

CASO CLINICO
ODONTOLOGÍA INTEGRADA

PRESENTADO POR :

**NELCY TAMARA
SONIA HURTADO
LEIDY MANRIQUE
LILIANARODRIGUEZ
CAMILO CINFUENTES**

PRESENTADO A :

DOCTORA : NERY VILLOTA

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTA , OCTUBRE DEL 2004**

INTRODUCCIÓN

Este trabajo quiere dar a conocer de una forma integral las diferentes alternativas de tratamiento a realizar, a un paciente del Colegio Odontológico Colombiano el cual incluye un estudio dental y periodontal, que nos lleve a identificar las patologías y alteraciones del crecimiento y desarrollo, tanto intraoral como extraoral del paciente, que puedan afectar dicho tratamiento.

Por este motivo a través de este informe se busca realizar la presentación de un caso clínico, resaltar la importancia del manejo de cada una de las áreas de la odontología, para así llegar a obtener una rehabilitación estética y funcional.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Analizar de forma integral y cronológica los diferentes diagnósticos, etiologías y alternativas de tratamiento; basados en interconsultas para determinar los planes de tratamiento: Ideal y a realizar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ampliar los conocimientos adquiridos a lo largo de nuestra carrera para obtener un criterio clínico integral y competitivo.
- Dar a conocer diferentes alternativas de tratamiento que se pueden aplicar en el manejo clínico del paciente.
- Resaltar la importancia del manejo integral del paciente.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración y disposición del paciente y a nuestros docentes de clínica, jefes de semestre actuales y anteriores que han compartido con nosotros todos sus conocimientos y a los especialistas que siempre están dispuestos a realizar las valoraciones e interconsultas.

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

PERIODONCIA

El examen periodontal tiene como objetivo final, establecer un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento precisos que permitan solucionar la molestia o enfermedad que aqueja al paciente.

TERAPIA BASICA PERIODONTAL

Comprende dos aspectos:

1. **Ambientación periodontal:** se enfoca hacia el tratamiento de los tejidos periodontales y el control de la placa bacteriana a través de los siguientes procedimientos:
 - 1.1. Motivación y educación del paciente.
 - 1.2. Instrucción en higiene oral.
 - 1.3. Raspaje y alisado radicular.
 - 1.4. Profilaxis

1.1. Motivación y educación del paciente: El éxito de la terapia periodontal depende del grado de colaboración y motivación del paciente y la forma para hacerlo es crear conciencia en los hábitos de higiene oral.

1.2. Instrucción en higiene oral: Se debe tener en cuenta ciertos principios comunes para todos los pacientes antes de iniciar la instrucción en higiene oral.

Estos principios son:

- Hay que recordar que el control de la placa es un ejercicio de destreza manual entre más complicada la técnica mayor concentración
- No enseñar demasiado en un mismo momento.
- Motivar al paciente.
- Observación y supervisión continua.

1.3. Raspaje y alisado radicular: La Academia Americana de Periodoncia define **raspaje** como la instrumentación de la corona y superficies radiculares de los dientes para remover placa, cálculos y pigmentaciones.

Alisado radicular es el tratamiento definitivo diseñado para remover el cemento a las superficies de dentinas rugosas, impregnación de cálculos o contaminaciones con microorganismos y sus toxinas.

1.4. Profilaxis: Tiene como objetivo remover la placa bacteriana y las manchas extrínsecas, y limpiar, además de pulir la superficie dentaria, con el fin de crear un ambiente óptimo para el periodonto. Esta se realiza con un cepillo para "profilaxis" o copas de caucho y una crema profiláctica.

2. Ambientación dentaria: En la terapia periodontal básica está encaminada a facilitar el control de placa mediante el mejoramiento de las necesidades restaurativas, estéticas y funcionales del paciente. La ambientación dentaria incluye: La eliminación de caries y obturaciones desadaptadas, ajuste oclusal, tallado selectivo, ferulización, restauraciones provisionales, tratamiento de endodoncia, exodoncias estratégicas e indicadas y movimientos menores de ortodoncia.

PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE

Restauración que reemplaza varios dientes perdidos derivando principalmente su soporte de los tejidos blandos remanentes como la mucosa, tejido conerctivo y hueso o reborde óseo subyacente con solo una pequeña cantidad de soporte a algunas dientes remanentes.

Hay dos tipos: mucodentosoportada y dentosoportada.

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY:

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

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.

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

REGLAS APPLEGATE PARA LA APLICACIÓN DE LA CLASIFICACION 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 alterar 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 halla 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 reemplazado, no se le considera para la clasificación (por ejemplo si también falta el segundo molar antagonista y no será reemplazado).

- REGLA 5: El área o (áreas) desdentada mas posterior siempre determinante de la clasificación.
- REGLA 6: Las áreas desdentadas distintas de aquellas que determinan la clasificación se denominan 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 modificaciones en arcos clase IV. (si existiese otra zona desdentada posterior al "área desdentada única pero bilateral por atravesar la línea media". Determinaría el cambio de clase.

La prótesis parcial clase I esta diseñada como **prótesis dento y mucosoportada**.

Las características necesarias para el éxito de tal prótesis son:

- Un adecuado soporte para las bases a extensión distal, retención directiva flexible y cierta provisión de retención indirecta.

La prótesis parcial clase II esta diseñada como **prótesis dentosoportada**, generalmente sin necesidad de retención indirecta, sin soporte de base por los tejidos del reborde y con retención directa cuya única función es la de retener la

prótesis. Por lo tanto, cada clase tienen en común diseños distintos de los de las otras debido a las diferencias en el soporte.

La prótesis parcial clase III comprende características de diseño en común de ambas.

Una restauración parcial removible consta de los siguientes partes:

1. Una base protésica.
2. Uno o más conectores mayores.
3. Varios conectores menores.
4. Dos o más apoyos oclusales.
5. Retenedor directo.
6. Retenedor indirecto.
7. Planos guía

1. BASE PROTESICA

Es el elemento que lleva incorporado dientes y puede apoyarse sobre la encía en las clases I, II, o sobre los dientes remanentes en la clase III.

Clase II y I son siempre dentomucosoportada.

2. CONECTORES MAYORES:

Es la unidad de la prótesis parcial que une las partes constitutivas de un lado de la prótesis, con aquellas del lado opuesto. Es el elemento de la prótesis al cual se unen directa o indirectamente, todas las otras partes.

Funciones del conector mayor:

- Unificación de las diferentes partes constitutivas de la prótesis parcial.
- Distribución de las fuerzas aplicadas a los dientes tejidos del arco dental.
- Reducción al mínimo de las fuerzas de torsión, que llegan a los dientes de soporte.

Clases de conectores mayores: **MANDIBULARES:**

- a. Barra lingual clásica.

3. CONECTORES MENORES

Son los que unen elementos secundarios al conector mayor.

4. APOYOS OCLUSALES:

Unidad de una prostodoncia parcial removible que descansa sobre una superficie dental para brindar soporte vertical.

5. RETENEDOR DIRECTO:

Son los ganchos que impiden que la prótesis parcial removible, se desaloje de su inserción.

Son imprescindibles para retener la prótesis.

Los anclajes pertenecen a este grupo.

6. RETENEDOR INDIRECTO:

Es el conjunto de elementos secundarios situados en un área de la boca, los cuales actúan como apoyo indirecto del lado contrario.

Neutralizan la fuerza que tiende a desalojar la PPR a extremo libre.

7. PLANOS GUIAS:

Están ubicados en las caras proximales de los dientes junto a los espacios desdentados.

En los extremos libres se encuentran en la cara distal de los últimos pilares.

Guían la trayectoria de inserción.

PROTESIS PARCIAL FIJA

Se utiliza cuando uno o más dientes se encuentran ausentes o algún diente requiere ser extraído y existen dientes adyacentes lado y lado.

COMPONENTES:

PILAR: Diente de soporte

PONTICO: Diente ausente.

RETENEDOR: Parte de la restauración a colocar que cubre el pilar.

CONECTOR: Une los retenedores con el pontico.

RETENEDORES EXTRACORONARIOS:

Restauración que cubre todas las caras de un diente, también se puede llamar corona completa la cual cubre la totalidad del diente.

La corona completa puede ser:

- Metálica.
- Corona completa combinada: metal acrílico, metal porcelana.
- Corona completa de porcelana.

INDICACIONES:

Caries extensa.

Grandes restauraciones defectuosas.

Dientes fracturados.

Cuando se requiere cambiar anatomía.

Anclajes para PPR.

Contraindicaciones.

Cuando se puede utilizar otro tipo de restauración.

Enfermedad periodontal no tratada.

CORONA METALICA:

INDICACIONES:

Destrucción coronal extensa

Dientes posteriores tratados endodónticamente.

Máxima retención y resistencia para PPR.

Corrección de planos oclusales

Molares con problemas de furca.

CONTRAINDICACIONES:

Estética.

VENTAJAS:

Excelente retención y resistencia.

Mejorar y remodelar la anatomía y el patrón oclusal.

DESVENTAJAS:

Difícil de realizar las pruebas de vitalidad.

LINEA DE TERMINACION:

Chamfer y hombro biselado.

CANTIDAD DE TEJIDO A REPARAR:

1-15.mm.

CORONA METAL CERAMICA:**INDICACIONES:**

Dientes que requieren cobertura completa.

Estética.

Dientes anteriores.

Destrucción coronaria extensa: caries, trauma o restauraciones existentes.

CONTRAINDICACIONES:

Dientes con caries activa.

Enfermedad periodontal no tratada.

Cámara pulpar muy amplia niños jóvenes.

Cara vestibular intacta.

VENTAJAS:

Alta resistencia y retención.

Opción para modificar los planos de oclusión.

DESVENTAJAS:

Extensa preparación dentaria para no crear sobre contornos.

LÍNEA DE TERMINACIÓN:

Hombro y chamfer profundo.

CANTIDAD DE TEJIDO A PREPARAR:

1.5-2mm.

CORONA COMPLETA EN PORCELANA:

INDICACIONES:

Estética.

CONTRAINDICACIONES:

Trauma oclusal (bruxismo).

VENTAJAS:

Estética superior

Buena respuesta periodontal.

DESVENTAJAS:

Reducida resistencia.

Preparación dentaria sensitiva.

Solo pueden ser únicas, coronas individuales.

Gran desgaste dentario.

Dificultad para obtener puntos de contacto.

Posible fractura de la porcelana.

Costosa.

LÍNEA DE TERMINACIÓN:

Hombro en toda su extensión.

CANTIDAD DE TEJIDO A PREPARAR:

2mm como mínimo

HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Aurora Cristancho Vargas

Cédula: 20540490 de Bogotá

Edad: 65 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Casada

ANAMNESIS

Antecedentes Familiares

Madre murió por Infarto Agudo del miocardio

Antecedentes Personales

Paciente sin compromiso sistémico alguno, alérgico ni hemorrágico

SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

Ruido Articular: Ruido tipo clicking en movimiento de apertura

Desarmonias Oclusales: Por ausencias dentarias dientes # 18, 17, 16, 15, 28, 27, 25, 36, 47, 48, 12, 11, 21.

HABITOS DE HIGIENE ORAL

Frecuencia de Cepillado: 3 veces al día

Técnica: Bass modificado

Cepillo: Cerdas Duras

Dentífrico: Colgate

Seda Dental: 1 vez al día

Enjuague: Listerine 1 vez al día

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

OPERATORIA

Amalgamas: 26(O)(V), 37(OMD), 38 (OM)

PERIODONCIA

Terapia Basica

ENDODONCIA

Ninguno

PROSTODONCIA

Incrustación 46 (OMV)

Coronas del 41, 42, 31, 32

PPF del 13 al 23

OCLUSION

Ninguno

IMPLANTOLOGIA

Ninguno

EXAMEN CRANEOMANDIBULAR

APERTURA: 45 mm

PROTRUSION: 4 mm

LATERALIDAD IZQUIERDA: 3 mm

LATERALIDAD DERECHA: 3mm

LINEA MEDIA DENTARIA: inferior desviada a la derecha 2 mm

CLASIFICACION DE ANGLE: No Aplicable

FACETAS DE DESGASTE: 14, 24, 33, 34, 43, 44

TEJIDOS BLANDOS

LABIOS: normal

SURCO VESTIBULAR: normal

REBORDE ALVEOLAR: anormal

.FRENILLO: normal

PALADAR BLANDO: normal

CARRILLOS: normal

GINGIVA: l inflamada

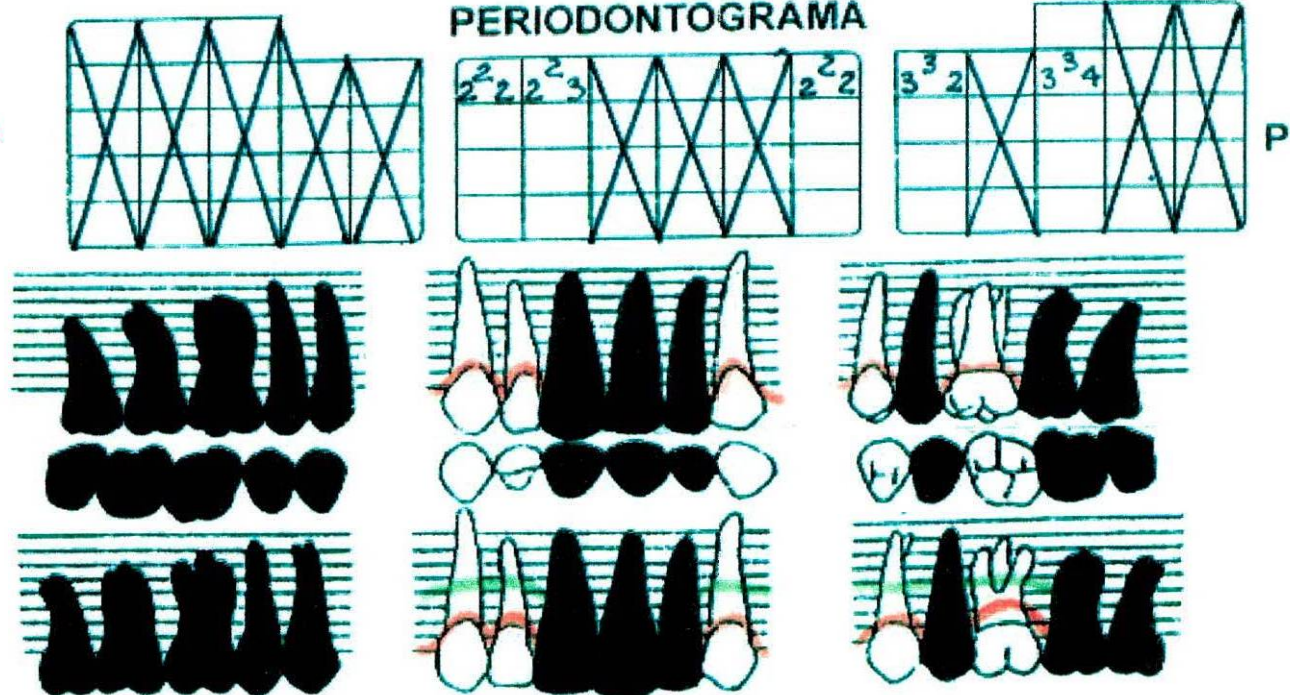
PISO DE BOCA: normal

PALADAR DURO: normal

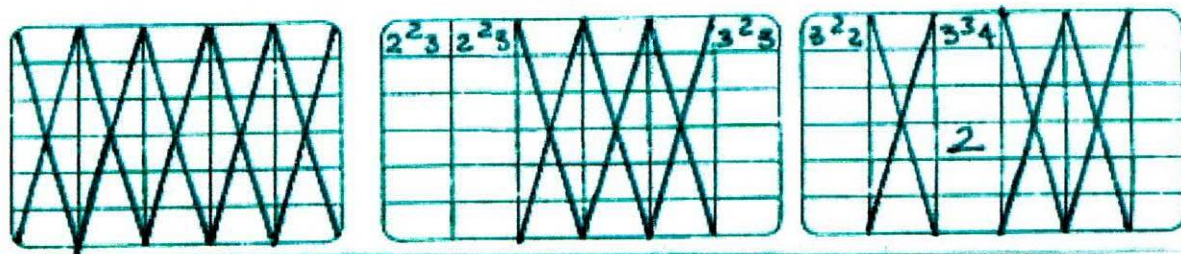
AMIGDALAS: normal

PERIODONTOGRAMA

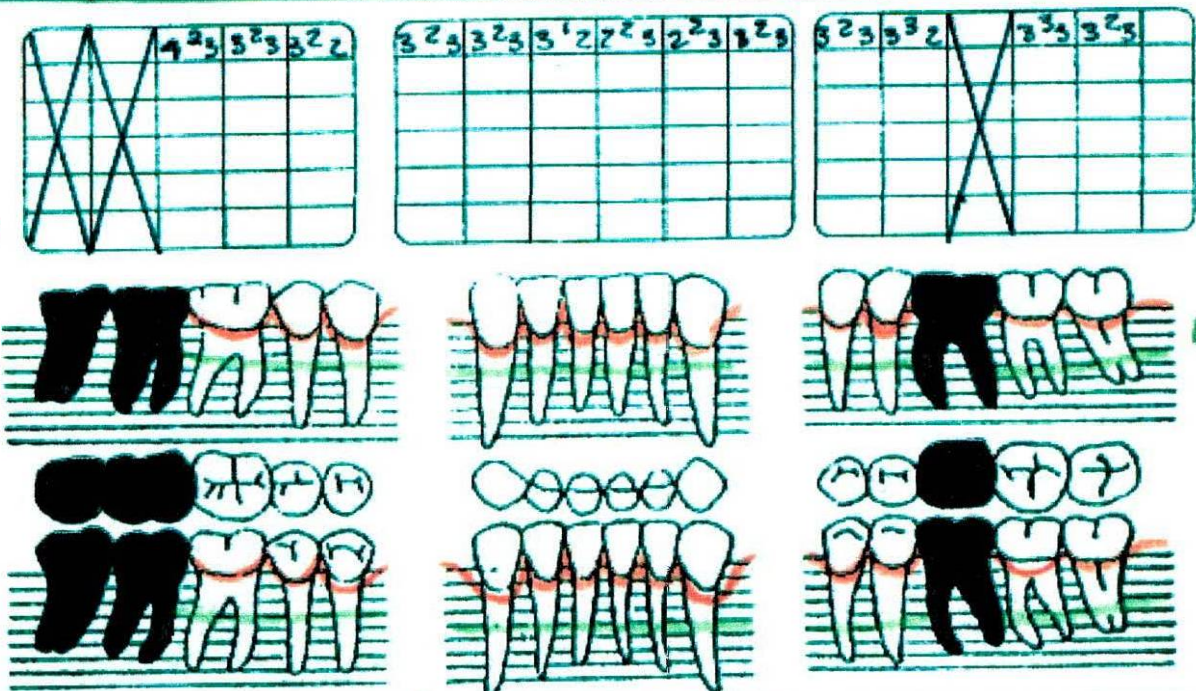
Furcaciones
Sondaje inicial
Sondaje Re-eval
Nivel inserción
Recesión



Sondaje inicial
Sondaje Re-eval
Nivel inserción
Recesión
Movilidad
Línea Mucogingival



Sondaje inicial
Sondaje Re-eval
Nivel inserción
Recesión
Movilidad
Línea Mucogingival



Sondaje inicial
Sondaje Re-eval
Nivel inserción
Recesión
Línea Mucogingival
Furcaciones



DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

DIAGNOSTICO GENERAL

Paciente sin compromisos sistémicos

DIAGNOSTICO CRANEOMANDIBULAR

Desorden neuromuscular de origen básico por hiperactividad

Etiología: bruxismo

DIAGNOSTICOS ORALES DE TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS

colapso alveolar superior tipo

Neumatosis de seno maxilar

Etiología: ausencias dentarias

DIAGNOSTICOS PERIODONTALES: periodontitis crónica con pérdida de soporte de leve a moderado localizada.

Etiología: acumulación de placa bacteriana y cálculos supra y subgingivales

DIAGNOSTICOS DENTALES

Facetas de desgaste en dientes numero 43, 33, ,44, 14, 24, 34

Caries activa del 24 (OMD), 34 (O), 44 (O), 14 (O),

Caries secundaria 26, 38, 37, 35

Etiología: streptococo mutans y mala técnica de cepillado

DIAGNOSTICOS ENDODONTICOS

Pulpitis irreversible aguda del 37 y 38

Pulpas sanas 12 y 24

TRATAMIENTO IDEAL

PERIODONCIA: terapia basica

Motivación al pacientes, instrucción de higiene oral, enseñanza de cepillado, alisado y raspado radicular, profilaxis.

CIRUGIA:

Exodoncia metodo cerrado de 14 y 26

ENDODONCIA

Tratamiento convencional de conductos del 37, 38 y 46.

Tratamiento convencional intencional de conductos con fines protésicos del 12 y 24

OPERATORIA

Amalgama (o)26, (MOD)37, (OM)38,

Resina(V)26, (O)34, (O)44, (I)43.

PROSTODONCIA

Retenedor intrarradicular colado en Plata-Paladio del 12,24,41,42,31 y 32.

Núcleos prefabricados de 46,37.

Prótesis Parcial Fija metal cerámica del 13-24

Prótesis Parcial Removible superior

Coronas Metal Ceramicas del 41,42,31,32,46 y 37

Implante del 36 (Morfología de premolar)

TRATAMIENTO REAL :

PERIODONCIA:

Terapia básica: Motivación del paciente, instrucciones de higiene de oral, raspaje y alisado radicular, profilaxis.

CIRUGIA:

Exodoncia método cerrado del 14

ENDODONCIA:

Tratamiento convencional intencional de conductos con fines protésicos del 12 y 24

Tratamiento convencional de conductos del 38 y 37

OPERATORIA

Amalgama 26(O), 37 (OMD), 38 (OM),

Resina 26 (V), 34(O) y 44(O)

PROSTODONCIA

Núcleo intrarradicular colado plata – paladio del 12, 24

PPF metal – cerámica del 13 al 24, con preparación para removible

Prótesis parcial removible superior

OCLUSION

Placa mio- relajante

PERIODONCIA

Terapia de soporte Periodontal

La periodontitis se origina cuando la inflamación y la infección de las encías (gingivitis) no se trata o cuando el tratamiento se retrasa. Dicha infección e inflamación se disemina desde la encía (gingiva) hasta el ligamento y el hueso que sirven de soporte a los dientes. La pérdida de soporte hace que los dientes se aflojen y finalmente se caigan. La periodontitis es la causa principal de la caída de los dientes en los adultos y no es una enfermedad común en los niños, pero se incrementa durante la adolescencia.

La placa y el sarro se acumulan en la base de los dientes. La inflamación hace que entre la encía y los dientes se formen bolsas que se llenan de sarro y de placa, lo cual hace que la inflamación del tejido blando atrape la placa en la bolsa. La inflamación continua causa finalmente la destrucción de los tejidos que circundan los dientes; y debido a que la placa contiene bacterias, es probable que se desarrollen infecciones e inclusive abscesos en los dientes, aumentando así el riesgo de destrucción ósea.

Síntomas

- Encías inflamadas
- Encías que presentan un color rojo brillante o rojo purpúreo
- Encías que tienen aspecto brillante
- Encías que sangran con facilidad (presencia de sangre en el cepillo de dientes, incluso si el cepillado se hace con suavidad)

- Encías que pueden ser sensibles al tacto, pero no necesariamente dolorosas
- Mal aliento
- Dientes flojos

Nota: los primeros síntomas son similares a los de la gingivitis.

Signos y exámenes

Cuando el odontólogo examina la boca y los dientes, las encías están blandas, inflamadas y tienen un color rojo purpúreo. Se ven depósitos de placa y de cálculos que se forman en la base de los dientes, con bolsas agrandadas en las encías. Las encías por lo general no duelen o se sienten levemente sensibles, a menos que también exista un absceso dental. Los dientes pueden estar flojos y las encías retraídas.

La radiografía dental revela la pérdida del hueso de soporte.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es reducir la inflamación, eliminar las bolsas si estas existen y corregir las causas subyacentes. Se deben reparar los irritantes dentales tales como las superficies ásperas de los dientes o los aparatos dentales; además debe tratarse la enfermedad sistémica y otro tipo de condiciones asociadas.

Es importante hacerse una limpieza dental cuidadosa que puede involucrar el uso de diversos instrumentos o aparatos para aflojar y remover los depósitos que se forman en los dientes (raspado). Después de realizarse una profilaxis profesional, es necesario hacer una higiene oral en casa que sea minuciosa para limitar mayor deterioro. El odontólogo o el higienista enseñan las técnicas del cepillado y del uso de la seda dental. Se recomienda que los pacientes que sufran esta enfermedad visiten al odontólogo para hacerse una limpieza dental profesional más de dos veces al año, que es el estándar.

Es posible que los tratamientos quirúrgicos sean necesarios para abrir y limpiar las bolsas profundas o para brindar soporte a los dientes flojos y la extracción (remoción) de uno de los dientes podría ser necesaria en casos de periodontitis avanzada, para evitar que se destruyan los dientes adyacentes.

Expectativas (pronóstico)

La remoción de la placa dental que se acumula en las áreas inflamadas puede ser incómoda. El sangrado y la sensibilidad de las encías deben desaparecer dentro de 1 ó 2 semanas del tratamiento. Cuando las encías están sanas son de color rosado y de aspecto firme y si no se tienen buenos hábitos de higiene oral durante toda la vida, la enfermedad puede volverse recurrente.

Complicaciones

- Recurrencia de la periodontitis

- Absceso dental
- Infección o abscesos del tejido blando (celulitis facial)
- Infección de los huesos de la mandíbula (osteomielitis)
- Boca de trinchera
- Dientes móviles o pérdida de los mismos
- Dientes que se tuercen o mueven

Situaciones que requieren asistencia médica

Se debe buscar asistencia odontológica si se presentan signos de gingivitis o si el odontólogo recomienda el tratamiento de las condiciones subyacentes que contribuyen al desarrollo de la periodontitis.

Prevención

El mejor método de prevención es una buena higiene oral que incluya un cepillado completo, el uso correcto de la seda dental y una profilaxis dental profesional hecha con regularidad. La prevención y el tratamiento de la gingivitis reducen el riesgo de desarrollo de la periodontitis.

La recesión gingival es la pérdida de encía vestibular que se produce sin inflamación. Suele presentarse en pocos dientes y raramente es generalizada.

Causas que producen recesión de la encía:

- Cepillado incorrecto de dientes (movimiento horizontal traumatizante)
- Condicionantes anatómicos (hueso fino)
- Tratamientos ortodónticos

Control de Placa Bacteriana

El control de placa bacteriana en Periodoncia consiste en la remoción efectiva y periódica de la placa dental o placa bacteriana, la cual es una película pegajosa y blanquesina que se adhiere a los dientes cuando no se ha realizado una higiene bucal adecuada.

Lo más importante en la higiene dental diaria es la remoción mecánica de esta placa bacteriana, lo cual se logra principalmente con una buena técnica de cepillado y un adecuado uso del hilo dental.



BIBLIOGRAFÍA

- DAVID L., KUTIT, D.S. MS. TILMAN`S MS TYLMANT`S.
TEORIA Y PRACTICA EN PROSTODONCIA FIJA HIV DE CAROLINA DEL
NORTE.
- FUNDAMENTOS ESENCIALES EN PRÓTESIS FIJAS TERCERA EDICIÓN
EDITORIAL.
QUINTESENCE PUBLISCHING CO. INC. PGNA 194-197
- ERNEST MALLA DESPLAST THOMAS P. KEOGIN. PROTESIS PARCIAL
REMOVIBLE CLÍNICA Y REMOVIBLE MOSBY/DAGIMME.
- HUGO DE VILLARRAGA, MANUEL DE REMOVIBLE.
- PRINCIPIOS DE PROSTODONCIA FIJA DE SHILINGBURG –HUBO.
- CASTLEBERRY, DWIGHT J. Mc CRACLEEN PROTESIS PARCIAL
REMOVIBLE, OCTAVA EDICIÓN, EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA,
ARGENTINA, 1992. PAG. 30-33 – 271-281.