

PACIENTE EDENTULO TOTAL CON REABSORCIÓN DEL REBORDE
RESIDUAL INFERIOR Y DISCAPACIDAD DE LENGUAJE

PRESENTADO A:
DRA. DIANA GUZMAN

ALUMNOS:
ANDRÉS AGUDELO
MARÍA DEICY CARDOZO Q.
KATHERIN MORENO
CAROLINA PERALTA
FABIOLA RIVERA

DECIMO SEMESTRE

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

Bogotá, D.C., agosto 20 de 2002

INTRODUCCIÓN

Este trabajo es realizado con el fin de dar a conocer un caso clínico, no solo por sus alternativas en cuanto al plan de tratamiento en un paciente para prótesis total superior e inferior, con reabsorción del reborde residual inferior, si no que además haremos énfasis en la discapacidad de la paciente, ya que es sordomuda, por lo tanto se hace difícil la comunicación en la consulta odontólogo-paciente y el tratamiento a realizar.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conseguir mediante un procedimiento terapeutico, por medio de un aparato artificial, el reemplazo de los dientes perdidos de ambos maxilares, para restablecer la función masticatoria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Devolver en un cuarenta por ciento la función masticatoria
- Restablecer la estética
- Devolver el estado anímico y psiquico de la paciente
- Lograr el confort o tolerancia del paciente a los aparatos protésicos

INFORMACIÓN GENERAL:

Paciente: Elsy Rincón

Edad: 45 Años

Historia Clínica: 376780

Ocupación: Vendedora Ambulante

Motivo de Consulta: La acompañante refiere que quiere cambiarse la prótesis.

ANAMNESIS:

Antecedentes familiares: La acompañante no refiere ninguna enfermedad familiar

Antecedentes personales: La acompañante manifiesta que la paciente es sordomuda, desde la edad de 2 años, según la comunicación que ha podido sostener con la paciente.

No reporta compromiso sistémico alguno.

Examen físico:

Rh: O+

Peso: 65 Kilos

Estatura: 1.55 Cms.

Temperatura: 37° C.

Presión arterial: 130/80 mm/Hg.

Frecuencia cardíaca: 72 Lat. / Min.

Antecedentes odontológicos:

Le han aplicado anestesia local sin complicación alguna.

No presentó hemorragia post-exodoncia

CLASIFICACIÓN PSICOLÓGICA

Paciente receptiva

Clasificación del paciente: desdentado total

Paciente tratada – bimaxilar

EXAMEN FÍSICO CRANEOMANDIBULAR

Dolor muscular: no presenta (buen dominio muscular)

Dolor articular: no presenta

Ruido articular: no presenta

Limitación del movimiento: no presenta

EXAMEN EXTRAORAL

Facies: tercio inferior aumentado

Línea media facial: no coincide

Perfil: clase III concavo

Cuello: región mastoidea y parotidea sin adenopatias

EXAMEN INTRAORAL

Inserción muscular y de frenillos: media

Piso de boca y glándulas salivares: normales

Paladar: arqueado

Forma de las arcadas: Triangular

Forma de los rebordes residuales: en forma de V

Relación intermaxilar: protrusiva

EXAMEN RADIOGRÁFICO

Estructuras anatómicas aparentemente normales

Neumatosis del seno

Rabsorción del reborde oseó inferior

DIAGNOSTICOS

Diagnostico general: paciente sano sin compromiso sistémico alguno.

Diagnostico dental: paciente edéntulo

Colapso tipo III

PLAN DE TRATAMIENTO

Tratamiento ideal

1. Vestibuloplastia en el segmento anterior y surcoplastia o descenso de piso de boca.
2. Técnica de tunelización
3. Implantes, prótesis implantosoportada con barra comunicadora.

Tratamiento a realizar

Prótesis total superior-inferior.

MARCO TEORICO

REHABILITACIÓN CON PROSTODONCIA TOTAL

La prótesis total es el método terapéutico que por medio de un aparato artificial reemplaza los dientes perdidos de uno o ambos maxilares, con el fin de restablecer la función masticatoria y ocultar la deformidad causada por la pérdida de los dientes.

Elementos que conforman un aparato protésico

- Base o placa de unos tres milímetros de espesor la cual guarda la misma morfología del maxilar respectivo; puede ser metálica o plástica.
- Los dientes que corresponden a cada maxilar deben ser en un número de 14 para cada aparato, los cuales se implantan en la base formando la arcada dentaria.
- Los flancos terminan en un borde o límite de la prótesis. En la base protésica debemos distinguir una parte interna que es la fiel reproducción anatómica del maxilar respectivo y una superficie externa que se puede modificar caracterizándola con remedos anatómicos tales como frenillos, punteado gingival, festones gingivales, rugosidades palatinas, papila incisiva, etc,. Además esta base se puede caracterizar en cuanto a su color de acuerdo a cada paciente.

Cualidades funcionales del aparato protésico

Debe ser biocompatible como todos los materiales que componen el aparato protésico, este debe reunir unas propiedades físicas como son:

- Retención; está dada por varios medios como son la adhesión y cohesión; para que estas actúen se requiere de una perfecta correspondencia

entre la superficie interna de la prótesis y la zona protésica del paciente; además es necesario un medio humectante interpuesto entre la superficie mencionadas (polvos adhesivos, presión atmosférica que actúa a razón de un kilogramo de fuerza por centímetro cuadrado de superficie).

- Estabilidad; es la propiedad de no dejarse desplazar por fuerzas transversas y ello se logra mediante un perfecto equilibrio de la oclusión con una oclusión bilateral balanceada. Surge la necesidad de elaborar la prótesis por lo menos en un articulador semiajustable, con la toma y transferencia de los registros necesarios.
- Soporte; se refiere a la superficie anatómica de asiento de la dentadura que se opone a las fuerzas de intrusión, juega papel importante la resiliencia de la mucosa que recubre la superficie protésica y la técnica de impresión empleada.

Zonas protésicas de los maxilares

Se han considerado para ambos maxilares, zonas principales y secundarias de soporte, y como son a límite en ambos maxilares la denominada zona de sellado periférico. Para ambos maxilares existen las denominadas zonas de alivio.

Maxilar superior: la zona principal de soporte la constituye el reborde residual; las secundarias están constituidas por las vertientes vestibulares y palatinas de dichos rebordes además de la zona correspondiente a la bóveda palatina. La zona límite o de sellado periférico se inicia en el frenillo medio siguiendo un surco formado por el repliegue de las inserciones musculares pasando por la fosa mirtiforme, fosa canina frenillo lateral zona malar, fosa retromolar en la tuberosidad y lateralmente termina en el surco hamular. La zona de sellado periférico pasa al lado contrario delimitando lo que conocemos con el nombre de "post-damming" que es el límite entre paladar duro y blando.

Maxilar inferior: La zona principal de soporte la constituye el reborde residual que en la mayoría de los casos y en la zona posterior especialmente es casi nulo confundiendo con el piso de la boca y el vestíbulo. Las zonas protésicas secundarias están constituidas por las vertientes vestibular y lingual de dicho reborde residual. El surco de sellado periférico se inicia a partir del frenillo medio vestibular, siguiendo el pliegue que forma las inserciones musculares, pasando por la fosa incisiva, agujero mentonero, frenillo lateral, línea oblicua externa, fosa retromolar, cuerpo piriforme; de allí descende a lingual hacia el surco retromolar lingual, siguiendo el sellado periférico hacia adelante por el pliegue que forman los músculos del piso de la boca cuando están en acción, llega a la línea media donde encontramos el pliegue del frenillo lingual, a nivel de la línea media encontramos las apófisis geni. De este punto pasamos al lado contrario buscando las mismas referencias para la delimitación del sellado periférico.

SELLADO PERIFÉRICO

Es el cierre alrededor de la prótesis que impide la entrada de aire al espacio virtual entre la placa de la prótesis y el maxilar y mantiene el vacío de succión. Se forma por el adosamiento de los tejidos blandos sobre el borde del flanco de la dentadura pero sin que estos tejidos desplacen el aparato protésico por sobre-extensión del mismo.

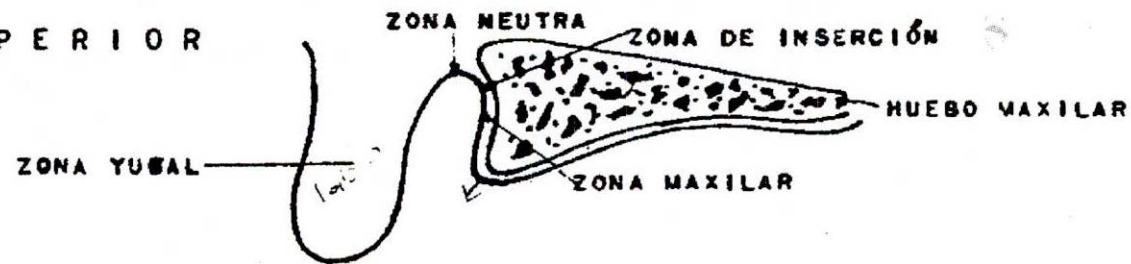
El pliegue o surco formado por las inserciones musculares y las vertientes vestibulares y linguales están constituidos por los siguientes elementos: zona maxilar, zona yugal, zona de inserción y zona intermedia neutra. Entre la zona de inserción y la zona neutra, está el límite hasta donde se puede extender el borde del flanco de la prótesis.

Zona de alivio son aquellos sitios donde la base protésica no debe presionar o interferir con el finde que sea tolerable y no produzca patologías.

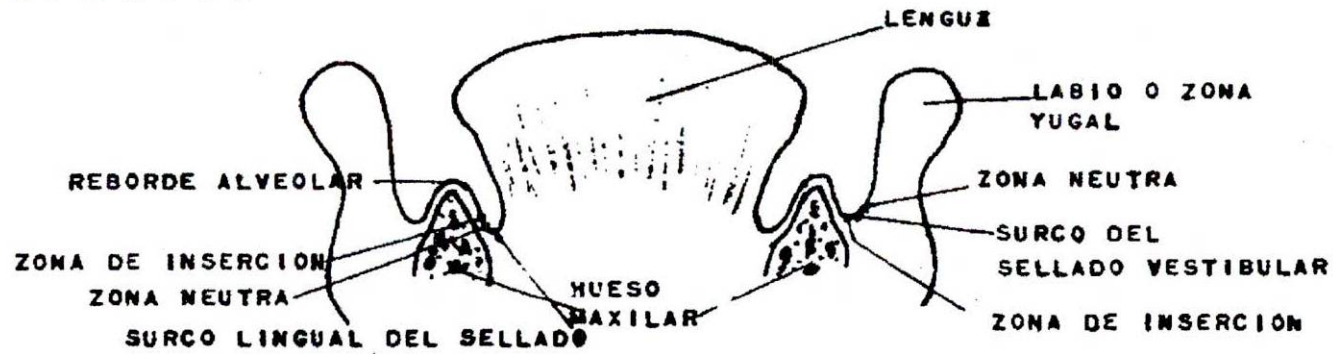
Zonas de alivio en el maxilar superior son las siguientes: reborde residual cuando es afilado, exostosis, torus palatino, espina nasal anterior y posterior,

ESQUEMAS DEL SURCO DEL SELLADO PERIFERICO

SUPERIOR

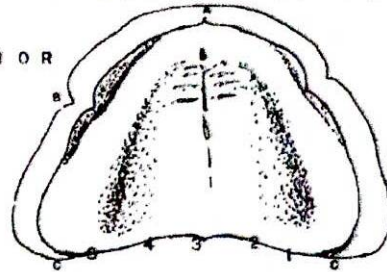


INFERIOR



SELLADO PERIFERICO

SUPERIOR



- A. FRENILLO ANTERIOR MEDIO
- B. FRENILLO LATERAL
- C. SURCOS HAMULARES
- D. ZONA MALAR
- 1-2-3-4-5. ZONAS DEL POST-DAMMING.

INFERIOR



BOLSILLO RETROMOLAR

- A. FRENILLO MEDIO VESTIBULAR
- B. FRENILLO LATERAL VESTIBULAR
- C. FRENILLO LINGUAL
- D. BOLSILLO RETROMOLAR

agujeros palatinos anterior y posterior, surcos hamulares, papila incisiva, rugosidades palatinas pronunciadas, rafé medio profundo o pronunciado, frenillos e inserciones musculares.

Zona de alivio en el maxilar inferior son las siguientes: reborde residual cuando es muy afilado, zona de exostosis, torus mandibular, línea oblicua interna y externa, agujero mentonero, apófisis geni, frenillo medio vestibular, frenillos laterales, inserciones musculares y frenillo lingual.

EXAMEN EXTRAORAL

Este examen es de observación en el que se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

1. Perfil: se observa la dimensión vertical, si está aumentada o disminuida; queilosis angular, relaciones horizontales de los maxilares, posición de los labios.
2. Facies: Determinar asimetrías faciales, desviaciones de la línea media, y también la forma de la cara. Según sean las líneas de la cara el paciente presentará las siguientes formas: cuadrada, triangular, ovoide y mixta.
3. Músculos periorales: pueden estar tensos, flácidos o normales.
4. Cuello: Palpar de atrás hacia delante sin olvidar la región mastoidea, parotídea, submaxilar y submentoniana palpando los ganglios de estas regiones los que son importantes signos de patologías locales.
5. Articulación temporomandibular: Se hace palpación extra-auricular e intra-auricular en forma estática buscando dolor muscular y de la articulación; y en forma dinámica o en movimiento de apertura y cierre para detectar ruidos articulares, como chasquidos, crepitación y desviaciones mandibulares.

EXAMEN INTRAORAL

Debe hacerse sistemáticamente en forma tanto visual como digital, por palpación pues esto proporciona gran cantidad de información valiosa.

Se debe examinar, las mucosas tanto de la cavidad oral como de la faringe. Las mucosas resilientes son las mejores en cuanto a adaptación de la prótesis.

Arcos maxilares: En ellos observamos, el tamaño de los arcos, siendo de mejor pronóstico unos arcos grandes.

Forma de los arcos: Hay cuatro formas esenciales según se comportan los rebordes alveolares y son: Cuadrado, ovoide, triangular y mixto.

Tamaño del reborde residual: El tamaño de los rebordes residuales puede variar y se consideran como prominentes, normales, escaso y atrofiado.

Forma de los rebordes residuales: Esta se determina por la posición de las tablas óseas, tanto vestibular como lingual y pueden ser:

En forma de U: es la más favorable pues tiene bastante área de soporte.

En forma de V: también llamados en filo, el cual es desfavorable sobre todo para la toma de impresiones.

Retentivos: producidos por exostosis óseas o torus linguales; en algunos casos hay necesidad de hacer recesión quirúrgica antes del tratamiento protésico.

Expulsivos: se dispone de forma redondeada expulsando la prótesis con facilidad.

Planos: es el caso en que ya no hay apófisis alveolar sino el hueso basal del maxilar.

Relación intermaxilar: Indica la disposición de los maxilares en un plano frontal sagital o anteroposterior; en posición de reposo se observa fácilmente la verdadera relación.

Clase I: las apofisis deben hallarse frente a frente.

Clase II: o relación retrusiva, cuando el reborde alveolar inferior se encuentra atrasado con respecto al superior.

Clase III: o relación protusiva, cuando el reborde alveolar inferior se encuentra adelantado con respecto al superior.

Espacio intermaxilar: estando el paciente en posición de reposo, se mira la distancia en sentido vertical de la cima del reborde superior al inferior.

Forma del paladar o bóveda palatina:

Arqueado: Es el más favorable para el tratamiento.

Ojival: Es arqueado pero mucho más profundo en la zona anterior.

En forma de V: Es el menos favorable, y el menor movimiento de la prótesis rompe el sellado ya que no existe una zona de soporte horizontal.

Plano: Resiste el desplazamiento vertical utilizando mejor las fuerzas de adherencia y cohesión, pero proporciona poca resistencia al desplazamiento lateral.

Fisurado: Es la falla en el cierre de la sutura medio palatina o de la premaxila.

Perforado: Son paladares con soluciones de continuidad, localizadas en cualquier zona del paladar, son adquiridas por accidentes patológicos.

REBORDE DESDENTADO IDEAL

- Soporte óseo adecuado para la prótesis
- Hueso cubierto con tejido blando adecuado
- Ausencia de socavado o protuberancias
- Ausencia de rebordes agudos
- Surco vestibular y lingual adecuado
- Ausencia de bandas cicatrizales
- Ausencia de fibras musculares o frenillos que movilicen
- Relación adecuada de rebordes alveolares superior e inferior
- Ausencia de hipertrofias en rebordes o en surcos
- Ausencia de enfermedades neoplásicas

CIRUGÍA PREPROTÉSICA

Restaura las porciones funcionales y estéticas que se han perdido o están congénitamente ausentes

Técnicas quirúrgicas preprotésicas para pacientes edéntulos totales:

Vestibuloplastia: técnica quirúrgica que consiste en aumentar el fondo del surco vestibular.

Surcoplastia o descenso de piso de boca: Técnica quirúrgica mediante la cual se busca soltar o relajar la musculatura del piso de boca para descenderlo y ganar profundidad.

Técnica de tunelización:

1. Anestesia al dentario inferior.
2. Insición sobre el reborde alveolar sentido vestibulo-lingual, para levantar un colgajo mucoperiostico.
3. Con un periostotomo levantar el colgajo dejando el hueso denudado (sin tejido), hasta llegar a la zona posterior del triangulo retromolar.
4. Se observa un tunel, el cual se puede rellenar de dos formas:
 - a) Colocar un expansor o tubo el cual se introduce dentro del tunel, se sutura y se deja cicatrizar por un periodo de dos semanas.
Se interviene nuevamente, se retira el tubo y rellenamos el tunel con hidroxiapatita, hueso o material de relleno.
Se puede utilizar hueso sintético o de banco cumpliendo las funciones osteogénicas.
 - b) Realizando el procedimiento quirúrgico descrito anteriormente, se procede a rellenar el tunel inmediatamente.

Diferencia entre las dos técnicas en cuanto al éxito

Con la primera técnica se forma un tracto fibroso permitiendo mejor adaptación e impidiendo el desplazamiento del material de relleno.

Con la segunda técnica se corre el riesgo que el material se desplace y no cumpla la función osteogénica.

Implantes oseointegrados

La oseointegración es la unión directa del implante al hueso. Considerado como un anclaje anquilótico.

Prostodoncia implantológica; es el área de la rehabilitación oral relacionada con el diagnóstico, plan de tratamiento y elaboración de prótesis totales sobre implantes dentales, utilizando sustitutos artificiales.

Barra trans-ósea de implante de canino a canino en el maxilar inferior; se utiliza para soportar la prótesis, con un enganche a nivel de los implantes; se le conoce como prótesis implanto-soportada.

Implantes de oseointegración: a nivel de caninos con una barra comunicadora trans-ósea para dar estabilidad a la prótesis.

DISEÑO DE LA CUBETA

Técnica sal y pimienta

1. Alisar el modelo (vaselina)
2. Aplicar polímero con una espátula espolvoreándolo.
3. Con un gotero agregar el monómero pausado.
4. Crear una capa más o menos de 2 mm. de grosor uniforme.
5. Dar cuerpo a la cubeta con un mango y hoja de bisturí. Retirar excesos sin que el diseño de la cubeta sobrepase los límites del reborde óseo.
6. Dejar polimerizar
7. Pulir

TRASTORNOS DEL LENGUAJE

ANATOMOFISIOLOGÍA DE LA AUDICIÓN

El oído consta de tres partes anatómica, embriológica y funcionalmente bien diferenciadas: el oído externo, medio e interno. La patología propia del oído externo y medio produce fundamentalmente las llamadas hipoacusias o

sorderas de transmisión, que pueden ser tratadas correctamente mediante cirugía o audífonos de tipo convencional y, por tanto, no suelen producir un problema grave. Un problema bien complejo se produce cuando nos enfrentamos ante una hipoacusia que tiene su causa en una patología del oído interno. Si el defecto no es solucionado antes de los cuatro o cinco años de edad, el paciente ya no poseerá la plasticidad necesaria para una interpretación de los sonidos a nivel cerebral, con los consiguientes defectos de estructuración del lenguaje y la capacidad de expresión oral. Un caso diferente es el de los pacientes que progresiva o bruscamente pierden la audición una vez que ya han sido capaces de adquirir el lenguaje.

Según el grado de pérdida de audición se clasifican las hipoacusias en leves, moderadas, severas y profundas. En el caso de las hipoacusias leves y moderadas de tipo neurosensorial, un audífono puede solucionar el problema.

Para las hipoacusias profundas el implante coclear ha demostrado su eficacia, y, para las hipoacusias moderado-severas que no responden bien a audífonos, los nuevos sistemas electromagnéticos o piezoeléctricos parcialmente implantables parecen obtener buenos resultados, aunque no existen todavía datos definitivos. Por tanto, como vemos, existen soluciones imprescindibles hace una década para casi todos los grados de hipoacusia.

El paciente adulto que se realiza implante coclear, puede entrar en un mundo sonoro para él desconocido, pero no va a mejorar su capacidad verbal al haber sobrepasado la edad crítica de aprendizaje.

Dislalia: Trastorno de la articulación de algún o algunos fonemas, por ausencia de sonidos concretos del habla, o por la sustitución de estos por otros, de forma impropia, o en personas con patologías del sistema nervioso central y órganos fonoarticulatorios a nivel anatómico.

BIBLIOGRAFÍA

Prostodoncia total. S. Winkler, Editorial interamericana, Mexico, 1982.

CONFERENCIAS DE PROTESIS MAXILO-FACIALES. Jose E. Celemin V.
Trabajo para promoción a Profesor Asociado, Facultad de Odontología
Universidad Nacional de Colombia, agosto de 1981.

GARCÍA PURRIÑOS, Francisco J. "¿por qué no quieren oír los
sordomudos?", Universidad de Salamanca, Internet.