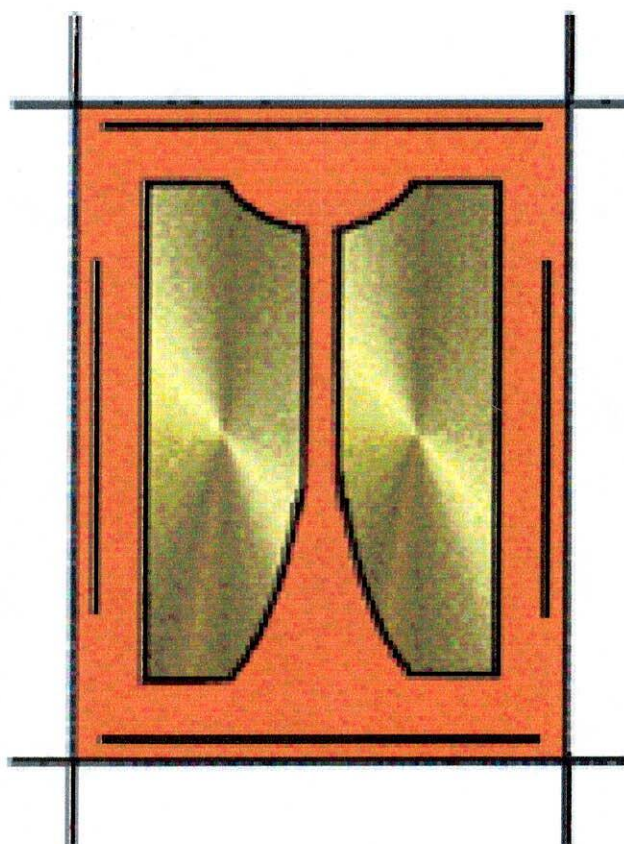


COLEGIO ODONTOLOGICO
COLOMBIANO



CASO CLINICO

Presentado por:

MÓNICA GONZÁLEZ BELLO

Código: 971020

Presentado a:

Dra. NERY VILLOTA

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

BOGOTÁ D.C

2004

HISTORIA CLINICA

INFORMACIÓN GENERAL

- Nombre: JOBA HUTIERREZ PEDRAZA
- Edad: 44 años
- Sexo: Femenino
- Motivo de consulta: "se me despegaron los dientes y quiero que me los peguen"

EXAMEN FISICO

- Peso: 72 kilogramos
- Grupo sanguíneo: o Positivo
- Estatura: 1.54 metros
- Temperatura: 35.5°C
- Presión arterial: 110/70mmhg
- Frecuencia cardíaca: 70 Latidos por minuto

ANAMNESIS

Historia Médica Familiar

Padre y madre murieron de infarto cardiaco

Historia Médica Personal

La paciente refiere no tener compromiso sistémico ni estar medicada actualmente

Gestaciones: 4

Partos: 3

Abortos: 1

HISTORIA ODONTOLÓGICA PREVIA

ATENCIÓN RECIBIDA

- Operatoria
- Cirugía
- Periodoncia

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

Anestesia Local	Sin complicaciones
Anestesia general	No
Hemorragia post- exodoncia	No

EXAMEN FÍSICO ORAL

Labios	Normal
Carrillos	Normal
Surco vestibular	Normal
Gingiva	Anormal
Reborde alveolar	Anormal
Lengua	Normal
Piso de boca	Normal
Frenillos	Normal

EXAMEN PERIODONTAL

	SI	NO
Cálculos		x
Sangrado	x	
Supuración		x
Movilidad dentaria		x
Fremito		x

ENCIA	Normal	Anormal
Color		x
Margen		x
Consistencia		x
Textura		x
Grosor		x
Contorno		x
Papilas		x

ODONTOGRAMA

18. ausente	28. Ausente
17. ausente	27. caries OMVP
16. cariesOMP	26. Caries o
15. caries OMDP	25. Pilar
14. caries OMDP	24. Ausente
13. destrucción coronal	23. Pilar
12. ausente	22. Resto radicular
11. resto radicular	21. Resto radicular
41. sano	31. sano
42. sano	32. sano
43. sano	33. sano
44. cariesODLVM	34. sano
45. ausente	35. ausente
46. ausente	36. destrucción coronal
47. ausente	37. ausente
48. ausente	38. ausente

HISTORIA ESTOMATOLÓGICA

	SI	No
Dolor muscular		x
Dolor A.T.M		x
Ruido A.T.M		x
Desarmonías oclusales	x	
Hábitos		x
Odontalgia		x
Sensibilidad		x
Sangrado gingival	x	
Halitosis	x	

DIAGNOSTICOS

- Caries activa y recurente
- Gingivitis
- Periodontitis apical crónica no supurativa de 21,22, 36
- Colapso óseo

TRATAMIENTO A REALIZAR

- Terapia básica periodontal
- Cirugia periodontal
- Exodoncia metodo abierto del 36
- Exodoncia del 11 Y 21
- TCC de,22,13,44

- Amalgama 14,15,16,26,27
- Nucleo de,22,13,44
- Corona 44,22,13
- Removable inferior y superior

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

- Terapia básica periodontal
- Cirugía periodontal
- Exodoncia metodo abierto del 36
- Exodoncia del 11
- TCC de 21,22,13,44
- Amalgama 14,15,16,26,27
- Núcleo de 21,22,13,44
- Corona 44
- Protesis fija 13-22
- Removable inferior

MANEJO ENDODONTICO DE PERFORACION RADICULAR

Las perforaciones se deben reconocer de manera temprana para evitar daño subsecuente a los tejidos periodontales.

Los signos de perforaciones incluyen:

- Dolor súbito durante determinada longitud de trabajo
- Aparición súbita de hemorragia
- olor quemante o un mal sabor durante la irrigación con hipoclorito
- Radiográficamente, lima en mala posición .

Hay dos clases de perforación

1. Lateral de la raíz

Si esta se localiza por encima de la cresta la reparación es favorable, esta se realiza con material de restauración convencional como amalgama, ionómero de vidrio o resina compuesta.

En ocasiones se requiere de curetaje periodontal para retirar excesos del material.

La perforación ubicada por debajo del hueso de la cresta casi nunca tiene un buen pronóstico, a menudo hay resección de la inserción y se forman bolsas periodontales.

La reparación interna de estas perforaciones con un agregado de trióxido mineral (ATM) parece proporcionar un buen sellado.

Perforación en la bifurcación

Es de dos tipos:

Directa, por lo general se presenta durante la exploración de los conductos con la fresa, puede ser accesible y pequeño y tener paredes delgadas, este tipo de perforación se debe reparar de inmediato con amalgama, IRM, cavit o ATM en un intento de sellar el defecto, el pronóstico es bueno.

Por desgaste, afecta el lado de la bifurcación en la superficie radicular- coronal y es resultado de un excesivo trabajo con limas Gates-Glidden, estas perforaciones son inaccesibles y requieren métodos mas complejos.

La secuela usual es inflamación seguida de creación de bolsa periodontal

Para esto hay tratamientos quirúrgicos, pero se prefiere realizar los no quirúrgicos.

Estas perforaciones son de mal pronóstico.

WALTON, Richard E, TORABINEJAD, Mahmoud

GINGIVOPLASTIA

Esta es una variante de la gingivectomia en la cual la mucosa adherida alrededor de los dientes se remodela para proporcionar contornos mas estéticos y funcionales.

La gingivoplastia puede realizarse con pinza para tejodo, instrumentos rotativos o con puntas electroquiurúrgicas, si se utiliza este último se debe tener especial cuidado de no tocar hueso ya que el calentamiento puede producir necrosis y la posible formación de secuestros de hueso desvitalizado.

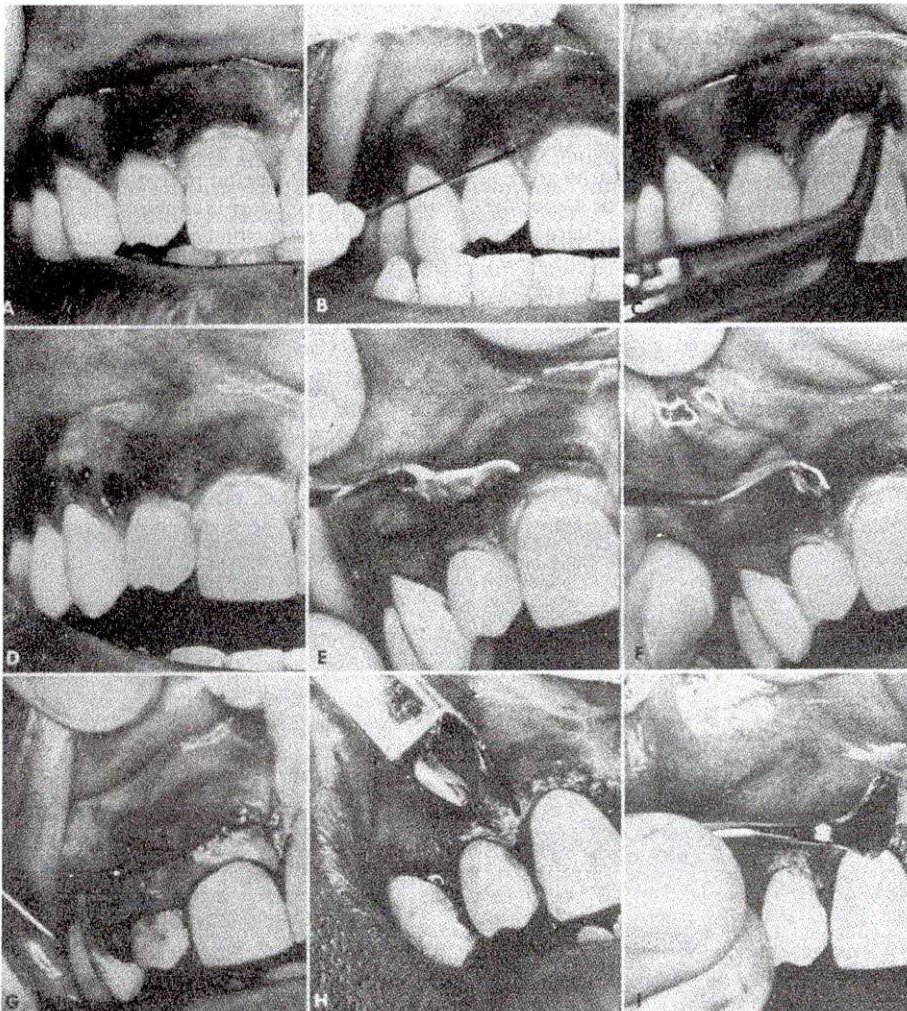
La gingivoplastia ha sido llevada a cabo experimentalmente con instrumentos crioquirúrgicos y con láser; sin embargo no se han establecido ventajas significativas de estos métodos sobre los tradicionales.

La epitelización de una herida por gingivectomia comienza a los pocos días después del procedimiento y se cxompleta usualmente entre 7 a 14 días.(Engler y col.,1966)

Después ocurre la regeneración de tejido conectivo supralveolar, dando como resultado una unidad gingival que tiene las características de la encia libre normal (Hamp y col.,1975)

Las heridas de gingivoplastia con frecuencia cicatrizan más rápido que las heridas por gingivectomia.

PROCEDIMIENTO DE GINGIVECTOMIA



- Se inyecta un anestésico local en el área mucogingival en palatino y vestibular, al realizar esto el tejido se hace mas firme y por lo tanto más fácil de contornear.
- Se marca con un marcador el sitio de la bolsa o donde se va a realizar la incisión, con el bisturí a 45° aproximadamente se realiza la primera incisión siguiendo las marcas.

El corte debe ser firme y debe extenderse por debajo del diente, posteriormente se realiza el corte interdental

- se levanta el tejido y se explora el tejido descubierto, se retiran cálculos.

Se usa hilo dental para desprender cualquier resto suelto.

- El margen gingival debe ser delgado y biselado.
- El tejido interdental debe ser de forma piramidal.
- Se debe sondear todo el contorno del diente para inspeccionar que no existan tejido suelto.
- Se usa piedra de diamante para homogenizar y pulir los márgenes gingivales.

Se pone apósito quirúrgico que cubra el área gingival.

BIBLIOGRAFIA

- ROBERT J. Genco, HENRY M. Golman, *Periodoncia Interamericana*, Mc Graw – Hill, México 1990
- WALTON, Richard E, TORABINEJAD, Mahmoud, *Principios Básicos de Endodoncia Interamericana* España 1994
- IANNUCCI J; Harina, JANSEN L. Laura, *Radiología Dental, Interamericana, México, 1997*