

CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO

PRESENTADO A:

Dra. DIANA GUZMAN

PRESENTADO POR:

ANGELA BRAVO COD: 972263

LEONARDO GARCIA COD: 982256

GISELA LOPEZ COD: 972083

CARLOS ORITZ COD: 982261

CAMILO ROZO COD: 981080

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

BOGOTA, ABRIL DE 2003

INTRODUCCIÓN

Por medio del siguientes trabajo estudiaremos el tratamiento ideal a realizar en pacientes que requieran tratamiento de Prótesis Parcial Fija, Coronas Combinada Completa e Inceram.

Retenedores intraradiculares convencionales y prefabricados e implantología dental, restauraciones en amalgama y en resina. Además se hablará de las técnicas de restauraciones provisionales cementación de estas. Para así poder darle la mejor alternativa de estética, confort y profesionalidad que el paciente requiera, obteniendo como resultado un tratamiento integral.

OBJETIVO GENERAL

En este trabajo se mostrará la forma adecuada de cómo restaurar integralmente, siguiendo unos procedimientos que no conllevan a un tratamiento oportuno para devolver la estética, confort y funcionalidad del paciente. Dar a conocer los métodos restaurativos adecuados a estudiantes de pre-grado del C.O.C.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Conocer las diferentes alternativas para restaurar un paciente.
- ❖ Explicarle al paciente los posible tratamiento.
- ❖ Mostrar el proceso mediante el cual se restaurará un paciente.
- ❖ Tener criterio al dar un diagnóstico definitivo.
- ❖ Aprender a determinar un plan de tratamiento.
- ❖ Identificar las posibles complicaciones que se puedan presentar durante el tratamiento odontológico.

INFORMACIÓN GENERAL

Apellidos y nombres del paciente: LUZ HELENA CUENCA SANCHEZ
Edad: 35 años
Historia Clínica: 454430
Estado Civil: Soltera
Ocupación: Docente
Motivo de consulta: Revisión general

EXAMEN FISICO GENERAL

Peso: 55 Kg.
Estatura: 1.70 mts.
RH O +
Temperatura 37° C
Presión arterial 110 / 70 mm Hg.
Frecuencia cardiaca: 74 pul / min

ANAMNESIS

Historia médica familiar: La paciente no reporta ningún antecedente
En la línea familiar relevante.
Historia médica personal: No reporta ningún compromiso sistémico o
Alergia alguna.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

No reporta compromiso post anestesia y exodoncia

Atención previa recibida: Operatoria, Endodoncia, Prostodoncia, Periodoncia, Cirugía.

Actitud ante tratamiento: es positiva, paciente colaboradora y optimista, buena

HISTORIA ESTOMATOLOGICA

Dolor muscular masticadores: (-)

Dolor ATM: (-)

Ruido ATM. (-)

Alteración en el movimiento: (-)

Desarmonías Oclusales: (+)

Hábitos: (-)

Sangrado Gingival (+)

Ausencia dentarias (+)

Sensibilidad dentaria: (-)

EXAMEN FISICO ORAL

Labios Normal

Carrillos Normal

Surco Vestibular Normal

Gingiva	Anormal
Reborde Alveolar	Anormal
Lengua	Normal
Piso de boca	Normal
Frenillo	Normal
Paladar duro	Normal
Paladar blando	Normal
Amígdalas Orofaringe	Normal
Glándulas salivares	Normal

EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR

Examen de los músculos masticadores: no reporta ningún dolor en los músculos a la palpación.

Examen ATM: no presenta ningún ruido, ni dolor articular

EXAMEN DENTARIO ARMONIA / DESARMONIA OCLUSAL

Clasificación de Angle:	No aplicable
Relación Canina:	Derecha Clase I , izquierda Clase I
Paciente:	Simétrico
Overbite:	4 mm
Overjet:	4 mm
Línea dentaria:	Desviada a la derecha 2mm
Apiñamiento:	Diente anteriores inferiores
Diastemas:	No presenta
Facetas de desgaste:	No presenta
Ausencia dentaria:	12, 16, 24, 26, 36, 46, 47
Dimensión vertical oclusal:	65 mm
Dimensión vertical postural:	70 mm
Espacio libre:	0.5 mm

EXAMEN PERIODONTAL

Encía:	Color rojo
Margen:	Discontinuo
Consistencia:	Blanda
Textura:	Lisa
Grosor:	Aumentado
Contorno:	Irregular
Encía adherida:	Normal

Cálculos:	Supragingivales
Sangrado:	Si presenta
Supuración:	No presenta
Movilidad dentaria:	No presenta
Fremito:	No presenta

DIAGNOSTICOS

Generales:

La paciente no presenta ninguna alteración sistémica, que intervenga con el tratamiento a realizar.

Orales, tejidos blandos y óseos:

Colapso del reborde superior e inferior tipo III por ausencia de dientes superiores e inferiores

Dentales:

Gresión:	33
Rotación:	25 – 41
Apiñamiento:	Zona de Anteriores inferiores
Caries activa:	25, 23, 44 , 45
Caries recurrente:	18, 17, 15, 14, 28, 27, 22, 21, 34, 35, 37, 38, 42, 48.

Cráneomadibulares:

Desorden craneomandibular de desarrollo y crecimiento adquirido.

Periodontales:

Gingivitis asociada a placa bacteriana

Endodonticos:

Hallazgo radiográfico zona Ro a nivel radicular compatible con salud totalmente.

Obturado del diente 11 – 15

TRATAMIENTO IDEAL**Periodoncia:**

Terapia básica

Motivación del paciente

Control de placa bacteriana

Enseñanza de cepillado e higiene oral

Raspaje coronal

Profilaxis

Cirugía:

Implantes de oseointegración a nivel de 16, 24, 26, 36, 46 y 47

Operatoria:

Resinas condensables: 18, 28 y 38

Prostodoncia:

Núcleo prefabricado 11 – 15

Corona completa en porcelana IN-CERAM del 15.

Prostodoncia parcial fija del 13 – 11, con recubrimiento completo en porcelana IN-CERAM.

Incrustaciones en porcelana del 14 ocluso distal.

Terapia de soporte periodontal.

Control post-tratamiento

TRATAMIENTO A REALIZAR**Periodoncia:**

Terapia básica

Motivación al paciente

Control de placa bacteriana

Enseñanza de cepillado e higiene oral

Raspaje coronal

Profilaxis

Cirugía:

Cuña distal a nivel diente 48.

Endodoncia:

No requiere

Operatoria:

Amalgamas 18(O), 28(O), 38(O)

Resinas 21(MP), 22(MP), 42(DVL), 44(O), 34 (fosa distal).

Prostodoncia:

P.P.F. 17-15, 13-11, 23, 27, 35-37, 45-48

Núcleos colados 11 – 15

Corona 14

Mantenimiento:

Terapia de soporte periodontal.

ODONTOGRAMA

18 Amalgama(O) desadaptada	38 R(OV) desadaptada
17 Amalgama (O) desadaptada	37 Resina (O) desadaptada
16 Ausente	36 Ausente
15 Resina (o) desadaptada	35 Resina (OD) desadaptada
14 Resina (OD) desadaptada	34 Resina fosa distal, desadaptada
13 Temporal	33 Sano
12 Temporal	32 Sano
11 Temporal	31 Sano
28 Amalgama (O) desadaptada	48 Amalgama(O) desadaptada

27 Resina (O) desadaptada	47 Ausente
26 Ausente	46 Ausente
25 Caries O.	45 Caries O.
24 Ausente	44 Caries O
23 Caries Mesial	43 Sano
22 Resina (MP) desadaptada	42 Resina (DVL) desadaptada
21 Resina (MP) desadaptada	41 Sano

PROSTODONCIA FIJA

DEFINICIÓN:

Es un aparato protésico permanente unido a los diente remanentes que sustituyen uno o más dientes, trata de reproducir la forma y función de los dientes y algunos casos por mejorar el aspecto.

COMPONENTES:

El diente que sirve como elemento de unión para una prótesis parcial fija se denomina PILAR.

El diente artificial que se sustenta en los PILARES de denomina PONTICO.

La parte de la prótesis parcial fija que une los pilares a los PONTICOS se denominan CONECTORES, estos pueden ser rígidos (colados) y no rígidos como la unión cola de milano (retenedor).

INDICACIONES DE UNA PRÓTESIS PARCIAL FIJA:

- ❖ cuando los dientes PILARES están periodontalmente sanos.
- ❖ Relación corona raíz adecuada.
- ❖ Pilares capaces de soportar cargas agregadas.
- ❖ Paciente adulto con buen soporte periodontal.
- ❖ Que los pilares no presente mal posiciones tipo versiones.

CONTRAINDICACIONES PRÓTESIS PARCIAL FIJA

- ❖ Niños y adolescentes.
- ❖ Dientes con enfermedad periodontal avanzada
- ❖ Dientes con enanismo radicular
- ❖ Dientes sin terminar de erupcionar
- ❖ Dientes sin terminar formación radicular
- ❖ De diseño por diámetro ocluso cervical.

CORONAS: extracoronaria que abarca toda o casi toda la superficie de la corona clínica del diente devolviendo la morfología, función, estética.

RETENEDORES INTRARADICULARES

que reemplazan completamente la porción coronal del muñón.

INDICACIONES PARA LOS RETENEDORES INTRARADICULARES

1. Endodoncia previa dientes no vitales)
2. Que sean asintomático

3. Cero Presencia de caries
4. Destrucción coronal
5. Longitud radicular favorable (1-1)
6. Diámetro Cervico oclusal favorable. Corto

CONTRAINDICACIONES PARA LOS RETENEDORES INTRARADICULARES

1. Raíces Cortas: (por zonas obvias de soporte)
2. Raíces Dilaceradas: (dependiendo del lugar de dilación se puede aprovechar el caso para conseguir una mejor retención).
3. Obliteración radicular
4. Puntas de plata
5. Reabsorciones: sean externas o internas.

PROPIEDADES

- ❖ Alta resistencia
- ❖ Alta dureza
- ❖ Alta resistencia a la corrosión
- ❖ Resistencia a la abrasión
- ❖ Biocompatibilidad

SISTEMAS

- ❖ Tarjis / Vectris
- ❖ In-ceram
- ❖ Emprex
- ❖ Metal-cerámica

VENTAJAS

Devuelven la función

Devuelven la estética

Se pueden realizar alteraciones

Extensas en forma y oclusión

DEVENTAJAS

Pérdida de tejido duro

Pueden tener reacción

Gingival no favorable

NÚCLEOS PREFABRICADOS: postes prefabricados en series fuera de la boca, de diferentes diseños y tamaños. Su función principal es unir la raíz al reconstructor.

Según su forma:

- Cónicos
- Cilíndricos
- Cilíndricos - cónicos

Metálicos:

Níquel – cromo

Titanio

Oro

No metálicos:

Fibra de carburo

Fibra de vidrio

Cerámicas

Colados:

- Cónicos
- Lisos

VENTAJAS

- Bajo costo
- Resistencia
- Biocompatibilidad
- Flexibilidad
- Buena opacidad

DEVENTAJAS

- Materiales específicos
- Aplicación limitada
- Falta de adaptación en la mayoría de los casos

NUCLEOS COLADOS

VENTAJAS

- ❖ Reconstrucción y corona provisional en una sola cita.
- ❖ Procedimiento sencillo, rápido y económico.
- ❖ Mejor comportamiento biomecánico
- ❖ Posibilidad de mantener estructuras protésicas.
- ❖ Integración del material restructor (adhesión).

REQUISITOS RAIZ

- ❖ Excelente tratamiento de conductos
- ❖ Debe ser recta por lo menos 2/3 cervical.
- ❖ Suficiente larga con respecto a la longitud de la corona.
- ❖ Periodontalmente sana

CONSIDERACIONES ENDODONTICAS

- ❖ Excelente selle apical (mínimo 4mm)
- ❖ No sensibilidad a la presión
- ❖ No exudado
- ❖ No fistula
- ❖ No sensibilidad apical
- ❖ Ni inflamación apical

IN-CERAM: de la casa Vita infiltrado cerámico.

- ❖ Reemplaza el metal por una estructura de vidrio.
- ❖ Permite hacer los conectores cerámicos
- ❖ Se pueden trabajar en espacios muy reducidos como son los incisivos inferiores.
- ❖ Se elabora la cofia con in-ceram el cual va a sostener la porcelana, son muy resistentes.
- ❖ Se pueden hacer incrustaciones y coronas (inlay – onlay).

POSTES PREFABRICADOS:

Es un tipo de retenedor que utiliza ensanchadores especiales, para la preparación de los conductos que son del mismo tamaño y configuración que los poste y utilizan como muñón amalgama o composite, se clasifican según su sistema de retención:

- ❖ Pasiva: cementados
- ❖ Activa: roscados

Los postes roscados son más retentivos que los cementados.

RESINA COMPUESTA

Es un polímero formado por la unión de muchas moléculas de bajo peso molecular llamados **MONOMEROS**.

Gran molécula formada por **MONOMEROS**.

Acción de un iniciador y un activador.

Polimerización

Combinada tridimensional de al menos dos materiales químicamente diferentes, con una interfase separando los componentes.

COMPOSICIÓN

- ❖ Matriz orgánica
- ❖ Material de relleno inorgánico
- ❖ Agente de unión y modificadores

CLASIFICACION:

De acuerdo a su viscosidad se clasifican en:

- ❖ Convencionales
- ❖ Empacables
- ❖ Inteligentes
- ❖ Fluidas

RESINAS EMPACABLES O CONDENSABLES

Resina compuesta con alta viscosidad que permite ser empacada en la preparación cavitaria. Fue desarrollada para ser usada en dientes posteriores debido a sus altas propiedades físicas. Estos es de acuerdo a los fabricantes.

Además algunas utilizan un nuevo material de relleno llamado PRIMM que involucra el uso de matrices de fibra de vidrio fusionada tridimensionalmente, para mejorar sus propiedades físicas y disminuir la contracción. Estas son llamadas ormaceras.

Introducidas al mercado en 1997, para ser usadas en posteriores. Algunos autores han reportado dificultad en la adaptación marginal y porosidades en este sitio. (Opdam y col 2000). Algunas de estas resinas son recomendadas para polimerizarlas en bloque lo que produce grandes fuerzas de contracción de polimerización, por lo cual es la opinión del autor polimerizarla por pequeñas capas y utilizar una resina fluida como liner.

CARACTERÍSTICAS

- ❖ Mayor resistencia a la abrasión
- ❖ Mayor fuerza de cantidad de contracción si son polimerizados en bloque.
- ❖ Mínima variedad de colores
- ❖ Mayor resistencia la fractura
- ❖ Baja adaptación marginal sobre todo en cajuelas

NOMBRES COMERCIALES

- ❖ Surefill: Denysply
- ❖ Solitaire: Kulzer
- ❖ Alert: Jeneric Pentron
- ❖ Tetric-Ceram-HB: Vivadent

RESTAURACIONES PROVISIONALES: es una restauración por poco tiempo, cumpliendo con estética y función, se debe hacer lo más perfecto posible.

TIPOS: autorpolimerización, termopolimerización.

TÉCNICAS PARA REALIZAR LOS TEMPORALES

1. Método directo: se elabora en boca, sobre le muñón.
2. Método indirecto: se elabora en laboratorio, es la mejor técnica.

FUNCIONES: protección del muñón

Estética

Oclusión

Estática

Periodontal

Resistencia

CUÑA DISTAL: es un procedimiento quirúrgico diseñado para la eliminación de bolsas formadas por un grueso tejido fibroso en áreas adyacentes a zonas edéntulas, indicando un procedimiento pre-protésico.

TÉCNICA TRIANGULAR.

- ❖ Utiliza 2 incisiones horizontales convergentes hacia distal y divergentes hacia apical.

TECNICA RECTANGULAR

- ❖ Utiliza 2 incisiones horizontales paralelas entre si pero divergentes hacia apical.

VENTAJAS

- Cicatrización por primera intención
- Máxima cobertura ósea
- Mantenimiento de la encía
- Control de la posición del margen gingival.

INDICACIONES

- Elimina bolsas supraoseas
- Elimina bolsas intraoseas
- Elimina asimetría gingival

CONTRAINDICACIONES

Cuando la estética está comprometida

Cuando exista dificultades anatómicas

Cuando haya alteración corona-raíz

GINGIVITIS: según la Academia Americana de Periodoncia la paciente presenta gingivitis asociada a placa bacteriana.

CARACTERÍSTICAS CLINICAS

- ❖ Agrandamiento contorno gingival
- ❖ Color rojo
- ❖ Sangrado al sondaje
- ❖ Eritema

¿QUÉ ES UN IMPLANTE DENTAL?

Es una raíz artificial que sustituirá la pérdida de uno o varios dientes, se fabrican con materiales biocompatible que se van a unir a hueso y tejidos blandos (titanio).

FUNCION: crea la posibilidad de colocar funcionalmente una prótesis dental fija o removible.

TIPOS DE IMPLANTES

1. Subperiostico: Eran de diferentes materiales que se manejaron a mediados de este siglo y que algunos lugares aún se usan.
2. Submucosos: fueron implantes que tuvieron muchos problemas en su desarrollo.

3. Endoóseos: se presentan en los años 40 y 50, en la actualidad son los implantes cilíndricos, cónicos y/o atornillables que se usan en la osteointegración.
4. Endodonticos: son puntas largas de diferentes materiales que se colocan a través del conducto dentario; estos no tuvieron un resultado aceptable.
5. Transóseos: fueron descritos por Small, en 1945, y como su nombre lo indica atraviesan el hueso mandibular.

El éxito del resultado depende de:

1. Biocompatibilidad del material
2. Naturaleza microscópica de la superficie del implante.
3. Estudio inicial de lecho, ausencia de infección y calidad de hueso.
4. Técnica Quirúrgica
5. Fase de cicatrización.
6. Diseño protésico y fase de carga funcional a largo plazo.

¿Quiénes necesitan implantes?

Es sabido que las personas que pierden sus dientes sufren por esto y algunos casos no lo manifiestan; otros tiene problemas con sus prótesis al hablar o comer, o piensan que por la pérdida de sus dientes han envejecido, siempre bajo los determinantes de una buena historia clínica y un excelente diagnóstico. De esta manera será posible elevar su nivel de vida, ofreciéndoles comodidad para comer, reír, hablar y disfrutar de la vida.

ESPESOR BIOLÓGICO

Es el espacio expresado en milímetros que hay desde el fondo el surco gingival, hasta la cresta ósea.

CONCLUSIONES

Con este trabajo se mostró en una forma clínica lo que vemos a diario en nuestra práctica odontológica, las complicaciones que se pueden presentar al no saber dar un diagnóstico y por ende proceder a realizar el tratamiento más adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

Fundamentos esenciales en Prótesis Fija Tercera Edición.

Herbert T. Shillingburg y col. Editorial Quintesente S.L., España (Barcelona), 2000.

Andres F. Guzmán Duran, MSD, Guía de la Ciencia Actual de los Materiales Odontológicos, Bogotá, 2001.

www.google.com