

UNIVERSIDAD AMERICANA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**DISTANCIA ENTRE LA PARTE MÁS PROMINENTE INCISIVOS CENTRALES
SUPERIORES Y EL CENTRO DE LA PAPILA NASOPALATINA EN PACIENTES
REHABILITADOS CON PRÓTESIS TOTAL EN CLÍNICA INTEGRADORA UAM EN
PERIODO AGOSTO 2015- MARZO 2016.**

BR. BLANCA MARIA PEREIRA RIVERA

BR. ANDREA JOHANNA LOAISIGA ROMERO

Monografía para optar al grado de

CIRUJANO-DENTISTA

Profesor Tutor:

DR. AUGUSTO CESAR DUARTE

Managua, Nicaragua,

Jueves 12 mayo 2016

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Dedicatoria

Queremos dedicar nuestro trabajo monográfico a nuestras familias.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, queremos dar gracias a Dios Padre, dueño de la vida por conducirnos hasta este maravilloso momento y por proveerles a nuestros amados padres lo necesario para llegar a cumplir nuestra meta.

A esos padres incondicionales que tuvimos la bendición de tener en esta vida y que han caminado de la mano de nosotros durante estos cinco años y han sido después de Dios, nuestro mayor e incondicional apoyo.

A nuestro tutor, que ha sido nuestro guía y que con su sabiduría y paciencia, nos ha llevado por el camino del saber para dar lo mejor de nosotras mismas como profesionales para prepararnos para nuestro futuro con un alto nivel.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

ÍNDICE GENERAL

	Página
INTRODUCCIÓN	
I- OBJETIVOS	1
II- MARCO TEORICO	
1. Edentulismo.....	2
1.1 Características Principales.....	3
1.2 Tipos de Defectos de Reborde.....	4
1.3 Patrones de Reabsorción Ósea.....	6
1.4 Clasificación de Reabsorción Ósea Maxilar.....	7
1.5 Implicaciones estéticas en el perfil de un paciente.....	8
2. Confección de Prótesis Totales.....	9
2.1 Referencias Anatómicas de Relevancia.....	12
2.2 Selección de Dientes Antero superiores.....	14
2.3 Enfilado de los dientes énfasis de los dientes superiores en el sector anterior.....	16

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

3. Estudios sobre la relación entre la Papila Incisiva y los Incisivos Centrales.....	21
III- DISEÑO METODOLOGICO.....	24
IV- RESULTADOS.....	32
V- ANALISIS DE RESULTADOS.....	46
VI- CONCLUSIONES.....	50
VII- RECOMENDACIONES.....	51
VIII- ANEXOS	

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

INTRODUCCION

Una prótesis total, es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de varias piezas dentarias, restaurando también la relación entre los maxilares, que, a la vez devuelve la dimensión vertical, y repone tanto la dentición natural como las estructuras periodontales.

La base de la odontología moderna es lograr una rehabilitación que se encuentre dentro de los parámetros más naturales posibles, por lo que la rehabilitación de un paciente desdentado representa un gran desafío para el odontólogo, ya que ésta debe cumplir con los principios fundamentales de retención, soporte y estabilidad con los que contaba el paciente antes de haber perdido todas sus piezas, además de restablecer la función masticatoria, devolver la estética, proteger el remanente biológico y reconstruir los tejidos perdidos.

Existen consideraciones de vital importancia al momento de seleccionar y articular los dientes artificiales en la futura prótesis y que son esenciales para obtener los resultados funcionales y estéticos buscados en la rehabilitación. Entre ellos encontramos: forma, color, biotipo y tamaño dentario, forma de la arcada, plano oclusal, relación maxilo- mandibular, dimensión vertical, espacio interoclusal y posición espacial dentaria.

Los estudios antropométricos enfocados a establecer guías que ayudan a la ciencia en general y más importante aún, al ordenamiento dentario en prótesis totales son variados y antiguos. Allen¹ en 1889, fue el primero en encontrar la existencia de una relación entre las rugas palatinas y los dientes maxilares. Tal relación dio origen al método hoy conocido como “rugoscopia” en la odontología forense.

¹Acharya, A. B. “Teaching forensic odontology: an opinion on its content and format” Eur. J. Dent. Educ., 10(3):137-41, 2006.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Por otra parte Harper², en 1948, en un estudio titulado “The Incisive Papilla” señala que la posición estable de la papila incisiva dentro del paladar, hace posible su consideración como una guía para el montaje de dientes maxilares tanto anteriores como posteriores.

Shiffman³, en 1964, realizó un estudio similar, encontró en 507 maxilares superiores un porcentaje de 92% una relación de +/- 1mm entre la recta que unía las cúspides de los caninos superiores y el punto central de la papila incisiva.

A nivel local, en el estudio realizado por las bachilleres Adriana Bravo y Yalta Sáenz, titulado “Relación entre la papila incisiva con los incisivos centrales y caninos maxilares en pacientes dentados” se midió la distancia entre la papila incisiva y los incisivos naturales de los pacientes, con la intención de verificar si los datos obtenidos en estudios internacionales se cumplían en la población estudiada.

Nuestro estudio pretende continuar esta línea de investigación en este caso, analizando esta distancia entre la papila incisiva a incisivos superiores, pero esta vez, su aplicación a pacientes desdentados y verificar si efectivamente el enfilado de estas prótesis se está realizando dentro de los parámetros establecidos.

Por lo que la ubicación de los dientes artificiales es un proceso técnico que está ligado cada vez más a evidencia científica. De ahí la relevancia de evaluar la utilización actual de los métodos antropométricos intraorales efectivos para determinar la posición en que están siendo colocados los dientes anteriores en las prótesis totales superiores en las clínicas de la Universidad Americana en el período agosto 2015 a marzo 2016.

² Harper, R.N, F194s The Incisive Papilla, Journal Of Dental Research. 11, 661.

³ Shiffman, P, (1964) Relation Of the Maxillary Canines To The Incisive Papilla. Journal Of ProstheticDentistry, 14. 469.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

JUSTIFICACIÓN

Comprobar la correcta aplicación de los parámetros de distancia entre la papila incisiva y incisivos centrales superiores en los pacientes rehabilitados con prótesis totales superiores en las clínicas de la Universidad Americana.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

I. OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la distancia entre los incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integradora UAM en Período Agosto 2015- Marzo 2016.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar la población de estudio según edad y sexo.
2. Determinar la distancia entre los incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total.
3. Comparar la distancia de los incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en los pacientes rehabilitados con prótesis total con los datos obtenidos en otros estudios.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

II. MARCO TEÓRICO

1. EDENTULISMO

Podemos definir edentulismo como la ausencia o pérdida total de los dientes. Las causas del edentulismo pueden ser congénitas o adquiridas. Los edentulismos congénitos totales son una manifestación de los síndromes congénitos muy graves y generalmente, no compatibles con la vida. Sin embargo, la ausencia congénita de alguna pieza dental es más habitual. El edentulismo congénito es un rasgo connatural en un individuo, es decir que ha nacido con él, que se ha presentado durante el periodo de desarrollo intrauterino⁴, mientras que, el edentulismo adquirido suele ser secundario a procesos como caries, patología periodontal o traumatismo. El edentulismo adquirido, es decir la pérdida de dientes durante nuestra vida es un hecho más común que el edentulismo congénito,

La pérdida de los dientes representa un evento traumático en la vida de las personas y esto compromete su relación con el mundo debido a que esto causa una baja en la autoestima del paciente. El edentulismo además de afectar psicológica y estéticamente al paciente puede tener otras consecuencias como alteraciones funcionales, de la fonación y la masticación impidiendo al paciente llevar un estilo de vida normal. Estos pacientes para su rehabilitación requieren de prótesis totales, estas deberán devolver la estética, la fonética, la función masticatoria y además deberán ser estables. Esto lo lograremos con una base protésica bien sellada que nos dará una buena retención y con dientes artificiales que logren axializar las fuerzas e impidan la aparición de las placas desestabilizantes.⁵

⁴ www.deconceptos.com/ciencias-naturales/congenito.

⁵ Acosta Rojas, Flor .Edentulismo en Costa Rica, Escuela de Odontología, ULACIT.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

1.1 Características Principales

Según Tautin⁶ y Esposito⁷, las características propias de pacientes desdentados totales son las siguientes, y surgen como consecuencias de la pérdida de tejido duro y blando. Las características son:

Una profundización del surco nasolabial, caída de la comisura labial, disminución del bermellón de los labios, depresión de los labios con arrugas exageradas, aproximación de la nariz al mentón y un mentón pronunciado debido a la pérdida de altura del rostro.

Además de estos cambios, la papila incisiva puede aparentar haber migrado debido a la pérdida ósea de reborde remanente, es decir, la reabsorción ósea causada luego de la extracción dental provoca que la papila se posicione en la cima de la cresta alveolar. Debido a esto, si la papila incisiva va a ser utilizada como referencia al momento de la confección de una prótesis total, el clínico se debe guiar por el segmento central o posterior de la papila, ya que esta es la que sufre menos cambio.

La mucosa oral de los pacientes edéntulos también sufre múltiples cambios. Dependiendo de la historia médica y dental del paciente, la mucosa oral de un paciente edéntulo puede encontrarse de tres maneras.

1. *Mucosa Firme*: Es una mucosa delgada, no compresible, puede presentar irritaciones frecuentes en zonas donde la prótesis pueda estar creando mayores fuerzas oclusales y esto simboliza un factor negativo, por ello no es un tipo de mucosa favorable para la colocación de prótesis totales.

2. *Mucosa Resiliente*: Es una mucosa de grosor adecuado, permite la compresión ligera, de manera que amortigua las fuerzas oclusales de la prótesis sobre el reborde óseo. Es un tipo de mucosa muy favorable.

3. *Mucosa Flácida*: Es una mucosa de grosor exagerado, es móvil, muy blanda, la ubicamos generalmente sobre zonas de reabsorción ósea, sobre todo en el maxilar inferior. Es la más desfavorable de todas ya que permite el desplazamiento de la prótesis.

⁶ Tautin FS. Denture Esthetic is more tantooth selection. J Prosthet Dent. 1978; 40: 127.

⁷Esposito SJ. Esthetics for denture patients. J Prosthet Dent 1980; 44:608

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

1.2Tipos de Reborde

A lo largo de la vida nuestros huesos sufren una remodelación constante en la que se forma tejido óseo nuevo y se destruye tejido óseo maduro. La resorción ósea es la parte de este proceso de remodelación en la que el hueso es destruido por la actividad de unas células especializadas llamadas osteoclastos liberando los minerales que lo forman desde la matriz ósea a la circulación sanguínea.

La pérdida ósea a nivel de rebordes alveolares también es un factor importante a diagnosticar en el paciente edéntulo. El reborde óseo remanente, junto a otras estructuras es el encargado de soportar la prótesis y darle estabilidad, pero con las extracciones dentales y la edad se pierde gran cantidad de masa ósea.

Seibert⁸ en 1983, Las clasificó en 3 tipos de defectos de reborde:

- Defectos Clase I: presentan la pérdida tisular bucolingual con unas dimensiones apicoronales normales en el reborde.
- Defectos Clase II: presentan pérdida tisular apicoronal y unas dimensiones bucolinguales normales en el reborde.
- Defectos Clase III: presentan una combinación de ambas deficiencias en anchura y altura. Wang destaca que en esta clasificación cada uno de los apartados podría subdividirse a su vez en distintas categorías, basándose en el tamaño de los defectos, lo cual puede resultar muy útil a la hora de escoger el tratamiento y predecir sus resultados.

En pacientes edéntulos la saliva juega una función importante como adhesivo natural para que la prótesis logre un sellado y éste vacío genere mayor estabilidad de la misma, pero con la edad la saliva puede disminuir o aumentar en cantidad, volumen y viscosidad.

La saliva en su estado normal con un buen funcionamiento glandular se encuentra bañando la mucosa, esta no es ni muy fluida ni muy viscosa, formando una delgada capa entre el epitelio y el acrílico de la prótesis.

⁸Seibert JS, Reconstruction of deformed partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts, Part I technique and wound healing compendcontine. EducDent, 1983, 4:437.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Las otras dos variantes que podemos encontrar en pacientes edéntulos, son dos condiciones que no se consideran normales y afectan la interface epitelio- prótesis, una de ellas es la xerostomía, los pacientes bajo esta condición poseen una mucosa que carece de saliva y humedad, lo cual es un factor negativo en el tratamiento.

La otra condición es todo lo contrario, es llamada Sialorrea, en donde la mucosa se encuentra bañada de una saliva muy fluida que puede estar asociada a problemas sistémicos.

Todos estos factores sumados a otro sin número de enfermedades y padecimientos, condicionan al clínico a buscar armonía entre un diseño funcional, los deseos del paciente, la estética y la protección de los tejidos remanentes.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

1.3 Patrones de Reabsorción Ósea

La reabsorción del proceso alveolar que se inicia después de la pérdida o extracción de las piezas dentales, ha sido siempre un problema difícil de manejar por los odontólogos, debido a que la reabsorción paulatina de la cortical ósea vestibular da como resultado defectos o deformidades en el reborde edéntulo.⁹

La rehabilitación de los pacientes desdentados totales o parciales con reabsorción importante de sus bases óseas es un problema hasta hoy. Lo ideal es intentar reconstruir y rehabilitar a dichos pacientes devolviéndoles las estructuras perdidas, la función y la estética. Para esto es necesario conocer los defectos maxilares que se nos presentan y clasificarlos adecuadamente para poder planificar un tratamiento que cumpla con los objetivos planteados. Las clasificaciones que existen actualmente son complejas y abarcan diferentes tipos de defectos, lo que hace difícil proponer un tratamiento ideal para cada paciente.

Para llegar a la clasificación planteada a continuación, debemos apoyarnos en el examen clínico, el estudio imagenológico y el estudio de modelos.¹⁰

⁹Sobolik, C.F. (1960) "Alveolar Bone Resorption" J Pros Den 10(4): 612-619.

¹⁰ Campos Salvatierra, Omar (2013). "Propuesta de algoritmo de Reconstrucción para Maxilares atróficos", Revista Dental de Chile; 104 (1), 27 -36.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

1.4 Clasificación de Reabsorción Ósea Maxilar

Se ha clasificado la reabsorción del maxilar superior en 3 tipos: Tipo I, Tipo II y Tipo III de acuerdo al grado de reabsorción vertical y horizontal que presenten.

Tipo I: reabsorción en sentido vestíbulo palatino, en ancho, manteniendo la altura de reborde con una pérdida en altura no mayor a 7 mm. Esto nos da una relación intermaxilar aceptable, presentándonos el problema de soporte labial, en algunos casos llega a presentar un espesor no mayor a 1 mm.

Tipo II: reabsorción antero posterior y reabsorción en altura de más de 7 mm y con un remanente óseo no mayor a 10 mm.

Tipo III: reabsorción total maxilar en sentido antero posterior y en altura. En estos casos tenemos un maxilar en una posición posterior y superior presentando una pseudo clase III de Angle.¹¹

El patrón de reabsorción ósea en el maxilar superior y la mandíbula.

La posición excéntrica de los dientes superiores, hace que su cortical vestibular sea extremadamente delgada, y su cortical palatina muy gruesa, situación que favorece el desarrollo de deformidades o deficiencias del reborde alveolar cuando se realiza un área reabsorción de la cortical vestibular y la nueva formación ósea ocurre cerca del área palatina.

Cuando se destruye el hueso cortical mandibular, ya sea en el momento de la extracción o antes, la cicatrización será una deformidad localizada del proceso alveolar originado por la reabsorción del hueso en sentido inciso-apical (altura) como buco lingual (anchura), la cual puede variar por severidad.

¹¹ Campos Salvatierra, Omar (2013). Propuesta de algoritmo de reconstrucción para maxilares atróficos, Revista Dental de Chile; 104 (1), 27 -36.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Lo que se aplica a la clasificación de Seibert, previamente mencionada. Por otra parte, Allen y cols.¹², clasifican los defectos residuales del proceso alveolar de acuerdo a su magnitud en:

- Leve: Menos de 3 mm de pérdida ósea.
- Moderado: Entre 3 y 6 mm de pérdida ósea.
- Severo: Más de 6 mm de pérdida ósea

1.5 Implicaciones en el Perfil del Paciente

Un proceso alveolar edéntulo presenta un problema estético importante en la rehabilitación de la región anterior, mientras que en las regiones posteriores puede desencadenar además problemas de higiene.¹³

Las modificaciones estructurales más frecuentes provocadas por la falta de piezas dentales en el maxilar superior son las siguientes:

- Pérdida de soporte del labio superior
- La bóveda palatina se vuelve menos pronunciada
- Tendencia a un perfil cóncavo e incremento de una Clase III facial.
- Los tejidos blandos parecen ser más abundantes en la cara vestibular de la cresta alveolar.
- Cuando los dientes antero inferiores ocluyen contra una prótesis total superior, la pérdida de hueso puede provocar una dehiscencia entre el piso de la boca y la fosa nasal.¹⁴

En el siguiente capítulo expondremos, los parámetros y medidas a seguir para la planificación y confección de una prótesis total adecuada.

¹² Allen, E.P; Gainza, C.S; Farthing, G.G y Newbold, D.A (1985) Improved technique for localized ridge augmentation. A report of 21 cases. J Periodontol 56 (4) : 195-199

¹³O'Brien, T.P, Hinrichs, J.E y Shaffer, E.M (1994), The prevention of localized ridge deformities using guided tissue regeneration. J Periodontol 65 (1): 17-24.

¹⁴ <https://www.propdental.es/blog/implantes-dentales/cambios-oseos-despues-de-la-perdida-de-dientes>

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

2. CONFECCIÓN DE PROTESIS TOTALES

En vista de que la sonrisa puede ser determinante en la vida personal o profesional de un individuo, es sumamente importante que exista una armonía estética sin descuidar los aspectos funcionales. Las prótesis completas son restauraciones totales que requieren de las personas que las confeccionan un elevado nivel de conocimientos y destreza. Cada paso de trabajo debe conducir a los mejores resultados posibles, cuya suma debe traducirse en una mayor calidad de vida para el paciente. El equipo formado por el odontólogo y el protésico debe decidir qué concepto de oclusión se aplicará en última instancia.¹⁵

Al momento de confeccionar prótesis dentales, ya sean totales o parciales, los cirujanos dentistas deben considerar la anatomía fisiológica del rostro y los principios establecidos para devolver una apariencia natural y una sonrisa armoniosa al paciente, logrando con ello reducir el daño causado por la pérdida de los dientes naturales.

Normalmente, en la práctica ya llegamos al 100% si se cumplen los criterios indicados abajo y si el cliente está satisfecho con su prótesis:

- El paciente puede masticar los alimentos bien y sin restricciones.
- La buena masticación/trituración del bolo alimenticio es la primer fase, y la más importante, de la digestión.
- Las prótesis completas deben apoyar correctamente la fonética.
- El montaje de los dientes y la conformación de las encías deben realizarse cuidadosamente teniendo en cuenta las condiciones y la edad del paciente.
- El paciente debe volver a encontrar con la prótesis su calidad de vida original.
- Las prótesis completas deben integrarse lo mejor posible en la fisionomía de cada paciente.
- El diseño de la prótesis debe facilitar la aceptación de este “cuerpo extraño” por parte del paciente.
- Las prótesis deben ser higiénicas y fáciles de limpiar.
- La prótesis debe reforzar la autoestima del paciente.

¹⁵UrbanChristen, VITA System, “Guía para Prótesis Totales”, 2000.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Por lo tanto, con procedimientos de trabajo deficientes no puede confeccionarse una prótesis que cumpla los criterios indicados. Lo mismo cabe decir de cada uno de los pasos de la cadena de proceso, independientemente de si se trata de una tarea a realizar por el odontólogo o por el protésico. La realización correcta de cada uno de los pasos decide entre el éxito y el fracaso. Por este motivo es muy importante que haya una buena colaboración y transparencia en el intercambio de información entre el odontólogo y el técnico dental.¹⁶

Según Boucher y otros¹⁷, al colocar prótesis totales surgen 3 factores importantes que no se deben descuidar:

El músculo orbicular de los labios se debe alzar nuevamente gracias al espesor de los flancos labiales de ambas prótesis, la posición antero posterior de los dientes anteriores y restablecer la dimensión vertical en oclusión.

Según Espósito¹⁸, durante la confección de las prótesis totales existen 3 pasos importantes, el primero es conseguir una buena impresión funcional y un grosor adecuado de los bordes de la prótesis (ya que los rebordes alveolares con reabsorción severa necesitan bordes protésicos más gruesos), el segundo procedimiento que necesita atención es la relación vertical, de arcos desdentados y por último, pero no menos importante el posicionamiento vertical y horizontal de los dientes artificiales.

Al momento de seleccionar los dientes artificiales es importante seleccionar un color de dientes que sea personal, es decir, que vaya acorde a la edad, forma de cara y color de piel del paciente. No es apropiado seleccionar dientes que cuenten con un solo color, ya que esto no le confiere naturalidad a la prótesis.

Los dientes no son de un mismo color y varían del mismo grupo. El incisivo central presenta un color más claro o blanco, el incisivo lateral es levemente más oscuro y el canino francamente más oscuro, los dientes posteriores se asemejan más al lateral, siendo en

¹⁶UrbanChristen, VITA System, “Guía para Protétesis Totales”, 2000.

¹⁷ Boucher CO, Hichery JC, Zarb GA. Prosthodontic Treatment for edentulous patients, 7th ed. St Louis: Mosby Company, 1975: 365.

¹⁸ Esposito SJ. Esthetics for denture patients. J ProsthetDent 1980; 44:608.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

todo caso más oscuro el canino y los incisivos inferiores se asemejan más al color del incisivo lateral.

El color de los dientes artificiales va a variar entorno a muchos factores, los cuales son: edad, sexo, raza, hábitos alimenticios, estados de salud, etc. Pues estos deben guardar una relación armoniosa con el color de piel, cabello y, como ya mencionamos, la edad del paciente.

Una vez que ya se ha seleccionado el color, el siguiente paso es escoger la forma de que poseerán los dientes artificiales. La selección de la forma de los dientes artificiales se ve afectada porque no se cuenta con la guía de dientes naturales del paciente, lo cual nos otorgaría un resultado más estético, pero el clínico se puede guiar con la forma del rostro del paciente, para determinar la forma de los incisivos centrales; además de que se puede solicitar que nos muestre una fotografía donde aparezca con su dentición natural.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

2.1 Referencias Anatómicas de Relevancia

La colocación de los dientes artificiales en los rodetes de oclusión es básicamente para que cumplan con objetivos concretos de antagonismo, inclinación, armonía, estética y para las funciones masticatorias y fonéticas.

Se han de tomar como referencia todos aquellos datos que aparecen en el rodillo de cera de las plantillas de articulación, como la línea media, la línea de los caninos, la línea de la sonrisa, la trayectoria del borde incisal y el plano oclusal. Estas líneas son muy importantes desde el punto de vista estético en la medida que permiten tener unas referencias al montar los dientes para armonizar su posición, algunas referencias que se encuentran en la cara del paciente son: La línea media, la línea de los caninos y la línea de la sonrisa.

La línea media, es decir, la línea de contacto entre los incisivos centrales del maxilar superior, se corresponde con la trayectoria del centro facial. Una buena referencia, para averiguar la línea media y colocar los incisivos centrales superiores correctamente, será la papila incisiva. Esta, que se encuentra en la tronera lingual entre los dos incisivos centrales, representa una guía muy fiable, al mantener una relación constante con los dientes naturales.

Otra línea importante, es el que forma el contorno curvado del labio inferior al sonreír. Esta línea ha de mantener un paralelismo con la trayectoria del borde incisal de canino a canino, para conseguir una buena armonía; Es la que se denomina línea de la sonrisa y que resulta de vital importancia su presencia en el rodillo de cera, para colocar los dientes anteriores.

La línea de caninos, línea que indica la posición de la cara distal de esta pieza y debe coincidir, más o menos, debajo del extremo lateral del ala de la nariz, con ' el fin de obtener un corredor bucal más atractivo.¹⁹

¹⁹ Gómez Falcón, Blanca Lidia (2000). Articulado de Dientes en Prótesis Total, Xalapa, Ver.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

La papila nasopalatina en el maxilar superior desdentado, trazando una línea perpendicular a la línea media del paladar, pasando a través de la parte distal de la papila incisiva, esto facilita la comprobación de que su selección del tamaño de los dientes es correcta. En promedio, la superficie vestibular de los incisivos centrales debe estar aproximadamente 8-10 mm por delante de esta línea.²⁰

²⁰ <http://www.sdpt.net/completa/papila.htm>

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

2.2 Selección de los dientes anterosuperiores

La pérdida de los dientes naturales y la consiguiente transformación del individuo en un desdentado total, constituye para muchos el fracaso de la odontología moderna, representando el triste resultado de una odontología fundamentalmente terapéutica y no preventiva.

El paciente desdentado total para su rehabilitación requiere de prótesis totales o completas biofuncionales, que deben devolver la estética, la fonética, la función masticatoria perdida y que además deben de ser estables. La selección de los dientes artificiales para dentaduras completas y parciales es una fase en la rehabilitación oral ampliamente negada por muchos dentistas, que inapropiadamente, delegan esta fase crítica de la rehabilitación oral al técnico de laboratorio.

La apariencia de las dentaduras removibles parciales y totales requiere creatividad y habilidad artística; la preservación de los tejidos requiere conocimiento de ciencias básicas; y la selección de dientes artificiales está íntimamente relacionada tanto con la apariencia o estética y la preservación de los tejidos.

Los técnicos de laboratorio dental no han sido disciplinados en ninguna fase de la confección de la prótesis que implique estética y preservación de tejidos; sin embargo, en muchas instancias, la profesión dental ha forzado este deber sobre ellos. La selección de dientes artificiales anteriores y posteriores es un procedimiento simple, que no consume mucho tiempo y que requiere el desarrollo de experiencia y confianza.²¹

²¹Vissen Carlos, "MÉTODOS PARA LA SELECCIÓN DE DIENTES EN DENTADURAS COMPLETAS", Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2010, Lima-Perú.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Una vez que se ha confeccionado las placas, se han obtenido las relaciones cráneo-mandibulares, el montaje con las placas, etc.; se procederá a la selección de dientes. La concepción de la estética va variando según la moda, el tiempo, la época, etc.

En la actualidad la estética en los diente es que el diente no haga decir que es artificial, es decir, lograr que se vea lo más natural posible. Antiguamente por ejemplo las bases eran de caucho y las prótesis dentales de porcelana.²²

En la teoría existen diferentes técnicas para la selección de los dientes, mencionaremos algunas a continuación.

- Técnica según Gysi: La forma de los dientes armoniza con la forma de la cara.
- Técnica según Williams: La elección de la forma dental según Williams, de acuerdo con el tipo de paciente o la forma de la cara, es seguramente para muchos odontólogos la más habitual. Además, la clasificación de las cuatro formas típicas es en la práctica un estándar internacional.
- Técnica según Kretschmer: Los tres tipos de constitución :
 - a. Atlético: Diente Oval
 - b. Asténico: Diente Triangular
 - c. Pícnico: Diente Cuadrado
- Técnica de Elección según el estado del modelo: Si el odontólogo no proporciona indicaciones para la elección de la forma dental, puede tomarse como referencia la cresta alveolar del maxilar superior. Si el modelo posee una cresta alveolar oval, se colocan dientes de forma oval y así sucesivamente.²³

²²www.odontochile.cl/archivos/cuarto/selecciondedientesartificiales.doc

²³UrbanChristen, VITA System, “Guía para Prótesis Totales”, 2000.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

2.3 Enfilado de Dientes Anteriores

Como regla general los dientes anteriores superiores se encuentran aproximadamente 7 mm por encima de la papila incisiva en la mordida normal. En la mordida cubierta se sitúan unos 6 mm por encima y en caso de prognatismo unos 9 mm. Sin embargo, ésta es la excepción.

El posicionamiento de los dientes anteriores tiene lugar atendiendo a criterios anatómicos, funcionales, estéticos y fonéticos. Para ello deben tenerse en cuenta los siguientes puntos:

- Deben integrarse los dientes protésicos en el rodete de cera de tal manera que continúen el contorno del rodete de cera.
- Normalmente, las superficies interdentes mesiales de los incisivos centrales superiores, así como las superficies interdentes mesiales de los incisivos centrales inferiores, se corresponden con la línea media marcada.
- El centro de los caninos en el maxilar superior se corresponde con la posición de la línea de los caninos marcada
- La longitud de los dientes anteriores en el maxilar superior se corresponde con la distancia entre la línea de cierre de los labios y la línea de sonrisa.
- La línea de unión de ambas cúspides de los caninos en el maxilar superior (línea CPC) discurre por la papila incisiva. 10.1.1
- Longitud de los dientes El borde incisal de los incisivos superiores centrales debería ser, con el labio superior en reposo, aproximadamente 0,5 – 1 mm (en hombres) y aproximadamente 1 – máx. 2 mm (en mujeres) más largo que el borde inferior del labio superior.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Estos valores en el ámbito de la posición de los dientes anteriores, así como de la longitud de los dientes, son valores aproximados desde los cuales es posible moverse en cualquier dirección. Si se aplican estos valores, el resultado se hallará con seguridad cerca del nivel óptimo.²⁴

Sin embargo, existen varias técnicas para el enfilado de los dientes en prótesis total, sin embargo nos enfocaremos en el enfilado de los dientes antero superiores únicamente. Las técnicas más comunes o aceptadas que presentan varios autores son las siguientes:

- Técnica de Articulado de "Rubén Bernal Arciniega"

La secuencia de montaje de dientes Bajo la técnica de Rubén Bernal Arciniega, consiste en colocar los dientes en un nicho; eliminando la cera; para dar lugar al diente que se va a colocar y procurando que los dientes no queden fuera de las proporciones que se tienen en los rodillos de oclusión.

Colocación de los Dientes Anteriores Superiores

1. **Incisivos Centrales Superiores.** Son los primeros que se articulan y deberán tocar el plano de oclusión; y cuyos cuellos habrán de estar ligeramente distalizados; de modo que en una vista lateral se observaran con los cuellos ligeramente deprimidos.

2. **Incisivos Laterales Superiores.** Los dientes laterales superiores deberán estar separados del plano de oclusión de 0.5 mm a 1 mm y su cuello estará distalizado de modo que una vista lateral el cuello se verá ligeramente deprimido.

3. **Caninos Superiores.** La cúspide de los caninos superiores deberá tocar el plano de oclusión; y su cuello estará ligeramente distalizado en una vista lateral; su eje longitudinal será casi paralelo a la cara vestibular del rodillo de oclusión.

²⁴UrbanChristen, VITA System, "Guía para Prótesis Totales", 2000.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

En una vista oclusal los seis dientes antero superiores deberán seguir la curvatura del arco y estar en el centro de proceso del maxilar²⁵

- Técnica de "José Y. OzawaDeguchi"

Colocación de los Dientes Anteriores Superiores

1. Incisivos Centrales Superiores

- Superposición del Angulo incisivo - vestibular en una de los centrales sobre su homólogo.
- Colocar uno de los incisivos centrales ligeramente por lingual respecto del otro; sin giro versión.
- Colocar uno de los incisivos centrales algo por vestibular y un poco por largo que el otro.

2. Incisivos Laterales Superiores

- Ligera superposición de las superficies mesiales de los incisivos laterales; superiores sobre los incisivos centrales.
- Profundidad lingual del incisivo lateral superior; de manera que la parte distal del incisivo central y la mesial del canino queden en un plano vestibular respecto de las caras mesial y distal del incisivo lateral superior.
- Colocar el borde incisal del incisivo lateral por alto que el borde incisal del central y del canino

²⁵Bernal Arciniega Rubén (1999). Protopdoncia Total Editorial Trillas S.A. de C.V.; México.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

3. Canino Superior.

Es posible colocar el canino superior vestibularmente dándole una mayor prominencia; sin embargo debe de mantener su posición girada sin notable visibilidad de la mitad distal de la superficie vestibular.²⁶

• Técnica de "Roberto Domínguez Barradas"

Colocación de los Dientes Anteriores Superiores

1. Incisivo Central Superior. Se retira la placa base sobre la cual está montado el rodete arco cera; se recorta del bloque de cera un pedazo lo suficientemente grande para colocar un diente central superior; con la espátula caliente se reblandece la cera en el espacio y se coloca el central superior fijándolo firmemente en su sitio.

Se coloca el diente con las dos terceras partes inferiores de su cara y ambos lados del diente. Se deprime el cuello; el borde incisal esta paralelo al rodete de cera y debe estar a nivel con la superficie oclusal del mismo.

2. Incisivo Lateral Superior. Se recorta una sección de la cera lo suficientemente grande para el lateral y se coloca este en su sitio; exactamente como el central; con una excepción; el borde incisal debe estar levantado un milímetro encima del piano oclusal.

3. Canino Superior. Se recorta una sección de la cera lo suficientemente grande para colocar el canino; se coloca cúspide bucal sobre el piano oclusal; haciendo que resalte el tercio cervical; montados de esta manera; la mitad mesial del diente se ve de frente.²⁷

²⁶OzawaDeguch, José Y. (1995). Prostodoncia Total, México.

²⁷Domínguez Barradas, Roberto (1991). Manual Prostodoncia Total Editorial Zamora; Xalapa ,Ver

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

- Técnica de "Kawabe ' S."

Colocación de Los Dientes Anteriores Superiores

1. **Incisivo Central Superior.** Los dientes se colocan para que armonicen con el perfil del paciente de acuerdo a la superficie labial del rodete de oclusión en cera.

2. **Incisivo Lateral Superior.** La inclinación labio lingual del incisivo lateral es mayor que la del central. Este es colocado ligeramente hacia lingual por encima del nivel del piano incisal.

NOTA: Alineamiento modificados del incisivo lateral pueden aparentar en la personalidad del paciente.

3. **Caninos Superiores.** Usualmente esta inclinación es casi perpendicular y el borde incisal contacta al rodete de cera inferior.²⁸

NOTA: El cambio de la inclinación labio-lingual del canino proporciona una variedad en la apariencia estética por ejemplo: si la parte cervical del canino se extiende ligeramente hacia a fuera, expresa acción, mientras que si se extiende lingualmente, expresa estabilidad.

²⁸KawabeSeiji (1993). Dentaduras Totales Actividades México Odontológico; Venezuela

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

3. ESTUDIOS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA PAPIPLA INCISIVA Y LOS INCISIVOS CENTRALES.

Existen varios estudios que documentan la relación entre los incisivos centrales y la papila incisiva en diferentes casos y técnicas:

Young- Seok et al(2007) , en Seúl , Corea, en la Universidad Nacional de Seúl, en el Instituto de Investigación Dental, realizó un estudio en 94 hombres y 36 mujeres, para evaluar la relación ortográfica tridimensional de la distancia de los dientes maxilares anteriores y la papila incisiva. Se reporta el uso de un láser tridimensional y la reconstrucción en software de computadora, se realizaron 9 medidas ortográficas en un individuo que se estableció como plano de referencia. Las siguientes 3 medidas fueron hechas para determinar la relación espacial entre los dientes anteriores y la papila incisiva: IP, la distancia de incisivo la papila, IIC, para distancia del Incisivo a Línea Intercanina e ICP, de la línea intercanina a la papila. Los resultados fueron que la distancia promedio IP era de 11.9 mm sin diferencias significativas de género.²⁹

En otro estudio, se escogieron 203 estudiantes de tercer y último año con facciones simétricas del Instituto de Salud Y Ciencia de Karachi, Pakistán. Se excluyeron de igual manera pacientes con malformaciones dentales, problemas periodontales, tratamiento de ortodoncia o restauraciones en los dientes anteriores. Las mediciones fueron documentadas de la siguiente manera: PI, para la Papila Incisiva e IC para los incisivos centrales maxilares. Se utilizó un calibrador digital para medir los modelos que fueron colocados en una superficie plana. Los resultados que obtuvieron Asma Naz et al (2014) fueron que de los 203 personas 90% tenían arco ovoide tuvieron una medida de 11.04mm, 3.9% arco cuadrada obtuvieron una medida de 12.02 mm y el 5.4% diferentes de estos tuvieron una medida 10.84.

²⁹ Young- Seok, Park (2007), The three- Dimensional Relationship on a Virtual model between the maxillary anterior teeth and incisive papilla, Dental Research Institute and School of Dentistry, Seoul, Korea.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Sacando una medida promedio de 11.06 mm entre todos, con la que se concluye en el estudio que se sugiere colocar los incisivos centrales a 11.06 mm de la papila en las prótesis totales.³⁰

De igual manera, el Profesor de la Facultad de Odontología de la Universidad Suleyman Demirel de Isparta en Turquía, Guldag MU (2008) publicó un artículo sobre el estudio que realizó en 185 personas que poseían todas sus piezas dentales excluyendo los terceros molares, a las cuales les tomó una impresión para obtener un modelo de yeso y así poder realizar las mediciones con un calibrador digital. La distancia promedio entre los incisivos maxilares y la papila en los modelos de yeso fue de 6.70+/-0.81 mm y la distancia vertical obtenida fue de 5.51 a 8.89mm.

La relevancia clínica de este estudio radica en la aplicación para completar la construcción de la prótesis. El dentista y laboratorio técnico pueden utilizar los resultados de este estudio como guía en la fabricación de rodetes oclusales maxilares y en la determinación de la posición del plano oclusal con la referencia de otros puntos anatómicos juntos. Sin embargo, el borde de cera debe modificarse intraoralmente para incorporar las características individuales y el diente anterior debe colocarse en el borde de cera modificada.³¹

En el campo nacional, en la Universidad Americana UAM, Bravo Adriana y Sáenz Yalta³², realizaron un estudio titulado “Relación entre la papila incisiva con los incisivos centrales y caninos maxilares en pacientes dentados” en año 2013, donde investigaron la relación de la papila incisiva y los incisivos centrales y caninos.

³⁰Naz A, Khan SA (2014) Comparison of Distance Between The Most Prominent Part of Labial Surface of Maxillary Central Incisors With The Posterior Limit of The Incisive Papilla In Various Arch Forms. J PakDentAssoc; 23(2): 76-79.

³¹Guldag MU (2008); Investigation of Vertical Distance between Incisive Papilla and Incisal Edge of Maxillary Central Incisors, European Journal of Dentistry; Vol. 2 (3). Pp 161-6

³² Bravo Adriana, Sáenz Yalta, (2013), “Relación entre la Papila Incisiva con los Incisivos Centrales y Caninos Maxilares en Pacientes Dentados que Acuden a Clínicas de la Universidad Americana en el Periodo Comprendido de Enero a Marzo 2013”.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

El estudio incluyó a 50 sujetos, entre las edades de 20 a 23, hombres y mujeres, con todas sus piezas dentales. Con respecto a las distancia entra la papila incisiva y los incisivos centrales superior derecho dentro del sexo femenino, el menor valor encontrado fue 6.80 mm y el mayor fue de 10.39 mm con un promedio de 8.83 mm de distancia.

En el caso del sexo masculino, la menor distancia fue 6.62 mm y la mayor de 10.99 mm, siendo el promedio de 8.80 mm de distancia. El promedio global obtenido mediante el análisis de desviación estándar fue de 8.81 ± 1.16 mm.

En un último estudio, realizado en el Departamento de Prostodoncia en la Universidad de Malaya, en Malasia, Zakiah M. Isa et al (2012) investigaron la relación de los incisivos centrales maxilares protésicos en 120 prótesis totales de pacientes adultos Malasios. Se utilizó un medidor de prótesis marca Alma, de la casa Dentsplay, para identificar la posición de la papila con respecto a la superficie labial de los incisivos centrales maxilares protésicos en relación con la papila incisiva. Se encontró que la distancia promedio fue de 6.34 ± 1.87 mm.

Por lo que el estudio concluye que según las muestra que tomaron de los pacientes , los incisivos protésicos se colocaron 3 mm más cerca de la papila en comparación a la distancia promedio en pacientes dentados, que es de 9.59 ± 1.00 mm.³³

³³Zakiah M. Isa et al (2012) Relationship of maxillary incisors in complete Dentures to incisive papilla. J of Oral Science, Vol. 54, N°2, 159-163.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

III. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo de Corte Transversal

UNIVERSO

Está compuesto por los 90 pacientes hombres y mujeres que acudieron a las prácticas de Clínica Integradora de la UAM en el Periodo Agosto 2015 – Marzo 2016 que fueron rehabilitados con prótesis totales superiores.

MUESTRA

Se seleccionaron 30 pacientes. De los cuales 21 eran del sexo femenino y 9 del sexo masculino.

TIPO DE MUESTREO

Muestreo por conveniencia

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que van a recibir prótesis superior
- Paciente que decidieron participar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

- Pacientes con piezas dentales superiores

VARIABLES

- Edad
- Sexo
- Distancia Papila Incisiva- Incisivos Protésicos

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Escala	Indicador
Sexo	Condición fenotípica que separa hombres de mujeres	Hombre Mujer	Nominal	Ficha
Edad	Número de años cumplidos en el último cumpleaños	Años	Ordinal	Ficha
Distancia Papila Incisiva- Incisivos Protésicos	Distancia en mm entre el centro de la papila incisiva y la cara vestibular de Incisivo Superiores Protésicos	Milímetros	Nominal	Regla Milimétrica Paralelógrafo

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

MATERIALES Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó colaboración de los pacientes y de los alumnos para poder tomar las fotografías de las prótesis totales Superiores y modelos definitivos. Se tomaron durante la prueba estética, cuando todavía teníamos el modelo definitivo intacto ya que una vez procesada la prótesis, éste se pierde.

Los sujetos del estudio fueron 30 pacientes, 21 mujeres y 9 hombres, entre el rango de 48 a 100 años



Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

La determinación de la distancia entre el centro de la papila incisiva y la cara vestibular de los incisivos superiores se hizo de forma digital. Para lograr esto, se utilizó un paralelómetro. Cada modelo se colocó en mesa analizadora con el plano oclusal paralelo al horizonte, se procedió a posicionar la punta analizadora del paralelómetro (Bioart) en el centro de la papila nasopalatina.



Paralelometro Bioart



Regla Milimétrica

Luego se levantó el brazo vertical, se colocó la prótesis total en su sitio, cuidando de no mover el modelo. Posteriormente se descendió la punta analizadora sobre el sitio de la papila nasopalatina. Con esto podíamos obtener una proyección vertical de la posición del centro de la papila.

Una vez verificado, que la punta se encuentra en la posición adecuada se coloca una regla milimétrica en posición perpendicular a la punta analizadora y se procede a tomar

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

una fotografía con una cámara digital (Canon EOS 10D- Lente Vivitar Macro 1:1- Ringflash Vivitar) sostenido por un trípode en posición perpendicular al plano oclusal. manteniendo la distancia del punto focal estandarizada para todos los casos. }



Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Este procedimiento se repitió en todos los casos. Posteriormente se ordenaron las fotografías en dos grupos, (masculinas y femeninas) y se introdujeron una por una en el software Image J 1.46R, Wayne Rasband National Institutes of Health, USA para su análisis digital.



Cámara Canon EOS10D

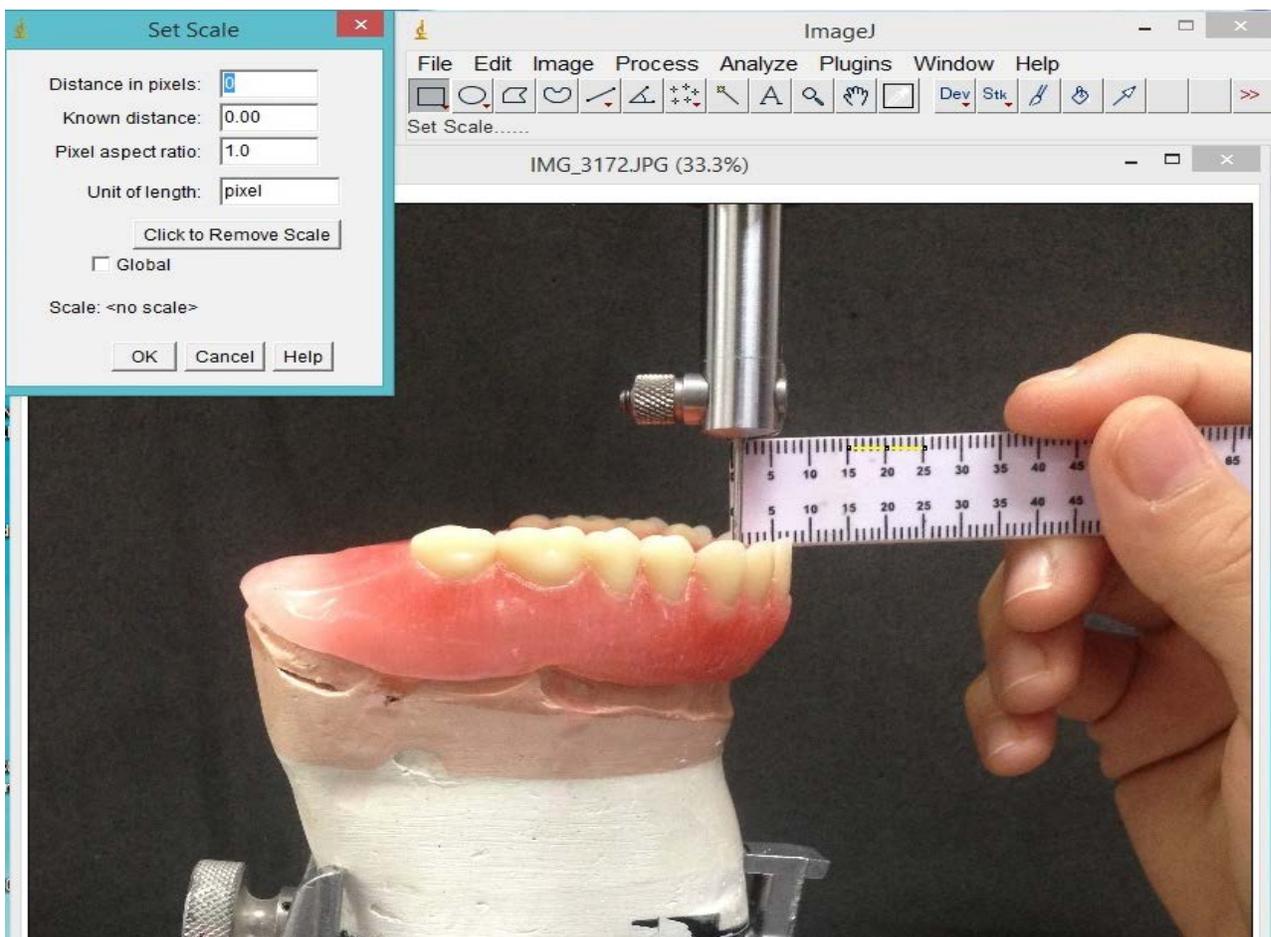


Ring Flash Phoenix RL59C

Las mediciones de las fotografías con el software se hicieron mediante una calibración de la regla digital utilizando como parámetro la regla presente al tomar la fotografía. Luego se trazó una línea desde el vástago del paralelómetro hasta la parte más

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

prominente del incisivo central superior protésico. Se anotó de cada una de las medidas en la fichas de resultados del paciente correspondiente.



Finalmente los datos obtenidos fueron sometidos a una analisis estadisticos con en el programa Microsoft Excel 2010, para determinar si existian diferencias significativas en la distancia entre el centro de la papila y la parte mas prominente del incisvo central superior protésico.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

IV. RESULTADOS

Tabla 1.

Edad

Edad	Masculino	Femenino
Rango	48-87	49-100
Promedio	66	69

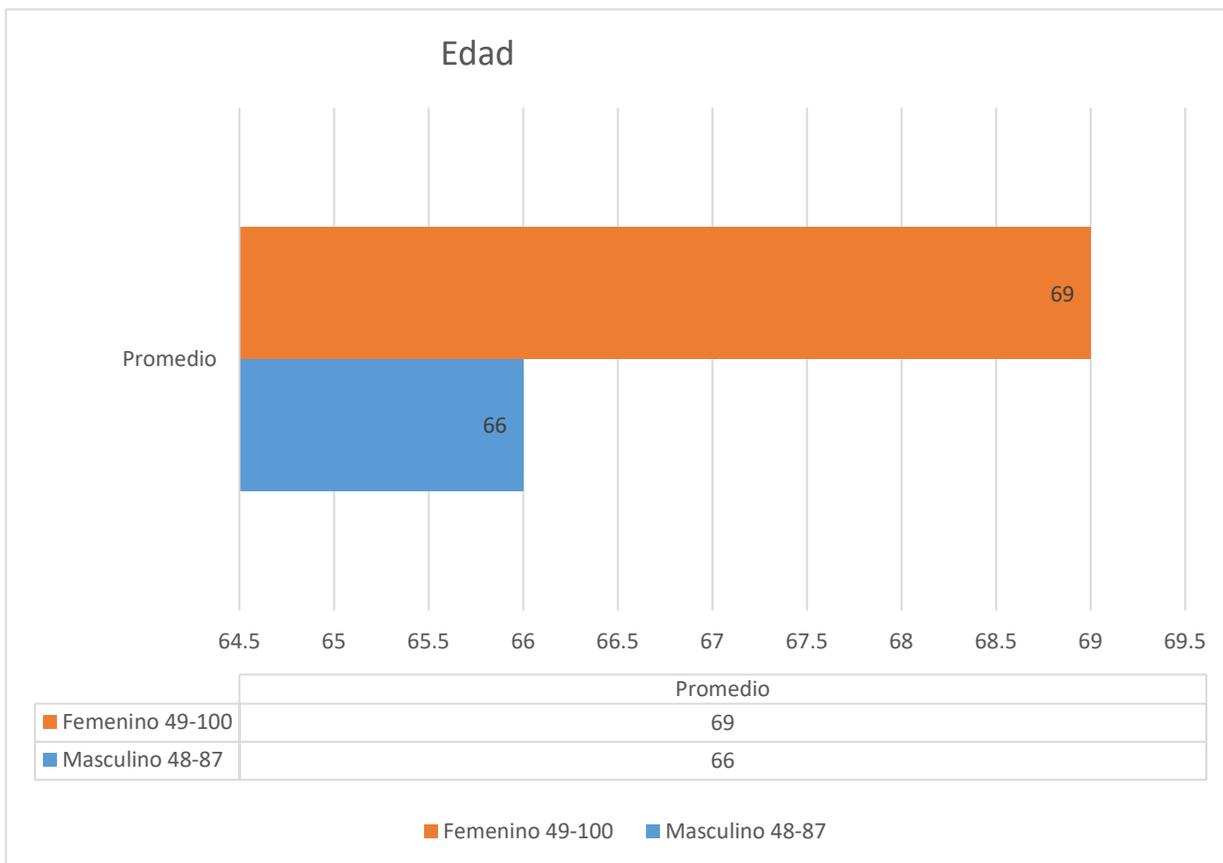
Fuente: Ficha Clínica

La tabla 1 nos muestra el rango de edad de la muestra utilizada para el estudio y la edad promedio entre los sexos masculino y femenino.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Gráfico 1

Promedio de Edad según el Sexo



Fuente: Tabla I.

Rango de edad y promedio entre el sexo masculino y femenino.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Tabla 2.

Sexo

Sexo	Masculino	Femenino	Total
Frecuencia	9	21	30
Porcentaje	30%	70%	100%

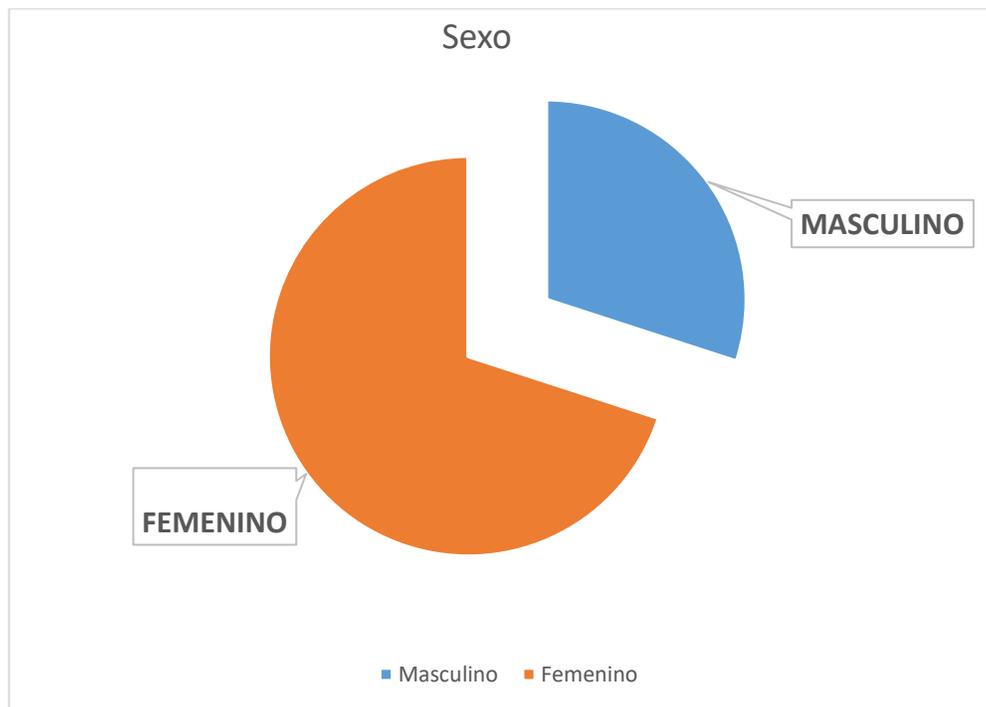
Fuente: Ficha Clínica

La Tabla 2 representa la distribución por sexo de la muestra

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Gráfico 2

Distribución de la Muestra según Sexo



Fuente: Tabla 2

El gráfico 2 muestra la distribución por sexo de la muestra.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Tabla 3.

Distancia Papila – Incisivo Femenino

Sexo Femenino (mm)	
1	10.11
2	5.74
3	10.00
4	6.59
5	7.20
6	7.92
7	9.99
8	4.40
9	7.45
10	8.00
11	5.80
12	4.22
13	11.55
14	9.27
15	5.56
16	10.22
17	1.35
18	12.27
19	5.67
20	12.7
21	13.39

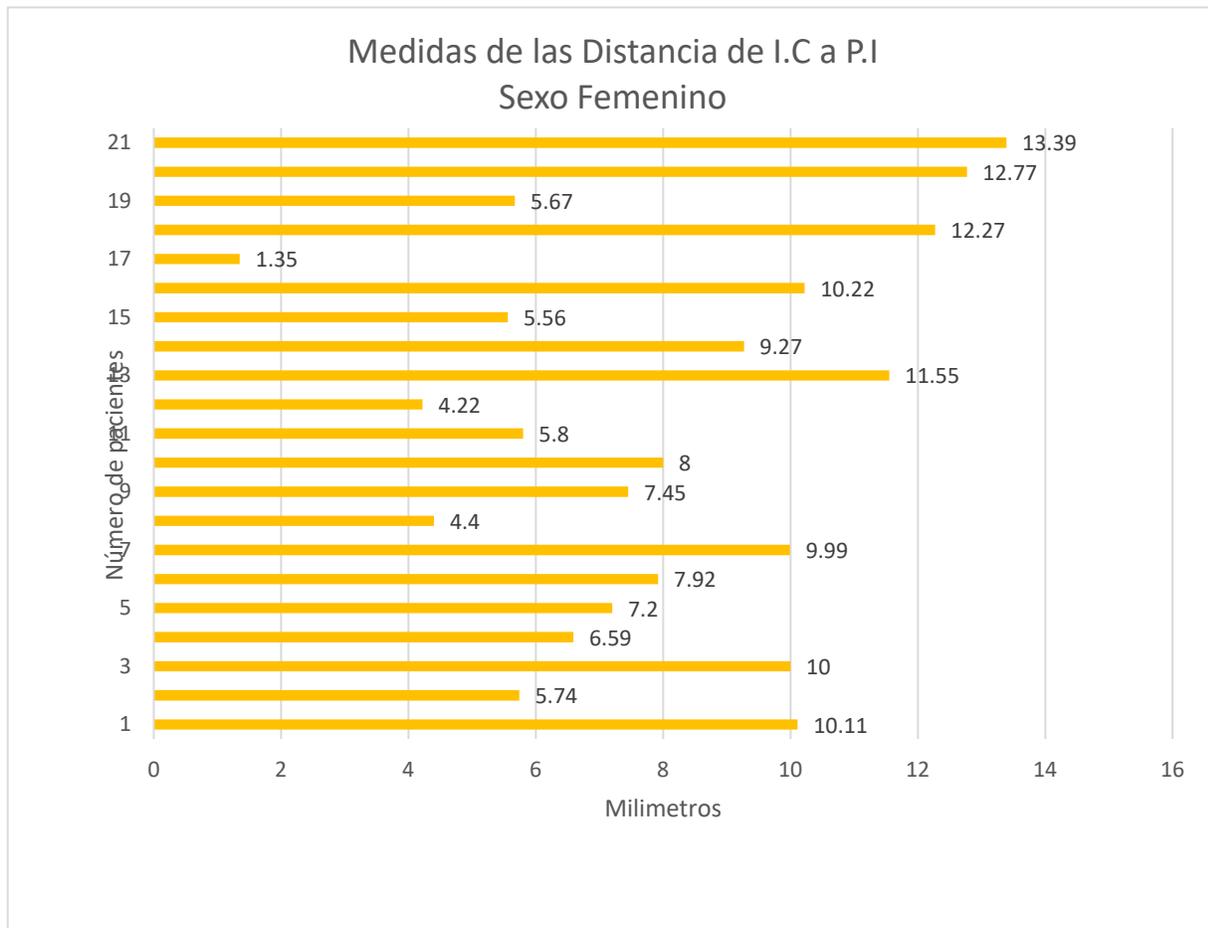
Fuente: Software

La Tabla 3 expone las medidas obtenidas luego de analizar con el Software cada una de las fotografías de los modelos del sexo femenino, en lo que respecta a la distancia que va del centro de la papila incisiva a la parte más prominente del Incisivo Superior.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Grafico 3

Distancia Papila – Incisivo Femenino



Fuente: Tabla 3

Distancia del centro de la papila incisiva a la parte más prominente del Incisivo Superior en los sujetos del estudio del sexo femenino.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Tabla 4

Distancia Papila – Incisivo Masculino

Sexo Masculino (mm)	
1	9.18
2	6.52
3	5.01
4	7.86
5	6.19
6	12.73
7	7.08
8	8.00
9	12.75

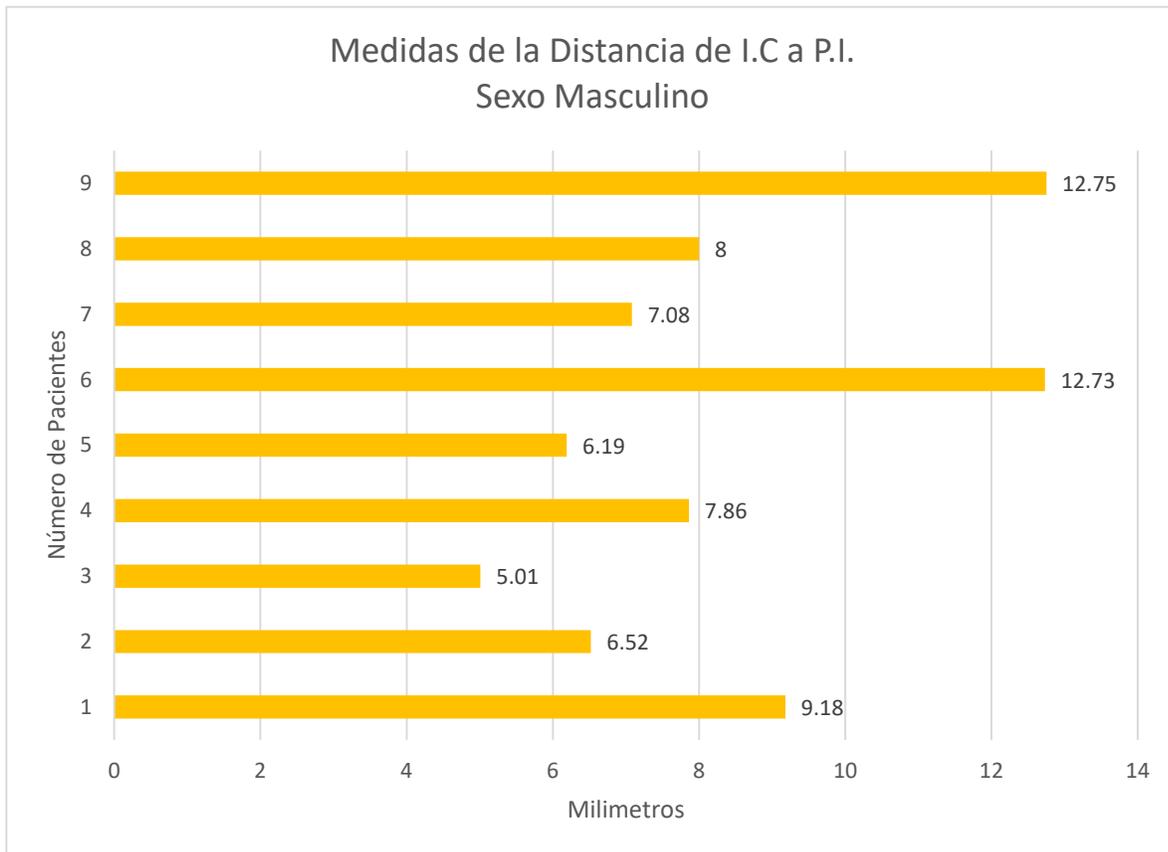
Fuente: Software

La Tabla 4 expone las medidas obtenidas luego de analizar con el Software cada una de las fotografías de los modelos del sexo masculino, en lo que respecta a la distancia que va del centro de la papila incisiva a la parte más prominente del Incisivo Superior.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Gráfico 4

Distancia Papila – Incisivo Masculino



Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Fuente: Tabla 4

Distancia del centro de la papila incisiva a la parte más prominente del Incisivo Superior en los sujetos del estudio del sexo masculino.

Tabla 5.

Promedio de la Distancia del Centro de la Papila Incisiva a parte más prominente de Incisivo Superior Protésico.

Ambos sexos

Promedio de la Distancia – Incisivo en ambos Sexos.	
Sexo	Promedio
Femenino	8.07 mm

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Masculino	8.37 mm
-----------	----------------

Fuente: Ficha de Resultados

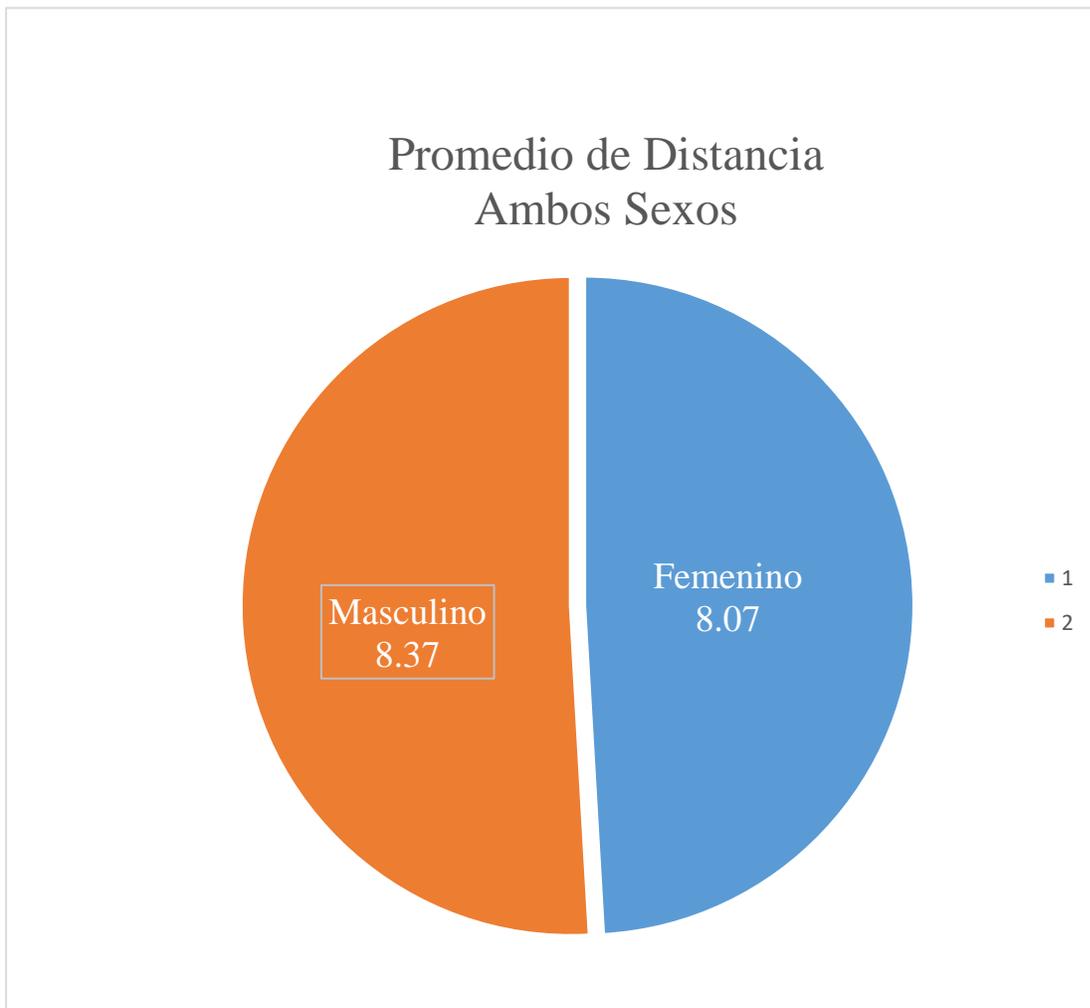
La Tabla 5 compara el promedio de la distancia que va del centro de la papila incisiva a la parte más prominente de los incisivos centrales superiores protésicos.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Gráfico 5.

Promedio de la Distancia del Centro de la Papila Incisiva a parte más prominente de Incisivo Superior Protésico

Ambos sexos



Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Fuente: Tabla 5.

Gráfico comparativo de los promedios de cada sexo con respecto a la distancia del centro de la papila a la parte más prominente de los incisivos superiores protésicos.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Tabla 6.

Desviación Estándar de la Distancia del centro de la Papila Incisiva a parte más prominente del Incisivo Central Protésico

Ambos Sexos

Sexo	Desviación Estándar
Femenino	3.14
Masculino	2.74

Fuente: Ficha de Resultados

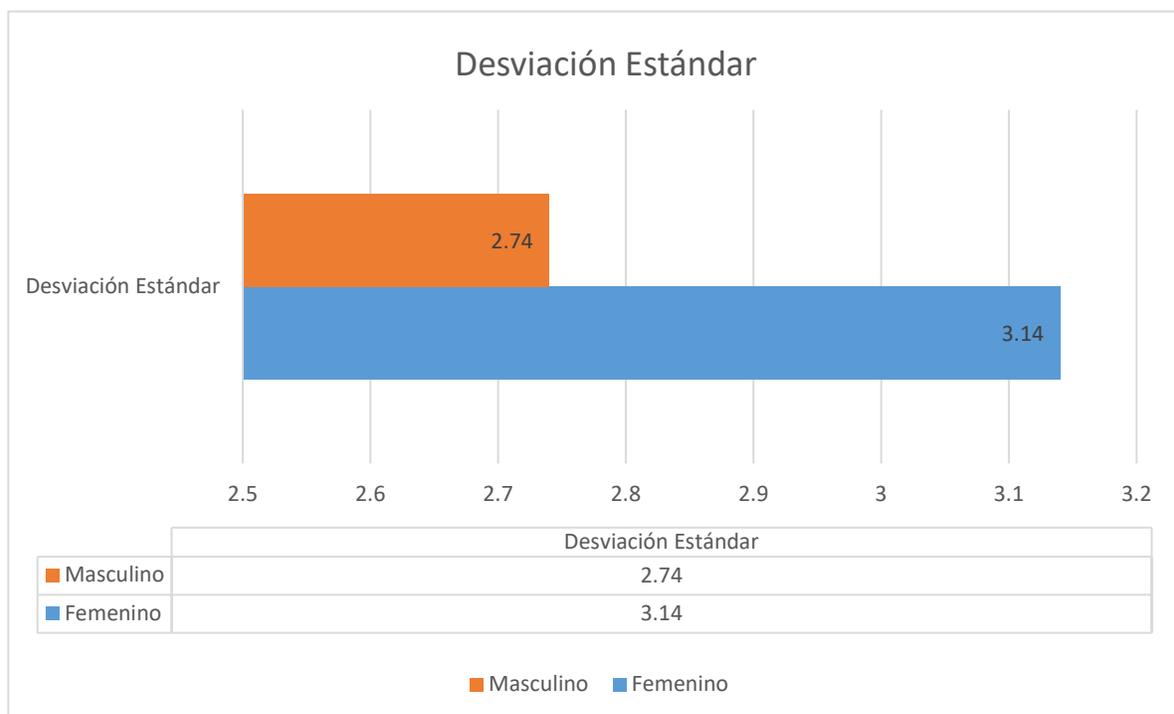
Desviación Estándar de las medidas entre el centro de la papila incisiva y la parte más prominente de los incisivos superiores protésicos.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Gráfico 6.

Desviación Estándar de la Distancia del centro de la Papila Incisiva a parte más prominente del Incisivo Central Protésico

Ambos Sexos



Fuente: Tabla 6.

Desviación estándar de las medias de la distancia entre el centro de la papila incisiva y la parte más prominente de los incisivos centrales protésicos.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Tabla 7.

Promedio General ambos sexos y su Desviación estándar

Promedio General y su Desviación estándar	
Promedio General	8.15
Desviación estándar	2.98

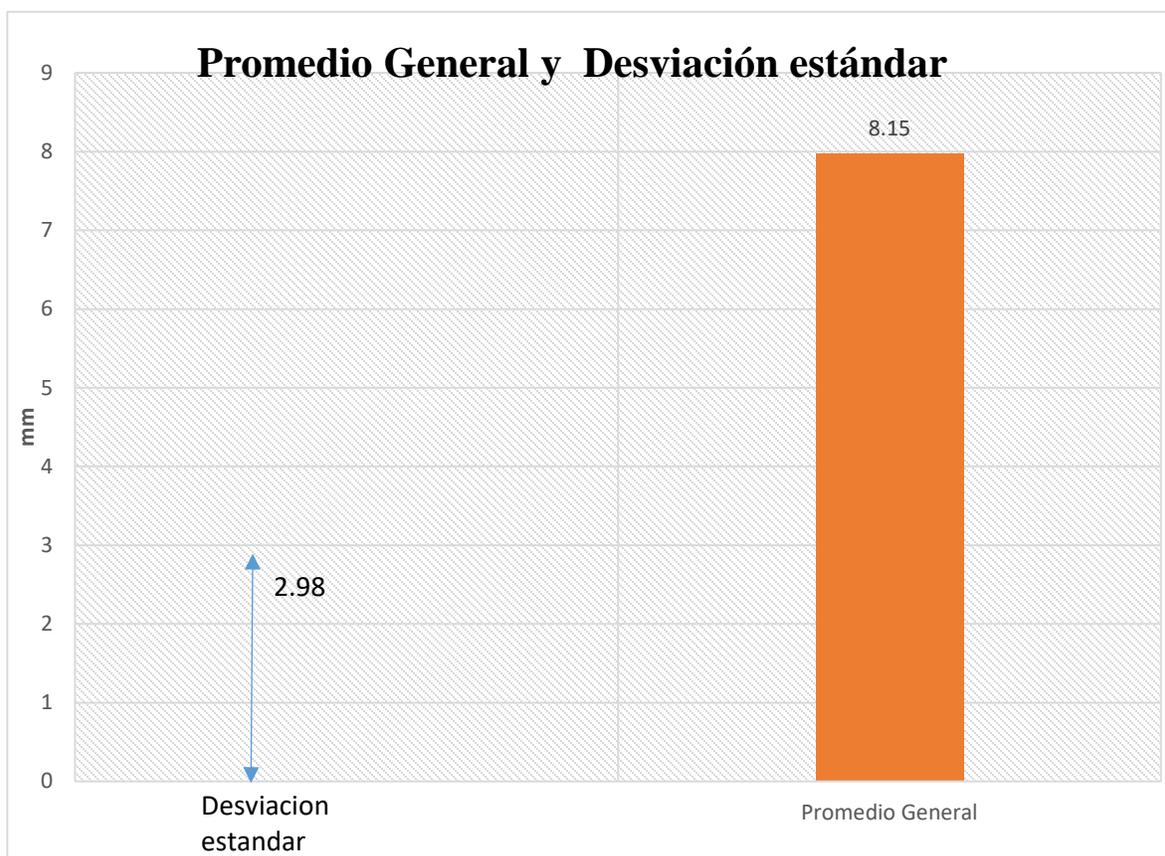
Fuente: Fichas de Resultados

La Tabla 7 representa el promedio general de las medidas obtenidas tanto de varones como de mujeres respecto a la distancia del centro de la papila incisiva y la parte más prominente de los incisivos centrales superiores protésicos con su respectiva desviación estándar.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Gráfico 7.

Promedio General y Desviación Estándar



Fuente: Tabla 7

El gráfico 7 representa el promedio general de las medidas obtenidas tanto de varones como de mujeres, respecto a la distancia del centro de la papila incisiva y la parte más prominente de los incisivos central superiores protésicos.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

IV. ANALISIS DE RESULTADOS

La relación de la papila incisiva y los incisivos centrales tienen gran impacto en la estética y la fonética al confeccionar prótesis dentales, pues le sirven al clínico como guías naturales para reestablecer las relaciones de las estructuras dentales perdidas y el remante mucoso de una manera más precisa. Estas guías pueden ser utilizadas al confeccionar prótesis dentales tales como las prótesis totales, prótesis parciales removibles, prótesis fijas y otras.

Nuestro estudio constó de 30 sujetos, 21 del sexo femenino, cuyo promedio de edad era de 69 años y 9 del sexo masculino cuyo promedio de edad era de 66 años

Descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	
					Límite inferior	Límite superior			
Distancia	Masculino	9	8.3689	2.74717	.91572	6.2572	10.4806	5.01	12.75
	Femenino	21	8.0700	3.14029	.68527	6.6406	9.4994	1.35	13.39
	Total	30	8.1597	2.98368	.54474	7.0455	9.2738	1.35	13.39
Edad	Masculino	9	66.111	12.8884	4.2961	56.204	76.018	48.0	87.0
	Femenino	21	68.095	14.4149	3.1456	61.534	74.657	49.0	100.0
	Total	30	67.500	13.7834	2.5165	62.353	72.647	48.0	100.0

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Con respecto a la distancia entre la P.I y I.C.S.P dentro del sexo femenino, el menor valor encontrado fue 1.35 mm y el mayor fue de 13.39 mm con un promedio de 8.07 mm de distancia. En el caso del sexo masculino, la menor distancia fue 5.01 mm y la mayor de 12.75mm, siendo el promedio de 8.37 mm de distancia.

Realizamos un análisis de desviación estándar de los promedios obtenidos, obteniendo para el sexo femenino D.E. de 3.14 mm y para el sexo masculino D.E. de 2.74 mm. Con un promedio global es de 8.15 ± 2.98 mm.

Al analizar el promedio global, incluyendo ambos sexos, obtenemos una distancia promedio de 8.15 mm, que es menor que el resultado obtenido por Espósito en 1980³⁴, que determinó un promedio de 9 ± 1 mm rango global de 8-10 mm. También difiere con los resultados obtenidos por Schiffman³⁵, que encontró un rango de distancia de 11 ± 1 mm, ambos estudios realizados en pacientes con dientes naturales.

Estudios más recientes incluyen resultados similares a los nuestros, más no iguales, Zakiah M. Isa y Latith M. Abdullhadi³⁶, en su estudio “Relationship of the maxillary incisors in complete dentures to the incisive papilla” (2012), donde se analizó sujetos de varias razas étnicas, nos brinda resultados en cuanto a la relación de la P.I con el I.C.S.P de 6.34 ± 1.87 mm.

Por último, Adriana Bravo y Yalta Sáenz, en su estudio monográfico titulado “Relación entre la papila incisiva con los incisivos centrales y caninos maxilares en pacientes dentados” en año 2013, en sus resultados obtuvieron una distancia promedio de 8.81 ± 1.16 mm, lo que demuestra que la diferencia entre su resultado y el nuestro varía solo 1 mm y por lo tanto, demuestra que los dientes anteriores protésicos en su colocación no se alejan de los rangos ya establecidos en investigaciones previas en que se encuentran los dientes naturales con respecto a la papila.

³⁴ Espósito, SJ. Esthetics for denture patients. *JProsthetDent.* 1980; 44:608-15.

³⁵ Schiffman P, (1964) “Relation Of Maxillary Canines To The Incisive Papilla” *Journal Of Prosthetic Dentistry*, 14:469.

³⁶ Zakiah M. Isa and Latith M. Abdullhadi, Relationship of maxillary incisors in complete dentures to the incisive papilla, *Journal of Oral Science*; Vol. 54, N°2, 159-163, 2012.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

Según el análisis de varianza (ANOVA), que consiste básicamente en establecer diferencia entre las medias poblacionales; ya que es un método matemático creado para probar la hipótesis de que las medias aritméticas de más de 2 grupos poblacionales son iguales. Realizado con una base de datos en el programa SPSS, comparando si la suma de los cuadrados era significativamente diferente, se concluyó mediante los resultados obtenidos que no existe diferencia significativa entre ambos sexos y la distancia del centro de la papila nasopalatina.

(Ver tabla siguiente página)

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

ANOVA DE UN FACTOR

Distancia

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	ig.
Inter-grupos	.563	1	.563	061	806
Intra-grupos	257.605	8	9.200		
Total	258.167	9			

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

V. CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos concluimos que:

- La población en estudio fue de 30 personas representada en un 30% sujetos del sexo masculino y un 70% sujetos del sexo femenino. El promedio de edad de los varones fue de 66 años y el de las mujeres de 69 años.
- El promedio global para varones y mujeres de la distancia del centro de la P.I. a la parte más prominente del I.C.S.P. es de $8.15 \text{ mm} \pm 2.98$. Con un promedio de distancia de $8.07 \text{ mm} \pm 3.14$ para el sexo femenino y $8.37 \text{ mm} \pm 2.74$ para el sexo masculino.
- Se concluye que no hay diferencia significativa respecto al sexo en la comparación de las distancias obtenidas que van del centro de la P.I. a la parte más prominente del I.C.S.D. ya que los promedios obtenidos son muy cercanos entre ellos.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

VI. RECOMENDACIONES

Después de haber analizado el estudio, recomendamos lo siguiente:

- Realizar estudios posteriores, con un número de muestra más grande, utilizando el mismo método de investigación para indagar en los resultados y compararlo con estudios de otros países.
- Realizar un estudio sobre el efecto de esta misma distancia en el perfil del paciente
- Transmitir este estudio monográfico a estudiantes, profesionales y técnicos dentales, para mejorar la confección de prótesis dentales.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

ANEXO A

INDICE DE TABLAS

Tabla	Página
Tabla 1. Edad.....	32
Tabla 2. Sexo.....	33
Tabla 3. Distancia Papila- Incisivo sexo Femenino.....	34
Tabla 4. Distancia Papila- Incisivo Sexo Masculino.....	35
Tabla 5. Promedio de la Distancia Papila – Incisivo ambos sexos.....	36
Tabla 6. Desviación estándar P.I. a la parte más prominente del I.C.S.P...	37
Tabla 7. Promedio General ambos sexos y su desviación estándar.....	38

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

ANEXO B

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO	Página
Gráfico 1. Edad.....	38
Gráfico 2. Sexo.....	40
Gráfico 3. Distancia Papila – Incisivo Sexo Femenino.....	42
Gráfico 4. Distancia Papila – Incisivo Sexo Masculino.....	44
Gráfico 5. Promedio de la Distancia Papila – Incisivo ambos Sexos.	46
Gráfico 6. Desviación Estándar P.I. a la parte más prominente del I.C.S.P .	48
Gráfico 7. Promedio General ambos sexos y su Desviación Estándar...	50

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

BIBLIOGRAFIA

1. Acharya, A. B. Teaching forensic odontology: an opinion on its content and format. Eur. J. Dent. Educ., 10(3):137-41, 2006.
2. Acosta Rojas, Flor .Edentulismo en Costa Rica, 2009, Escuela de Odontología, ULACIT.
3. Allen, E.P; Gainza, C.S; Farthing, G.G y Newbold, D.A (1985) Improved technique for localized ridge augmentation. A report of 21 cases. J Periodontol 56 (4) : 195-199
4. Bernal Arciniega Rubén (1999). Prostodoncia Total Editorial Trillas S.A. de C.V.; México.
5. Boucher CO, Hichery JC, Zarb GA. Prosthodontic Treatment for edentulous patients, 7th ed. St Louis: MosbyCompany, 1975: 365
6. Bravo Adriana, Sáenz Yalta, (2013), “Relación entre la Papila Incisiva con los Incisivos Centrales y Caninos Maxilares en Pacientes Dentados que Acuden a Clínicas de la Universidad Americana en el Periodo Comprendido de Enero a Marzo 2013”.
7. Campos Salvatierra, Omar (2013). Propuesta de algoritmo de reconstrucción para maxilares atróficos, Revista Dental de Chile; 104 (1), 27 -36.
8. Domínguez Barradas, Roberto (1991). Manual Prostodoncia Total Editorial Zamora; Xalapa ,Ver
9. Esposito SJ. Esthetics for denture patients. J ProsthetDent 1980; 44:608
10. Gómez Falcón, Blanca Lidia (2000). Articulado de Dientes en Prótesis Total, Xalapa, Ver.
11. Guldag MU (2008); Investigation of Vertical Distance between Incisive Papilla and Incisal Edge of Maxillary Central Incisors, European Journal of Dentistry; Vol. 2 (3). Pp 161-6
12. Harper, R.N, F194s the Incisive Papilla, Journal of Dental Research. 11, 661.
13. KawabeSeiji (1993). Dentaduras Totales Actividades México Odontológico; Venezuela
14. Naz A, Khan SA (2014) Comparison of Distance Between The Most Prominent Part of Labial Surface of Maxillary Central Incisors With The Posterior Limit of The Incisive Papilla In Various Arch Forms. J PakDentAssoc; 23(2): 76-79.
15. O'Brien, T.P, Hinrichs, J.E y Shaffer, E.M (1994), The prevention of localized ridge deformities using guided tissue regeneration. J Periodontol 65 (1): 17-24.
16. OzawaDeguch, José Y. (1995). Prostodoncia Total, México.

Distancia entre la parte más prominente incisivos centrales superiores y el centro de la papila nasopalatina en pacientes rehabilitados con prótesis total en Clínica Integral II UAM en Periodo Agosto 2015- Marzo 2016.

17. Seibert JS, "Reconstruction of deformed partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts, Part I technique and wound healing compendium. *EducDent*", 1983, 4:437.
18. Shiffman, P, (1964) Relation of the Maxillary Canines to the Incisive Papilla. *Journal Of Prosthetic Dentistry*, 14. 469
19. Sobolik, C.F. (1960) Alveolar Bone Resorption. *J Pros Den* 10(4): 612-619.
20. Tautin FS. Denture Esthetic is more tooth selection. *J ProsthetDent*. 1978; 40: 127.
21. UrbanChristen, VITA System, "Guía para Prótesis Totales", 2000.
22. Vissen Carlos, "MÉTODOS PARA LA SELECCIÓN DE DIENTES EN DENTADURAS COMPLETAS", Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2010, Lima-Perú.
23. www.deconceptos.com/ciencias-naturales/congenito
24. www.odontochile.cl/archivos/cuarto/selecciondedientesartificiales.doc
25. www.propdental.es/blog/implantes-dentales/cambios-oseos-despues-de-la-perdida-de-dientes
26. www.sdpt.net/completa/papila.htm
27. Young- Seok, Park (2007), The three- Dimensional Relationship on a Virtual model between the maxillary anterior teeth and incisive papilla, Dental Research Institute and School of Dentistry, Seoul, Korea
28. Zakiah M. Isa et al (2012) Relationship of maxillary incisors in complete Dentures to incisive papilla. *J of Oral Science*, Vol. 54, N°2, 159-163.