



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**EVALUACIÓN DE TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN BUCAL EN
PACIENTES QUE HAN SIDO ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.**

Tesis previa a la obtención del Título de
Doctor en Odontología.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

DIRECTOR: Dr. Rodrigo Tamariz J.

ASESOR: Dr. Oswaldo Muñoz A.

CUENCA – ECUADOR

2003

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecemos a Dios por habernos permitido llegar a la culminación de una meta más en nuestras vidas. A todos quienes han contribuido de una u otra forma para la realización de este trabajo.

Un agradecimiento especial al Dr. Rodrigo Tamariz, prestigioso profesional y catedrático universitario, nuestro Director de Tesis, quien con sus conocimientos y don de gente, nos supo guiar en la elaboración de este trabajo.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



DEDICATORIA

A mi amado esposo Leonardo, quien con su comprensión y amor, es aliento de todos mis logros y aspiraciones.

A mi hija Ariadna, razón de mi vida, por existir y llenar mis días de inmensa dicha y felicidad.

A mis padres Miguel y Olimpia, por su sacrificio, dedicación y amor, los cuales incentivaron en mí la perseverancia y la decisión de alcanzar este ideal.

A mis hermanas, sobre todo a Marcia, por el apoyo, confianza y ejemplo de sacrificio, que hicieron posible la culminación de mi carrera.

A mis sobrinos: Josué, Doménica y Ariel, por llenar mi vida de alegría y esperanza.

María Augusta.



DEDICATORIA

A mis padres, por su ejemplo de amor y entrega, por su apoyo constante en todos los momentos de mi vida, impulsándome a seguir siempre adelante para conseguir mis metas..

A mis hermanos, por su comprensión y apoyo incondicional durante mi carrera universitaria. A todos ellos gracias.

Jorge.



RESPONSABILIDAD:

Todas las opiniones y criterios vertidos en este trabajo, son responsabilidad de sus autores.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

ÍNDICE

CONTENIDO	PAGINAS
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	
I.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	2
I.2	3
I.3 MRCCO TEÓRICO	4
I.3.1	4
I.3.2 Sistema Estomatognático.	5
I.3.3	6
I.3.4 Tejido Dentario.	7
I.3.5	7
I.3.6 Tejido Periodontal	8
I.3.7	16
Osteología.....	
Articulación Témporo-Mandibular.....	20
Oclusión Dentaria.....	
Fisiología Mandibular.....	
CAPÍTULO II	24
MATERIALES Y MÉTODOS	
CAPÍTULO III	
RESULTADOS	39
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	43

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó en función de cumplir con el objetivo de evaluar los resultados de los Tratamientos de Rehabilitación Bucal, en los pacientes que asistieron a esta área de servicios, en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca. Para esto se tomó como referencia el lapso comprendido entre los años 1998 y 2002.

El trabajo que ponemos a consideración está estructurado en cuatro capítulos, los mismos que cubren una temática específica, en torno al tema general. Así, en el Primer Capítulo nos referimos al Problema de investigación, se explicitan los objetivos planteados para la misma y se formula el Marco Teórico, que nos sirvió de soporte para la investigación.

En el Capítulo dos, tratamos los aspectos metodológicos que guiaron el proceso investigativo, referido a los materiales, métodos y técnicas empleadas.

Como Capítulo tres, constan los resultados estadísticos, los mismos que se presentan a través de tablas y gráficos, para una mejor comprensión y análisis. Por último y como Capítulo cuatro se plantean las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó luego de analizados los resultados.

Reconocemos que en ningún caso este es un trabajo definitivo, por lo mismo debe tener muchas limitaciones, sin embargo, nos queda la satisfacción de haber aportado en alguna medida para investigaciones futuras.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



CAPÍTULO I

I.1 Planteamiento del Problema.

LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA EN SU CLÍNICA OFRECE LOS SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A ELLA, PROYECTÁNDOSE DE ESTA FORMA A LA CIUDADANÍA COMO UNA FUENTE EFICIENTE DE SERVICIO. SIN EMBARGO, ES MENESTER SEÑALAR QUE EXISTEN MÚLTIPLES RAZONES QUE INCIDEN EN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO, COMO ES EL HECHO DE QUE UN GRAN NÚMERO DE PACIENTES LUEGO DE ABRIR UNA HISTORIA CLÍNICA E INICIAR SU TRATAMIENTO NO ACUDEN CON REGULARIDAD PARA CUMPLIR CON EL MISMO. TAMBIÉN DEBEMOS MENCIONAR LA COMPLEJIDAD Y EL COSTO DEL TRATAMIENTO, LA INOPERANCIA DEL LABORATORIO DENTAL DE LA FACULTAD EN LA CALIDAD Y TIEMPO DE ENTREGA DE LOS TRABAJOS, LA DEMORA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES POR LA FALTA DE ESPACIO FÍSICO EN LA CLÍNICA Y EN OTROS CASOS POR NO CONTAR CON LOS MATERIALES DENTALES NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO, SUMÁNDOSE A ESTOS HECHOS LAS DIFERENTES ACTIVIDADES SOCIALES QUE INTERRUMPEN EL NORMAL DESENVOLVIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE LA CLÍNICA.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



HA SIDO NUESTRA PREOCUPACIÓN AL REALIZAR ESTA INVESTIGACIÓN, CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS ACTUALES DE SALUD DE LOS PACIENTES QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN BUCAL EN LA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA QUE HAN SIDO DADOS DE ALTA, PARA LO CUAL CONSIDERAMOS NECESARIO EVALUAR CLÍNICA Y RADIOGRÁFICAMENTE LA CONDICIÓN DE SALUD BUCAL, LUEGO DE UN TIEMPO POST-TRATAMIENTO CONSIDERADO ENTRE ENERO DE 1998 A JULIO DE 2002.

I.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

- * Conocer el estado de salud bucal de los pacientes que anteriormente recibieron tratamiento de Rehabilitación Bucal y evaluar las condiciones actuales de salud bucal de los mismos.

Objetivos Específicos.

- * Seleccionar las fichas clínicas de pacientes con tratamiento de rehabilitación bucal atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.
- * Revisión de fichas clínicas de pacientes con tratamiento de rehabilitación bucal atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.
- * Localizar al paciente para integrar un grupo de evaluación.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



- * Conocer las condiciones de salud bucal una vez realizado el tratamiento a través de las fichas clínicas.
- * Conocer el tipo de tratamiento realizado.
 - * Evaluar las condiciones de salud bucal de los pacientes.
- * Establecer las condiciones actuales de salud bucal realizando un diagnóstico clínico y radiográfico.

I.3 MARCO TEÓRICO

I.3.1 Sistema Estomatognático.

El sistema estomatognático es una unidad anatómica y funcional, perfectamente definida, ubicada en la región cráneo-facial, delimitado por detrás por un plano que pasa por las apófisis mastoides y dos líneas horizontales que pasan, una por los rebordes supraorbitarios y otra a nivel del hueso hioides.

Este sistema está integrado por un conjunto heterogéneo de órganos y tejidos que comprenden estructuras óseas, dientes, músculos, articulaciones, glándulas y componentes vasculares, linfáticos y nerviosos asociados. Ninguno de los componentes se puede considerar más o menos importantes, pues todos constituyen una unidad funcional, cuyos elementos mantienen una interrelación recíproca y constante entre sí y con el resto del organismo, por lo cual debe ser tratada en relación con la salud general.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



El sistema estomatognático cumple una serie de funciones entre las cuales podemos mencionar la masticación, deglución, respiración y fonarticulación, que son de vital importancia para el ser humano; todas estas funciones pueden ser modificadas ya que el sistema estomatognático, al igual que otros sistemas del organismo, está expuesto a sufrir alteraciones que interfieren en su correcto funcionamiento, provocando un desequilibrio en la salud del individuo.

Al realizar el tratamiento de Rehabilitación Bucal se busca mejorar las condiciones del sistema estomatognático, evitando las disfunciones del mismo.

La Rehabilitación Bucal tiene como su principal objetivo devolver la salud a todo el sistema estomatognático, sobre la base de un buen diagnóstico para dar tratamiento a las distintas alteraciones del mismo, de acuerdo al tipo y grado de complejidad de la misma, debiendo mirar a la Rehabilitación Bucal no como una compleja especialidad sino como el conocimiento actual e integral de la Odontología que conduce a la interrelación de diversas especialidades odontológicas para lograr la salud bucal del individuo, que por su puesto debe tener un seguimiento constante y programado con la finalidad de evaluar los resultados a corto, mediano y largo plazo, lo que permitiría el mantenimiento del sistema en óptimas condiciones de salud.

I.3.2 Tejido Dentario.

Dientes: Son órganos constituidos por tejidos perfectamente diferenciados y de consistencia muy dura, como son: el esmalte, la dentina y el cemento; y uno blando: la pulpa dentaria. Se encuentran

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

implantados en el borde alveolar de los maxilares y en conjunto forman el sistema dentario.

Las piezas dentales están expuestas a sufrir múltiples enfermedades y alteraciones, como caries, necrosis, fracturas, mal posición, (Fig. 1) etc., que por consiguiente llevan a que se produzcan alteraciones oclusales u oclusopatías que van a interferir en el normal funcionamiento del Sistema Estomatognático, provocando problemas en las articulaciones témporo-mandibulares, en el aparato digestivo, en la fonación, en la estética y en la psiquis.



Fig. 1

I.3.3 Tejido Periodontal.

El periodonto cumple las funciones de soporte y amortiguación, que consiste en sujetar o soportar al diente en su alveolo y en mantener su relación fisiológica con los tejidos circundantes, tanto duros como blandos. Resiste a las fuerzas oclusales como si fuera un verdadero tejido suspensor.

Características clínicas de una encía sana: La encía es la parte de la mucosa masticatoria que recubre los tejidos del proceso alveolar, y comprende: la encía marginal o libre y la encía insertada.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

La encía marginal es de color rosa pálido y de aspecto liso, contornea a la pieza dentaria y termina en el margen gingival en forma afilada, puede separarse levemente del diente con un instrumento o con un chorro de aire; se proyecta llenando los espacios interdentarios y formando la papila interdental. La encía marginal se continúa apicalmente con la encía insertada que se extiende hasta la línea muco gingival que la separa de la mucosa de revestimiento.

La encía insertada es de color rosa pálido claro, con manchas de melanina en algunos casos, tiene consistencia firme y textura puntiforme, comparable a una cáscara de naranja. (Fig 2)

Gingivitis: Es la inflamación del tejido de la encía que se puede presentar en una forma aguda, subaguda o crónica. La gravedad depende de la intensidad, duración y frecuencia de los irritantes locales y de la resistencia de los tejidos bucales. La gingivitis crónica es extremadamente común y en los paciente dentados ancianos, es casi universal su presencia. (Fig 3)

Periodontitis: La periodontitis es una inflamación más severa que la gingivitis; se caracteriza por afectar al periodonto de inserción, lo que implica la pérdida de inserción, la pérdida ósea y la posibilidad de una recesión gingival generalizada; en casos más avanzados se puede producir la pérdida del diente si no recibe tratamiento. (Fig. 4)



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

I.3.4 Osteología.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

Todos los huesos de la cara y cráneo, así como también el hueso hioides, cartílago tiroides, la clavícula y el esternón, ayudan a la oclusión proporcionando las zonas de inserción de los músculos que intervienen en la masticación; pero, indudablemente, los dos maxilares y el temporal forman la base osteológica de la oclusión.

Pérdida ósea: La radiografía permite determinar la existencia de pérdida ósea, estableciendo su cantidad, distribución y tipo. La cantidad de hueso perdido se establece por comparación con la altura normal del hueso interdental. (Fig. 5)

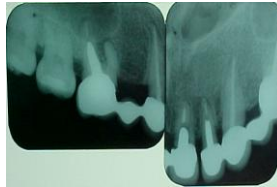


Fig. 5

I.3.6 Articulación Témpero – Mandibular.

La articulación témporo mandibular (ATM) es una articulación sinovial diartrósica y bicondílea; sus superficies articulares son de una parte: la cavidad glenoidea y el cóndilo de los huesos temporales, y otra, los cóndilos del maxilar inferior, el disco interarticular que relaciona las superficies articulares y divide la articulación en dos espacios articulares superior e inferior, la membrana sinovial que rodea al disco, la cápsula articular y los ligamentos articulares.

La ATM permite distintas clases de movimientos como el de descenso y elevación de la mandíbula, movimientos de propulsión y retropulsión y movimientos de lateralidad.

La ATM es la única articulación que posee un punto rígido de cierre, localizado en las superficies oclusales de los dientes. Las superficies articulares de las ATM no están cubiertas con cartílago hialino

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



como la mayoría de articulaciones, sino que están recubiertos por tejido fibrocartilaginoso. Las superficies articulares y la porción central del disco interarticular, están compuestas de tejido conectivo fibroso denso, a vascular libre de terminaciones nerviosas.

Dolor de la ATM: La experiencia clínica ha demostrado que el dolor es el motivo por el cual la mayoría de los pacientes acuden al médico, o al odontólogo en busca de tratamiento.

Generalmente el paciente describe el dolor como más intenso a nivel del oído, y suele ser continuo y aumenta de intensidad con los movimientos mandibulares.

La ATM puede presentar sensibilidad dolorosa a la palpación, si es tocada exactamente sobre la articulación, y a través del conducto auditivo externo.

También los músculos de la masticación pueden estar dolorosos a la palpación, aunque en ocasiones el dolor puede ser espontáneo o presentarse únicamente durante la función, como en la masticación y fonación.

Apertura Bucal Máxima: Será medida desde el borde incisal superior hasta la marca que dejó éste sobre los incisivos inferiores cuando se encuentra en oclusión. En apertura, cuando ésta sobrepasa los 45 mm. (articulación hipermóvil) o no llega a los 40 mm. (hipomóvil) debe alertar sobre posibles condiciones patológicas.

Trayectoria de Apertura y Cierre Mandibular: Si al abrir la boca, el punto íterincisivo se desvía lateralmente es indicio de alteraciones articulares o musculares; en el cierre el recorrido puede ser idéntico

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



lo cual es muy raro, y en otros el recorrido es muy diferente ya que los músculos actuantes son otros.

Contactos Prematuros: Son los contactos dentarios que se producen antes de llegar a la máxima intercuspidad. Los contactos prematuros se producen a pesar de una posición de oclusión en relación céntrica, para luego deslizarse hacia una posición de oclusión céntrica, formando dos arcos de cierre mandibular.

Interferencias Oclusales: Un contacto sobre el lado de balance, que provoca la desoclusión de los dientes sobre el lado de trabajo, o el desplazamiento de un diente del lado de balance, se denomina interferencia de balance. En tanto que un contacto oclusal sobre el lado de trabajo, que estorba los movimientos de deslizamiento suave, es llamado interferencia de trabajo. La interferencia protrusiva es un contacto oclusal que provoca desoclusión de los dientes anteriores, o un movimiento exagerado de estos durante los movimientos protrusivos.

Bruxismo o Bruxomanía. Es el acto lesivo y compulsivo de apretar y/o rechinar los dientes con intensidad y persistencia, ya sea en forma conciente o inconsciente, cuya etiología se considera debido a una combinación de problemas relacionados con la presencia de algún tipo de desarmonía oclusal y factores psíquicos o de origen psicossomático que llegan a desencadenar toda la gama de patología observable en la boca de los pacientes.

Luxación y subluxación (dislocación completa e incompleta). La dislocación de la articulación temporo-mandibular ocurre cuando la cabeza del cóndilo se mueve en sentido anterior sobre la eminencia articular, en una posición tal que no puede regresar voluntariamente a su posición normal.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

La **luxación** de la articulación se refiere a la dislocación completa, mientras que la **subluxación** es una dislocación parcial o incompleta, en realidad una forma de hipermovilidad.

I.3.6 Oclusión Dentaria.

Es el estudio de los arcos dentarios, considerando a los dientes anteriores y posteriores así como su alineación en los tres planos del espacio. La oclusión estudia estos dientes tanto en estática como en dinámica, así como la relación de ellos con el periodonto, ATM., y el sistema neuromuscular.

En la oclusión, es frecuente que se presenten alteraciones en el acoplamiento de los dientes anteriores, tanto en la guía incisiva como en la guía canina. Así como los posteriores que frecuentemente se encuentran sin axialidad ni estabilidad ya sea por estar desalineados, rotados, migrados, provocando contactos prematuros o interferencias oclusales.

Acoplamiento Anterior: **Es el camino recorrido por los bordes incisales de los dientes antero inferiores que se deslizan sobre las cavidades palatinas de los superiores, produciendo la desoclusión de los posteriores, así los dientes anteriores protegen a los posteriores, pues al no haber contacto dentario, la actividad de los músculos macetero y pterigoideo interno disminuye. Por eso se debe buscar la forma de producir desenganche de los premolares y molares para que solamente los anteriores soporten la función en los desplazamientos excéntricos. (Fig. 6)**

Desoclusión Canina: La desoclusión a expensas de los caninos es el tipo de oclusión ideal preconizada por la escuela de la Oclusión Orgánica. Consiste en que los caninos se hagan cargo exclusivo de los

contactos durante los movimientos laterales, y los anteriores durante los movimientos protrusivos. (Fig 7)

Desoclusión en Grupo: Es aquel en el cual un grupo de dientes, preferiblemente anteriores, se hacen cargo de los contactos durante los movimientos excéntricos. Si se hace necesario involucrar un diente posterior, este debe ser el primer premolar, o el diente más cercano a la parte anterior debido a que mientras más anterior sea el contacto, menos actividad muscular habrá. (Fig. 8)



Fig.6

Fig. 7

Fig. 8

Estabilidad: Al hablar de contactos interoclusales es importante considerar el llamado **Componente Anterior de Fuerzas**, definido como una tendencia migratoria mesial de los dientes que puede ocurrir eventualmente debido a los mecanismos involucrados en el arco de cierre mandibular. La ubicación correcta de estos contactos interoclusales deberá neutralizar esta fuerza existente, con lo cual no solo persigue la estabilidad de un diente en particular, sino de todo el sistema gnático como un todo.

La ubicación de dichos contactos debe ser en las elevaciones de los dientes, pero nunca en su vértice. El contacto debe ser en un punto y no en una superficie, y todos deberán producirse simultáneamente durante el cierre mandibular.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



Los contactos interoclusales se pueden clasificar de dos formas: en relación con la estabilidad meso-distal del diente, estos contactos son: A. **Paradores de cierre** y B. **Estabilizadores**. Considerando la estabilidad vestíbulo-lingual del diente, estos contactos se clasifican en contactos **A, B y C**.

Tripodismo: Se denomina así a los tres puntos de contacto obtenidos por cada cúspide estampadora cuando descansa sobre su fosa correspondiente, que es la forma ideal de obtener estabilidad. Sin embargo, no siempre es posible lograr el tripodismo para cada una de las cúspides, considerando que en todo molar o premolar se debe obtener un mínimo de tres contactos, dos equilibradores (uno de ellos contacto B) y un parador de cierre, o de dos paradores de cierre y un contacto B (equilibrador). Se considera que todo molar o premolar debe tener como mínimo estos tres contactos para obtener la estabilidad necesaria, tanto en sentido meso-distal como vestíbulo-lingual, y es lo que se ha llamado el Trípode Mínimo Funcional.

Oclusión Funcional: El término oclusión funcional significa que conduce a la función. Oclusión es el acto de cerrar la boca, en el cual no solo interesa la relación de contacto de los dientes sino las relaciones funcionales y parafuncionales, que surgen de los componentes del aparato masticatorio. Por lo tanto, oclusión es la relación funcional y disfuncional entre un sistema formado por los dientes, las estructuras de soporte y la ATM, por una parte, y los componentes neuromusculares por otra.

El término oclusión fisiológica, u oclusión funcional, tiene las siguientes características en el cual:

- a) Las superficies oclusales no presentan obstáculos o interferencias para los movimientos suaves de deslizamiento de la mandíbula.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



- b) Donde hay libertad de cierre para la mandíbula o para que sea guiada hasta la interdigitación cuspídea máxima en oclusión y relación céntrica.
- c) Las relaciones de contacto oclusal contribuyen a la estabilidad oclusal.

En la oclusión funcional se consigue:

- 1) Que los dientes permanezcan firmes.
- 2) Que no haya migración dentaria.
- 3) Que no haya dolor dentario en el contacto o después de él.
- 4) Que la ATM funcione con libertad y sin dolor.
- 5) Que no haya retención de alimentos.

Oclusión Normal: Es la que se encuentra en armonía con el funcionamiento del sistema estomatognático, sin importar la perfección anatómica, es la que poseen la mayoría de personas y en donde el poder de adaptación del sistema estomatognático y organismo cumple un papel preponderante.

Oclusión Ideal: Es aquella a la cual se debe aspirar y comprendería:

- * Contactos bilaterales simultáneos y estables.
- * Movimientos mandibulares friccionables, libres de influencia cuspídea.
- * Función de grupo (que trabaje el mayor número de piezas dentarias)
- * Axialidad como resultado de sus fuerzas.
- * Un correcto espacio libre interoclusal.

Es un ideal fisiológico y estético, en ella coincide la relación con la oclusión céntrica.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



Oclusión Balanceada: Es la conseguida por el protesista con las cúspides de trabajo y de balanceo de todos los dientes posteriores en contacto con sus antagonistas, en cualquier posición y en todos los movimientos mandibulares. Siendo este concepto, válido para las dentaduras artificiales, no lo es en los dientes naturales, porque ni las cúspides de balanceo ni los dientes posteriores deben contactar en las posiciones protrusivas y protrusivolaterales.

Oclusión Morfológica: En la oclusión morfológica el aspecto, la forma y la posición de los dientes tiene más importancia que la función, su estabilidad y la salud periodontal.

Oclusión Mutuamente Protegida: Es aquella en donde las piezas posteriores protegen a las anteriores en el cierre mandibular; anatómicamente están capacitadas para soportar las fuerzas verticales, por su tamaño, forma y disposición radicular. Así como las piezas anteriores protegen a las posteriores en los movimientos excéntricos de la mandíbula. Por lo tanto, los posteriores se separan cuando trabajan los anteriores y viceversa.

Relación Céntrica: Se le denomina también **Posición Retrusiva de Contacto**, es la relación que adopta la mandíbula con respecto al maxilar superior, cuando los cóndilos se hallan en la parte más posterior, superior, y mediana de la cavidad glenoidea.

Esta posición condilar representa el eje de rotación posterior o terminal, llamado también eje de bisagra terminal, que es constante y el único reproducible, pudiendo ser trasladado a un articulador, por lo que tiene mucha importancia clínica.



Oclusión Céntrica: Es la posición del maxilar inferior con respecto al superior, en la cual las piezas dentarias ocluyen plenamente interdigitadas, con un engranamiento de máxima coincidencia entre cúspides y fosas opuestas; existe además el máximo de puntos de contactos oclusales. Está determinada por los dientes, y por lo tanto es una posición dentaria. Todos los movimientos mandibulares en los que hay contactos dentarios comienzan y terminan en ésta posición. Es la relación fisiológica de la dentición durante la masticación y la deglución.

Si hay contactos prematuros, los dientes ocluyen primero en relación céntrica, chocan los contactos y los dientes se deslizan hacia la posición de oclusión céntrica. Si los contactos prematuros son conocidos por el paciente, los mecanismos neuromusculares guían la mandíbula directamente a esta posición, sin que hayan ido previamente por la relación céntrica, gracias a la memoria muscular. Así los dientes inferiores evitan los contactos prematuros.

La oclusión céntrica varía constantemente durante el transcurso de la vida: en la erupción dentaria, recambio de los dientes temporarios, atrición oclusal, restauraciones o pérdidas de dientes, con o sin migración, etc. Por eso a la oclusión céntrica se le llama también Céntrica Adquirida o Habitual.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



Deflexión Mandibular o Deslizamiento en Céntrica: Cuando no hay coincidencia entre relación y oclusión céntrica hay un deslizamiento mandibular para pasar de una a otra posición, al que se le denomina **Deslizamiento en Céntrica**, que en la mayoría de los casos se hace en sentido protrusivo lateral, aunque puede ser solamente protrusivo o solamente lateral.

Dimensión Vertical: La dimensión vertical se ha definido como la distancia entre dos puntos localizados arbitrariamente en la cara del paciente, uno en el maxilar y otro en la mandíbula. De igual manera se habla de dos dimensiones verticales:

1. **Dimensión vertical de oclusión**, cuando existe en el paciente una máxima intercuspidad.
2. **Dimensión vertical postural**, cuando la mandíbula se encuentra en una posición de descanso o posición fisiológica postural.

Posición postural: Es la posición leve de la mandíbula a la que se llega después de la deglución. Es una posición de equilibrio muscular de los elevadores y depresores mandibulares, sin contacto entre los dientes superiores e inferiores, quedando entre ellos un espacio libre o de inoclusión fisiológica que mide de 1 a 3 mm.

Desde la posición postural parten todos los movimientos mandibulares funcionales, por lo que se considera que es la posición más frecuentemente utilizada.

Espacio Libre Interoclusal: Es el espacio que queda entre las superficies oclusales de los dientes superiores e inferiores, cuando el maxilar se halla en posición postular. Es llamado también espacio libre o de inoclusión fisiológica.

Su dimensión varía de un individuo a otro y se calcula obteniendo la diferencia entre los valores de la dimensión vertical postural y de la dimensión vertical en oclusión céntrica.

I.3.7 Fisiología Mandibular

Los movimientos y posiciones de la mandíbula han sido registrados para su estudio en formas diagramáticos con respecto a los tres planos o ejes de rotación de los cóndilos.

Movimiento en el plano sagital: Es el movimiento de abertura mínima durante el inicio de la abertura de la boca y ese recorrido es de aproximadamente de 1 cm. a nivel de los dientes anteriores. Pasando de esta distancia los cóndilos se trasladan hacia delante y abajo, siguiendo las inclinaciones y curvaturas de la eminencia hasta llegar al movimiento extremo de abertura máxima; y de ahí al iniciar el cierre el paciente regresa a la posición de oclusión céntrica con el arco de cierre creado para esta posición habitual, que puede o no estar en coincidencia con la posición condilar de relación céntrica. En este plano el gráfico que se consigue es el denominado Bicúspoide de Posselt. (Fig. 9)



Fig. 9

Movimientos en el plano horizontal: Son los de rotación en el cóndilo de trabajo y traslación hacia adentro y adelante en el cóndilo de balanza. Estos movimientos son accionados de lado del cóndilo de balanza por la contracción del músculo pterigoideo externo, en su haz

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

inferior. El gráfico que se consigue en este movimiento es el trazado de Gyssi. (Fig 10)

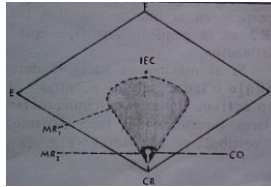


Fig. 10

Movimientos en el plano frontal: En este plano se observan los movimientos cíclicos de la masticación es decir, saliendo de un punto de contacto oclusal de una cúspide sobre una fosa, este describe un movimiento en forma circular diagramándose sobre este plano como un par de gotas unidas. (Fig. 11)

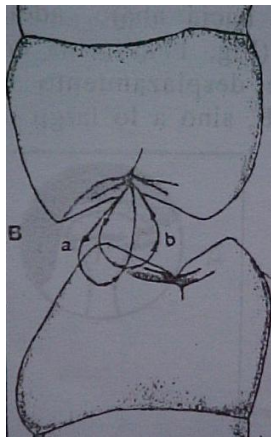


Fig. 11

Movimientos de Trabajo y no Trabajo. Si la mandíbula va hacia la derecha, este lado se denomina **lado de trabajo o lado activo**, mientras el izquierdo es el **lado de balanceo o no activo**. En este movimiento lateral las cúspides vestibulares de los molares inferiores del lado de trabajo pueden colocarse por debajo de las vestibulares superiores, mientras las vestibulares inferiores del lado de balanceo estarán en relación con las palatinas de los superiores.



El cóndilo hacia el cual se desplazó la mandíbula se denomina **cóndilo de trabajo o cóndilo rotacional**, en tanto que el del lado opuesto es el **cóndilo de orbitación, de traslación, de balanceo o de no trabajo**. El cóndilo de trabajo rota libremente en un eje vertical y hace un pequeño recorrido hacia fuera, al que se llama **movimiento de Bennet**. El cóndilo de balanceo al desplazarse hacia abajo, adelante y adentro forma con el plano sagital el **ángulo de Bennet**.

Normalmente en el lado de balanceo no debe existir ningún contacto, en tanto que en el lado de trabajo lo ideal sería que el contacto se presente solo en los caninos.

Movimiento de Protrusión y Retrusión. El movimiento de protrusión es aquel que realiza la mandíbula cuando los cóndilos se deslizan desde la posición de Relación Céntrica hacia delante y abajo hasta encontrar un contacto anterior de borde a borde, produciéndose el **Movimiento Protrusivo Intrabordeante**, obteniéndose la posición de protrusión, en la que los bordes incisivos de los dientes superiores e inferiores se encuentran en contacto, y no debe existir normalmente ningún contacto entre los dientes posteriores. Si este movimiento continua los dientes inferiores van a sobrepasar a los superiores produciéndose el **Movimiento Protrusivo Extremo**.

El movimiento inverso, hasta volver a Relación Céntrica, se denomina movimiento de retrusión.

Generalmente el movimiento de protrusión no es un movimiento puro, sino que se combina con un movimiento lateral, por lo que se habla de **Movimiento Protrusivo lateral o Lateroprotrusivo**.

Sobremordida Horizontal: Se la conoce también como resalte u **overjet**, es la distancia horizontal entre la cara vestibular de los incisivos inferiores y la cara palatina de los superiores. El resalte puede ser



variable, lo que importa es la cantidad de superficie dentaria que entra en contacto con el diente antagonista.

Sobremordida Vertical: Llamada también entrecruzamiento u **overbite**, es el desbordamiento de los bordes incisales de los superiores que se hallan por debajo de los inferiores. Sus valores son variables; pueden ser grandes como en la mordida cubierta, o pequeños o nulos como en la mordida borde a borde.

Curva Oclusal: Se la describe como curva de compensación o de **Spee**. Se traza a partir del canino y sigue por las cúspides vestibulares de todos los dientes posteriores.

Curva de Wilson: Es la que pasa por las cúspides vestibulares y linguales de premolares y molares superiores e inferiores. La mayor curvatura se halla a nivel del primer premolar y va disminuyendo hacia el segundo molar, en donde se hace casi recta.

La curva de Wilson, junto a la curva de compensación forman la llamada espiral dinámica. Los cóndilos del maxilar son los controles anatómicos de los movimientos mandibulares; mientras un diente se halla más cercano a ellos, mayor será la influencia del cóndilo sobre el diente, y su anatomía será más marcada, reflejando los patrones del movimiento condilar, al contrario de lo que sucede con los que se alejan como los incisivos.

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

En la presente investigación se utilizó el método descriptivo. El universo fueron los pacientes con tratamientos de rehabilitación bucal atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca durante el período de enero de 1998 a julio del 2002.

El grupo de estudio, estuvo conformado por 30 pacientes que fueron atendidos en dicho período, seleccionados de acuerdo a la facilidad de localización.

Dentro de las técnicas de observación utilizadas se realizó la revisión bibliográfica de las fichas clínicas de los pacientes, con tratamientos de Rehabilitación Bucal atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología, las mismas que nos ayudaron en la localización de cada uno de ellos.

Además, se elaboró y se aplicó un cuestionario de investigación de acuerdo a las variables de las condiciones de salud de los componentes anatómicos y fisiológicos del Sistema Estomatognático.

El levantamiento de la información se realizó a través de 60 cuestionarios, para lo cual se realizó el examen clínico utilizando un set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodnora, sonda periodontal,



papel de articular), radiografías periapicales y material fotográfico.

Los datos obtenidos se ingresados al sistema de computación, los mismos que fueron procesados, realizándose su correspondiente análisis con la ayuda de los programas de computación Word y Excel.

FORMULARIO.

APLICACIÓN DEL FORMULARIO.

Se elaboraron dos formularios para la investigación:

El primero se uso para la recolección de datos de las fichas clínicas de cada uno de los pacientes seleccionados. En la primera parte se registran los datos generales del paciente: número de ficha clínica, sexo, edad, ocupación, residencia y fecha de ingreso. En la segunda parte se recopilaron los datos de las condiciones de salud del Sistema Estomatognático y de los tratamientos que recibió el paciente. Como parte final se adjuntó el odontograma.

El segundo cuestionario, similar al primero, se utilizó para registrar la información de las condiciones actuales de salud bucal de los pacientes seleccionados, con la diferencia de que este incluye un espacio para las observaciones.



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN

EVALUACIÓN DE TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL: PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. PERIODO OCTUBRE DE 1998 – JULIO DE 2002.

DATOS GENERALES:

FICHA No.: _____ SEXO: _____ EDAD: _____

OCUPACIÓN: _____

RESIDENCIA: URBANA: _____ RURAL: _____

FECHA DE INGRESO: _____

CONDICIONES DE SALUD BUCAL ANTES DEL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN ORAL

1. **ESTADO DEL TEJIDO DENTARIO:**

Caries dental:	SI ()	NO ()	Torus palatino:	SI ()	NO ()
Pulpitis:	SI ()	NO ()	Úlceras traumáticas:	SI ()	NO ()
Necrosis pulpar:	SI ()	NO ()	Estomatitis:	SI ()	NO ()
Absceso periapical:	SI ()	NO ()	Otros:		
Mal posición dentaria:	SI ()	NO ()			
Fractura dental:	SI ()	NO ()			
Edéntulo Total SI () NO ()					
Parcial: SI () NO ()					
Otros:					

2. **ESTADO DEL TEJIDO PERIODONTAL**

Encía sana:	SI ()	NO ()
Gingivitis:	SI ()	NO ()
Periodontitis:	SI ()	NO ()
Otros:		

3. **ESTADO DEL TEJIDO ÓSEO**

Reabsorción ósea:	SI ()	NO ()
Otros:		

4. **ESTADO DE LA MUCOSA BUCAL**

LABIOS

Queilitis:	SI ()	NO ()
Herpes labial:	SI ()	NO ()
Úlceras aftosas:	SI ()	NO ()
Otros:		

MUCOSA YUGAL:

Quemaduras:	SI ()	NO ()
Úlceras traumáticas:	SI ()	NO ()
Estomatitis:	SI ()	NO ()
Otros:		

LENGUA:

Lengua saburral:	SI ()	NO ()
Lengua geográfica:	SI ()	NO ()
Glositis traumática:	SI ()	NO ()
Atrofia lingual:	SI ()	NO ()
Otros:		

FARINGE:

Faringitis:	SI ()	NO ()
Amigdalitis:	SI ()	NO ()
Otros:		

PISO DE LA BOCA

Celulitis:	SI ()	NO ()
Ránula:	SI ()	NO ()
Otros:		

PALADAR:

5. **ANÁLISIS DE LA OCLUSIÓN:**

CLASE I ()	CLASE II ()	CLASE III ()	
Alineación tridimensional:	SI ()	NO ()	
Axialidad:	SI ()	NO ()	
Estabilidad:	SI ()	NO ()	
Acoplamiento anterior:	SI ()	NO ()	
Desoclusión canina:	SI ()	NO ()	
Desoclusión en grupo:	SI ()	NO ()	
Oclusión en relación céntrica:	SI ()	NO ()	
Interferencia en céntrica:	SI ()	NO ()	
Interferencia en excéntrica:	SI ()	NO ()	
Espacio libre interoclusal:	_____ mm		
Dimensión vertical:	_____ mm		
Facetas de desgaste:	SI ()	NO ()	

6. **EXAMEN DE LA A.T.M Y MUSCULATURA PERIBUCAL**

Apertura bucal máxima: Antes del tratamiento: ____ mm

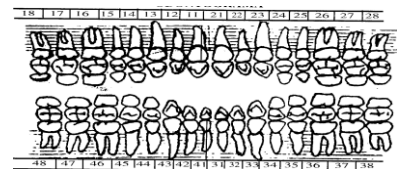
Desviación de la línea media en:

Apertura:	SI ()	NO ()
Cierre:	SI ()	NO ()
Dolor de la A. T. M.:	SI ()	NO ()
Deflexiones:	SI ()	NO ()
Bruxismo:	SI ()	NO ()
Dolores musculares:	SI ()	NO ()
Ruido articular en:	Apertura: SI () NO ()	
	Cierre: SI () NO ()	
Contactos prematuros:	SI ()	NO ()
Luxación:	bilateral SI () NO ()	
	Unilateral Der. SI () NO ()	
	Unilateral Iz. SI () NO ()	
Subluxación:	bilateral SI () NO ()	
	Unilateral Der. SI () NO ()	
	Unilateral Iz. SI () NO ()	

7. **TIPO DE TRATAMIENTO REALIZADO**

Periodoncia:	SI ()	NO ()
Endodoncia:	SI ()	NO ()
Operatoria dental:	SI ()	NO ()
Prostodoncia: Total () Fija: ()	Removible ()	
Ortodoncia:	SI ()	NO ()

ODONTOGRAMA



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN

EVALUACIÓN DE TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN BUCAL: PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. PERIODO ENERO DE 1998 – JULIO DE 2002.

DATOS GENERALES:

FICHA No.: _____ SEXO: _____ EDAD: _____

OCUPACIÓN: _____

RESIDENCIA: URBANA: _____ RURAL: _____

FECHA DE INGRESO: _____

CONDICIONES ACTUALES DE SALUD BUCAL EN PACIENTES QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN ORAL

1. **ESTADO DEL TEJIDO DENTARIO:**
 Caries dental: SI () NO ()
 Pulpitis: SI () NO ()
 Necrosis pulpar: SI () NO ()
 Absceso periapical: SI () NO ()
 Mal posición dentaria: SI () NO ()
 Fractura dental: SI () NO ()
 Otros: _____

2. **ESTADO DEL TEJIDO PERIODONTAL**
 Encía sana: SI () NO ()
 Gingivitis: SI () NO ()
 Periodontitis: SI () NO ()
 Otros: _____

3. **ESTADO DEL TEJIDO ÓSEO**
 Reabsorción ósea: SI () NO ()
 Otros: _____

4. **ESTADO DE LA MUCOSA BUCAL**
LABIOS
 Queilitis: SI () NO ()
 Herpes labial: SI () NO ()
 Mucoceles: SI () NO ()
 Úlceras aftosas: SI () NO ()
 Otros: _____

- MUCOSA YUGAL:**
 Quemaduras: SI () NO ()
 Úlceras traumáticas: SI () NO ()
 Estomatitis: SI () NO ()
 Otros: _____

- LENGUA:**
 Lengua saburral: SI () NO ()
 Lengua geográfica: SI () NO ()
 Glositis traumática: SI () NO ()
 Otros: _____

- FARINGE:**
 Faringitis: SI () NO ()
 Amigdalitis: SI () NO ()
 Otros: _____

- PISO DE LA BOCA**
 Celulitis: SI () NO ()
 Ránula: SI () NO ()
 Otros: _____

- PALADAR:**
 Úlceras traumáticas: SI () NO ()
 Estomatitis: SI () NO ()
 Otros: _____

5. **ANÁLISIS DE LA OCLUSIÓN:**

- CLASE I () CLASE II () CLASE III ()
 Alineación tridimensional: SI () NO ()
 Axialidad: SI () NO ()
 Estabilidad: SI () NO ()
 Acoplamiento anterior: SI () NO ()
 Desoclusión canina: SI () NO ()
 Desoclusión en grupo: SI () NO ()
 Oclusión en relación céntrica: SI () NO ()
 Interferencia en céntrica: SI () NO ()
 Interferencia en excéntrica: SI () NO ()
 Espacio libre interoclusal: _____ mm
 Dimensión vertical: _____ mm
 Facetas de desgaste: SI () NO ()

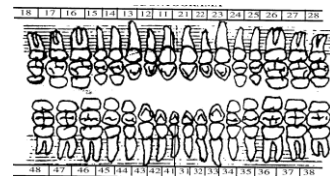
6. **EXAMEN DE LA A.T.M Y MUSCULATURA PERIBUCAL**

Apertura bucal máxima: Después del tratamiento: _____ mm
 Desviación de la línea media en:

- Apertura: SI () NO ()
 Cierre: SI () NO ()
 Dolor de la A. T. M. : SI () NO ()
 Deflexiones: SI () NO ()
 Bruxismo: SI () NO ()
 Dolores musculares: SI () NO ()
 Ruido articular en:
 Apertura: SI () NO ()
 Cierre: SI () NO ()
 Contactos prematuros: SI () NO ()
 Luxación bilateral: SI () NO ()
 Unilateral Der. SI () NO ()
 Unilateral Iz. SI () NO ()
 Subluxación bilateral: SI () NO ()
 Unilateral Der. SI () NO ()
 Unilateral Iz. SI () NO ()

OBSERVACIONES: _____

ODONTOGRAMA



Fecha: _____

CAPITULO III

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

RESULTADOS

Luego de realizado el levantamiento de la información de los 30 pacientes investigados se obtuvieron los siguientes resultados.

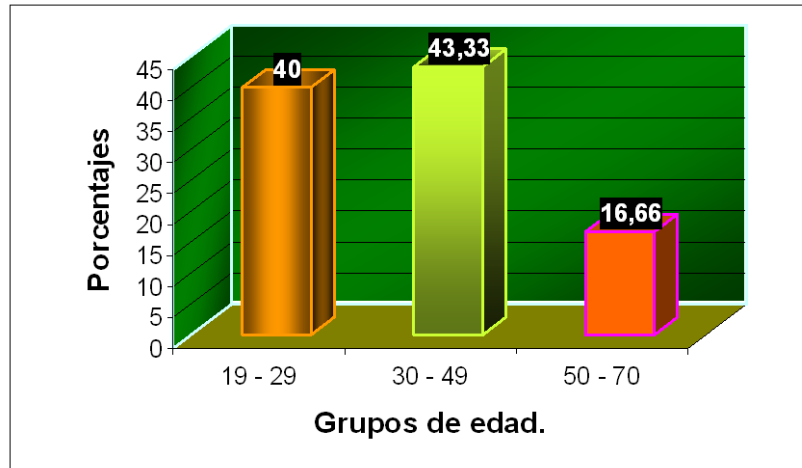
Edad.

La edad promedio de los pacientes atendidos en el área de Rehabilitación Bucal en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca fue de 35.9 años (ver tabla No 1).

TABLA No 1

DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN BUCAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. 1998 – 2002

Edad en años	Pacientes	%
19-20	12	40
30-49	13	43,33
50-70	5	16,66
Total	30	100



Media de edad = 35.9

Fuente: formulario de recolección de datos

Responsables: Los Autores

Sexo.

El sexo femenino fue el que mayoritariamente acudió para recibir tratamiento de Rehabilitación Bucal en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca; con 17 casos (56.67 %), sobre el sexo masculino con 13 casos (43.33 %). En lo que respecta a la

AUTORES: Jorge Paucar S.

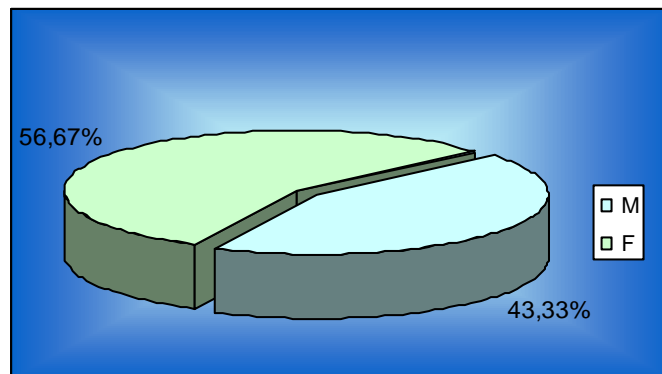
María Augusta Pineda P.

residencia de los pacientes, todos procedieron del área urbana (ver tabla No 2).

TABLA No 2

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN BUCAL, EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. 1998 – 2002.

Sexo	Pacientes	%
Masculino	13	43,33
Femenino	17	56,67
Total	30	100



Fuente: formulario de recolección de datos
Responsables: Los Autores

Luego de analizar la información del grupo de estudio, que recibió tratamiento de Rehabilitación Bucal, y de evaluar las condiciones actuales de su salud bucal, se encontró la presencia de diferentes patologías y alteraciones en el Sistema Estomatognático.

Alteraciones y patologías oclusales.

Revisando las fichas encontramos que la caries dental que antes estuvo presente en 11 casos (36.67%), después de la evaluación presentó un ligero ascenso en su frecuencia a 13 casos (43.33%).

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



Anteriormente la necrosis pulpar que se presentó en 4 casos (13.33%), el absceso periodontal en 1 caso (3.33%) y la fractura dental igualmente en 1 caso, posteriormente a la evaluación se encontró 1 caso de necrosis pulpar, 3 casos con absceso periodontal y finalmente 4 casos con fractura dental (ver tabla Nº 3)

TABLA No 3

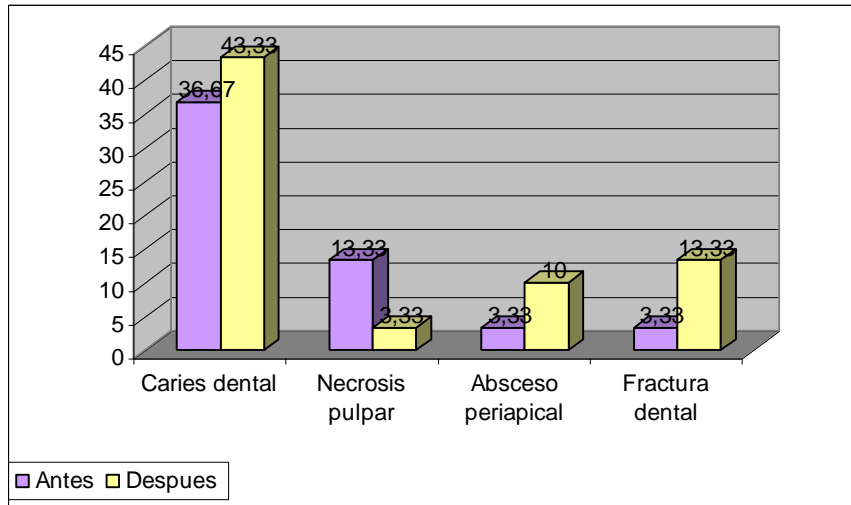
DISTRIBUCION DE LAS ALTERACIONES Y PATOLOGIAS OCLUSALES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE REHABILITACION BUCAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA 1998 – 2002.				
	ANTES		DESPUES	
	Numero	%	Numero	%
Caries dental	11	36,67	13	43,33
Necrosis pulpar	4	13,33	1	3,33

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



Absceso periapical	1	3,33	3	10,00
Fractura dental	1	3,33	4	13,33



Fuente: formulario de recolección de datos
 Responsables: Los Autores

Condiciones del tejido periodontal.

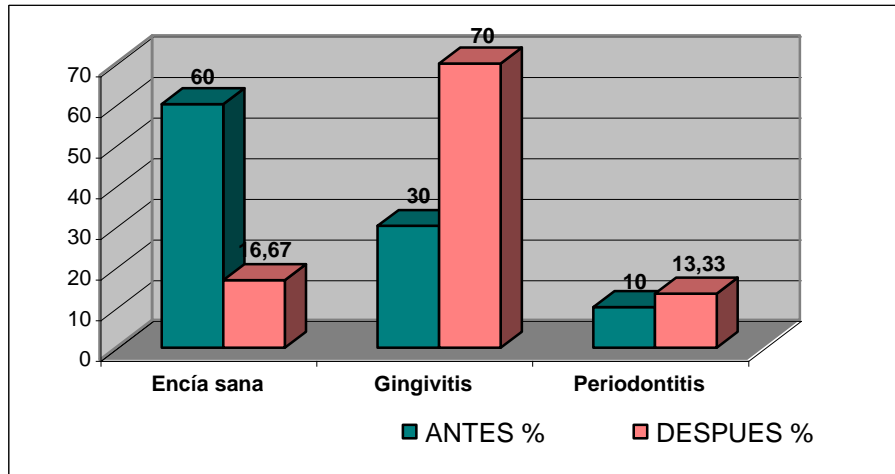
Considerando el tejido periodontal al revisar las fichas clínicas se encontraron 18 pacientes (60 %) con encía sana, 9 pacientes (30 %) con gingivitis y 3 pacientes (10 %) con periodontitis, una vez realizada la evaluación se registraron 5 casos (16.67 %) con encía sana, 21 casos (70 %) con gingivitis y 4 casos (13.33 %) con periodontitis. (ver tabla Nº 4).

TABLA No 4

DISTRIBUCION DE LAS CONDICIONES DEL TEJIDO PERIODONTAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE REHABILITACION BUCAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA. 1998-2002.				
	ANTES		DESPUES	
	Número	%	Número	%
Encía sana	18	60	5	16,67
Gingivitis	9	30	21	70,00
Periodontitis	3	10	4	13,33

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



Fuente: formulario de recolección de datos
Responsables: Los Autores

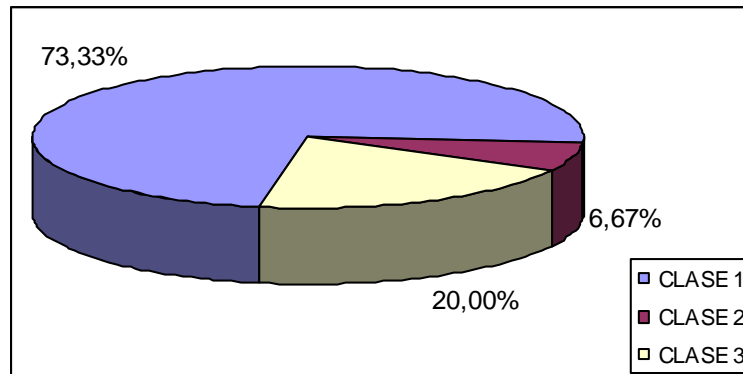
Características de la oclusión.

El tipo de oclusión que predomina en el grupo de estudio es la clase I de Angle con un 73.33%; luego en orden de frecuencia, pero con un intervalo muy grande de separación, está la Clase III de Angle con un 20%; y, aún más distante se encuentra la Clase II de Angle con un 6.67%. (ver tabla Nº 5)

TABLA No 5

DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE OCLUSIÓN DE
LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE
AUTORES: Jorge Paredes
REVISORAS: María Augusta Pineda P.
ODONTOLÓGIA. 1998-2002

TIPO DE OCLUSION	Número	%
CLASE 1	22	73,33
CLASE 2	2	6,67
CLASE 3	6	20
TOTAL	30	100



Fuente: formulario de recolección de datos
Responsables: Los Autores

De acuerdo a las características de la oclusión el acoplamiento anterior que antes se encontró en 9 casos (30%) subió a 24 casos (80%) luego de la evaluación. E La desoclusión canina y en grupo que anteriormente se presentaron en 12 casos (40%) y 14 casos (46,66%) respectivamente, ascendieron a 16 casos (53,33%) para la desoclusión canina y de 20 casos (66,66) para la desoclusión en grupo, una vez evaluados. En cuanto a las interferencias oclusales en céntrica y en excéntrica, se observó una disminución de 17 a 11 casos y de 16 a 10 casos, respectivamente.

La estabilidad oclusal presentó una elevación de 2 casos (6,66%) registrados inicialmente, a 17 casos (56,66%) encontrados después de la evaluación.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

La oclusión en relación céntrica, que se presentó con un 13,33%, la axialidad con el 10% y la alineación tridimensional con un 6,66%, antes del tratamiento de Rehabilitación Bucal, luego de la evaluación ascendieron a un 20% para la oclusión en relación céntrica, al 36,66% y 26,66% para la axialidad y alineación tridimensional respectivamente. De igual manera las facetas de desgaste que anteriormente estuvieron presentes en 19 casos (63.33%), después se encontraron 20 casos que representan el 66.66%. (ver tabla Nº 6)

TABLA No 6

DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN BUCAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. 1998-2002

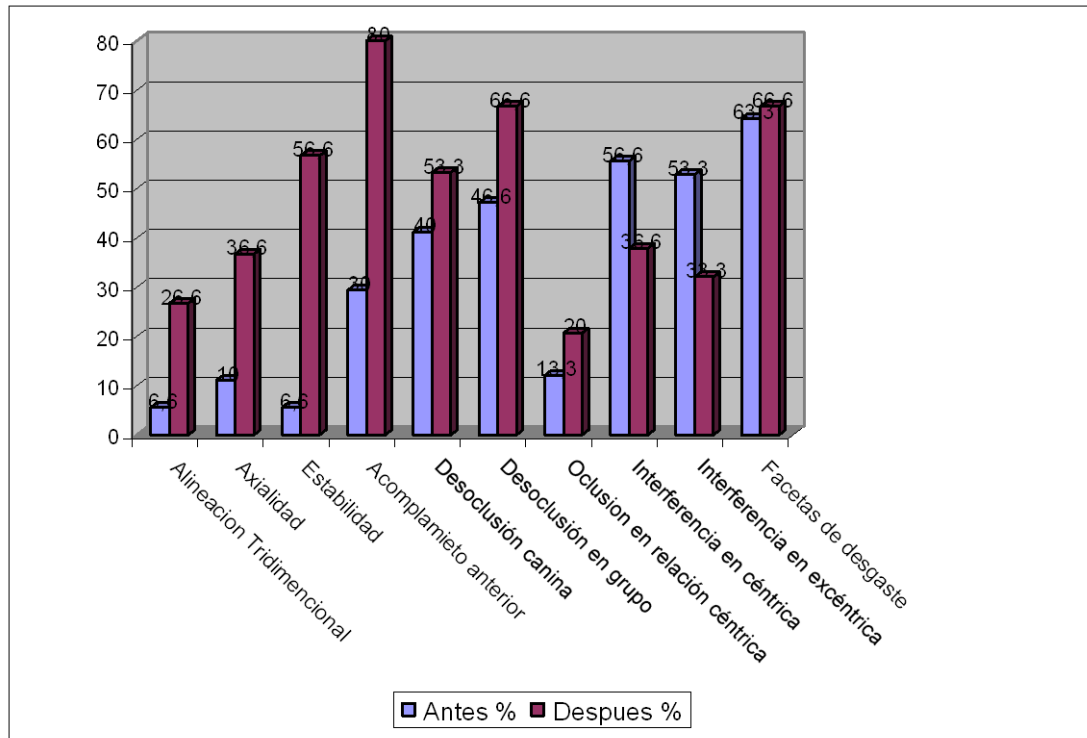
	Antes		Después	
	Número	%	Número	%
Alineación Tridimensional	2	6,66	8	26,66
Axialidad	3	10,00	11	36,66
Estabilidad	2	6,66	17	56,66
Acoplamiento anterior	9	30,00	24	80,00

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



Desoclusión canina	12	40,00	16	53,33
Desoclusión en grupo	14	46,66	20	66,66
Oclusión en relación céntrica	4	13,33	6	20,00
Interferencia en céntrica	17	56,66	11	36,66
Interferencia en excéntrica	16	53,33	10	33,33
Facetas de desgaste	19	63,33	20	66,66



Fuente: formulario de recolección de datos

Responsables: Los Autores

Patologías y características de la articulación témporo mandibular y la musculatura peribucal.

Según el examen de la ATM y la musculatura peribucal los contactos prematuros constituyen la característica de mayor incidencia, alcanzando un 43,33%, antes de iniciar el tratamiento de Rehabilitación Bucal, disminuyendo luego a un 33,33% de acuerdo a la evaluación realizada. La desviación de la línea media en cierre, el bruxismo y el ruido articular en apertura, presentaron el mismo número de casos 10 (33.33 %) al inicio de su tratamiento, manteniéndose este porcentaje para la desviación de la línea media en cierre y disminuyendo en 1 caso para las otras dos patologías, ubicándose en un 30% al momento de la evaluación. En tanto que la

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



desviación de la línea media en apertura fue de 6 casos (20%) disminuyendo a 3 casos (10%). El ruido articular en cierre y las deflexiones mandibulares, presentaron un descenso, del 16,66% al 13,33%, y del 30% al 26,66%, antes y después del tratamiento de Rehabilitación Bucal, respectivamente.

El dolor de la ATM y el dolor muscular presentaron un porcentaje de 23.33% y 20% respectivamente antes de realizado el tratamiento de Rehabilitación Bucal; luego de la evaluación se encontró en un 16.66% para el dolor de la ATM y un 13.33% para el dolor muscular. (ver tabla No 7).

TABLA No 7

DISTRIBUCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS Y CARACTERÍSTICAS DE LA ATM Y LA MUSCULATURA PERIBUCAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN BUCAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. 1998-2002

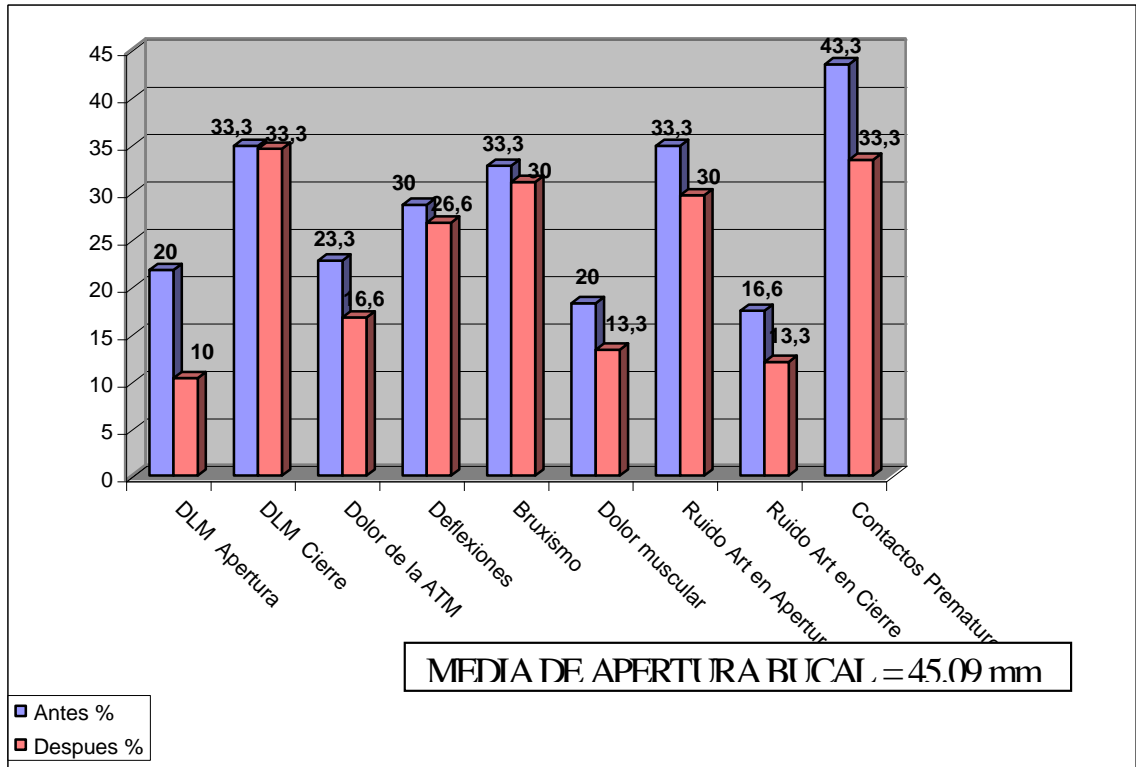
	Antes		Después	
	Número	%	Número	%
DLM Apertura	6	20	3	10,33
DLM Cierre	10	33,33	10	33,33

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



Dolor de la ATM	7	23,33	5	16,66
Deflexiones	9	30,	8	26,66
Bruxismo	10	33,33	9	30
Dolor muscular	6	20	4	13,33
Ruido Art en Apertura	10	33.33	9	30
Ruido Art en Cierre	5	16,66	4	13.33
Contactos Prematuros	13	43,33	10	33,33



Fuente: formulario de recolección de datos

Responsables: Los Autores

Una vez efectuada la revisión de las fichas clínicas y realizada la evaluación, la subluxación bilateral disminuyó de 4 casos (13,33 %) a 2 casos (6,66 %), la subluxación unilateral derecha subió de 4 casos, a 5 casos (16,66 %); y la subluxación unilateral izquierda presentó se en 4 casos antes y después de la evaluación. (ver tabla Nº 8)

TABLA No 8

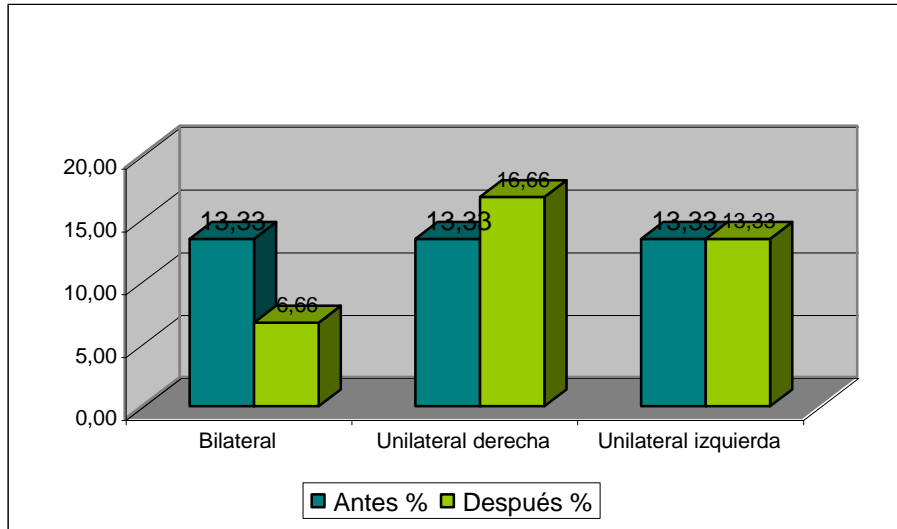
DISTRIBUCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS DE LA ATM DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN BUCAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA 1998 – 2002.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



	ANTES		DESPUES	
	Número	%	Número	%
Bilateral	4	13,33	2	6,66
Unilateral derecha	4	13,33	5	16,66
Unilateral izquierda	4	13,33	4	13,33



Fuente: formulario de recolección de datos
 Responsables: Los Autores

Pérdida Dental.

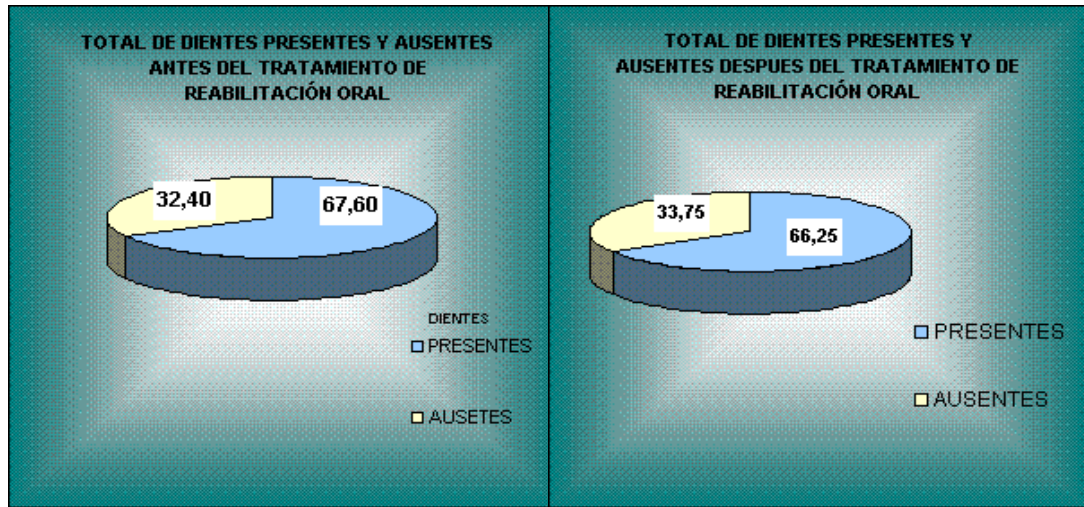
El número total de piezas dentales presentes y ausentes luego de realizado el tratamiento de Rehabilitación Bucal fue de un 67.6% de piezas presentes frente a un 32,4% de piezas dentales ausentes; una vez llevada a cabo la evaluación encontramos un 66,25% de piezas dentales presentes y un 33,75% de piezas dentales ausentes.(ver tabla Nº 9)

TABLA No 9

PERDIDA DENTAL EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE REHABILITACIÓN BUCAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA. 1998-2002		
Dientes	Antes	Después
	%	%

AUTORES: Jorge Paucar S.
 María Augusta Pineda P.

Presentes	67,6	66,25
Ausentes	32,4	33,75



Fuente: formulario de recolección de datos
 Responsables: Los Autores

Tipos de tratamientos realizados.

En relación a los tratamientos que fueron realizados, vemos claramente que la periodoncia tiene el mayor porcentaje con el 92,33%; seguido por la Prostodoncia fija con el 86,66%; en Prostodoncia removible se registraron 14 casos (46,66%); y 2 casos (6,66%) en Prostodoncia total. La Operatoria Dental fue la tercera área en afluencia de

AUTORES: Jorge Paucar S.

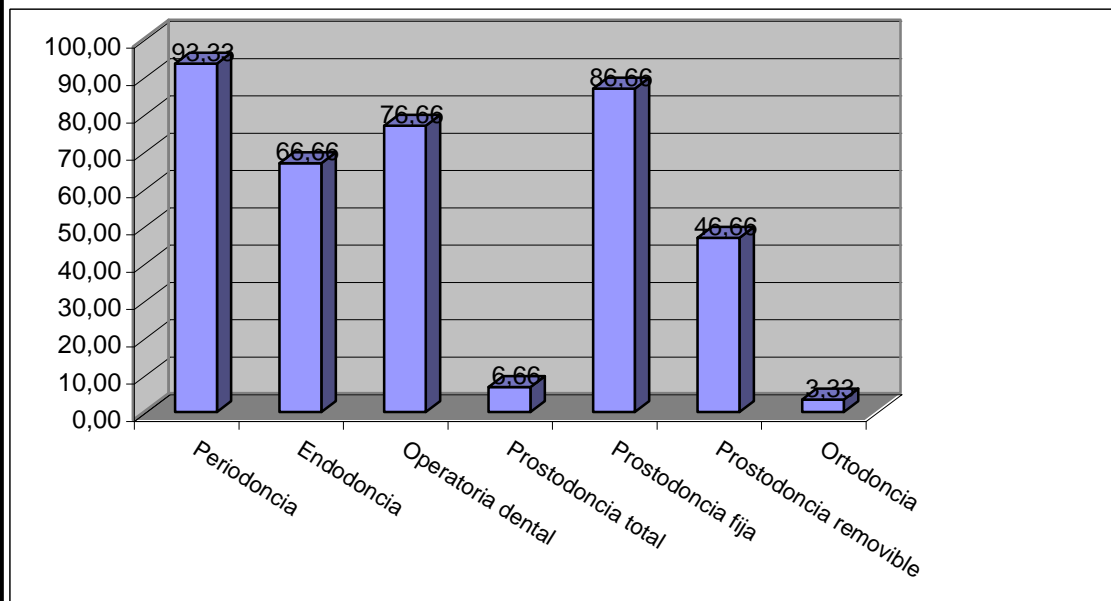
María Augusta Pineda P.

pacientes, con un 76,66%. Al área de Endodoncia acudieron el 66,66%, y finalmente al área de Ortodoncia asistió un paciente (3,33%) (ver tabla Nº 10)

TABLA No 10

DISTRIBUCIÓN DE LOS TIPOS DE TRATAMIENTO REALIZADOS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN BUCAL, EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. 1998-2002

	Número	%
Periodoncia	28	93,33
Endodoncia	20	66,66
Operatoria dental	23	76,66
Prostodoncia total	2	6,66
Prostodoncia fija	26	86,66
Prostodoncia removible	14	46,66
Ortodoncia	1	3,33



Fuente: formulario de recolección de datos.

Responsables: Los Autores.

Frecuencia de visita al odontólogo.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



De los 10 pacientes que fueron atendidos en el año de 1998, 6 no visitaron al odontólogo, 3 lo visitaron en más de tres oportunidades y 1 paciente lo hizo tres veces.

Fueron 5 los pacientes atendidos en el año de 1999, de los cuales 2 visitaron al odontólogo en más de tres oportunidades, en tanto que de los 3 pacientes restantes , uno lo hizo en una ocasión, otro en dos ocasiones y el tercero no visito al odontólogo.

De los 5 pacientes que fueron atendidos en el año 2000, 3 acudieron al odontólogo en más de tres oportunidades, de los 2 pacientes restantes, uno realizó una sola visita y, el otro no visito al odontólogo.

Ninguno de los 2 pacientes atendidos en el año 2001 visito al odontólogo.

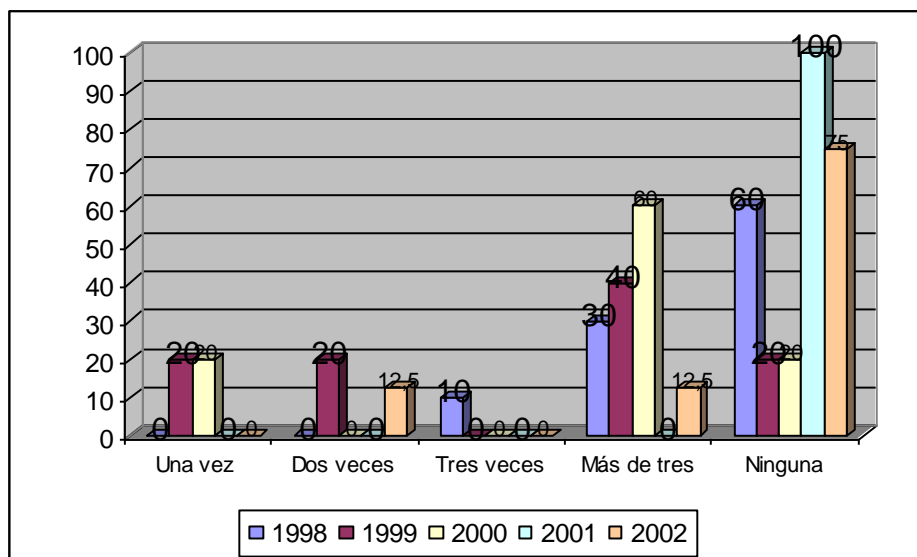
Finalmente de los 8 pacientes atendidos en el año 2002, 6 no visitaron al odontólogo, uno lo hizo en dos oportunidades, y el otro en más de tres ocasiones. (ver tabla No 11).

TABLA No 11

--

DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN BUCAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. 1998 – 2002

ANOS	1998		1999		2000		2001		2002	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Una vez	0	0	1	20	1	20	0	0	0	0
Dos veces	0	0	1	20	0	0	0	0	1	12,5
Tres veces	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0
Más de tres	3	30	2	40	3	60	0	0	1	12,5
Ninguna	6	60	1	20	1	20	2	100	6	75
TOTAL	10	100	5	100	5	100	2	100	8	100



Fuente: Formulario de recolección de datos.
Responsables: Los autores

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



Luego de realizada la investigación y efectuado el correspondiente análisis de los resultados, los autores llegan a las siguientes conclusiones:

En la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, en lo que respecta al área de Rehabilitación Bucal, las mujeres ocupan más que los varones, los servicios de esta área clínica.

La edad promedio de los pacientes atendidos, fue de 35,9 años.

El 40% de los pacientes comprendidos entre el año de 1998 y el 2001, no visitaron al odontólogo, debiendo haberlo hecho por lo menos dos veces al año.

La caries dental se incrementó en un 6,66 %

El número de casos con absceso periapical ascendió en un 10%.

La necrosis pulpar se presentó en un 3,33 %, es decir en un caso.

Los casos con fractura dental ascendieron en un 10%.

La gingivitis se incrementó del 30% al 70 % .

El número de pacientes con periodontitis ascendió en un 3,33 %.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



El tipo de oclusión predominante es la clase I de Angle, en donde 3 de cada 4 pacientes la posee.

De los pacientes atendidos, de acuerdo al análisis de la oclusión antes y después del tratamiento de Rehabilitación Bucal, ésta produjo resultados positivos, puesto que las desarmonías oclusales fueron corregidas, y se mantienen en un buen porcentaje las mejoras que se lograron, hasta el momento en que fueron evaluadas dentro del proceso de investigación.

El tratamiento de las patologías de la ATM y Musculatura peribucal, mostraron por lo general buenos resultados, con una disminución en el número de casos con tales patologías.

El número de piezas dentarias perdidas fue de 13, en el lapso transcurrido entre la fecha de inicio del tratamiento de Rehabilitación Bucal y la fecha de la evaluación.

Las áreas clínicas con mayor afluencia de pacientes fueron: Periodoncia, Prostodoncia fija, Operatoria dental y Endodoncia.

Con respecto a la colaboración y asistencia de los pacientes, ésta fue aceptable, facilitando el proceso de investigación.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



De acuerdo a los resultados obtenidos se recomienda a los pacientes que han sido tratados en el área de Rehabilitación Bucal, acudir al odontólogo para recibir una evaluación periódica de su condición de salud bucal.

La Facultad de Odontología, en lo posible, debería implementar un programa de seguimiento para los pacientes que recibieron tratamiento de rehabilitación bucal.

Es importante una adecuada labor de promoción, educación y concientización en cuanto a las actividades preventivas en salud bucal, de parte de quienes trabajamos en esta área de salud.

Recomendar a los odontólogos a que realicen un minucioso examen clínico, radiográfico y de modelos de estudio previo al inicio de un tratamiento de Rehabilitación Bucal, y no limitarse únicamente al área dental.

Recalcar a los pacientes con tratamientos de Rehabilitación Bucal sobre la necesidad de una evaluación clínica cada seis meses con la finalidad de mantener los resultados del tratamiento, o de alertarle sobre la presencia de alguna patología o alteración oclusal.



BIBLIOGRAFÍA

- ABAD GÓMEZ, Jorge, *Oclusión*, Universidad de Cuenca, Facultad de Odontología, 1993.
- MONTESINOS, Gonzalo, Apuntes de la Cátedra de Rehabilitación Bucal. Universidad de Cuenca, Facultad de Odontología, 1995.
- Clínicas Odontológicas de Norteamérica, *Oclusión Funcional*, Editorial Interamericana, Madrid, 1987.
- Compendio de la educación continua en Odontología, Editorial, Actualidades médico-odontológicas Latinoamérica, 1988.
- GLIKMAN, Fermín, CARRANZA, A. *Periodontología Clínica*, 8va edición Editorial Interamericana, México D. F. 1998.
- LOZA FERNÁNDEZ, David, *Prótesis parcial removible*, Editorial Actualidades Médico Odontológica Latinoamericanas. Caracas, 1992.
- MANNS, Arturo y DÍAZ, Gabriela, *Sistema Estomatognático*, Imprenta, Sociedad Gráfica Almagro, Ltda., Chile 1988.
- McCRACKEN, Henderson, *Prótesis Parcial Removible*, Editorial Mundi, S. A Buenos Aires Argentina.
- MILLER, Ernest, *Prótesis Parcial Removible*, Editorial Interamericana, México D. F. 1986.
- MUÑOZ AVILÉS, Oswaldo, *Epidemiología*, Universidad de Cuenca, U Ediciones 2000.
- STUDERVANT, Cliffor, *Operatoria Dental*, Ediciones Harcourt Brace, 3ra Edición.

AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



LEAL, Leonardo Et al. *Endodoncia Tratamiento de los Conductos Radiculares*. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires 1983.

“Ortodoncia. Principios Fundamentales y Práctica” Editorial Labor, cuarta edición 1983.

STRASS, Burg y KNOILE, G. “Mucosa Oral”, Tercera edición Atlas a color de enfermedades. Editorial Marban Libros S. A 1996.

SENCHEMAN, Gisela y ECHEVERRI, Enrique. *Neurofisiología de la Oclusión*. Ediciones Monserrate, Bogotá 1977.

ANEXOS

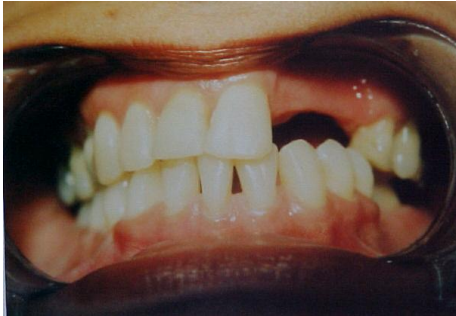
AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

Paciente No. 1

Antes y durante el tratamiento
actuales

Condiciones



AUT

María Augusta Pineda P.



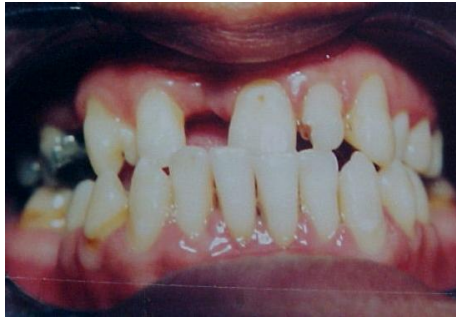
AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

Paciente No. 2

Antes y durante el tratamiento
actuales

Condiciones



AUT

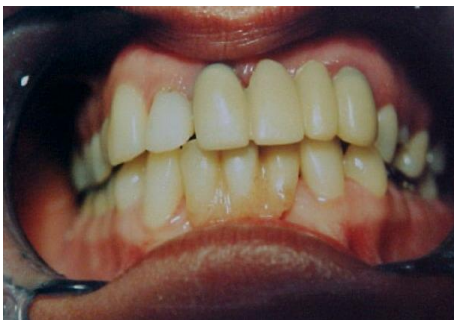
María Augusta Pineda P.



Paciente No 3

Antes y durante el tratamiento

Condiciones actuales



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



Radiografías

Antes del tratamiento
actual



Condición



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

Paciente No 4

Antes y durante el tratamiento



actuales

Condiciones



AUT



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

Paciente No 5

Antes y durante el tratamiento actuales



Condiciones



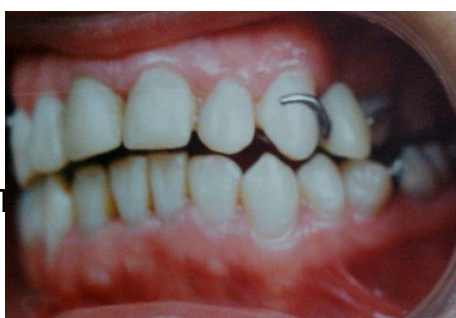
AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

Paciente No 6

Antes y durante el tratamiento
actuales

Condiciones



AUT

Paciente No. 7

Antes y durante el tratamiento
actuales

Condiciones



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

Paciente No 8

Antes y durante el tratamiento
actuales

Condiciones



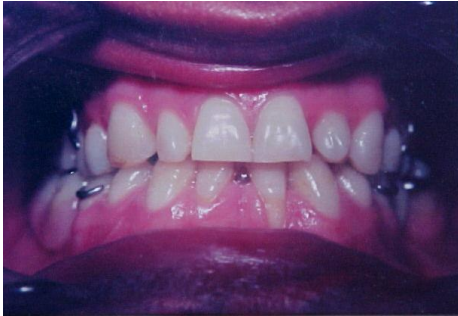
AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

Paciente No 9

Antes y durante el tratamiento

Condiciones actuales



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

Paciente No 10

Antes y durante el tratamiento
actuales

Condiciones



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

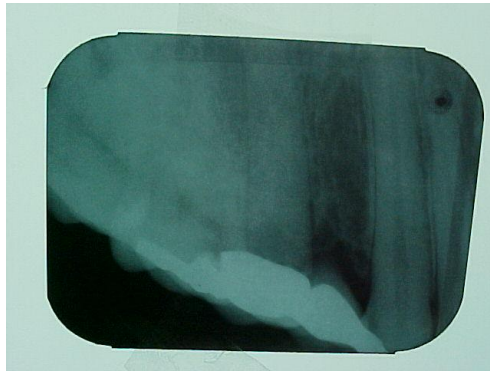


Radiografías de las condiciones actuales.



AUTORES: Jorge Paucar S.

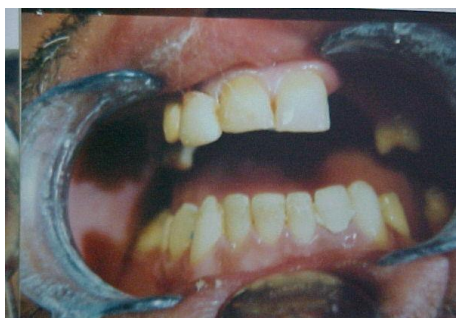
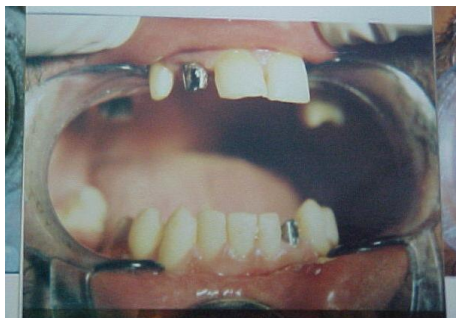
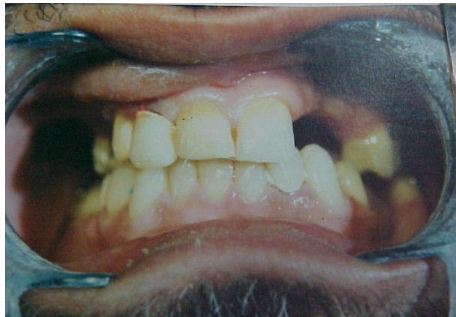
María Augusta Pineda P.



Paciente No 11

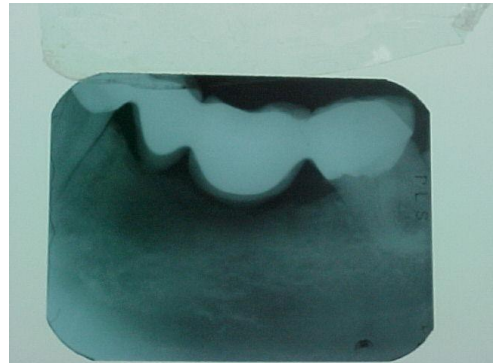
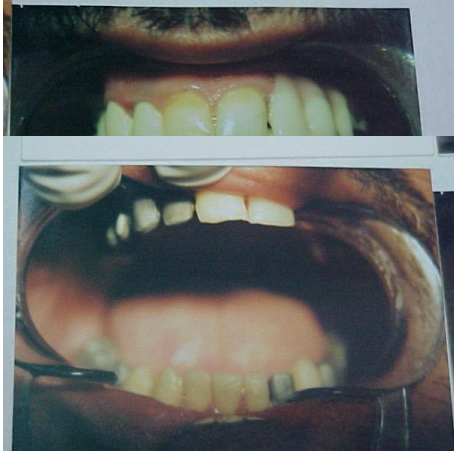
Antes y durante el tratamiento

Condiciones actuales



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



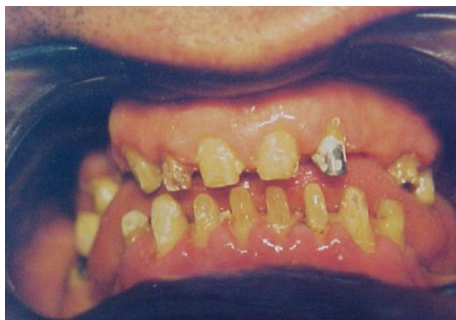
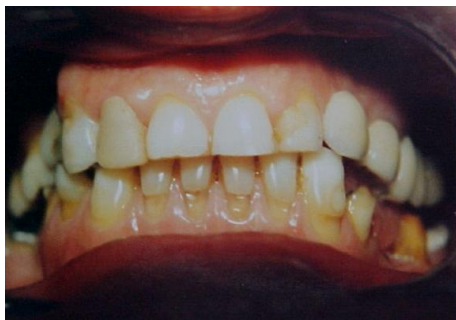
AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.

Paciente No 12

Antes y durante el tratamiento
actuales

Condiciones



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



AUT



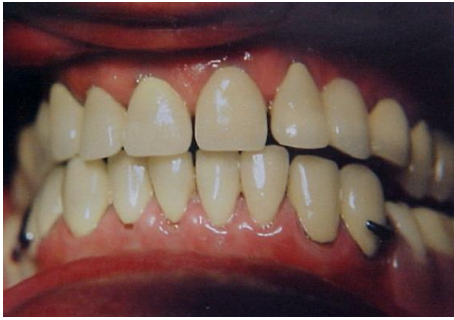
AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



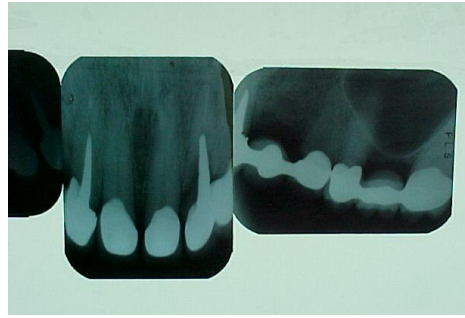
AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



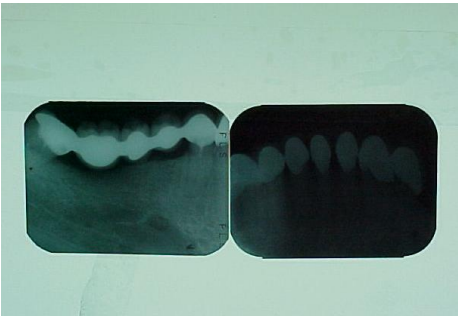
AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.



AUT





AUTORES: Jorge Paucar S.

María Augusta Pineda P.