

CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO

X SEMESTRE

INTEGRANTES

**WILBER BAUTISTA
SILVIA CHIRIVI
YAMILE PORTILLA
NASSINIRUTH SAURITH**

PRESENTADO A:

Dra. NERY VILLOTA

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
ODONTOLOGÍA INTEGRADA
OCTUBRE 27 DEL 2003**

INTRODUCCION

La presentación de este caso clínico a sido de gran importancia para nosotros ya que aquí hemos descubierto la importancia que tiene la plantación de un tratamiento y la diversidad de opciones que podemos encontrar para cada caso en especial.

Aquí hemos recopilado la información necesaria y fundamental de nuestro paciente en estudio y con base en esto hemos presentado un plan de tratamiento ideal y uno a realizar.

Hemos aprendido y descubierto las múltiples alternativas de tratamiento estético que podemos encontrar para un diente tratado endodónticamente.

Nos hemos basado en bibliografía de prostodoncia, artículos de Internet y guías de prostodoncia.

Esperamos cumplir con las expectativas del auditorio y despertar controversia para así lograr una verdadera interpretación multidisciplinaria de nuestro caso clínico.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar el manejo de un paciente, en la clinica odontológica, para así poder realizar un diagnostico y tratamiento adecuado y efectivo.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Observar cuales son los tratamientos a seguir con nuestro paciente, según la valoración y necesidad que este requiera

Identificar entre nuestros diagnósticos diferenciales, el diagnostico adecuado para realizar un tratamiento favorable a nuestro paciente.

Conocer los diferentes tipos de biopsias, para identificar cual se realizara en nuestro paciente.

Conocer la etiología, tratamiento y complicaciones de la hipoglicemia para obtener un tratamiento óptimo con nuestro paciente.

**CASO INTERDISCIPLINARIO
X SEMESTRE**

INFORMACIÓN GENERAL

- ❖ NOMBRE: Manuel Pamplona Alarcón
- ❖ C.C: 79313092 de Bogota
- ❖ EDAD: 25 Años
- ❖ SEXO: Masculino
- ❖ RAZA: Blanca
- ❖ ESTADO CIVIL: Soltero
- ❖ ESCOLARIDAD: Bachiller
- ❖ OCUPACIÓN: Comerciante
- ❖ ULTIMA VISITA AL MEDICO: No recuerda
- ❖ ULTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO: Un año
- ❖ MOTIVO DE CONSULTA: La paciente refiere "me salió una bola"

EXAMEN FISICO

- ❖ ASPECTO GENERAL: Paciente aparentemente sano, con buen estado de animo, pensamiento coherente, buena trasferencia y cotrasferencia
- ❖ PESO: 70 kgs
- ❖ RH: O+
- ❖ ESTATURA: 1.76 Mts
- ❖ TEMPERATURA: 36°C
- ❖ PRESION ARTERIAL: 110/70mHg
- ❖ FRECUENCIA CARDIACA: 72PPM
- ❖ ALERTA MEDICA: Hipoglicemico

ANAMNESIS

- ❖ HISTORIA MEDICA FAMILIAR: El paciente reporta que el padre sufría de hipertensión.
- ❖ HISTORIA MEDICA PERSONAL: El paciente afirma sufrir de hipoglicemia.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

- ❖ ANESTESIA GENERAL: Sin complicaciones.
- ❖ ANESTESIA LOCAL: Sin complicaciones.
- ❖ HEMORRAGIA POST-EXODONCIA: No presenta.
- ❖ ATENCIÓN RECIBIDA: Prevención, operatoria, cirugía.
- ❖ HIGIENE ORAL: Regular, porcentaje inicial de placa bacteriana del 60%.

EXAMEN ESTOMATOLOGICO:

- ❖ DOLOR ARTICULAR: No presenta.
- ❖ DOLOR MUSCULAR: No presenta.
- ❖ RUIDO ARTICULAR: No presenta.
- ❖ DESARMONIA OCLUSAL: Presente por ausencia dentaria.
- ❖ ODONTALGIA: No presenta.
- ❖ HALITOSIS: No presenta.

EXAMEN FISICO ORAL

- ❖ LABIOS: Normales
- ❖ CARRILLOS: Normales
- ❖ SURCO VETIBULAR: Anormal
- ❖ GINGIVA: Anormal
- ❖ LENGUA: Normal

- ❖ PISO DE BOCA: Normal
- ❖ FRENILLO: Anormal
- ❖ PALADAR DURO Y BLANDO: Normal
- ❖ AMIGDALAS: Normal

EXAMEN CRANEO MANDIBULAR

- ❖ PERFIL Concavo
- ❖ CLASIFICACION DE ANGLE: Clase 1 derecha,izquierda
- ❖ SIMETRÍA FACIL:
- ❖ OVERJET: 0 mm
- ❖ OVERBITE: 0 mm
- ❖ APIÑAMIENTO: Si presenta
- ❖ DIASTEMAS: No presenta
- ❖ FASSETAS DE DESGASTE: No presenta
- ❖ AUSENCIAS DENTARIAS:23,18,28,38.
- ❖ PRIMER CONTACTO DENTARIO: 16-46
- ❖ OCLUSION CRUZADA POSTERIOR: Si presenta.

EXAMEN PERIODONTAL

- ❖ COLOR: Rosado coral
- ❖ MARGEN: Irregular
- ❖ CONSISTENCIA: Normal
- ❖ TEXTURA: Lisa
- ❖ GROSOR: Normal
- ❖ CONTORNO: Irregular.
- ❖ PAPILAS: Anormal.
- ❖ PRESENCIA DE CALCULOS: Si

ODONTOGRAMA

- 18 ausente
- 17 Sano
- 16 Caries oclusal
- 15 Sano
- 14 Sano
- 13 Sano
- 12 Sano
- 11 Sano
- 28 Ausente
- 27 Sano
- 26 Amalgama ocluso, distal desadaptada
- 25 Sano
- 24 Sano
- 23 Ausente
- 22 Sano
- 21 Sano
- 38 Ausente
- 37 Amalgama oclusal desadaptada
- 36 Amalgama oclusal desadaptada
- 35 Resina oclusal desadaptada
- 34 Sano
- 33 Sano
- 32 Sano
- 31 Sano
- 48 Sano
- 47 Amalgama oclusal desadaptada
- 46 Amalgama oclusal desadaptada
- 45 Sano

44 Sano

43 Sano

42 Sano

41 Sano

DIAGNOSTICO:

GENERALES

EL PACIENTE PRESENTA HIPOGLICEMIA.

CRANEOMANDIBULARES

DESORDEN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE TIPO ADQUIRIDO:
Ausencias dentarias

ORALES TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS

Lesión de base amplia, color rojo, de mas o menos 1 cm de diámetro que involucra la zona anterosuperior comprometiendo encía libre, adherida y frenillo lingual.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

*Granuloma periférico de células gigantes

DX. Diferenciales.

*Granuloma piogeno

*Granuloma periferico osificante.

PERIODONTALES

Gingivitis generalizada asociada a placa bacteriana.

DENTALES

Anodoncia del 18, 28, 38

Caries recurrente de los dientes 26,35,36,37,46,47.

Caries activa cavitacional del diente 16.

ENDODONTICAS

Hallazgo radiografico endodoncia monoradicular del diente 35.

OCLUSALES

Mordida borde a borde anterior.

Mordida cruzada posterior unilateral derecha.

ETIOLOGÍA

HIPOGLICEMIA : Deficiencias dietéticas.

DESORDEN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE TIPO ADQUIRIDO:

Ausencias dentarías

GRANULOMA PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES: Respuesta poco frecuente del tejido conectivo hiperplasico a la lesión de los tejidos gingivales.

GINGIVITIS: Placa bacteriana

ANODONCIA: Patología hereditaria.

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

PREVENCIÓN

Terapia básica

Educación en higiene oral

Técnica de cepillado

CIRUGIA

Exodoncia método cerrado 48

Biopsia excisional de la lesión de tejidos blandos.

PERIODONCIA

Raspaje coronal.

Alisado radicular.

ENDODONTICOS

Tratamiento convencional de conductos del diente 16

OPERATORIA

Amalgamas de los dientes 26,27,17,16,46,36.

PROSTODONCIA

Incrustaciones del 37y 47.

Núcleo y corona del 35.

MANTENIMIENTO

Terapia de soporte periodontal

PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

PREVENCION

Educación en higiene oral.

Técnica de cepillado.

Fluorización.

PERIODONCIA

Raspaje coronal.

Alisado radicular.

ENDODONTICOS

Tratamiento convencional de conductos del diente 16.

DENTALES

Amalgamas de los dientes 26 (o, m), 27 (o), 16 (o), 17 (o), 46 (O), 36 (o).

PROSTODONCIA

Incrustaciones de los dientes 37 y 47 oclusales.

Núcleo y corona del diente 35.

MANTENIMIENTO

Terapia periodontal de soporte.

CORONAS

La Odontología Restauradora de nuestros días, se ha ido volcando hacia técnicas cada vez más respetuosas y conservadoras de las estructuras dentarias naturales y por exigencias de los pacientes, hacia restauraciones dentó coloreadas. La aparición en el mercado de nuevos materiales cada día y los avances en la odontología adhesiva, han estado favoreciendo esa orientación, aunque tal vez sin los suficientes monitoreos sobre su comportamiento en la clínica a mediano y largo plazo.

Se llama así a las reconstrucciones de zonas de la boca, (con la finalidad de devolverles

su funcionalidad), desde un diente o parte de este, hasta varios dientes a la vez, son fijas

y en todos se debe desgastar las piezas dentales para crear espacio y retención, es un método bastante invasivo pero en muchos casos necesario, todas las prótesis deben estar bien adaptadas y no interferir con la mordida (ser cómodas en la masticación), una prótesis que interfiera con la mordida puede traer problemas en la articulación mandibular (ATM), la higiene dental en personas con prótesis debe ser más minuciosa, usar bastante el hilo dental y en casos de púnticos, hilos especiales que pasan debajo del puente y limpaa esta zona en la que nunca llega el cepillo. Hay una gran cantidad de materiales con las que se confeccionan las prótesis, pero los más usados son: Los Acrílicos, Los Metales y La Porcelana.

Los metales: Son altamente resistentes a las fuerzas de la masticación pero su estética es pobre,

para compensar esto se hace una carilla estética a la corona de metal, un pónico debe tener una estructura de metal por que si no, terminará quebrándose.

La Porcelana: Esta es la alternativa que une la dureza y lo estético, es un material de costo alto, pero actualmente se están introduciendo en el mercado otros materiales estéticos, resistentes y mas económicos como la fibra de vidrio.

Las coronas: Llamadas popularmente "fundas" indicada cuando hay mucha perdida de la

corona natural inclusive toda, (mayormente en piezas con endodoncias), reconstruye la forma del diente y le devuelve funcionalidad.

Los Pónicos o Puentes: Están diseñados para colocar una pieza dental en una zona edén tula (sin diente), cuando una pieza dental fue extraída, para llenar el espacio se tendrá que desgastar los dientes vecinos, confeccionarles coronas a cada uno y el pónico va adherido a estas coronas, como se ve es un método bastante invasivo, en la que dientes sanos son desgastados para colocar otro.

Ventajas:

- Fuerza impartida al diente.
- Las áreas de contacto se pueden desarrollar convenientemente.
- Se facilitan las modificaciones del plano oclusal.
- Se indican para dientes tratados endodónticamente.
- Se pueden hacer puentes fijos que no puedan ser elaborados por otro sistema en boca.

Desventajas:

Inestética.

La oclusión puede ser caprichosa (puede modificar la oclusión normal).

Es difícil detectar las caries gingivales por cementación.

Produce desgaste excesivo en los dientes antagonistas.

Tipos de Coronas:

1. Corona Metálica.

2. Corona Metal Resina (poco utilizada).

3. Corona Metal Cerámica.

- $\frac{3}{4}$.

- Veneer.

- Completas.

4. Corona Jacket de porcelana.

5. Corona Jacket de acrílico.

- Definitiva.

- Provisional.

Corona metal cerámica.

Esta cerámica es envolvente respecto al metal y puede tener cualquier tipo de margen, incluso porcelana pura.

Pueden ser con cara oclusal en metal y frente estético en porcelana (Veneer), también pueden ser $\frac{3}{4}$ partes de porcelana (corona $\frac{3}{4}$) o pueden ser completamente cubiertas de porcelana excluyendo el hombro lingual.

Características:

· El margen puede ser subgingival, incluso si es cerámico.

- El hombro lingual / palatino está cubierto de porcelana.
- Son más duraderas que las de Jacket de porcelana por su resistencia debido a la funda metálica.
- Pueden elaborarse puentes fijos de múltiples unidades incluyendo arcos completos.
- A causa de problemas de bruxismo, la cara oclusal se puede hacer en metal (Veneer) ya que la porcelana ofrece una superficie altamente abrasiva o cuando no hay espacio oclusal para colocar porcelana.

INCRUSTACIONES

Son reconstrucciones en piezas vitales de una parte del diente para devolverle su forma, no abarcan toda la corona, pueden ser confeccionados con Metal o Porcelana.

Es un procedimiento restaurador de los dientes, mediante el cual se coloca y cementa un elemento (incrustación) en una cavidad específicamente preparada en el diente y que ha sido confeccionado en el laboratorio.

Las indicaciones de las incrustaciones son: grandes cavidades clase I o MOD, para proteger molares y premolares endodonciados, para aumentar el diámetro y la altura de molares que no alcanzan el plano oclusal, etc.

TECNICA

Una historia y exploración previas, junto a una posición adecuada del paciente y del profesional, el uso de una técnica correcta y unas medidas de asepsia son normas imprescindibles para la realización de la preparación del diente para recibir una incrustación. En primer lugar se debe realizar una evaluación de la oclusión y

posteriormente se anestesia correctamente el diente que va a ser tratado. Se realiza la preparación adecuada y se toman las impresiones con el material preciso siguiendo las indicaciones del fabricante. Tras el vaciado se confecciona la incrustación en el laboratorio, que se prueba y se ajusta. Posteriormente se procede a su cementado definitivo con el cemento indicado.

COMPLICACIONES

Las complicaciones pueden ser las que le aparezcan al diente que soporta la incrustación como: caries secundaria, fractura dentaria, pulpitis, etc.. En ocasiones se puede producir el descementado de la incrustación o la rotura de parte de la misma.

HIPOGLICEMIA

La hipoglicemia es cuando el nivel de azúcar en sangre se baja demasiado. Esto significa que la cantidad de azúcar en su sangre no es suficiente para darle a las células del cerebro o a los músculos la energía que necesitan para funcionar. Puede llamarse también hipoglicemia en ayunas, reactiva o azúcar baja. La hipoglicemia puede tratarse antes de que empeore aunque usted no pueda prevenirla.

Causas: Las siguientes son las posibles causas de una hipoglicemia.

- Tomar alcohol.
- Demasiado ejercicio.
- El embarazo.
- Saltarse comidas, no comer regularmente o no terminar sus comidas o meriendas.

Signos y síntomas: Usted puede presentar uno o más de los siguientes síntomas de hipoglicemia.

- Visión borrosa.
- Entorpecimiento.
- Confusión.
- Convulsiones (ataques) si el azúcar está demasiado baja.
- Mareos o aturdimiento.
- Desmayos.
- Palpitaciones aceleradas.
- Dolor de cabeza.

- Hambre.
- Mal genio.
- Náuseas (malestar estomacal).
- Nerviosidad.
- Piel pálida y sudorosa.
- Desvanecimiento (sí el azúcar está muy baja).
- Temblores.
- Sudor.
- Cansancio.
- Debilidad.

Hay personas que no se dan cuenta que su nivel de azúcar está bajo. Si usted no puede saber si presenta una hipoglicemia puede hacer lo siguiente.

- Informe a su médico que está presentando hipoglicemias sin síntomas.
- Consuma meriendas más frecuentemente.
- Informe a sus amigos, familiares y personas con quién trabaja que usted puede presentar reacciones hipoglicémicas. Enséñeles lo que deben hacer en caso que usted no pueda decirles durante una reacción.

¿Cómo puedo prevenir una hipoglicemia? La mejor manera de prevenir una hipoglicemia es mantener su diabetes bajo control. Aprenda a reconocer los síntomas de una hipoglicemia y a tratar una baja de azúcar **inmediatamente**. Los siguientes son métodos para controlar sus niveles de azúcar en la sangre.

- Siempre lleve consigo caramelos o azúcar para que coma en caso de una baja del azúcar.
- Si se ejercita más de lo normal, coma más.
- Aprenda sobre lo que le puede causar la hipoglicemia.
- Enseñe a sus familiares o amigos a darle azúcar. Esto puede ser útil si usted sufre una baja de azúcar y no puede administrarse a sí mismo el azúcar.
- Para evitar las bajas de azúcar, coma 6 o 7 comidas pequeñas a horas regulares. Tome sus meriendas entre las comidas, como huevos, pollo, nueces, queso o leche descremada. **No** fume, tome alcohol, o café ni se salte comidas. **No coma** alimentos que contengan mucha azúcar como son las barras de chocolate a menos que tenga una reacción hipoglicémica.

Cuidados: Antes de que presente una reacción hipoglicémica, usted debe aprender lo que debe hacer. Siempre lleve consigo algún alimento que contenga azúcar. Una baja de azúcar es generalmente fácil de tratar. Durante una reacción hipoglicémica, **rápidamente coma** o beba algo con azúcar. La mejor forma de tratar su baja de azúcar es comer 5 o 6 pedazos de dulces, 1/2 taza (4 onzas) de jugo de naranja o 3 tabletas de glucosa.

GRANULOMA PIOGENO

Es un tumor benigno formado por una reacción fibrosa exagerada de los tejidos gingivales, acompañada de una neoformación vascular importante.

Tiene una naturaleza inflamatoria. Se produce por estímulos irritativos como consecuencia de una infección.

Se presenta como una masa pediculada o sesil, rojiza, que sangra con facilidad y que suele presentar una superficie ulcerada.

GRANULOMA PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES

Es una lesión tumoral benigna o maligna de carácter inflamatorio crónico que asienta a nivel gingival, afecta individuos jóvenes, presentando dos picos de máxima incidencia, uno durante el periodo de dentición mixta y otro durante la tercera y quinta década de la vida.

La incidencia es mayor en el sexo femenino que en el sexo masculino, existiendo una proporción de dos a uno.

La localización más frecuente suele ser en zonas posteriores de arcadas dentadas, aunque también puede aparecer en sectores anteriores.

ETIOLOGIA

Existen dos factores primordiales en su formación, interactuando ambos en forma conjunta .

*Irritantes locales: Gingivitis y obturaciones desbordantes

*Efecto hormonal: Embarazo.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Tumoración de aspecto póliposo con amplia base de implantación, cuyo pedículo se une bien al tejido gingival o al periodonto del diente adyacente.

Presenta un color rojizo azulado (Debido a su importante vascularización) su superficie es lisa presentando en ocasiones ulceraciones provocadas por el roce con otras estructuras de la cavidad oral, su tamaño oscila desde 0,5-2,5 cm. de diámetro.

FIBROMA OSIFICANTE O DISPLASIA FIBROSA MONOSTOTICA

Es una lesión no encapsulada de crecimiento limitado, aparece con mayor frecuencia en niños de localización frecuente en el maxilar superior, e inferior; crece más rápido cuanto más joven es el paciente, en Rx se observa como vidrio esmerilado, deja de agrandar a medida que el niño crece, e s benigno. Se observa un abultamiento facial indoloro

Tratamiento conservador. O quirúrgico. Si la lesión se extirpa en el momento que crece con rapidez recidiva con frecuencia, la radioterapia puede malignizar.

FIBROMA OSIFICANTE

Es una lesión osteofibrosa benigna de localización preferente en el maxilar superior en personas jóvenes pero que se comporta agresivamente invadiendo otras estructuras como órbita, etmoides, fosa pterigomaxilar, etc.. Se puede confundir con la displasia fibrosa.

Su tratamiento es quirúrgico, (micro quirúrgico, endoscópico, por vía externa o combinado.

Los carcinomas, adenocarcinomas melanomas, mucoepidermoides se presentan generalmente en pacientes mayores de 50 años

Biopsia

Definición

Es la extracción de una pequeña porción de tejido para examinarla bajo el microscopio y/o hacer un cultivo que a menudo ayuda a los médicos a realizar un diagnóstico.

Muestra de tejido

Forma en que se realiza el examen

Los métodos para la extracción de tejido varían dependiendo del tipo de biopsia:

- En las biopsias de aguja (percutánea), la muestra del tejido se obtiene simplemente con el uso de una jeringa. Se introduce una aguja en el tejido por examinarse y se extraen células a través de la misma. Dependiendo de la localización del tejido, estas biopsias por punción se llevan a cabo bajo la orientación de rayos X (generalmente una TC).
- En las biopsias de cielo abierto se hace una incisión en la piel para que el órgano quede expuesto y a continuación se extrae una muestra del tejido.
- En las biopsias cerradas se hace una incisión mucho más pequeña que en las biopsias de cielo abierto. Se hace una pequeña incisión para permitir la inserción de un dispositivo de visualización que guiará al médico al área apropiada donde tomará la muestra.

Si el tejido por examinarse se encuentra en el abdomen y no se puede acceder a él con seguridad por medio de una aguja o procedimiento cerrado, debe realizarse una biopsia de cielo abierto en el quirófano.

Preparación para el examen

Se debe consultar con el médico la suspensión de medicamentos que puedan predisponer al sangrado, como la aspirina, la cumadina y los medicamentos anti inflamatorios no esteroides (AINES). También se debe mencionar al médico cualquier preparación de hierbas naturales que se esté tomando. El régimen de medicamentos nunca se debe cambiar sin consultar primero con el médico.

Lo que se siente durante el examen

En las biopsias por punción se siente un pinchazo agudo en el sitio de la intervención. Por lo general, se utiliza anestesia local o general en las biopsias a cielo abierto o en las biopsias cerradas para que el procedimiento sea indoloro.

Se puede realizar la biopsia para obtener tejido sano con el propósito de comprobar la compatibilidad de tejidos para trasplantes. Es común tomar biopsias del tejido enfermo para diagnosticar enfermedades.

Valores normales

Tejido normal.

Significado de los resultados anormales

Las biopsias anormales significan que el material obtenido difiere de la estructura o condición normal del tejido.

Los resultados anormales pueden indicar la presencia de una enfermedad, como el cáncer, dependiendo del caso en particular.

Cuáles Son Los Riesgos

- Sangrado
- Infección

BIBLIOGRAFÍA

REGEZI,patología bucal , segunda edición, 1999.

MOSBI, diccionario de medicina cuarta edición, 2000.

CORTS, J.P. INCRUSTACIONES METAL CERÁMICAS 2001.

PAGINAS DE INTERNET:

WWW.TUOTROMEDICO.COM

WWW.PROSTODONCIAZABALEGUI.COM

WWW.GOOGLE.COM

WWW.ENCICLOPEDIA

WWW.MEDICAESPAÑOLA.COM

WWW.GEODENTAL.COM