
Bibliografía.....	62

DEDICATORIAS

A Dios

Por habernos permitido alcanzar nuestra meta y darnos la fortaleza y salud que cada día requeríamos para enfrentar nuestros retos y así cumplir nuestros sueños.

A nuestras familias

Por habernos apoyado en cada momento, por darnos siempre la motivación que necesitamos, por los consejos y valores que a diario nos hacen crecer como personas.

A nuestros maestros

A todos los que hicieron parte de este proyecto les agradecemos por su tiempo, compañía, apoyo y por todos los conocimientos que nos transmitieron para nuestro crecimiento profesional; en especial al Dr. Andrés Felipe Toro, Dra. Diana Marcela Solano y a la Líder de investigación Lina María Alzate Mesa.

A la universidad

A la Corporación Universitaria Minuto de Dios por abrirnos sus puertas y habernos permitido adquirir nuestros conocimientos y poder hacer parte de ella.

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto no habría sido posible sin el acompañamiento directo de nuestros maestros Andrés Toro, Diana Solano y Lina María Alzate a quienes agradecemos todo su apoyo y constancia para alcanzar nuestro objetivo, por ofrecernos todos sus conocimientos y valores que nos permiten ser reflejados a lo largo de nuestro trabajo.

Damos gracias a la universidad por suministrar los medios e instalaciones necesarias para llevar a cabo la evolución y tratamiento del paciente.

Agradecemos al paciente y su familia por la confianza y disposición para hacer posible nuestra formación como técnicos profesionales en salud oral.

Por ultimo agradecemos a nuestras familias por ser nuestras bases y motores que nos impulsaron a seguir luchando cada día por el cumplimiento de nuestros propósitos, por ser la voz de aliento que nos motivó siempre para culminar este camino.

INTRODUCCIÓN

Este proyecto se realizó con el fin de devolverle las funcionalidades básicas bucodentales y estéticas a un paciente de 11 años de edad con Oligodoncia dental, llevándose a cabo en éste procedimientos de rehabilitación oral que pudieron contribuir a una mayor aceptación personal, emocional y social, de esta manera, mejorando su calidad de vida.

Por consiguiente, se tuvo en cuenta procedimientos de carácter restaurativo, funcional y estético asociados a la odontología general como son las restauraciones resinosas y siendo aún más especializadas en la rama de la odontología encontramos la cirugía oral, con la eliminación de tejido fibroso en labio y la rehabilitación oral mediante la instalación de placas removibles estéticas en la ausencia de varias de sus unidades dentales, las cuales trabajándose en equipo y de una manera secuencial permitieron obtener resultados favorables donde se logra recobrar las funcionalidades básicas orales en este paciente, tales como: masticación, fonética, oclusión y apariencia ,siendo éste el objetivo primordial para el desarrollo del proyecto; y además de esto, ayudando a la recuperación de aspectos en su entorno socio-económico, psicológico, alimenticio, cultural, recreativo, familiar los cuales llevaba a cabo en su vida diaria sin satisfacción total.

Sin embargo, no solo lo anteriormente mencionado colaboró a la recuperación del individuo de manera general en su aspecto dental y estético, sino que se convirtió en un gran detonante de marco psicosocial en cuanto a la aceptación de sí mismo, ya que generó un cambio positivo y notable en su autoestima, porque se sentía anímicamente seguro al relacionarse,

libertad al expresarse, seguridad de acercarse y entablar conversación con demás personas ya fueran de su edad o con quienes se desenvuelve en su vida diaria, capacidad de hacer parte de equipos de trabajo y confianza al opinar en cualquier situación, además ocasionando conciencia en el trato que recibía el paciente de sus compañeros de estudio, amigos del lugar donde reside y familiares, dando por terminada la situación de bullying que lo asehaba habitualmente, esto creando un impacto de cambio en la vida del paciente ya que las relaciones interpersonales, y la interacción social durante el proceso y el tratamiento se veía avanzar de una manera favorable contribuyendo todo a una mejor calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Oligodoncia, conocida también con el nombre de agenesia dentaria, hace referencia a una disminución en el número de dientes presentes en boca (ausencia de 6 dientes o más), debido a que no se realizó su completo proceso de formación durante la etapa de gestación, esta anomalía dentaria puede presentarse tanto en la dentición temporal como en la permanente; siendo un síndrome que se produce como consecuencia de factores de tipo etiológicos y genéticos afectando de esta manera el desarrollo adecuado de la dentadura.

En este tipo de anomalía es de suma importancia resaltar que la presencia de los dientes temporales dan como resultado la presencia de las piezas dentales permanentes, pero la veracidad de este enunciado nos conlleva a una gran trilogía de evolución de genes que entrarían en controversia en el caso clínico a tratar con un paciente menor de edad, dado que el perfeccionamiento genético en la actualidad permitiría contradecir lo anteriormente planteado, ya que en teoría científica la presencia de los dientes temporales no asegura la presencia de los gérmenes permanentes.

El gen *MXS1* perteneciente al cromosoma 1, juega un papel bien trascendental en este proceso ya que su actividad se ha encontrado en los procesos de odontogénesis “entendida esta como el proceso embrionario que dará lugar a la formación del germen dental en el cual intervienen los tejidos embrionarios del mesodermo, y ectodermo y así mismo en la formación maxilar y mandibular. (Ortiz, M. Mejía, C. 2007. SP)

Entre las posibles causas que pueden originar estas alteraciones, encontramos la herencia, trastornos endocrinos y del desarrollo (síndromes), patologías sistémicas, y factores locales como traumatismos severos en la dentición primaria e infecciones localizadas. **(Pineda, P. Fuentes, R. Sanhueza A, 201. SP)**

Teniendo en cuenta que la principal causa de padecer esta anomalía es el factor genético que afecta el embrión, las siguientes son algunas de las enfermedades de las cuales la madre debe de tener mayor cuidado durante la etapa de gestación:

- Consumo de sustancias psicoactivas: la madre debe evitar ingerir o inyectarse cualquier tipo de narcóticos ya sea heroína, cocaína, marihuana, etc.
- Sífilis u otras enfermedades infectocontagiosas: la madre gestante debe tener prevención a la hora de tener relaciones sexuales, es responsabilidad el uso de preservativos.
- Sarampión y fiebre reumática: durante el embarazo las madres gestantes deben evitar viajar a zonas con alto riesgo de contraer estas enfermedades, no es recomendable viajar a zonas selváticas o asistir de manera continua a hospitales.

Todos los enunciados anteriormente descritos se deben de acompañar de un especial cuidado a la hora que la madre asista a los centros médicos para los controles prenatales, además de una correcta alimentación durante este ciclo para de esta manera no tener repercusiones.

Constituyen uno de los factores locales asociados a la etiología de mal oclusiones, ya que pueden causar alteraciones en la alineación dentaria y crear problemas más complejos de mal

oclusión. Representan un factor negativo para el desarrollo de la oclusión, produciendo retardo de la erupción normal de la dentición o erupción ectópica (erupción en posición distinta a la normal) de dientes adyacentes, alteraciones en la línea media, transposiciones, rotaciones, espaciamientos anormales, disminución en la longitud de arco, apiñamientos, falta de desarrollo del hueso alveolar. **(Pineda, P. Fuentes, R. & Sanhueza. A, 2011. SP)**

Por consiguiente, haciendo resaltar las causas anteriormente descritas, es de razonable aceptación el desprendimiento de una gran cifra de factores generales que inciden en la formación anormal de los espacios destinados a la aparición del germen dental, tales como: hábitos o traumas de ámbito progenitor, herencia o genética que dan como resultado anomalías presentes en el desempeño de sus funciones básicas, donde es preciso destacar no solo la ausencia de la cantidad de piezas dentarias percibidas en el examen clínico que se realiza en el paciente, sino también la afectación social, fonética, estética y metabólica las cuales van acompañadas de los desórdenes psicológicos, traumáticos, digestivos y de autoestima que trae consigo este tipo de problemas.

CASO CLÍNICO

Niño de 11 años de edad quien reside en la ciudad de Medellín más exactamente en el barrio Santa Cruz, presenta una situación de orfandad y desde su nacimiento se encuentra a cargo de su abuela materna, su calidad de vida dentro de los parámetros socioeconómicos es vulnerable ya que son una familia de escasos recursos, por lo cual no se ha manejado su situación de Oligodoncia con antelación porque es un tratamiento no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud otorgado a todo ciudadano reconocido por la nación puesto que se clasifica dentro de procedimientos con fines estéticos.

Presentándose una negación por parte del entorno social en el cual se desarrolla el paciente donde se percibe un desorden emocional en la aceptación de su apariencia, autoestima y parte psicológica, por lo tanto, un grupo profesional en odontología y alumnas de cuarto semestre de Salud Oral de la Corporación Universitaria Minuto de Dios se apropiaron del caso buscando mejorar como requerimiento principal la funcionalidad de las piezas dentarias o para lo cual están destinadas dentro del proceso de digestión y además, para que el paciente realice su desempeño básico y logre obtener una satisfacción personal.

No obstante, el paciente recibirá procedimiento complejo quirúrgico llamado Frenectomía Labial con el fin de evitar recidiva durante el proceso efectuado; fijación de botones ortodónticos en incisivos centrales con acompañamiento de elastíes, generando fuerza de tracción para ocasionar movimiento de traslación y que estos dientes ocupen el lugar que corresponden dentro del maxilar; de estas circunstancias nace el hecho de que luego de presentar una correcta

evolución del tratamiento realizado se pondrá aparatología removible con prótesis dental con el fin de devolver al niño su funcionalidad bucal para mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS

GENERAL

- Devolver las funcionalidades básicas dentales a un paciente de 11 años de edad que presenta Oligodoncia dental mediante la rehabilitación oral y así contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

ESPECÍFICOS

- Analizar por medio de fichas clínicas y secuencialidad de datos la evolución del paciente con oligodoncia dental para llegar a un diagnóstico acertado.
- Determinar un plan de tratamiento con fines estéticos y funcionales a través de aparatología removible.
- Estudiar las problemática sociales y emocionales que han afectado al menor a causa de su patología oral durante el desempeño de sus actividades diarias.

JUSTIFICACIÓN

Es de significativa importancia para los estudiantes en Técnica Profesional en Salud Oral aplicar los conocimientos adquiridos durante el proceso de formación académica de nuestro ciclo profesional, donde la prioridad técnica es lograr que los seres humanos alcancen una salud integral.

De estas circunstancias nace el hecho de realizar este proyecto con el fin de regresar al paciente sus funciones básicas como masticación, fonética, estética y mímica, mediante la aplicación de técnicas de Rehabilitación Oral y tratamientos preventivos realizados con el acompañamiento de áreas prevalentes como Odontología y Psicología, contando con todos los protocolos establecidos y reglamentados de una manera minuciosa y detallada en dicho paciente con anomalía dental, trastornos emocionales y de autoestima, los cuales se ven reflejados en su entorno social, cultural, académico y clínico.

Basándonos en un diagnóstico evidente el cual es clasificado como Oligodoncia Dental brinda la posibilidad de realizar un plan de tratamiento médico acertado de aparatología oral que permitirá adaptar en el paciente Prótesis Parciales Removibles en ambas arcadas dentales, contribuyendo al mejoramiento en el ámbito estético, funcional, emocional y social, por consiguiente devolver a éste su funcionalidad bucal, aceptación personal y mejora en su calidad de vida, logrando el buen desarrollo de sus actividades cotidianas.

MARCO TEÓRICO

DISPLASIA ECTODÉRMICA

La displasia ectodérmica forma parte de un amplio grupo de enfermedades o síndromes que tienen en común evidenciar defectos en el normal desarrollo de dos o más tejidos derivados del ectodermo. Son genodermatosis congénitas difusas, no progresivas, caracterizadas por la carencia o escasa presencia de pelo, dientes, uñas y glándulas sudoríparas ecrinas, a las que se pueden añadir anomalías en la configuración externa (nariz, pabellones auriculares, labios), trastornos del SNC, ojos, mucosa naso bucal y melanocitos.

La hipodoncia, oligodoncia, o la anodoncia, es de gran interés a la hora de diagnosticar las displasias, existiendo ausencia congénita de 6 o más dientes, Excluyendo los terceros molares.

La oligodoncia se encuentra asociada con más frecuencia a factores hereditarios de tipo dominante y ligado al cromosoma X. **(Pipa, A. López-Arranz, E. González, M. SF. Pág. 171)**

Cabe mencionar que la displasia ectodérmica es un conjunto de enfermedades que se convierten en la anomalía universal de todo lo que hace falta por formarse o todo lo que quede incompleto dentro de la anatomía humana tales como pelo, dientes, uñas y es importante resaltar las anomalías de la cavidad oral q son agenesia dental,(ausencia de formación de un germen

Dental). Hipodoncia o anodoncia parcial (ausencia de hasta 6 dientes). Anodoncia total (ausencia total de gérmenes dentales). Oligodoncia: ausencia de más de 6 dientes, para llegar a conocer la displasia del paciente.

AGENESIA DENTAL

La agenesia dental es la ausencia de uno o más dientes, es una anomalía de desarrollo común en ambas denticiones, resultado de un trastorno de la Lámina dental, que impide la formación del germen dental. Cualquier diente puede estar ausente. La dentición permanente es la más afectada. Los dientes más frecuentemente ausentes son los terceros molares, incisivos laterales maxilares, y los segundos premolares mandibulares. La ausencia dental a menudo es bilateral y tiende a ser familiar. Los factores que se asocian a este problema, son diferentes tipos de trauma en la región dental, fracturas, procedimientos quirúrgicos de la mandíbula, y extracciones del primordio del diente temporal.

El desarrollo de los dientes está afectado irreversiblemente por la quimioterapia y radioterapia, Y los efectos dependen de la edad del paciente y de la dosis (1, 2). Dermaturfieri influencias como intoxicación, hipotiroidismo, falta de espacio, alteraciones metabólicas o nutricionales, trauma perinatal e infecciones como causas de Agenesia dental (3,4). A la fecha se sabe que existen aproximadamente 250 genes involucrados en el desarrollo del diente, entre los que destacan algunos homeobox, específicamente El MSX1, MSX24 y PAX9 (5)., siendo los más comunes las displasias ectodérmicas (2); otro factor es la tendencia a la evolución. Proffit, en

2001 consideró que las tendencias evolutivas han influido en la dentición actual, expresándose con una disminución en el tamaño y número de dientes y en el tamaño de los maxilares (7).

Así, el hombre moderno se ubica en una fórmula Dental entre la ancestral (3 Incisivos, 1 Canino, 4 Premolares, 4 Molares) y la futura (1 Incisivo, 1 Canino, 1 Premolar, 2 Molares) (8,9).

Para diagnosticar la ausencia de uno o varios dientes se debe realizar un Examen dental detallado y una ortopantomografía. Es indispensable considerarla edad del paciente, ya que esto nos permite establecer el diagnóstico, y ofrecer el tratamiento adecuado a las condiciones del caso (número de unidades involucradas, alteraciones de la oclusión y la asociación con otras entidades), y acorde al tipo de agenesia (10-12).

La agenesia se clasifica en (4):

Hipodoncia: 1 a 6 dientes perdidos. (Excluyendo terceros molares).

Oligodoncia: más de seis dientes perdidos. (Excluyendo terceros molares).

Anodoncia: ausencia completa de dientes.” (Díaz-Pérez, R. Echaverry-Navarrete, R. 2009, pág. 962, 963)

Se puede decir que la agenesia dental es una anomalía congénita en la formación de las piezas dentarias que afecta principalmente a la dentición permanente, existen múltiples factores que pueden afectar en la etapa de formación del germen dentario como pueden ser: hipotiroidismo, intoxicación, radioterapia, entre otros, pero también se puede considerar la evolución humana que ya no se desarrolla normalmente y presenta una disminución en el tamaño y número de piezas dentarias; a la hora de realizar un análisis de esta patología se debe tener en cuenta ciertos parámetros para llegar a tener un diagnóstico certero, y así poderlo clasificar

dentro de los tipos de agenesia dentaria que existen y de tal manera aplicarle un plan de tratamiento veraz y oportuno con ayuda de varias especialidades de la odontología como lo es principalmente la rehabilitación oral y ortodoncia.

FRENILLO LABIAL

El frenillo labial superior es un haz o banda fibrosa que partiendo de la cara interna del labio, se inserta en la línea de unión de ambos maxilares, sobre la encía adherida o aún extendiéndose a la papila retro incisiva.

De acuerdo a los cambios que se operan en la infancia hasta la adultez el frenillo adopta variantes según la etapa de crecimiento y desarrollo.

Anomalías que ocasiona

Histológicamente el frenillo está formado por una mucosa y tejido conjuntivo con gran cantidad de fibras elásticas. Actualmente se piensa que la presencia de éste componente fibroso elástico es responsable de que se instale un diastema.

El frenillo labial superior de inserción baja puede producir:

- a) Alteración en el alineamiento dentario. Es frecuente que lo acompañe la presencia de un diastema interincisivo, que según Jacob presentará diferente forma de acuerdo a la dirección de los ejes dentarios.
- b) Eversión del labio, observándose como "doble labio".
- c) Alteración en la fonación que se expresa como seseo.
- d) Interferencia con el cepillado". (**López, M. Barreto, R. Techera, A. 2008. pág. 14**)

No obstante, parecería que una banda de tejido vital, fibroso, elástico el cual se incrusta en la encía conocido como frenillo labial y que se encuentra ubicado dentro de la cavidad bucal no presentaría represarías ni contraindicaciones de ningún tipo hacia un individuo, siendo ésta una estructura de presencia normal que se encuentra en todos los seres humanos, pero que clínicamente se observa más pronunciada en algunas personas a las cuales les genera una problemática clínica-odontológica, psicológica y de aceptación personal bastante significativa, como son: desalineación dental, interferencia en cepillado, diastemas, autoestima baja, poca seguridad en sí mismo al igual que para relacionarse con los demás por perspectiva de deformidad labial o doble labio y dificultades fonéticas, convirtiéndose éstas en las principales causas para llevarse a cabo una situación de relevante magnitud y complejidad para el desempeño óptimo de las actividades básicas y cotidianas dentro del desarrollo funcional de los individuos.

Analizándose cualquiera de los escenarios anteriormente dispuestos y descubriéndose a temprana edad en un paciente las condiciones que lo afectan se podría manejar un pronóstico favorable, ya que la etapa de la niñez permite con mayor facilidad, efectividad y prometedores resultados que no se dé lugar a presentar una recidiva sobre el procedimiento quirúrgico complejo realizado donde se lleva a cabo la eliminación del Frenillo Labial conocido como Frenectomía Labial.

FRENECTOMÍA LABIAL SUPERIOR

“Es la exéresis del frenillo tendiendo a la eliminación de las fuerzas de tensión”

(**Universitat Id Valencia. Práctica 10, pág. 7**). El frenillo se sujeta con una pinza hemostática, luego, el tejido extra se corta por debajo o por encima de la posición, después de esta incisión el tejido que queda se cose firmemente con sutura a traumática para la formación del nuevo tejido. Considerando la importancia de esta intervención quirúrgica para el caso clínico ilustrado en este proyecto se realiza la extracción o eliminación localizada de tejido natural fibroso presente en labio superior donde se efectúa un proceso detallado y profundo del pliegue, llevando a cabo el corte y destrucción de todas las fibras predominantes en esta zona con el fin de evitar recidiva futura, por lo tanto, se procede ahora a describir la **modalidad simple** que una de las formas de cirugía más utilizadas en procedimientos de Frenectomía Labial Superior.

“Se traza una incisión bordeando al frenillo en toda su longitud y llegando en profundidad hasta el hueso. Se separa el frenillo de su inserción ósea con un periostotomo. Disecado el frenillo, se secciona en su límite superior. El frenillo es disecado y los labios de la herida son reunidos con varios puntos de sutura”. (**Universidad Id Valencia. Práctica 10, pág. 7**).

Conviene precisar lo relevante y beneficioso que resulta este proceso quirúrgico para un paciente con ausencia de piezas dentarias ya que permite regresar a esta parte facial y bucal del cuerpo humano la real funcionalidad para lo cual está destinado este conector blando entre labio superior y encía dentro de la cavidad bucal y, aparte de ello para reducir al máximo el diastema presente en incisivos centrales que estéticamente no favorece al paciente, al igual que precisa ser

óptimo para la adaptación de placa removible con incisivos laterales ya que permite la ampliación de los espacios interproximales.

No obstante, es de gran importancia resaltar los dos síntomas más relevantes por los cuales se lleva a cabo este tipo de intervención quirúrgica: Diastema (separación dental) o por mala y/o poca movilidad labial.

TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

La ortodoncia es hoy un tratamiento frecuente en la población infantil y es cada día más utilizada en los adultos, siendo éstos más del 40% de los pacientes tratados. Los tratamientos interdisciplinarios, las mal oclusiones y una mayor demanda estética por el paciente hacen que esta terapia esté muy indicada. Como los movimientos dentales ortodónticos pueden afectar el periodonto y los tejidos gingivales, es básica una valoración periodontal previa al tratamiento de Ortodoncia. (Nart, J. Carrió, N. Norma, E. López, A. Traveria, S. Santos, Pág. 14)

Los tratamientos de ortodoncia son fundamentales y deben ir enlazados al momento de pretender finalizar de manera correcta el procedimiento quirúrgico realizado como la frenectomía labial ya que va conlleva a la solución de diastema, mal oclusión, apiñamiento, entre otras, por consiguiente corrige los problemas estéticos y funcionales en la cavidad oral, brindándole al paciente unos dientes alineados, una mejor morfología y de esta manera lograr una salud dental inmejorable.

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

La prótesis dental removible es un tratamiento mediante unos aparatos bucales que se pueden y deben extraer de la boca para facilitar la limpieza de ésta y de aquéllos, con los que se reponen artificialmente dientes ausentes y se compensa la atrofia en los huesos maxilares que sigue a la pérdida dentaria. Permite mejorar la masticación, la estética y el habla.

La prótesis puede ser completa (edentulismo total: faltan todos los dientes) o parcial (edentulismo parcial: faltan algunos dientes).

Los aparatos de prótesis removible parcial pueden estar sujetos a algunos dientes naturales mediante dispositivos no rígidos, llamados retenedores (vulgarmente, “ganchos”), y a veces también descansan sobre el hueso cubierto de mucosa. Por estas razones, al morder sobre ellos se suele notar un pequeño movimiento, y la masticación no es tan eficaz como con los dientes naturales. **(Madrid, SF. pág.1)**

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, es decir, qué es y cuál es la finalidad de las prótesis, el principal objetivo con el tratamiento que se pretende realizar en el paciente, es devolverle su función masticatoria, fonética, referencias de oclusión y del mismo modo el mejoramiento de la estética.

Es de vital importancia realizar los respectivos controles periódicos luego de la instalación de la prótesis para realizar en ésta los ajustes correspondientes.

La sustitución de dientes perdidos puede ser realizada satisfactoriamente a través de prótesis fijas en cerámica o en metal cerámica así como también utilizando implantes óseo

integrados, pero debido a problemas anatómicos y socioeconómicos que afectan a una gran parte de la población, las arcadas dentarias parcialmente desdentadas tienen que ser restauradas utilizando prótesis parcial removible, el cual es un recurso protésico que todavía hoy en día es utilizado con mucha frecuencia, y, cuando es bien planeado y ejecutado proporciona función, estética y durabilidad aceptable. **(Rudys, R. Wellington, G. Zeno Baroncini, Luiz, J. SF. Pág. 37).**

La prótesis parcial removible es un aparato utilizado usualmente en las especialidades de rehabilitación oral y ortodoncia, ésta es de suma importancia porque ayuda a remplazar piezas dentarias perdidas o ausentes, de igual manera que a mantener los dientes en posición óptima y a conservar los espacios para que la dentición futura erupcione en la línea correcta, las cuales podemos substituir mediante tratamientos de implantología o prótesis fijas, por lo tanto, van a devolverle al paciente sus funciones básicas tales como la masticación, estética, mímica y fonética, todo esto con el propósito de ayudar a mejorar su apariencia física y realzando su autoestima.

BAJA AUTOESTIMA

Los individuos con baja autoestima tienden a ser dependientes, valoran más las ideas de los otros. Se caracterizan por el desánimo y la depresión, se sienten aislados, sin atractivos, incapaces de expresarse y demasiado débiles para hacer frente o vencer sus deficiencias, así como para asumir sus circunstancias. En los grupos sociales tienden más a escuchar que a participar, son muy sensibles a la crítica, pues se juzgan de manera negativa y sienten miedo a

provocar el enfado de los demás. La preocupación por sus problemas internos los aparta de las oportunidades de establecer relaciones amistosas.

En virtud de esa acepción, la autoestima tiene que ser un estado de búsqueda de la armonía y el crecimiento personal, de búsqueda y de respuestas. A veces, es necesario vivir experiencias dolorosas para enriquecer nuestra consciencia, espíritu y cuerpo. Lo importante es saber cuándo son experiencias necesarias para el crecimiento personal y cuándo son conductas y sentimientos dañinos, que sólo indican una baja autoestima y por lo tanto llevan al deterioro afectivo. (**Ramia, M. 2002**)

La falta de autoestima y poco amor propio son los determinantes de diferentes situaciones que afectan nuestro crecimiento emocional, desenvolvimiento social y/o escolar, capacidad de relación con las demás personas, entre otras. Provocando principalmente un aislamiento por parte del individuo, el cual trae consigo ciertos complejos, temores y miedos a ser rechazado y burlado por parte de quienes están a su alrededor. Partiendo de que el paciente sufre de anomalías en su formación dental este se ve afectado por una baja autoestima que lo lleva a un apartamiento y aislamiento tanto en su entorno escolar como familiar y social.

BULLYING

Es una forma de interacción social, no necesariamente duradera, en la que un individuo dominante (el agresor) exhibe un comportamiento agresivo que pretende, de hecho logra, causar angustia en un individuo menos dominante (la víctima). El comportamiento agresivo

puede tomar la forma de ataque físico y/o verbal. Pueden participar más de un agresor y más de una víctima. **(Davis y Davis. 2008, p. 11).**

Además de tener la capacidad de dar una definición teórica de término bullying, es necesario poder dar una definición con fines de diagnóstico o medición y para ello se encuentra un enunciado que lo especifica claramente en el estudio de quienes proponen que para identificar la presencia de bullying, es necesario que el fenómeno cumpla con tres criterios:

El primer criterio es la existencia de una o más conductas internacionalmente conocidas como agresión y hostigamiento.

El segundo criterio se refiere a la repetición de la conducta, la cual debe ser percibida por quien la padece como algo que le espera sistemáticamente en el entorno escolar y no como algo puramente incidental.

El tercer criterio se refiere a la duración en el tiempo, porque el fenómeno es un proceso que va mermando la resistencia de la víctima y tiene consecuencias en todos los aspectos de su vida **(Oñate y Piñuel, 2005, p. 3-4).**

El bullying es una problemática social que hace referencia a los comportamientos y situaciones de ataque y acoso que viven las víctimas por parte de un agresor, este fenómeno principalmente se desarrolla en entornos escolares, dejando consigo una serie de perturbaciones en la conducta emocional de la víctima, causando problemas en la autoestima, personalidad, comportamiento, habilidad de relacionarse, baja moral y llega a extremos de ausencia escolar y hasta el suicidio.

RESULTADOS

DIARIO DE CAMPO

DIA I

FECHA: 08/agosto/2013

HORA: 10:00am

NOMBRE DEL PACIENTE: Stiwar Palacio

EDAD: 11 años

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Luz Marina Palacio Kennedy **PARENTESCO:** Abuela

LUGAR: Consultorio odontológico-Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional
Bello/Antioquia

PERSONAL A CARGO: Dra. Diana Marcela Solano.

Higienista: Ana Matilde Mejía.

Estudiante: Lilibeth Bedoya Ramírez.

PROCEDIMIENTO: Examen clínico y valoración odontológica.

1. **Básico:** Explorador, pinza algodонера, espejo bucal y cucharilla.



DIA II

FECHA: 15/agosto/2013

HORA: 10:00am

NOMBRE DEL PACIENTE: Stiwar Palacio

EDAD: 11 años

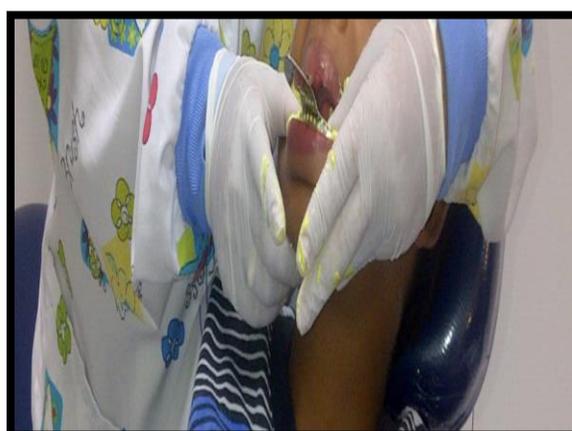
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Luz Marina Palacio Kennedy **PARENTESCO:** Abuela

LUGAR: Consultorio odontológico-Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional Bello/Antioquia

PERSONAL A CARGO: Dra. Diana Marcela Solano.

Estudiantes: Vanessa Rúa M, Manuela Betancur V, Lilibeth Bedoya R.

PROCEDIMIENTO: Toma de impresión en alginato superior e inferior, orden de radiografía panorámica. Se realizan estos procedimientos como ayudas diagnosticas.





CERO 70 Centro Radiológico Oral la 70 Ltda. Paciente: Stiwar Palacio
Doctor (a): Diana Solano
Tel: 4669200 Fecha: 15-08-13 Edad: 11

SERVICIOS RADIOGRÁFICOS	FOTOGRAFÍAS O DIAPOSITIVAS
Cefálica Lateral <input type="checkbox"/>	Juego 3 Extraorales - 3 Intraorales <input type="checkbox"/>
Cefálica P-A <input type="checkbox"/>	Juego 3 Extraorales - 5 Intraorales <input type="checkbox"/>
Carpograma <input type="checkbox"/>	Otra(s): _____
Oclusal Superior <input type="checkbox"/>	PAQUETES
Oclusal Inferior <input type="checkbox"/>	DIAGNÓSTICO 1
Panorámica Standard <input checked="" type="checkbox"/>	Cefálica Lateral panorámica <input type="checkbox"/>
Panorámica P-A- Cóndilos <input type="checkbox"/>	Modelos - Fotos - Trazado <input type="checkbox"/>
Panorámica Rama Mandibular <input type="checkbox"/>	DIAGNÓSTICO 2
Senos Paranasales <input type="checkbox"/>	Cefálica Lateral Panorámica <input type="checkbox"/>
ATM Boca Abierta - Boca Cerrada <input type="checkbox"/>	Modelos - Fotos - Trazado <input type="checkbox"/>
Tomografía Panorámica <input type="checkbox"/>	DIAGNÓSTICO 3
Zona de Interés <input type="checkbox"/>	Cefálica Panorámica <input type="checkbox"/>
Serie Periapical <input type="checkbox"/>	Trazado <input type="checkbox"/>
Bite Wing <input type="checkbox"/>	DIAGNÓSTICO 4
Otras periapicales <input type="checkbox"/>	Cefálica Panorámica <input type="checkbox"/>
ESTUDIO CEFALOMÉTRICO	

DIA III

FECHA: 02/septiembre/2013

HORA: 9:48am

NOMBRE DEL PACIENTE: Stiwar Palacio

EDAD: 11 años

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Luz Marina Palacio Kennedy **PARENTESCO:** Abuela

LUGAR: Consultorio odontológico-Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional
Bello/Antioquia

PERSONAL A CARGO: Dra. Diana Marcela Solano y Dr. Andrés Felipe Toro.

Estudiantes: Vanessa Rúa M, Manuela Betancur V, Lilibeth Bedoya R.

PROCEDIMIENTO: Se realiza frenectomía labial y colocación de botones ortodónticos para cerrar diastema de centrales superiores.

Protocolo:

Radiografía de Diagnóstico

1) Examen Clínico

Básico: Explorador, pinza algodонера, cucharilla y espejo bucal.

2) Anestesia infiltrativa: Jeringa carpull, aguja corta, carpull de anestesia con vaso constrictor.

3) Incisión: Mango de bisturí Band Parker, hoja nro. 15

4) Remoción de tejido-frenillo: Pinza hemostática.

5) Profundizar y eliminar fibras profundas: Evitar recidiva (que vuelva a su estado inicial).

- 6) **Sutura:** Sutura atraumática 3-0, castro viejo, tijeras de sutura, pinza adson.
- 7) **Colocación de botones y elásticos ortodónticos en 11 y 21:**, desmineralización (ácido fosfórico 37%), adhesivo al botón y al diente (fotocurar), Resina, FP3 lámpara de fotocurado (30seg), botones, explorador para retirar excesos, botones y elastíes en cadeneta con fines ortodónticos para reducir espacio entre mesiales.



Interpretación radiográfica estándar:

1. AGENESIA

52 - 12

62 - 22

71 - 31

81 - 41

72 - 32

82 - 42

OLIGODONCIA

Ausencia de los cuatro terceros molares.

2. Presencia de zona radiopaca a nivel del 11 (vestibular-lingual) y 21 (mesial–distal), compatible con restauraciones desadaptadas sin comprometer cámara pulpar.
3. Presenta zona radiopaca a nivel del 65 (oclusal-distal) compatible con restauración adaptada cercana a cámara pulpar.
4. Presenta zona radiopaca en vestibular del 55 compatible con restauración desadaptada.

5. ESTADIOS DE NOLLA

11-21 → (9) Raíz casi completa – ápice abierto.

13-23 → (7) un tercio de raíz completa.

14 → (8) dos tercios raíz completa.

24 → (7) un tercio de raíz completa.

15-25 → (6) corona completa.

16-26 → (9) raíz casi completa- ápice abierto.

17 → (6) corona completa.

27 → (8) dos tercios raíz completa.

33 → (7) un tercio de raíz completa.

34-44 → (7) un tercio de raíz completa.

35-45 → (6) corona completa.

36-46 → (9) raíz casi completa –ápice abierto.

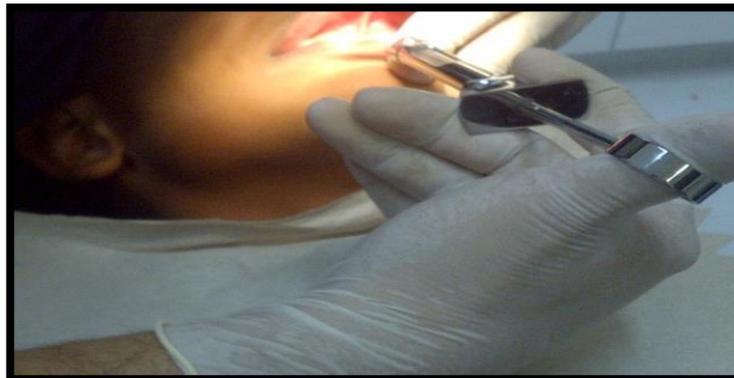
37-47 → (6) corona completa.

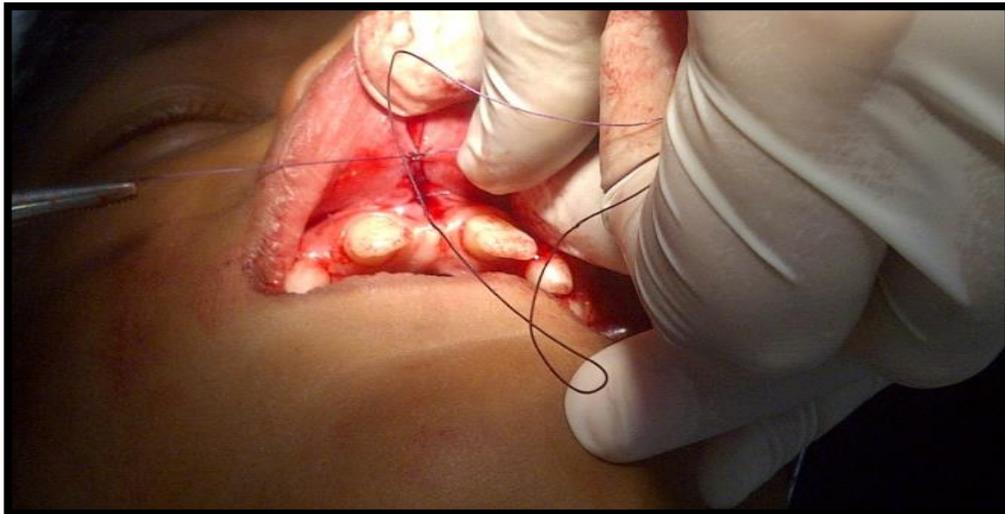
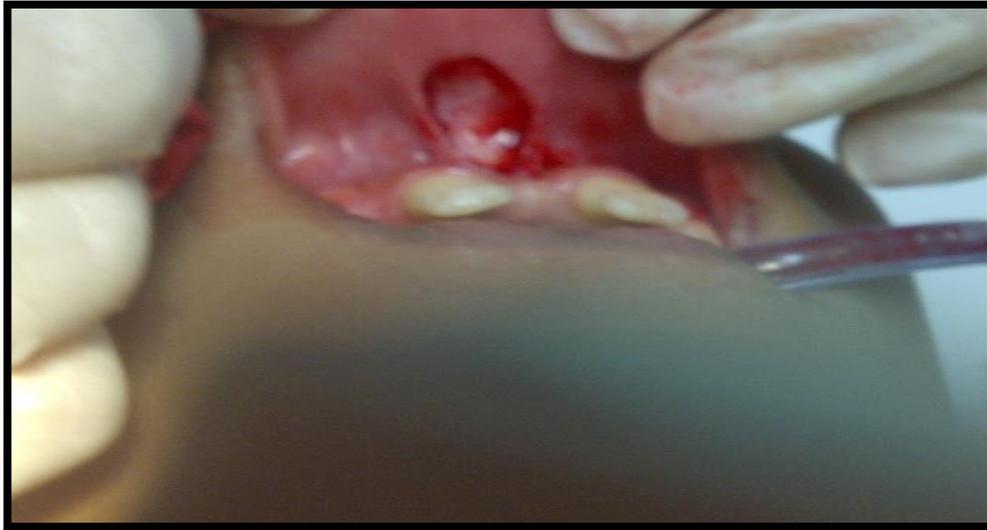
18-28-38 → ausencia de cripta.

SE OBSERVA RADIOGRAFICAMENTE:

- **Agujero mentoniano** → se observa como una zona radio lúcida ovoide.

- **Apófisis coronoides** → zona radiopaca triangular.
- **Reborde mentoniano** → banda radiopaca gruesa.
- **Cóndilo mandibular** → zona radiopaca-redonda.
- **Escotadura mandibular** → entre el cóndilo y la apófisis coronoides.
- **Rama (porción vertical de la mandíbula)-ángulo y cuerpo mandibular** → porción horizontal que se extiende de rama a rama.
- **Senos maxilares.**
- **Tabique.**
- **Cornetes.**
- **Conducto mandibular** → contiene el nervio alveolar inferior y vasos sanguíneos.





Observaciones:

- Cambio de restauraciones en resina para mesiales por mal estado.
- Después de juntar incisivos centrales superiores como resultado del procedimiento de Frenectomía Labial realizado se le debe poner una placa removible con los incisivos laterales superiores para terminar tratamiento estético y de igual manera, funcionará como mantenedor de espacio.

- Retiro de puntos por cirugía en 8 días.
- **Indicaciones y formulación:** Advil cada 8 horas, ingerir alimentos y/o bebidas frías.

DIA IV

FECHA: 12/septiembre /2013

HORA: 1:25pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Stiwari Palacio

EDAD: 11 años

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Luz Marina Palacio Kennedy **PARENTESCO:** Abuela

LUGAR: Consultorio odontológico-Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional Bello/Antioquia

PERSONAL A CARGO: Dra. Diana Marcela Solano y Dr. Andrés Felipe Toro.

Estudiantes: Vanessa Rúa M, Manuela Betancur V, Lilibeth Bedoya R.

PROCEDIMIENTO: Cita de revisión del proceso de cicatrización, medición de la prótesis parcial removible inferior en cera base.

- Se realizó para esta visita cambio de elastíes para cerrar diastema.

Protocolo:

- 1) **Diagnóstico:** Instrumental básico. Explorador, pinza algodoner, espejo bucal.
- 2) **Retiro del elástico en boca:** Explorador

3) **Colocación de elástico nuevo:** Elastíes, pinza mosquito



Observaciones:

- Se observa buen proceso de cicatrización.
- Paciente asiste a consulta sin puntos. (Se cayeron solos).

DIA V

FECHA: 24/octubre/2013

HORA: 1:18pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Stiwar Palacio

EDAD: 11 años

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Luz Marina Palacio Kennedy **PARENTESCO:** Abuela

LUGAR: Consultorio odontológico-Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional

Bello/Antioquia

PERSONAL A CARGO: Dr. Carlos Mario del Toro.

Estudiantes: Vanessa Rúa M, Manuela Betancur V, Lilibeth Bedoya R.

PROCEDIMIENTO: Cita de control en la que se observa la reducción del diastema central superior y adaptación de la prótesis parcial removible inferior.



Observaciones:

- Se le indica al paciente que debe realizar retiro de la prótesis parcial removible todas las noches para que el canino no pierda fuerza.

DIA VI

FECHA: 30/octubre/2013

HORA: 1:00pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Stiwar Palacio

EDAD: 11 años

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Luz Marina Palacio Kennedy **PARENTESCO:** Abuela

LUGAR: Consultorio odontológico-Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional

Bello/Antioquia

PERSONAL A CARGO: Dr. Carlos Mario del Toro.

Estudiantes: Vanessa Rúa M, Manuela Betancur V, Lilibeth Bedoya

R, Alejandro Velásquez U.

PROCEDIMIENTO:

- Cita de control para observar la reducción del diastema donde se pudo notar gran progreso y disminución en el espacio entre los centrales superiores.
- Se realizó para esta cita cambio de elastíes.

Protocolo:

1. **Diagnóstico:** Instrumental básico. Explorador, pinza algodонера, espejo bucal.
2. **Retiro del elástico en boca:** Explorador
3. **Colocación de elástico nuevo:** Elastíes, pinza mosquito

Observaciones:

- Evaluar molar 55 para ver si se realiza exodoncia porque viene erupcionando premolar.

DIA VII

FECHA: 07/noviembre/2013

HORA: 12:00pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Stiwar Palacio

EDAD: 11 años

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Luz Marina Palacio Kennedy **PARENTESCO:** Abuela

LUGAR: Consultorio odontológico-Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional
Bello/Antioquia

PERSONAL A CARGO: Dra. Diana Marcela Solano.

Estudiantes: Vanessa Rúa M, Manuela

Betancur V, Lilibeth Bedoya R, Alejandro Velásquez U.

PROCEDIMIENTO: Cita de control del tratamiento con el fin de conocer la evolución que ha presentado el paciente.

- Se realizó cambio de elastíes y se observó en la cita odontológica mesialización de centrales por fuerza de tricción.

Protocolo:

- 1) **Diagnóstico:** Instrumental básico. Explorador, pinza algodонера, espejo bucal.
- 2) **Retiro del elástico en boca:** Explorador.
- 3) **Colocación de elástico nuevo:** Elastíes, pinza mosquito.

Observaciones

- Motivación para continuar con cepillado, técnicas de cepillado.
- En caso de reventarse el elástico el paciente debe asistir a consulta.

- Dr. Andrés Felipe Toro debe citarse para asistir a la próxima consulta.

DIA VIII

FECHA: 05/febrero/2014

HORA: 12:15pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Stiwar Palacio

EDAD: 11 años

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Luz Marina Palacio Kennedy **PARENTESCO:** Abuela

LUGAR: Consultorio odontológico-Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional
Bello/Antioquia

PERSONAL A CARGO: Dr. Andrés Felipe Toro.

Estudiantes: Vanessa Rúa M, Manuela Betancur V, Lilibeth Bedoya

R, Alejandro Velásquez U.

PROCEDIMIENTO:

- Cita de control y retiro de botones ortodónticos.
- Se logró con éxito el cierre de diastema de centrales.

Protocolo:

- 1) **Diagnóstico:** Instrumental básico. Explorador, pinza algodонера, espejo bucal.
- 2) **Retiro del elástico en boca:** Explorador.

- 3) **Retiro de botones ortodónticos:** Pinza mosquito (se utilizó como instrumental para quitar los botones, ya que con ese instrumental se contaba en el consultorio), eyector.
- 4) **Retiro de exceso de resina:** Pieza de alta y fresa montada blanca.
- 5) **Adaptación de Placa Parcial Removible Inferior:** Pinza 3 picos. Para cerrar los Ganchos Adams.





Observaciones:

- Próxima cita llevar alginato y yeso para toma de impresión y de esta manera obtener modelo para la prótesis parcial removible superior.
- Poner arco con gancho para abrir mesio versión, se retiran los botones para que los dientes tengan recidiva.
- Después de fijación y entrega de la placa parcial removible superior en material definitivo se organizará los dientes con resina para darles estética.

DIA IX

FECHA: 19/febrero/2014

HORA: 12:05pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Stiwar Palacio

EDAD: 11 años

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Luz Marina Palacio Kennedy **PARENTESCO:** Abuela

LUGAR: Consultorio odontológico-Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional
Bello/Antioquia

PERSONAL A CARGO: Dr. Andrés Felipe Toro.

Estudiantes: Vanessa Rúa M, Manuela Betancur V, Lilibeth Bedoya

R, Alejandro Velásquez U.

PROCEDIMIENTO:

- Tratamientos de promoción y prevención con el fin de mejorar e incentivar la higiene oral en el paciente.
- Se identifica diente 11 en posición adecuada, pero el 21 no lo está; se procede a la colocación de brackets en estas piezas dentarias con el fin de corregir la mesialización provocada por el procedimiento anterior.

Protocolo:

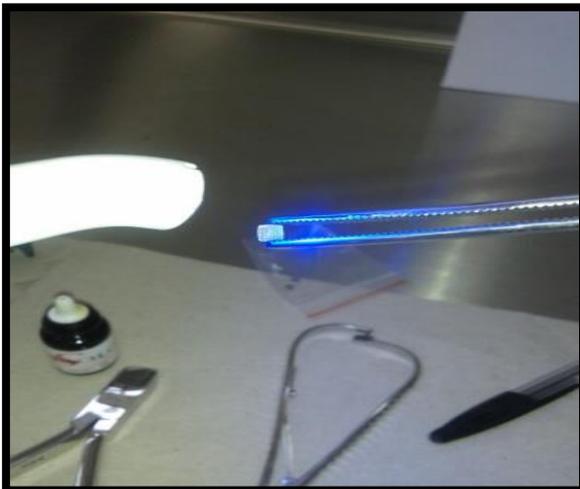
- 1) **Diagnóstico:** Instrumental básico. Explorador, pinza algodонера, espejo bucal.
- 2) **Retiro de exceso de resina:** Pieza de alta, fresa montada blanca, abre bocas, eyector.

- 3) **Profilaxis (Alejandro Velásquez):** Eyector, bicarbonato, dappen de vidrio, cepillo profiláctico.
- 4) **Colocación de brackets, alambre de ligadura y elastíes en 11 y 21:** desmineralización (ácido fosfórico 37%), adhesivo al brackets y al diente (fotocurar), Resina fluida, FP3 lámpara de fotocurado (30seg), brackets, explorador para retirar excesos, alambre de ligadura, elastíes en cadeneta con fines ortodónticos para reducir espacio entre mesiales, pinza de Miller, pinza mathieu, pinza corte distal.
- 5) **Aplicación de flúor:** Flúor acidulado de sodio, algodón.

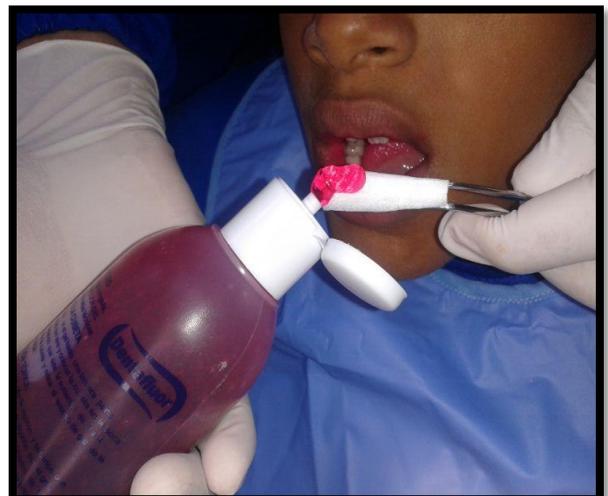
Observaciones:

- Se deben mantener tratamiento ortodóntico, ya que los movimientos en ésta especialidad son constantes, pero lentos y suaves para que se note el procedimiento realizado.
- Indica el profesional que los movimientos deben ir en busca del eje axial.
- Colocación del aparato (Prótesis Parcial Removible Superior) máximo en un mes ya que debe haber un poco de recidiva por el ligamento periodontal estirado.
- Citar al paciente para dentro de 15 días, cita de control e impresión.

Diagnóstico de profilaxis: Gingivitis asociada a placa y modificada por factores locales, se brinda motivación al paciente y ser constante con el cepillado, al igual que uso de la ceda dental.



.DIA X



FECHA: 05/marzo/2014

HORA: 12:14pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Stiwar Palacio

EDAD: 11 años

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Luz Marina Palacio Kennedy **PARENTESCO:** Abuela

LUGAR: Consultorio odontológico-Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional
Bello/Antioquia

PERSONAL A CARGO: Dr. Andrés Felipe Toro.

Estudiantes: Vanessa Rúa M, Manuela Betancur V, Lilibeth Bedoya

R, Alejandro Velásquez U.

PROCEDIMIENTO:

- Impresión en alginato siliconado y vaciado en yeso.
- Se realizó impresión de arcada superior e inferior, con el fin de saber cuál es la oclusión de mordida y que los dientes artificiales a poner queden en correcta posición.
- Botones en cera base para evitar el desgarró del material de impresión.

Protocolo:

- 1) **Diagnóstico:** Instrumental básico. Explorador, pinza algodонера, espejo bucal.
- 2) **Retiro del elástico en boca:** Explorador
- 3) **Colocación de elástico nuevo:** Elastíes, pinza mathieu.





Observaciones:

- Programar cita con paciente para cuando este lista la placa parcial removible de prueba en cera base.

DIA XI

FECHA: 19/marzo/2014

HORA: 12:50pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Stiwar Palacio

EDAD: 11 años

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Luz Marina Palacio Kennedy **PARENTESCO:** Abuela

LUGAR: Consultorio odontológico-Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional
Bello/Antioquia

PERSONAL A CARGO: Dr. Andrés Felipe Toro y Dra. Diana Marcela Solano.

Estudiantes: Vanessa Rúa M, Manuela Betancur V, Lilibeth Bedoya

R, Alejandro Velásquez U.

PROCEDIMIENTO:

- Medición placa parcial removible superior en cera base.
- Se colocan elastíes para rotación y traslación de 11 y 21 (centrales superiores) para mejorar problemas de mesialización.

Protocolo:

- 1) **Diagnóstico:** Instrumental básico. Explorador, pinza algodонера, espejo bucal.
- 2) **Retiro de los elastíes:** Explorador
- 3) **Colocación de elástico nuevo:** Elastíes, pinza mosquito, piza corte distal.



Observaciones:

- Programar cita con paciente para cuando esté lista la Prótesis Parcial Removible para montaje y entrega de la misma.
- En la próxima cita se realizarán restauraciones en resina con el fin de mejorar estética y regresar la anatomía de dientes centrales superiores.
- Se programará última cita para cuando este la placa removible definitiva.

DIA XII

FECHA: 11/junio/2014

HORA: 9:00pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Stiwar Palacio

EDAD: 11 años

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Luz Marina Palacio Kennedy **PARENTESCO:** Abuela

LUGAR: Consultorio odontológico-Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional Bello/Antioquia

PERSONAL A CARGO: Dr. Andrés Felipe Toro y Dra. Diana Marcela Solano.

Estudiantes: Vanessa Rúa M, Manuela Betancur V, Lilibeth Bedoya

R, Alejandro Velásquez U.

PROCEDIMIENTO:

- Se realizan restauraciones estéticas con resina en todas las superficies de incisivos centrales superiores (11-21) con el fin de mejorar su autoestima.
- Siendo la última cita de tratamiento para el paciente se realiza la entrega, al igual que, adaptación de la placa superior removible estética.

Protocolo:

- 1) **Diagnóstico:** Instrumental básico. Explorador, pinza algodонера, espejo bucal.
- 2) **Restauraciones en 11 y 21:** desmineralización (ácido fosfórico 37%), por 15 segundos, lavado (doble de tiempo), adhesivo, Resina A3, FP3, lámpara de fotocurado (30seg), Pulido: discos de pulir y acrílico para posicionar lateral derecho..
- 3) **Adaptación de la prótesis.**





Observaciones:

- Paciente de muy buen manejo, colaborador y a partir de esta cita queda rehabilitado.
- Se indica readaptación de placa para cuando estén erupcionando los premolares.
- Asistir a revisión cada seis (6) meses para llevar control sobre la evolución y erupción de dientes premolares que puedan impedir la buena adaptación de la prótesis parcial removible.
- Mantenimiento riguroso de restauraciones en incisivos centrales superiores.

ANÁLISIS

Partiendo de la problemática inicial del paciente y de sus condiciones psicosociales hemos alcanzado un diagnóstico acertado y buscado los recursos necesarios para el mejoramiento de su calidad de vida por medio del cual hemos llevado a cabo un plan de tratamiento, contando con el apoyo y acompañamiento de profesionales, la realización de diversos procedimientos odontológicos, donde logramos devolverle sus funcionalidades orales y además su apariencia estética y mejorar su autoestima.

Dentro de este contexto plasmamos la solidaridad y el trabajo en equipo con el fin de alcanzar que el paciente tenga una mejor relación con los demás y se enfrente sin temor a la sociedad, logrando así disminuir las dificultades a las que se veía enfrentado a diario en su entorno escolar y social.

Una vez realizado todo el proceso de rehabilitación hemos concebido la mejora en su aspecto físico y funcional, fomentando la integración social y el crecimiento en valores, destacando principalmente la confianza en sí mismo viéndose reflejada está en su comportamiento y actividades diarias, dejándonos una enseñanza de superación de que con perseverancia y esfuerzo podemos lograr todos nuestros propósitos.

CONCLUSIONES

- Este proyecto evidencia las diferentes variables que pudieron haber intervenido en la patología presentada por el paciente a nivel oral, así mismo brindando la posibilidad de llegar a un diagnóstico acertado y de esta manera conseguir un plan de tratamiento correcto acompañado de un seguimiento periódico para así lograr obtener resultados exitosos.
- Es importante destacar el plan de tratamiento que se desarrolla y se emplea detallada y minuciosamente con el fin de brindar una adecuada rehabilitación, implementando estrategias de mejoramiento funcional y logrando suplir las necesidades.
- El proyecto contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente devolviéndole la posibilidad de relacionarse sin temor al rechazo, con confianza y seguridad dentro de la sociedad.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta la rehabilitación oral y el plan de tratamiento realizado con el paciente, se sugieren las siguientes recomendaciones para una buena salud bucodental:

- **Adecuada higiene oral:**

Para mantener una salud oral buena es necesario seguir algunos pasos que ayudaran a que esta se realice correctamente.

- Cepillado adecuado después de cada comida, tomando el tiempo necesario para que los dientes queden totalmente limpios.
- Uso de la seda dental; se debe utilizar después de cada comida y antes del cepillado, ya que con esta logramos eliminar la placa blanda y bacterias que se acumulan en la parte interdental donde el cepillo no logra llegar.
- Uso de enjuagues bucales complementando el cepillado y la buena higiene oral, conociendo que estos tienen como propósito combatir y eliminar las bacterias restantes que en el cepillado no se pudieron expulsar.

- **Limpieza y control periódico de la prótesis dental:**

Se debe tener en cuenta que las prótesis dentales requieren de unos cuidados especiales, entre estos están:

- Cepillar la prótesis dental tres veces al día con un cepillo diseñado especialmente para esta.
 - Retirar la prótesis dental en las noches con el objetivo de dejar descansar las encías.
 - Introducir la prótesis dental en desinfectantes especiales por lo menos una vez a la semana, para eliminar bacterias que pueden producir cualquier tipo de hongos y causar el mal aliento.
 - Asistir a controles periódicos, y de esta manera realizar los ajustes necesarios que requiera la prótesis dental, además de observar y corregir toda su parte de higiene.
-
- **Visitas frecuentes al odontólogo :**
No debemos perder de vista la importancia de la visita frecuente al odontólogo para mantener una armonía en nuestra salud e higiene oral, esta debe realizarse cada 4 o 6 meses aproximadamente.

GLOSARIO

ALGINATO: Sal de ácido algínico, la cual mezclada con agua en proporciones exactas forma un gel hidrocoloide irreversible utilizado para fabricar impresiones o moldes de dentición.

(Fischbach, Ute. 2009, pág. 28).

BOTONES ORTODÓNTICOS: Son piezas metálicas con forma de botón, que se usan para deslazar piezas ectópicas. Se adhieren igual que los brackets, se traccionan con ligaduras y posteriormente se coloca un brackets para alinear la pieza. (Sánchez, H. 2011, pág. 11)

CERA BASE: se utiliza para articular con exactitud modelos de arcadas opuestas. (Facultad de odontología, Universidad de Cartagena)

CONGÉNITAS: Hereditario, de nacimiento: enfermedad congénita. (García, R. Pelayo. Gross. 1992, pág. 261)

ECRINAS: Se encuentran en toda la superficie corporal, excepto borde libre de labios, lechos ungueales, labios menores, glande y cara interna del prepucio. En plantas, palmas y axilas su número es mayor. (Navarrete, G. 2003, pág. 133)

ECTODERMO: La masa externa de las tres capas primarias del embrión. A partir del ectodermo se origina el sistema nervioso, los órganos de los sentidos especiales, la epidermis y

los tejidos epidérmicos, como las uñas, el pelo y las glándulas. **(Fischbach, Ute. 2009, pág. 201).**

ELASTIES: Son gomas de diversos diámetros y grosores que, generalmente, tiene como función los movimientos entre arcadas para coordinarlas. Pueden ir puestas en ganchos que llevan los brackets y bandas o sobre ganchos soldados al arco. **(Parra, C. Pág. 13)**

EXÈRESIS:(Del griego ex, y airein, extirpar). Ablación quirúrgica de una parte inútil o perjudicial al organismo, o de un cuerpo extraño. **(Dr. Lasa, M. 2011)**

FRENECTOMÍA: Desprendimiento y/o extirpación quirúrgica del frenillo de su unión a la inserción mucoperióstica de las apófisis alveolares. **(Fischbach, Ute. 2009, pág. 285)**

GANCHOS ADAMS: Dispositivo ortodóntico removible que debe estar sustentado por sistemas de retención óptimos. Respetando siempre algunos principios básicos, como lo son: No obstaculizar erupciones dentarias y garantizar una buena estabilidad de la placa acrílica. **(Delgado, E. López, L. Rey, M. Rodríguez, E. pág. 2)**

GENODERMATOSIS: Constituyen un grupo de afecciones clínicas muy heterogéneas, cuyas principales manifestaciones radican en la piel y sus anejos; tiene como elemento común su condicionamiento genético. **(Dra. Falcón, L. Pág. 48)**

MELANOSITOS: Células dendríticas del epitelio gingival, que cuando es funcional, causa pigmentación independiente de la raza. **(Fischbach, Ute. 2009, pág.415)**

MESODERMO: Capa intermedia de las tres que tiene el embrión en desarrollo. Se sitúa entre el ectodermo y endodermo. Del mesodermo se derivan hueso, tejido vascular y linfático, pleura del pericardio y el peritoneo.

OLIGODONCIA: Subcategoría de hipodoncia en la que seis o más dientes no se desarrolla. **(Fischbach, Ute. 2009, pág. 419, 471)**

ORTOPANTOMOGRAFÍA: Sistema radiográfico que utiliza tres ejes de rotación para obtener una radiografía panorámica de las arcadas dentales y sus estructuras asociadas, **(Fischbach, Ute. 2009, pág.476)**

RECIDIVA: La palabra recidiva, proviene del latín recidivus, que significa lo que "nace o se renueva", y que médicamente, califica la reaparición de la enfermedad después del restablecimiento de la salud.

ANEXOS

ANTES



DÉSPUES



BIBLIOGRAFÍA

- Alteraciones en el Desarrollo Dental. Recuperado de:
http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_odontologia/Imagenes/Portal/Dentaduras_Totales/ALTERACIONES_EN_EL_DESARROLLO_DENTAL.pdf
- Odontogénesis. Recuperado de:
<http://es.scribd.com/doc/28809838/ODONTOGENESIS-RESUMEN>
- Aguilar de Orta, L. Di Santi de Modano, J. Estabilidad y recidiva de las Mordidas Abiertas Anteriores (2010). <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art18.asp>
- Pipa, A. López-Arranz, E. González, M. Tratamiento Odontológico en la Displasia Ectodérmica- Actualización/ Avances en Odontoestomatología. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v22n3/03.pdf?origin=publication_detail
- López, M. Barreto, R. Techera. Nueva Alternativa Metodológica en la Enseñanza de la Odontopediatría/Procedimientos Quirúrgicos Menores (2008). Uruguay. Recuperado de:
www.odon.edu.uy/catedras/odontope/teoricos/proquirmenores.pdf
- Gálvez, A. Sobral, A. Bullying-El fenómeno del acoso escolar en Guatemala. Resultados de una muestra de sexto grado del Nivel Primario (2011). Guatemala. Recuperado

de:<http://www.elperiodico.com.gt/templates/especiales/bullying/El%20fenomeno%20del%20acoso%20escolar.pdf>

- Universitat Id Valencia. Práctica 10 Frenillos Bucales. Recuperado de:ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/cirugia-bucal/pract10.pdf
- FISCHBACH SABEL, Ute. Diccionario de Odontología. Segunda edición. Barcelona, España, 2009.
- GARCIA, Ramón. PELAYO y GROSS. Pequeño Larousse Ilustrado. Edición 1A. Paris, 1992.
- Rudys, R. Wellington, G. Zeno Baroncini, Luiz, J. Reemplazo de dientes anteriores a través de prótesis parcial removible rotacional (1999). Santo Domingo, República Dominicana. Recuperado de: <http://www.bvs.org.do/revistas/rod/1999/05/01/rod-1999-05-01-037-043.pdf>
- Nart, J. Carrió, N. Norma, E. López, A. Traveria, S. Santos, A. Tratamientos mucogingivales en ortodoncia (2008). Barcelona-España. Recuperado de: http://periodonciabarcelona.es/pdf/original_NART.pdf
- Sánchez, H. Aditamentos en ortodoncia (2011). Recuperado de: <http://www.slideshare.net/oralmauricio/aditamentos-en-ortodoncia-8280207>

- Parra, C. Brackets Disponibles. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/crisppg/tipos-de-brackets-introduccion-a-la-odontologia>
- Ramia, M. La autoestima en los estudiantes de la mención-Educación Preescolar y Primaria Etapa de Educación Básica de la Escuela de Educación de la Universidad Central de Venezuela (2002). Venezuela. Recuperado de: http://scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-97922002000300004&script=sci_arttext
- Díaz-Pérez, R. Echaverry-Navarrete, R. Agnesia de Dentición Permanente (2009). México. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n6/v11n6a12.pdf>
- Dra. Falcón, L. Genodermatosis. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/genetica/03._genodermatosis.pdf
- Navarrete, G. Histología de la Piel-Glándulas sudoríparas ecrinas (2003). Recuperado de: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no46-4/RFM46403.pdf>
- Instrucciones de manejo, cuidado y mantenimiento de la prótesis removible. Madrid. Recuperado de: http://www.clinicasdentofaciales.com/pdf/indicaciones_protosis_removibles.pdf

- Ganchos Adams. Delgado, E. López, L. Rey, M. Rodríguez, E. pág. 2. Recuperado de:http://media.axon.es/pdf/84255_1.pdf
- Cera base. Facultad de odontología, Universidad de Cartagena. Recuperado de:
http://odontologiavirtual.unicartagena.edu.co/FACULTAD_DE_ODONTOLOGIA/Oclusion_5_Unidad_files/CERAS%20DENTALES.pdf

