

000005

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CATEDRA DE PROTESIS TOTALES

INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION DE CASOS

Nombre del paciente: _____ Edad: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ No. de Historia: _____
Estudiante: _____ C.I. No. _____
Fecha de inicio: _____ Fecha de culminación: _____

1.- a.) Causa de la pérdida de los dientes:

b) Antecedentes protésicos, experiencias con dentaduras, número de veces, clases, tiempo de uso de la misma dentadura:

2.- Evaluación de la prótesis actual en cuanto a retención, estabilidad, DV., relación céntrica.

3.- Examen y hallazgos radiográficos: (raíces retenidas, exostosis, grosor de la submucosa, calidad de hueso, radiopacidad, senos neumatizados, grados de atrofia, ATM.)

4.- Examen Intra bucal: enmarque las características encontradas:

4.1.- Saliva;	Cantidad:	Consistencia:
<input type="checkbox"/> Xerostomia	<input type="checkbox"/> Volumen normal	<input type="checkbox"/> Viscosa y gruesa
<input type="checkbox"/> Sialorrea	<input type="checkbox"/> Sialorrea	<input type="checkbox"/> Fluida

4.2.- Velo del paladar



4.3.- Longitud labial:

Superior:

- corta (menos de 8 mm)
- normal (entre 8 y 10 mm)
- larga (mayor de 10 mm)

Inferior:

- corta (0-2 mm)
- normal (3-5 mm)
- larga (mayor de 5 mm)

4.4.- Plenitud labial:

- soportado
- no soportado

4.5.- Tamaño y volumen de la lengua:

- larga y angosta
- corta y gruesa
- larga y gruesa
- corta y angosta

4.6.- Reflejo nauseoso:

- normal
- hiperactivo

4.7.- Forma de los maxilares:

Superior:

- ovoide
- triangular
- cuadrado
- asimétrico

Inferior:

- ovoide
- triangular
- cuadrado
- asimétrico

4.8.- Tamaño de los maxilares:

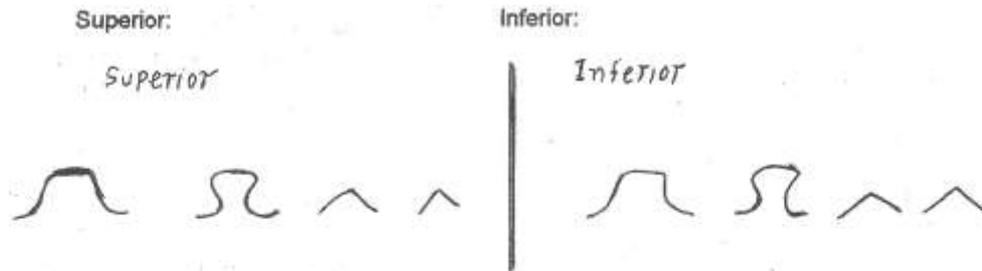
Superior:

- pequeño
- mediano
- grande

Inferior:

- pequeño
- mediano
- grande

4.9.- Forma del reborde: (Corte transversal)



4.10.- Tamaño del reborde:

- | | |
|---|---|
| Superior: | Inferior: |
| <input type="checkbox"/> prominente | <input type="checkbox"/> prominente |
| <input type="checkbox"/> atrofiado | <input type="checkbox"/> atrofiado |
| <input type="checkbox"/> atrofia moderada | <input type="checkbox"/> atrofia moderada |

4.11.- Torus:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| Superior: | Inferior: |
| <input type="checkbox"/> ninguno | <input type="checkbox"/> ninguno |
| <input type="checkbox"/> anterior a la línea de vibración | <input type="checkbox"/> pequeños |
| <input type="checkbox"/> posterior a la línea de vibración | <input type="checkbox"/> medianos |
| <input type="checkbox"/> grandes | <input type="checkbox"/> grandes |
| <input type="checkbox"/> mediano | <input type="checkbox"/> unilaterales |
| <input type="checkbox"/> pequeño | <input type="checkbox"/> bilaterales |

4.16.- Color de la mucosa: (inflamación y ardor)

4.17.- Surco vestibular, inserciones musculares. Altura y tensión de los mismos:

4.18.- Forma y profundidad de la bóveda palatina:

triangular
 cuadrada
 arco
 plana

profunda
 poco profunda
 profundidad media

4.19.- Posición de las glándulas sublinguales con respecto al borde:

4.20.- Hiperplasias óseas verticales y horizontales: (Exostosis-hiperostosis).

5.- Aspectos a evaluar después del montaje del articulador:

5.1.- Relación intermaxilar (región anterior).

___ retrognasia
___ ortognasia
___ prognasia

5.2.- Relación del eje interalveolar (región posterior). Relación de centros de reborde superior e inferior y su importancia en el futuro enfilado:

Lado derecho

Lado izquierdo

5.3.- Espacio disponible para el enfilado en:

	anterior	derecho	izquierdo
Maxilar superior	___ mm	___ mm	___ mm
Maxilar inferior	___ mm	___ mm	___ mm

6.- En caso de la presencia de dientes remanentes, considerar:

Presencia de hiperplasia ósea _____
Presencia de exostosis _____
Altura de los dientes remanentes con respecto al labio en reposo _____

7.- Consultas requeridas anteriores a la planificación del tratamiento:
Consideraciones quirúrgicas:

8.- Diagnóstico:

Patología: Dientes: _____
Mucosa: _____
Osea: _____

9.- Pronóstico: (Razone)

10.- Plan de tratamiento ideal. Alternativas:

11.- Tratamiento a realizar:

12.- Observaciones:

Firmas:

Estudiante: _____

Docente: _____

Paciente: _____

ELABORADO POR: Dra. Maritza Mattozzi



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CÁTEDRA DE DENTADURAS TOTALES

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Nombre del estudiante: _____ C.I.: _____

Nombre del paciente: _____ Historia N° _____

Fecha de inicio: _____ Fecha dado de alta: _____

CLINICA

Presentación de caso	Valor	Fecha	Puntaje	Firma
-Impresiones Anatómicas	1			
-Registros Intermaxilares y montaje bisagra	1			
Presentación propiamente dicha				
-Desarrollo clínico	1			
-Conocimiento teórico	1			
Recorte de Cubetas				
-Superior	1			
-Inferior	1			
Liberación e Impresión funcional				
-Superior	1,5			
-Inferior	1,5			
Encajado y obtención de Modelos funcionales				
	1			
Relaciones Intermaxilares				
-Planos de orientación	1			
-Dimensión vertical	1			
-R.C. y montaje	1			
Enfilado ant. en articulador y prueba en boca (encerado)				
	1,5			
Enfilado Post en articulador y prueba en boca (encerado)				
	1,5			
Sellado S/N Remonta y ajuste oclusal				
	1			
Instalación				
-Conocimiento teórico	1			
-Liberación de frenillos, pruebas de retención-soporte.estabilidad	1			
-Control Post-inserción	1			
NOTA DEFINITIVA				
FIRMA				_____