

ODONTOLOGIA INTEGRADA IV
PRESENTACION DEL CASO CLINICO 2004

Presentado a:

Dra. NERY VILLOTA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

Facultad de Odontología

2004

ODONTOLOGIA INTEGRADA IV
PRESENTACION DEL CASO CLINICO 2004

Presentado por:

DORIS JANETH HERNANDEZ RINCÓN. COD. 001019
JOHANNA ANDREA RINCON VEGA. COD. 001020
DIANA NATALIA FORERO RUBIANO. COD. 001051
SANDRA CAROLINA BAUTISTA EUGENIO. COD. 982082

Presentado a:

Dra. NERY VILLOTA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

Facultad de Odontología

Bogotá. 2004

INTRODUCCION

El odontólogo es un profesional de la salud dedicado a prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades bucodentales, actualmente a este profesional se le asocia con la caries, la enfermedad periodontal y secuelas de ambas que constituyen las alteraciones prevalentes e importantes de esta región anatómica.

A través de la presentación de este caso clínico buscaremos afianzar los conceptos básicos unificando cada uno de estos para que de esta manera formemos un criterio clínico e integral que cumpla con las necesidades de tratamiento en cada uno de nuestros pacientes.

En este trabajo consignamos información clínica y científica de cada uno de los diagnósticos, etiologías y tratamientos que presenta el paciente que observaremos a continuación.

OBJETIVOS

- *Analizar el componente funcional masticatorio desde el punto de vista estético y funcional.*
- *Identificar urgencia del tratamiento, planteando un tratamiento ideal para el paciente.*
- *Proporcionar la información necesaria, para analizar el caso individual del paciente.*

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

OBJETIVOS

I. INFORMACION GENERAL

II. ANAMNESIS

HISTORIA MEDICA FAMILIAR

HISTORIA MEDICA PERSONAL

III. EXAMEN FISICO GENERAL

IV. HISTORIA ESTOMATOLOGICA

V. FISIOTERAPIA ORAL

VI. TRATAMIENTOS RECIBIDOS

VII. EVALUACION PSICOLOGICA

VIII. EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR

EXAMEN FACIAL SIMETRICO

EXAMEN INTRAORAL

IX. EXAMEN DE MOVIMIENTOS MANDIBULARES

X. EVALUACION DE TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS

XI. EVALUACION PERIODONTAL

XII. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

XIII. INTERCONSULTAS

- XIV. *DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS*
- XV. *PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL*
- XVI. *TRATAMIENTO ALTERNATIVO*
- XVII. *TRATAMIENTO A REALIZAR*
- XVIII. *HIPERTENSIÓN ARTERIAL*
- XIX. *QUEILITIS ANGULAR*
- XX. *COLAPSO ALVEOLAR*
- XXI. *TRAUMA OCLUSAL*
- XXII. *GINGIVITIS*
- XXIII. *ALARGAMIENTO DE CORONA*
- XXIV. *PLACA MIORELAJANTE*
- XXV. *LEVANTAMIENTO DE LA MEMBRANA SINUSAL*
- XXVI. *RETENEDORES INTRARADICULARES*
- XXVII. *CLASIFICACION DE KENNEDY*
- XXVIII. *BRUXISMO*
- XXIX. *TECNICAS DE ELEVACION DEL SENO MAXILAR*
- XXX. *CIRUGÍA PARA ALARGAMIENTO DE CORONA*
- XXXI. *IMPLANTES DENTALES*

CONCLUSION

BIBLIOGRAFIA

CASO CLINICO

I. INFORMACION GENERAL

- **Nombre:** Jorge Enrique Mancera Cano
- **Edad:** 68 años
- **Raza:** Mestiza
- **Sexo:** Masculino
- **Ocupación:** Asesor Jurídico
- **Motivo de consulta:** "Se le cayeron unas coronas".

II. ANAMNESIS

HISTORIA MEDICA FAMILIAR

- Madre, Infarto del miocardio (fallecida)
- Padre, Arterioesclerosis (fallecido)

HISTORIA MEDICA PERSONAL

- Hipertensión arterial (controlada con verapamilo)
- Fractura brazo derecho, hace 16 años
- No es alérgico a ningún medicamento

III. EXAMEN FISICO GENERAL

Presión arterial: 130/120 mmHg

Peso: 79 kg

Pulso: 54 ppm

Temperatura: Afebril.

Ritmo cardiaco: Rítmico

IV. HISTORIA ESTOMATOLOGICA

Desarmonia oclusal: Por ausencias dentarias

Sensibilidad dentaria: Por trauma oclusal

V. FISIOTERAPIA ORAL

Frecuencia de cepillado: Dos veces al día.

Técnica: Bass modificada

Tipo de cepillo: Duro

Dentífrico: Colgate

Seda Dental: Si

Ayudas Interproximales: No

Enjuagues Bucales: Listerine

VI. TRATAMIENTOS RECIBIDOS

Periodoncia: *Terapia Básica*

Operatoria dental: *Amalgamas y Resinas*

Endodoncia: *T.C.C dtes. 12- 13- 21- 22- 23*

Prostodoncia: *Removable superior e inferior.*

Coronas dtes 11- 12- 13- 21- 22- 23

Retenedor intrarradicular. Dtes 12- 13-21-22-23

VII. EVALUACION PSICOLOGICA

Paciente muestra actitud positiva frente al tratamiento, es colaborador y puntual con sus citas odontológicas.

VIII. EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR

• EXAMEN FACIAL SIMETRICO

Relación tercios de la cara: *Normales*

Competencia labial: *Presente*

Perfil: *Cóncavo*

- **EXAMEN INTRAORAL**

Clasificación de angle: No aplicable

Overjet: 2mm

Obervite: 2mm

Línea media dentaria: Normal

Análisis de espacios: Facetas de desgaste. dtes anteriores inferiores.

Ausencias dentarias: 14 - 15- 16- 17- 18- 24- 25- 26- 27-28- 35-36 -37-
38- 47- 48.

IX. EXAMEN DE MOVIMIENTOS MANDIBULARES

Clasificación molar: N. A.

Clasificación canina: N. A.

Tipo de arco

Superior: Ojival

Inferior: Herradura

Apertura: 38mm

Protrusion: 5mm

Lateralidad izquierda: 5mm

Lateralidad derecha: 5mm

X. EVALUACION DE TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS

Labios: Normales

Comisuras labiales: Queilitis Angular

Carillos: Normales

Surco vestibular: Normal

Reborde alveolar: Colapso tipo II. sextante I

Lengua: Geográfica

Piso de boca: Normal

Frenillos: Normales

Paladar duro: Normal

Paladar blando: Normal

XI. EVALUACION PERIODONTAL

ENCIAS

Color: Rojo intenso

Margen: Discontinuo

Consistencia: Blanda

Papilas: Achatadas

Encía adherida: Normal

Cálculos: No presenta

Sangrado: Sextante II

Movilidad dentaria: No presenta

XII. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN RADIOGRAFICO

Radiografía de Perfil

Radiografía Panorámica

Radiografías Periapicales

XIII. INTERCONSULTAS

Periodoncia

Endodoncia

Cirugía

Prostodoncia

XIV. DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

GENERALES:

- *HIPERTENSO CONTROLAD*

ETIOLOGIA: Idiopatica en un 90 – 95%

CRANEOMANDIBULARES:

- **DESARMONIA OCLUSAL**

ETIOLOGIA: Ausencias dentarias

- **BRUXISMO**

ETIOLOGIA: Estrés emocional y ansiedad

- **TRAUMA OCLUSAL PRIMARIO**

ETIOLOGIA: Sobrecarga oclusal

ORALES DE TEJIDOS OSEOS Y BLANDOS:

- **QUEILITIS ANGULAR**

ETIOLOGIA: Factores inmunológicos o ambientales, disminución de la dimensión vertical, xerostomia, deficiencias nutricionales de vitaminas y hierro.

- **LENGUA GEOGRAFICA**

ETIOLOGIA: Idiopática.

- **PALADAR OJIVAL**

ETIOLOGIA: Genético

- **COLAPSO DE REBORDE ALVEOLAR TIPO II**

ETIOLOGIA: Ausencias dentarias

PERIODONTALES:

- GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA

ETIOLOGIA: Acumulo de placa bacteriana. Mala higiene oral

DENTALES:

- AUSENCIAS DENTARIAS

ETIOLOGIA: Caries extensas

- DESTRUCCION CORONAL

ETIOLOGIA: Caries extensas

- FACETAS DE DESGASTE

ETIOLOGIA: Trauma oclusal – Bruxismo

ENDODONTICOS:

- ENDODONCIAS PARCIALMENTE OBTURADAS. DTES. 22- 23- 13

ETIOLOGIA: Diente con preparación para retenedor intrarradicular.

XV. PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

PERIODONCIA:

- *Eliminación de focos infecciosos*
- *Terapia Básica*
- *Alargamiento de corona clínica del 13 y 23*
- *Gingivectomia a nivel de anteriores superiores*
- *Terapia de Mantenimiento Periodontal*

CIRUGIA

- *Elevación del Seno Maxilar Técnica Cadwell-luc.*
- *Implantes endo óseos*
 - sextante I (14 y 17)*
 - sextante III (24 y 27)*
 - sextante IV (35 y 37)*
 - sextante VI (47)*

ENDODONCIA

- *Retiro de retenedores intraradiculares de 13 y 23*
- *Retratamiento del 13, 22 y 23*
- *TCC del 41, 42, 43, 31, 32 y 33*

PROSTODONCIA

- *Retenedores intrarradiculares colados en dtes. 13, 23, 22, 41, 42, 43, 31, 32 y 33*
- *Coronas individuales metal cerámicas dtes. 11, 12, 13, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 41, 42, 43, y 47*
- *Prostodoncia parcial fija implanto soportada del (14 –17) (24 - 27) (35 - 37)*
- *Placa Estabilizadora Oclusal*

XVI. TRATAMIENTO ALTERNATIVO

PERIODONCIA

- *Eliminación de focos infecciosos*
- *Terapia Básica*
- *Alargamiento de Corona Clínica dtes. 13 y 23*
- *Gingivectomia sextante II vestibular*
- *Terapia de Mantenimiento Periodontal*

ENDODONCIA

- *Retiro de retenedores intraradiculares de dtes. 13 y 23*
- *Retratamiento de dtes. 13, 22 y 23*

OPERATORIA

- *Restauración en resina dtes. 41, 42, 43, 44, 31, 32, 33 y 34. Bordes incisales*

PROSTODONCIA

- *Retiro de coronas metal cerámicas del 11, 12 y 21*
- *Retenedores intraradicales colados en 13, 22 y 23*
- *Coronas ferulizadas del 11, 12, 21, 22, 13 y 23 (Ajustes de Variosoft)*
- *Prostodoncia parcial removible superior con ajustes de variosoft*
- *Placa Estabilizadora Oclusal*

XVII. TRATAMIENTO A REALIZAR

PERIODONCIA

- *Eliminación de focos infecciosos*
- *Terapia básica alargamiento de corona clínica dtes. 13, 22 y 23*
- *Gingivectomia sextante II vestibular*
- *Terapia de mantenimiento periodontal*

ENDODONCIA

- *Retiro de retenedores intraradicales de dtes. 13 Y 23*
- *Retratamiento endodóntico en dtes. 13, 22 y 23*

OPERATORIA

- *Restauración en resina dtes. 32 y 33*

PROSTODONCIA

- *Retenedores intraradicales en dtes. 13, 22 Y 23*
- *Coronas ferulizadas dtes. 22 y 23*
- *Corona individual dte. 13*
- *Prostodoncia parcial removible superior convencional*
- *Placa estabilizadora oclusal*

XVIII. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

El corazón es un músculo que funciona como una máquina de bombeo.

Cuando se contrae envía un torrente de sangre a las vías circulatorias y a este empuje se le llama presión de sístole. Cuando el corazón se relaja entre latidos, disminuye la presión en las vías circulatorias, y a esto se le llama presión de diástole.

Los niveles normales de presión son por debajo de 140 para la sístole y por debajo de 85 para la diástole.

DEFINICION

Tensión Alta o Hipertensión (HTA) es un término que se refiere al hecho de que la sangre viaja por las arterias a una presión mayor que la deseable para la salud. La mayoría de los afectados no tienen síntomas. Eso no quiere decir que no sea peligrosa: Gran parte de las muertes que se producen cada año lo son como consecuencia directa de la hipertensión o de sus complicaciones sobre el sistema cardiovascular o el riñón.

(José Federico Saabi. MD. Jefe de Cardiología. Hospital de San Ignacio. 1999).

**CLASIFICACION DE LAS CIFRAS DE TENSION ARTERIAL
EN LOS ADULTOS**

GRUPO	T.A. SISTOLICA (mmHg)	T.A. DIASTOLICA (mmHg)
<i>Normal</i>	<i>< 130</i>	<i><85</i>
<i>Normal Alta</i>	<i>130-139</i>	<i>85-89</i>
Hipertensión		
<i>Estadio 1 (leve)</i>	<i>140-159</i>	<i>90- 99</i>
<i>Estadio 2 moderada</i>	<i>160-179</i>	<i>100-109</i>
<i>Estadio 3 Grave</i>	<i>180-209</i>	<i>110- 119</i>
<i>Estadio 4 muy Grave</i>	<i>>210</i>	<i>>120</i>

Con independencia del estado de salud que se tenga, la presión arterial de cualquier persona no es constante sino que sufre muchas variaciones normales durante el día, aunque se mida siempre en reposo.

Las cifras de presión arterial siguen un ritmo a lo largo de las 24 horas, que se reproduce de un día a otro y se llama ritmo nictemeral de la presión arterial, de manera que las cifras de presión son más altas durante el día y se reducen durante el sueño.

Estas son las circunstancias que aumentan transitoriamente los valores tensionales:

- *El esfuerzo físico.*
- *Un cambio de tiempo, el frío.*
- *El traslado a un lugar de clima diferente.*
- *Emociones fuertes, el dolor, el miedo.*
- *Tensiones psíquicas, conducción de automóviles, hablar en público, discusiones enérgicas, ruidos entre otras. Además, **la toma de la presión arterial hace que se produzca una reacción de alerta que tiende a elevarla**, a medida que se repiten las tomas de presión arterial, esta tiende a bajar. Por eso no está de más que se tomen dos o tres veces las presiones y se considere la última o la media de todas como presión real.*

Si usted es normotenso conviene hacerlo cada dos años, con el fin de detectar precozmente cualquier elevación, puesto que no produce síntomas.

Si es usted hipertenso y sus presiones han descendido hasta los niveles deseados es suficiente determinar las presiones cada tres meses, salvo que haya alguna circunstancia o síntoma nuevo.

XIX. QUEILITIS ANGULAR:

Inflamación aguda o crónica de la piel y mucosa labial contigua en las comisuras de la boca. Se caracteriza por eritema, erosiones y fisuras que salen desde las comisuras labiales, generalmente bilateral, con aparición de grietas o fisuras y formación de costras. Puede estar relacionada con factores como anomalías del envejecimiento , arrugas, disminución de la dimensión vertical, defectos protésicos dentales, xerostomía, deficiencias nutricionales de vitaminas o hierro.

Hay varios factores implicados inmunológicos y ambientales, solos o en combinación. En muchos casos, se trata de una infección mixta producida por Staphylococcus aureus o algunos estreptococos.

(TONG DC and FERGUSON MM. a clinical approach to white patches in the mouth. nzfp 2002, 29(5):334-339).

XX. COLAPSO ALVEOLAR

Depresión de una zona alveolar, por ausencias dentales.

TIPOS DE COLAPSOS

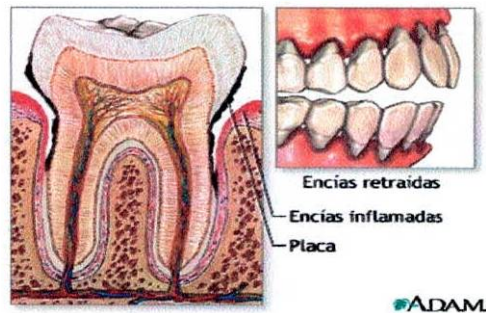
- *TIPO I: En sentido horizontal. (Vestibular – Palatino/Lingual).*
- *TIPO II: En sentido vertical.*

XXI. TRAUMA OCLUSAL

El trauma oclusal se debe al aumento de las fuerzas que inciden sobre la superficie de un diente, alterando los tejidos que lo rodean, debido a la sobrecarga.

El trauma oclusal no crea la gingivitis o la periodontitis pero puede agravarlas si ya existen previamente y se manifiesta con un aumento de la movilidad del diente afectado.

XXII. GINGIVITIS



La inflamación de las encías es llamada gingivitis. Las bacterias presentes en la placa que rodea los dientes liberan las enzimas colagenasas, las cuales pueden dañar y erosionar los tejidos de las encías. Las encías infectadas se inflaman, sangran con facilidad, se retraen y se separan de los dientes.

La gingivitis causa la pérdida de los dientes con mayor frecuencia que la caries dental.

DEFINICIÓN

La gingivitis es un cuadro inflamatorio muy común que afecta a la encía más superficial.

Está asociada principalmente a una defectuosa o incorrecta higiene bucal, que facilita la formación de la denominada placa dental, la cual se forma por la acumulación de restos alimenticios, células epiteliales muertas y mucina.

Esta placa dental proporciona un medio ideal para el desarrollo de numerosos microorganismos responsables de ocasionar la gingivitis y las caries.

También contribuyen en el desarrollo de la gingivitis la acumulación de sarro, malos arreglos dentales, cierre defectuoso de la dentadura y la acumulación de restos de alimentos entre los dientes.

Son más frecuentes en la infancia y adolescencia; en las mujeres, debido a las variaciones hormonales que se suceden, son también muy frecuentes, sobre todo durante el período menstrual y el embarazo. En este último, habitualmente, las encías aumentan de tamaño y se inflaman levemente.

XXIII. ALARGAMIENTO DE CORONA

Es un procedimiento quirúrgico donde se recontornea el tejido de la encía y el hueso para exponer más el diente y ofrecer una mayor apariencia, comodidad y funcionamiento de la boca.

Este procedimiento se usa como parte de un plan de tratamiento de un diente al que se le va a realizar una corona para devolver el espesor biológico que se ha perdido.

XXIV. PLACA MIORELAJANTE.

Es un aparato removible confeccionado en lámina en acrílico duro sobre las superficies oclusales y bordes incisales de los dientes de un arco dentario creando contactos uniformes y precisos con los dientes del maxilar opuesto.

Estas placas son indicadas para el tratamiento de bruxismo, desordenes cráneo mandibulares, atrofia hemifacial, hábitos oclusales, como morderse las

uñas , alteraciones en la sensación del gusto y sensaciones de adormecimiento en la lengua.

Propósito de las placas.

- *Estabilizar o incrementar la función de la ATM disminuyendo la carga articular.*
- *Producir una condición oclusal optima y por lo tanto funcional, eliminando las interferencias oclusales .*
- *Reorganizar la actividad neuro muscular refleja .*
- *Reducir la actividad funcional anormal y los hábitos parafuncionales,*
- *Proteger los dientes de la abrasión y las estructuras de las fuerzas anormales nocivas.*
- *Armonizar la relación neuro dento articular.*

VALOR DIAGNOSTICO:

- *Consideraciones generales*
 - *Las placas se utilizan en el tratamiento de los diferentes desordenes temporomandibulares.*
 - *Con las placas se van a desenmascarar el o los factores etiológicos primarios como utilidad de un medio diagnostico.*
 - *Eliminar síntomas en un 70%.*
 - *El tratamiento con placas es reversible porque al retirar la placa el paciente puede volver a su estado inicial, y no invasivo porque no atenta contra la morfología oclusal del paciente.*

Caso Clínico - Odontología Integrada.

- *Las placas deben ser compatibles con los tejidos orales y deben alterar completamente la función patológica.*
- *Es importante considerar que una placa mal confeccionada o mal ajustada, puede generar al paciente mayores desarmonias oclusales.*

TEORIAS ACERCA DE LAS PLACAS CLARK:

- *Estabilidad oclusal: propone que la placa en boca en una oclusión ideal reemplaza temporalmente las relaciones oclusales anormales. Eliminando los estímulos anormales que causan hiperactividad muscular y permitiendo una función muscular y mandibular normal.*

DIMENSION VERTICAL.

La placa debe restaurar la dimensión vertical perdida y así mismo la actividad neuromuscular regresa a su estado normal.

La placa se divide en dos grandes grupos.

- *Cubrimiento total*
- *Cubrimiento parcial*

CONTRANDICACIONES

- *Mordida cruzada severa*
- *Mordida abierta*
- *Mordida borde a borde*
- *Retrognatismo*

XXV. LEVANTAMIENTO DE LA MEMBRANA SINUSAL

Este procedimiento se lleva a cabo donde la altura ósea del reborde disponible es de 8 a 10 mm. En estos casos el piso del seno maxilar es elevado de 1 a 2 mm durante la preparación del lecho para el implante teniendo mucho cuidado de no perforar la membrana, la cual sino se perfora puede permitir que quede sobre el ápice del implante, esta alternativa de tratamiento se utiliza principalmente en pacientes edentulos.

TECNICA QUIRURGICA

Se realiza una incisión supracrestal o hacia palatino. Se levanta el colgajo lo suficiente para exponer la pared lateral del maxilar con el objeto de lograr un acceso fácil a la preparación ósea y colocación del injerto. La incisión depende del número de dientes adyacentes al área y cantidad del reborde.

Con una fresa No 8 se marca el hueso maxilar a nivel del piso del seno sin penetrar la mucosa astral, se debe mantener suficiente irrigación, el corte horizontal inferior se hace 2 o 3 mm del borde de la cresta. La extensión es de 20 mm de largo en el área del primer y segundo molar hasta la terminación del seno, el corte lateral superior se realiza interrumpiendo las ostectomías verticales anterior y posterior, son de 10 a 15 mm formando así un rectángulo que evita los ángulos rectos.

Posteriormente se recorta el hueso por las marcas de la fresa, y la pared lateral se fractura por debajo de la bisagra superior en el leño verde, teniendo cuidado

con la membrana sinusal, la cual se eleva con cureta de Molt larga hasta la altura necesaria. Durante la elevación se pueden encontrar el septum que divide el seno en dos compartimientos este se puede cortar con cincel o fracturar para mantener la continuidad de la mucosa. La pared lateral se introduce convirtiéndose en el techo del área receptora, el material de injerto elegido es colocado y empacado en el piso del seno en altura y ancho decididos y posteriormente el tejido es cerrado.

Si hay hueso alveolar suficiente (aproximadamente 4 mm que permita la estabilidad inicial del implante se colocan estos inmediatamente, si se utiliza hueso autólogo, se puede dejar de 3 a 4 meses de cicatrización antes de colocar el implante no se aconsejan periodos mas largos ya que puede ocasionar reabsorción del material del injerto, por neumatización del seno.

XXVI. RETENEDORES INTRARADICULARES.

Desde hace mas de dos milenios se han encontrado publicaciones con información acerca de restauraciones de dientes en combinación con postes y coronas. Pierre Fauchard graduado en Francia como el primer Dentista Cirujano en 1723, reporta para (1747) que sus restauraciones en oro y en plata se mantenían en boca por largos años sin desplazarse, por la implementación de aditamentos de retención endoradicular.

Desde entonces se emplearon dientes de animales y humanos para reemplazar los perdidos en los pacientes con necesidades protésicas, y fue el Dr. Black uno de los pioneros en la utilización de dientes cerámicos con diferentes técnicas. Para la retención de las coronas protésicas se utilizaron desde maderos de naranjo hasta pines intraradiculares de oro y plata. Pero debido al poco conocimiento de lo que se define como endoperio la mayoría de los tratamientos terminaban fracasando, en especial los retenedores de madera que al humedecerse se degradaban inexorablemente.

La finalidad única de los postes o núcleos intraradiculares es la de suministrar una buena retención de la restauración coronal definitiva, por lo que su necesidad depende estrictamente de la cantidad de estructura coronal disponible. La resistencia a la fractura no mejora y podría sin embargo decrecer con la utilización de postes o núcleos endoradiculares.

Al respecto cabe anotar la conclusión de las investigaciones del Profesor Guido Goracci de la Universidad de La Sapienza en Roma, según la cual los dientes tratados endodónticamente pierden más de un 5% de resistencia como consecuencia del mencionado tratamiento biomecánico y la obvia deshidratación de la dentina. Sin embargo el mismo investigador europeo afirma que con la utilización de adecuadas técnicas reconstructivas, se logra hoy en día, la recuperación morfológica y funcional de elementos dentarios gravemente comprometidos.

DEFINICION

Técnica o procedimiento clínico de restauración parcial o total del muñón dental en su porción coronal, con fines protésicos, conservando al máximo los tejidos remanentes, mediante la adecuación y utilización de retenedores endoradiculares.

Dicho procedimiento se puede efectuar convencionalmente con los denominados núcleos colados, lo que necesariamente requiere de dos citas clínicas, o mediante la utilización de postes prefabricados y complementadores biomecánicos, procedimiento de una sola cita, lo cual es su mayor ventaja.

Los complementadores biomecánicos que se han venido utilizando van desde la amalgama, las resinas compuestas, hasta los polialquenoatos de vidrio ya sean convencionales, tipo cermets o resinas compuestas, hasta los polialquenoatos de vidrio ya sean convencionales, tipo cermets o híbridos. Agregando además por unificación de conceptos que si bien los postes son elementos endoradiculares, los pines lo son intradentinales.

❖ **CLASIFICACION DE LOS RETENEDORES INTRARADICULARES**

Según el Material:

- *Metálicos (Titanio, Acero, Oro, Paladio).*
- *Cerámicos (Leucita, Circonio).*
- *Poliméricos (Fibra de Vidrio, Fibra de Carbono, Resinas Epoxicas y Acetalicas)*
- *Biológicos (Orgánicos en hueso de bovino).*

Según la Forma:

- *Cilíndricos.*
- *Cónicos.*
- *Combinados.*

Según la Superficie:

- *Lisos.*
- *Estriados.*
- *Atornillados.*

XXVII. CLASIFICACION DE KENNEDY.

Kennedy dividió todos los arcos parcialmente desdentados en cuatro tipos principales.

Las áreas desdentadas distintas de aquellas que determinan los tipos principales, fueron denominados como espacios de modificación.

La clasificación de Kennedy es la siguiente:

- *Clase I: Áreas desdentadas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales remanentes.*
- *Clase II: Un área desdentada unilateral y posterior a los dientes naturales remanentes.*
- *Clase III: Un área desdentada unilateral con dientes naturales remanentes anteriores y posteriores a ella.*
- *Clase IV: Un área desdentada única pero bilateral (por atravesar la línea media) ubicada en posición anterior con respecto a los dientes naturales remanentes.*

REGLAS DE APLEGATE PARA LA APLICACIÓN DEL METODO DE KENNEDY.

Applegate elaboro las ocho reglas siguientes que gobiernan la aplicación del método de Kennedy.

- *Regla 1: La clasificación debe ser después de y no antes de, realizar extracciones dentales que podrían alternar la clasificación original.*
- *Regla 2: Si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se le considera para la clasificación.*
- *Regla 3: Si se haya presente un tercer molar y será utilizado como pilar se considera en la clasificación.*
- *Regla 4: Si falta un segundo molar y no va a ser remplazado, no se le considera para la clasificación (por ejemplo si falta el segundo molar antagonista y no se va a remplazar)*
- *Regla 5: El área (o áreas) desdentadas mas posterior siempre es la que determina la clasificación.*
- *Regla 6: Las áreas desdentadas distintas a aquellas que determinan la clasificación, se determinan modificaciones y son designadas por su número.*
- *Regla 7: La extensión de la modificación no se considera, sino tan solo la cantidad de zonas desdentadas adicionales.*
- *Regla 8: No puede haber áreas de modificación en áreas desdentadas clase IV. (si existiese otra zona desdentada posterior al área desdentada*

única pero bilateral por atravesar la línea media determinaría el cambio de clasificación).

XXVIII. BRUXISMO

DEFINICIÓN

- *Hábito de apretamiento o frotamiento de dientes, diurno o nocturno, con distintos grados de intensidad y persistencia en el tiempo, inconsciente y fuera de los movimientos funcionales (parafunción).*
- *Transtorno neurofisiológico de los movimientos mandibulares que, de forma progresiva, destruye los tejidos dentarios.*
- *Sus repercusiones clínicas pueden ir más allá del desgaste dentario y afectar estructuras de soporte dentario, musculatura cérvico-craneal y ATM Afecta a ambos sexos, jóvenes y adultos (aunque estos quizás empezaron de jóvenes) e incluso a los niños (no confundir con la atrición fisiológica en piezas deciduas).*

ETIOLOGIA

- *El origen del bruxismo no está aclarado totalmente.*
- *Parece que obedece a múltiples factores etiopatogénicos Entre ellos, hay dos que destacan sobre los demás: interferencias oclusales y factores psíquicos.*

- *Las interferencias más patogénicas son:*
 - *Deslizamiento en céntrica lateral*
 - *Interferencias en balanceo*
- *Los factores psíquicos actúan como potenciadores del cuadro (factores contribuyentes). Son:*
 - *Ansiedad*
 - *Estrés*
 - *Situaciones estresantes pueden potenciar el hábito de manera puntual*
 - *Situaciones relajantes pueden disminuir el hábito de manera ocasional*

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ABRASIÓN: Pérdida de sustancia dentaria por frotamiento (Bruxismo y cepillado enérgico)

ATRICCIÓN: Pérdida de sustancia dentaria por desgaste funcional (masticación)

EROSIÓN: Pérdida de sustancia dentaria por sustancias químicas (vinagre, limón, regurgitación ácida del estómago).

CLASIFICACIÓN

Hay dos tipos de bruxismo:

CÉNTRICO:

Apretadores

Preferentemente diurno

Áreas de desgaste limitadas a la cara oclusal

Menor desgaste dentario

Mayor afectación muscular.

EXCÉNTRICO:

Frotadores

Nocturno

Áreas de desgaste sobrepasan la cara oclusal

Gran desgaste dentario

Menor afectación muscular

CLÍNICA

Desgaste dentario:

- *En bruxismo céntrico: cúspides invertidas y desgastes de cuello*
- *En bruxismo excéntrico: desgastes fuera de las áreas funcionales.*
- *En un estudio de Powell y Zender de 1965 se registraron los*

Contactos dentales durante el sueño:

Los registros estándar no bruxistas constataron un promedio de 260 contactos dentarios en 8 horas de sueño En los bruxistas se registraron de 150 a 1500 contactos por hora (1200 a 12000 en 8 horas de sueño).

➤ *Trauma oclusal*

En bruxismo céntrico puede ocasionar periodontitis y movilidad dentaria

➤ *Hipersensibilidad dentaria*

En bruxismo céntrico por pérdida de esmalte en el cuello de las piezas

➤ *Pulpitis y necrosis pulpaes*

Al fallar el mecanismo de retracción pulpar (mecanismo de compensación frente al desgaste)

En el bruxismo excéntrico fracturas dentarias

En el bruxismo céntrico fracturas verticales

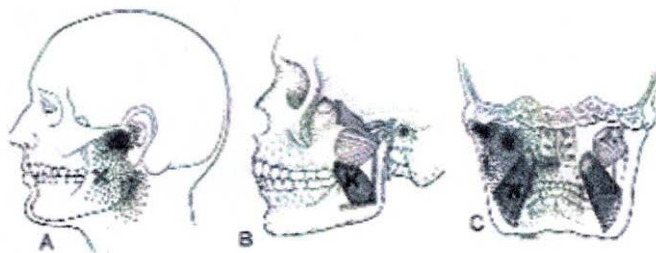
➤ *Afectación ósea*

Bruxismo céntrico: Reabsorción ósea

Bruxismo excéntrico: Condensación ósea y exostosis.

➤ *Afectación muscular*

*Especialmente en bruxismo céntrico dolor y sensibilidad músculos elevadores
(maseteros, temporales) limitación funcional puede afectar a la musculatura del
cuello*



➤ *Afectación de la ATM*

*Por pérdida de sinergia muscular (especialmente del fascículo meniscal del
Pterigoideo externo).*

- *Pérdida de dimensión vertical de oclusión*

En bruxismo excéntrico por desgaste dentario. Problema estético

DIAGNÓSTICO

Hallazgo de los desgastes dentarios por exploración bucal Clínica asociada al hábito parafuncional

TRATAMIENTO

La clave es el diagnóstico precoz, estará en función del tiempo de instauración del hábito, del desgaste dentario y de la clínica asociada

REVERSIBLE:

1. Control factores contribuyentes

Control de los factores psíquicos que actúan como potenciador del cuadro:

Psicoterapia, Relajación, Yoga.

En el apretador diurno: desprogramar hábito (ejercicios lengua-paladar)

2. Fármacos

Ansiolíticos:

- *Diazepam (Valium ®)*
- *Clorazepato dipotásico (Tranxilium ®)*
- *Clonazepam (Rivotril ®)*

Relajantes musculares:

- *Tetrazepam (Myolastan®)*
- *Metocarbamol (Robaxisal ®)*

3. Férulas oclusales

Especialmente en bruxismo nocturno, también llamadas férulas o placas de descarga construidas de acrílico, generalmente son superiores deben cubrir toda la superficie oclusal y los bordes incisales de incisivos y caninos.

El grosor de la férula ha de ser de unos 2 mm y su superficie plana, deben conseguirse los máximos contactos bilaterales entre cúspides vestibulares inferiores y la placa. Se construyen con guía canina para que en lateralidad sólo contacten los caninos

El objetivo de su uso es:

- *Evitar el desgaste dentario*
- *Decontracturar la musculatura*

IRREVERSIBLE:

1. Ajuste oclusal

Sólo aplicable en fases iniciales de bruxismo (muy difícil de detectar). Consiste en la detección y eliminación de las interferencias oclusales, potencialmente responsables de la instauración del cuadro.

La eliminación de las interferencias se practica mediante la técnica del tallado selectivo, el ajuste oclusal sería, más bien, un método de profilaxis que debería aplicarse en los tratamientos odontológicos, a fin de evitar la génesis de interferencias que potencialmente pudieran desencadenar en un bruxismo. Una vez establecido el hábito, el ajuste oclusal es prácticamente irrelevante.

2. Rehabilitación oral

En casos de gran pérdida de DV o afectación de la ATM deberá basarse en parámetros fisiológicos: eje de bisagra, RC, trayectorias condíleas, movimiento de Bennett y tipo de oclusión, su realización es muy compleja y no garantiza la eliminación del bruxismo.

- **FACETAS DE DESGASTE:**

Es un signo de deterioro dental que afecta bordes incisales y oclusales provocado por una actividad parafuncional

XXIX. TECNICAS DE ELEVACION DEL SENO MAXILAR

DEFINICIÓN

Es aquella técnica quirúrgica por la que se eleva el suelo del seno maxilar con el fin de poder conseguir una buena base osea y poder colocar en ella implantes osteointegrados.

TÉCNICA

Una buena historia clínica y una exploración bucofacial y radiológica minuciosa son indispensables antes de indicar esta técnica previa a la colocación de los implantes. En una fase inicial se labra el espacio levantando el suelo sinusal para despues colocar en él material autólogo o no. Esta técnica tiene buenos resultados utilizando hueso autólogo del propio paciente extraido habitualmente de la cadera. En la segunda fase se sitúa la colocación del o de los implantes, siguiendo la pauta habitual.

COMPLICACIONES

Las complicaciones son infrecuentes y se dividen en inmediatas y mediatas (secundarias o tardías).

- *Las complicaciones inmediatas pueden ser:*

Fracturas óseas, suelo nasal o sinusal o mandibular; desgarros, hemorragias, heridas de partes blandas; lesiones de los nervios; enfisema submucoso, fractura de instrumental, rotura de obturaciones o prótesis vecinas, etc.

- *Las complicaciones mediatas pueden ser:*

infecciosas (osteitis, abscesos, osteorradionecrosis, celulitis, trismo, sinusitis, etc); hemorrágicas (de causa local o general); mucositis y periimplantitis; generales (bacteremias, septicemias, glomérulo nefritis, crisis hiperglucémica o hipertiroidea, descompensaciones cardíacas, hepatitis, etc).

En ocasiones puede producirse la reabsorción del hueso o material colocado.

XXX. CIRUGÍA PARA ALARGAMIENTO DE CORONA

Para la realización de una corona protésica o individual, se necesita de una distancia mínima de 5 mm para poder hacer la preparación de dicha corona, y lograr una retención adecuada de ella en el diente.

En algunas ocasiones no se cuenta con la longitud necesaria para realizar las preparaciones de corona, y es aquí una de las situaciones donde la Periodoncia, puede colaborar con el área de prótesis y rehabilitación.

Para ello debe tomarse en cuenta el espesor biológico periodontal, se debe respetar aproximadamente 3 mm como mínimo entre la cresta ósea y el futuro margen de la preparación protésica.

Por lo que se puede utilizar dos tipos de técnicas quirúrgicas periodontales como lo son:

GINGIVECTOMÍA:

Escisión de encía únicamente, sin acceso a tejido óseo. Ésta se utiliza solo si estamos seguros que tenemos una distancia de 3 mm entre la cresta ósea y el futuro margen de la preparación.

RECONTORNEO ESTÉTICO EN PIEZAS ANTERIORES:

El concepto de piezas dentales estéticas, principalmente en el sector antero superior es de poseer dientes largos y delgados con una relación: Largo / Ancho de 80/20.

Por lo que se pudiera considerar estético:

Incisivos Centrales Superiores de 10 a 11 mm. de longitud coronal

Incisivos Laterales Superiores de 8 a 9 mm de longitud coronal

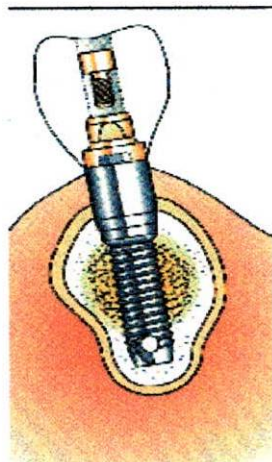
Caninos Superiores de 10 a 11 mm de longitud coronal, igual que centrales.

XXXI. IMPLANTES DENTALES

Los implantes consisten en la colocación de una pieza de titanio ocupando el sitio de un diente natural, en el interior del hueso maxilar o de la mandíbula, por

medio de una pequeña intervención quirúrgica. Sobre esta base podemos colocar, posteriormente, una o más piezas dentales.

El titanio, es un metal natural y biocompatible con el cuerpo humano. En los años 50 el famoso investigador sueco Per-Ingvar Brånemark descubrió que el titanio se integra con el hueso. El tratamiento con implantes puede ser realizado por un Dentista, un Periodoncista o por un Estomatólogo con la suficiente práctica y experiencia en este tipo de técnicas.



VENTAJAS

- *La principal ventaja es que podemos evitar que el paciente tenga que llevar prótesis removible, que puede tener problemas de movilidad e incluso estéticos.*
- *No será necesario tocar los dientes sanos adyacentes. Además, los implantes protegen los dientes que quedan y el hueso de los maxilares.*
- *Es un método de tratamiento seguro y fiable a largo plazo.*

- *Están firmemente anclados y se sienten igual que si fueran dientes propios.*
- *Recuperar la sonrisa natural.*

TIPOS DIFERENTES DE IMPLANTES DENTALES

Existen varios tipos diferentes de implantes dentales, entre los que se incluyen los siguientes:

- ***Un sustituto artificial del hueso.***

Este tipo de implante consiste en la colocación de un sustituto sintético del hueso en la parte superior del hueso para ayudar a reconstruir el reborde reducido y ofrecer un soporte sólido para la dentadura postiza.

Debido a que está fabricado del mismo tipo de mineral encontrado en el hueso natural, este tipo de implante se une al hueso maxilar existente.

- ***Implantes endostiales.***

Este tipo de implante se inserta en el maxilar para servir como raíz del diente.

- ***Implantes subperiostiales.***

Este tipo de implante, a menudo una opción para personas que ya no pueden usar dentaduras postizas convencionales, consiste en un implante especialmente diseñado que encaja directamente en el hueso existente.

CONCLUSION

- *Al concluir este trabajo hemos aprendido a brindar a nuestros pacientes varias alternativas de tratamiento, con buen soporte clínico y científico, para así evitar posibles fracasos en la rehabilitación, teniendo en cuenta el consentimiento aprobado del paciente y su situación económica.*

BIBLIOGRAFIA

- MIGUEL GALLO ARBELAEZ. *Manual teórico practico. Oclusión y Articulación temporomandibular.* 1998. Pág. 181 – 186.
- HUGO DE VILLARAGA. *Manual de Removable*
- GENCO, Robert y Colbs., *Periodoncia.* Ed. Mc Graw Hill 2000. Pág. 186.
- QUINTESENCE INTERNATIONAL. Vol. 28, Number 12/ 1997.
- 1901 - Karolyi , "neuralgia traumática" Beobachtungen über Pyorrhoea Alveolaris, Osterrr.-ungar. Vrtljschr. Zahnh., 17: 279, 1901.
- 1907 - Marie y Ptietkieviez , "bruxomanía" Fils: La bruxomanie. Rev. De Stomat., 14:107 1907.
- 1931 - Frohman , "bruxismo" The aplication of psycoterapy to dental problems. Dent. Cosmos, 73:1117, 1931.

- 1962 - Drum , "parafunción" *Die praktische Bedeutung der Parafunktionen Zahnärztl. Prax.* 13:238 ,1962
 - Parafunktionen und Autodestruktionsprozesse "Die Quintessenz", Berlin ,1969.
- 1971 - Ramfjord y Ash , "bruxismo céntrico y excéntrico" *Oclusión* 2ª Ed. Saunders. Philadelphia, 1971.
- <http://www.tuotromedico.com/> Diciembre 2003.
- tong dc and ferguson mm. *a clinical approach to white patches in the mouth.* nzfp 2002, 29(5):334-339.