



CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO

Integrantes

MONICA ARCILA COD. 981228
DIEGO CRUZ COD. 972259
DIANEY FERREIRA COD. 001305
ALEGANDRO RICAURTE COD. 972212

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
BOGOTA D.C. OCTUBRE 2002

INTRODUCCIÓN

Con el aumento del número de pacientes que acuden a consulta odontológica debemos integrar en nuestro tratamiento las diferentes disciplinas. Es importante evaluar estos pacientes desde el punto de vista general, periodontal, quirúrgico, endodóntico, psicológico, etc, con el fin de satisfacer el mayor número de sus necesidades. También es primordial tener unos buenos diagnósticos que incluyen los exámenes periapicales completos, fotografías clínicas y exámenes complementarios que el paciente requiera.

La ínter consulta es el elemento más importante en estos casos para la elaboración y ejecución del plan de tratamiento.

OBJETIVO GENERAL

- Realizar restauraciones optimas planteando un enfoque interdisciplinarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Motivar al paciente que se realice una buena higiene oral
- Conocer los antecedentes familiares y personales del paciente
- Identificar cuales son los diagnósticos adecuados
- Realizar un tratamiento adecuado y satisfactorio para el paciente.
- Desarrollar un marco teórico propicio para el caso multidisciplinario a tratar.

Paciente: GLORIA TERESA CASTELLANOS

Edad: 31 años

Historia Clínica: 328551

Ocupación Oficios Varios

Motivo de Consulta Tratamiento de los dientes

ANAMNESIS

Antecedentes familiares: Abuela materna artritis

Antecedentes personales: Hospitalización y cirugía venas varices. Cefalea

HISTORIA ESTOMATOLOGICA:

Sangrado gingival: Si

Desarmonia oclusales: Si

Ruido particular: No

Dolor articular: No

Hábitos: No evidentes clínicamente

Prueba de vitalidad: Negativa del 15-13-24-25-34-44

TRATAMIENTO RECIBIDOS:

Periodoncia: Motivación, control de placa e instrucción de higiene oral, raspaje coronal y profilaxis

Cirugía oral: 11-16-17-18-28-35-36-37-45-46

Endodoncia: Tratamiento convencional de conductos del 15-13-24-25-34-44

Operatoria : Obturación en amalgama en: 14 (MOD), 25(MOD), 26 (MODVP), 27(OV),38 (O),47(O), 48(O)
Obturación en resina de foto curado: 12 (DP) , 21 (V), 22 (PD),26 (VYP)

Prostodoncia: Corona con preparación para removible 34-44

EXAMEN CRANEO MANDIBULAR:

Dolor muscular: No presenta

Dolor articular: No presenta

Ruido articular: No presenta

Limitación del movimiento: Presenta colapso de reborde y pérdida dimensión vertical.

DIAGNOSTICOS:

Diagnostico general: Paciente sistemicamente sano

Diagnostico periodontal: Gingivitis inducida por placa bacteriana

Factor etiológico primario: Placa bacteriana

Factor contribuyente: Higiene oral deficiente

Diagnostico endodontico: Zona radiopaca en área radicular del 15-13-24-25-34-44

Diagnostico parcial: Perfil ligeramente convexo

Hallazgos dentales: Arco superior: Forma de "U"

Arco inferior: Forma de "U"

Interarco: Clasificación de angle: No aplicable

Clasificación canina: Derecho: No aplicable

Izquierdo: Clase II

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL 1.

Periodoncia:	Terapia básica dirigido a la causa
Ortodoncia:	Superior correctiva de alineación y nivelación de dientes Inferior paralelizar los dientes pilares con técnica de Resorte.
Prostodoncia:	Coronas ferulisadas: 14-15 con preparación para removible P.P.F.13-21 C.C.C Preparación para removible 24-26 C.C.C 25

TRATAMIENTO IDEAL 2.

Periodoncia	Terapia básica dirigido a la causa
Ortodoncia	Superior correctiva de alineación y nivelación de dientes. Inferior paralelizar los dientes pilares con técnica de resortes.
Prostodoncia	Implantes dentales en 11-16-17-18-28-35-36-37-45-46

TRATAMIENTO REAL

Periodoncia:	Terapia básica
Ortodoncia:	Fija del 13-21, corona 15 y 24 con preparación para Removible. Prostodoncia removible superior e inferior.

MARCO TEORICO

GINGIVITIS

Es un proceso inflamatorio de la encía, en el cual, el epitelio de unión, aunque no modificado por la enfermedad, se une al diente en su nivel original, la porción mas apical del epitelio de unión se localiza en el esmalte en o cerca de la unión cemento esmalte (CES).

Gingivitis marginal

Es el padecimiento periodontal mas frecuente y puede representarse en cualquier sujeto debido a excesiva acumulación de placa en el margen gingival.

Se caracteriza por:

1. Cambios en el color, de rosa coral a rojo y rojo a azulado.
2. Cambios en la forma que en condiciones normales es delgado y con un borde afilado a edematosa en ocasiones con papilas interdetales abortadas.
3. Cambios en la posición gingival con el margen gingival abultado a cerca o en la protuberancia de la corona.
4. Cambios en la textura superficial, en ocasiones presenta en una superficie satinada y la perdida o reducción del puntilleo gingival y perdida de las

hendiduras interdenciales y marginales libres, y 5 hemorragia espontánea, o bajo una leve presión o bien, existencia de exudado purulento proveniente del surco gingival. La gingivitis casi siempre se relaciona con la acumulación de placa en o cerca del margen gingival, casi nunca causa dolor, aunque con frecuencia, el paciente está consciente de la tumefacción, enrojecimiento y hemorragia en la encía.

5. Las características histológicas dominantes de la gingivitis, indican que es una enfermedad inflamatoria por naturaleza, cuya peculiaridad es la infiltración de células inflamatorias redondas en el tejido conectivo gingival y alteraciones epiteliales, aumento de los espacios intercelulares e infiltración de células inflamatorias en el epitelio de unión. Puede existir edema con tumefacción gingival lo que da por resultado la formación de bolsas falsas gingivales. No obstante, no hay pérdida de inserción conectiva periodontal, ya que la extensión apical del epitelio de unión se encuentra en su posición original, en o cerca de la CEJ (figs., 4-1, A; 4-2 y 4-3), las bolsas falsas o gingivales son diferenciables de las verdaderas en la que el borde apical del epitelio de unión migra hacia apical desde la CEJ. La evaluación clínica de la pérdida de inserción se basa en sondeo periodontal, puesto que para el diagnóstico no es posible utilizar de modo rutinario la de tipo histológico. Si mediante las pruebas se detecta pérdida de la inserción periodontal (la punta de la sonda es apical a la CEJ), se concluye que hay periodontitis que a menudo, no siempre, se acompaña de evidencia radiográfica de la pérdida de la cresta alveolar, aunque esto sucede, cuando la gingivitis no

se ve afectada por la periodontitis. La acumulación de placa supragingival en el margen gingival, ocasiona la gingivitis más frecuente: De aquí que le llame gingivitis marginal o inducida por placa.

Numerosos trastornos sistémicos influyen de manera notable en la gingivitis y otras alteraciones gingivales. La gingivitis que se relaciona con alteraciones sistémicas es relativamente rara en comparación con la gingivitis común que se puede presentar en individuos sanos. El tipo de gingivitis que nos ocupa, en ocasiones produce cambios en verdad dramáticos: Anormalidades sanguíneas que a menudo prerrentan el primer indicio de enfermedades sistémicas.

La encía es muy sensible a ciertos fármacos, en ocasiones reacciona con agrandamientos y sobre crecimiento; a veces este es tan excesivo, que alcanza a cubrir las coronas dentales, entorpece la masticación o causa desplazamiento dental. Desde hace tiempo se conoce que la fenitoina, l medicamento administrado para el tratamiento de la epilepsia, produce dicho sobre crecimiento.

Las dehidropiridinas, incluyendo la nifedipina (procardia), suministradas a pacientes cardiacos, así como la ciclosporina, fármaco inmunodamamiento gingival (Fig. 4-1,H).

CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA PREMATURA DEL MANDIBULAR Y SU TRATAMIENTO CORRECTIVO INTEGRANDO ORTODONCIA Y PRÓTESIS:

- Serie de eventos que ocurren posteriormente a la pérdida de molares mandibular (1,2).
 1. Migración distal de premolares
 2. Extrusión de molares superiores (fig. No. 2)
 3. Forma gingival alterada en donde se perdió el molar
 4. defectos infraóseos en mesial del molar inclinado (fig No 1)
 5. Rebordes marginales desiguales
 6. Impactación de alimentos
 7. Colapso posterior de la mordida

PROBLEMAS PRODUCIDOS POR LA PERDIDA PREMATURA DE MOLARES MANDIBULAR (1,2)

1. Inadecuado paralelismo entre dientes pilares que deben ser preparados.
2. Excesivo desgaste dentario durante la preparación, que puede involucrar la pulpa.
3. Oclusión comprometida
4. Espacio inadecuado para ponticos
5. mala distribución de cargas oclusales en dientes con compromiso periodontal.

SECUENCIA DE TRATAMIENTO

Una vez que se controlan los factores periodontales y oclusales se procede a realizar el movimiento ortodontico de los molares inclinados. Es importante decidir si se piensa extraer el tercer molar o si se piensa mantener este diente en el arco, esto esta en intima relación con el movimiento que queremos realizar con el segundo molar mandibular inclinado, es decir si queremos hacer la colección por distalización de la corona o por enderezamiento radicular.

El esquema típico de tratamiento incluye la desarticulación de los molares que vamos a enderezar mediante el uso de hawley superior con un plano de acrílico anterior, introducido por Amsterdam (2), con el de facilitar el movimiento dentario y permitir que el cambio óseo acompañe al cambio dentario durante el enderezamiento. Así mismo para evitar que el molar que estamos enderezando entre en trauma de oclusión realizamos ajuste de oclusión por desgastes selectivos, pues siempre si este se lleva hacia distal tiende a extruirse.

Se coloca la aparatología seccional postero - inferior en el cuadrante que sea necesario (fig No 3 y fig No 4), también mantenemos el ancho intercanico mediante el uso de un arco lingual inferior.

Una vez que tengamos nuestro segmento alineado podemos resortes de enderezamiento que nos ayuden en la corrección que estamos realizando (3).

Una vez finalizada la corrección la mantenemos mediante el uso de barras fijas (1,2), para evitar que estos molares regresen a su posición original posteriormente referimos al paciente a su protesista para ser restaurado con el fin de devolverle integridad de arco (4).

Es fácil observar como mejoran las características locales (fig. No 5), una vez realizado el enderezamiento del molar inclinado, previamente es un procedimiento corto (apenas toma unos seis meses), que brinda grandes ventajas tanto al paciente como al clínico que tiene que restaurarlo.

Finalmente la protesista realiza la restauración que considere adecuada, tomando en cuenta el número de dientes que faltan, las características oclusales y musculares del paciente, factores óseos locales y factores económicos del paciente.

ESQUEMA OCLUSAL PARA PACIENTES QUE REQUIEREN ORTODONCIA Y PRÓTESIS:

A continuación vamos a presentar un leve esquema para pacientes ortodóncicos, con el fin de lograr estabilidad a largo plazo de la corrección y óptima función ortopédica de la articulación temporomandibular lo cual se traducirá en un sistema oclusal eficiente (4,7,20).

Para fines de simplificar el tema vamos a separar los objetivos de la terapia oclusal ortodóntica en morfológicos y funcionales.

OBJETIVOS MORFOLÓGICOS DEL PACIENTE TRATADO CON ORTODONCIA

1. Relación molar y canina clase I bilateral
2. La línea dentaria media del maxilar superior debe coincidir con el plano medio sagital facial y la línea dentaria media mandibular.
3. Una óptima sobre mordida horizontal de 1 mm.
4. La sobre mordida vertical (overbite) no debe exceder un tercio de la longitud de la corona del incisivo inferior.
5. La forma del arco dentario debe ser simétrica, con el arco superior coordinado con el arco inferior.
6. Inclinaciones y abulaciones en cada diente en el arco dentario.
7. Rebordes marginales coincidentes en los dientes posteriores
8. Dientes en íntimo contacto sin rotaciones ni espaciamientos
9. Suave Curva de Spee (2mm u curva de Wilson ideal)
10. Perfecto paralelismo radicular esto es especialmente en los casos que requieren de extracciones dentarias.

OBJETIVOS FUNCIONALES EN EL PACIENTE TRATADO CON ORTODONCIA

1. Las cúspides de soporte de los dientes posteriores deben ocluir con los rebordes marginales o la fosa central de los dientes antagonistas. Contactos más pronunciados con los dientes posteriores en oclusión céntrica.
2. En las excursiones mandibulares los dientes anteriores protegen a los posteriores (concepto de guía canina y guía incisiva).
3. En relación céntrica a los condilos se encuentran en su posición más antero- superior la cual es la posición músculo- esquelética más estable del sistema en esta posición existe un contacto simultáneo de todos los dientes posteriores.
4. Estabilidad oclusal determinan por la distribución de fuerzas en el eje axial de los dientes.

En condiciones es lógico obtener todos nuestros objetivos si implementamos nuestra terapia de forma apropiada y siguiendo los principios oclusales básicos. Pero existen casos en los cuales se presentan pacientes mutilados con pérdidas óseas por problemas periodontales y pérdida de un número importante de piezas dentarias en los cuales debemos modificar nuestros objetivos básicos y entender que va a ser muy difícil cumplir con todos los criterios ideales (sobre todo de tipo morfológico). Así como debemos incluir otros objetivos en nuestra terapia ortodóncica con el fin de mejorar las condiciones locales y trabajar en equipo con el periodoncista y protesista.

OBJETIVOS ESPECIALES EN PACIENTES MUTILADOS CON COMPROMISO PERIODONTAL DONDE SE REQUIERE TRATAMIENTO ORTODONCICO COMBINADO CON PRÓTESIS PERIODONTAL:

1. Paralelismo de dientes pilares en casos de ortodoncia pre- protesica .
2. Distribución estratégica dentaria en caso s mutilados: Intra- arco e Inter.- arco
3. Redistribución de fuerzas oclusales
4. Establecimiento de espacio Inter.- proximal adecuado para optima salud periodontal.
5. Establecimiento de paradas oclusales posteriores esentrica para restablecimiento del esquema oclusal
6. Establecimiento de plano oclusal apropiado con guía incisiva y dimensión vertical satisfactoria
7. Mejoramiento de la corona – raíz
8. Establecimiento de competencia labial como objetivo estético
9. Establecimiento de condiciones ideales para el mantenimiento periodontal alargo plazo de dientes comprometidos a través del mejoramiento de las condiciones locales por ortodoncia.

Desde el punto de vista funcional también debemos modificar nuestros objetivos oclusales en pacientes adultos con desgaste dentario pronunciado, sobre todo en lo relacionado a la guía canina en las excursiones laterales de la mandíbula, la

cual muchas veces es sustituida por una función parcial anterior de grupo (en la cual intervienen en el canino y los premolares). 16.

Tratamiento Interdisciplinario Ortodoncia –Implantes Oseointegrados:

En la actualidad se han integrado las especialidades de Ortodoncia e Implantología, entre los principales movimientos ortodónticos para facilitar la colocación de implantes tenemos el procedimiento de erupción forzada ortodóntica de un diente cuya extracción esta indicada, con el objetivo que mientras extruimos el diente el hueso lo acompañe y con esto logramos aumentar el volumen óseo previo a la colocación de implantes (12, 13, 14), en vez de realizar su Exodoncia convencional (con la cual perdería hueso), realizamos una Exodoncia controlada mediante la extrusión ortodóntica y así ganamos hueso donde colocar nuestros implantes (12, 13, 14).

Así mismo podemos utilizar la ortodoncia previo a la colocación de implantes para enderezar dientes vecinos inclinados, con lo cual tendremos un sitio adecuado para la colocación del implante sin el riesgo de lastimar los dientes vecinos (15).

EXISTEN DIFERENTES TÉCNICAS PARA DETERMINAR LA DIMENSION VERTICAL

- Distancia alveolar basada en la estabilidad de la papila del rafe medio palatino que apenas sufre cambios en su localización cuando se producen reabsorciones naturales en la remodelación de las crestas alveolares. Esta técnica puede tener un cierto valor al principio de la dentación, pero debido a la remodelación alveolar y aumento de las distancias con el tiempo, no es la más apropiada.
- Paralelismo de las crestas alveolares, considerando que las crestas alveolares son paralelas o con una inclinación posterior de 5°. Esta técnica se usa si no existen contraindicaciones estéticas o funcionales.
- Proporciones faciales basada en la relación existente entre diferentes partes de la cara. Wils señala que la distancia entre pupila y comisura labial es igual a la distancia entre la base de la nariz y la del mentón. McGee señala que la distancia nasomentoniana es igual a la distancia nasoglabelar. Esta técnica es una de las más utilizadas para determinar la dimensión vertical y de la cual nos valemos en nuestro caso clínico.
- Mediante la acción muscular, que se registra con un dispositivo por la presión masticatoria efectuada mediante la separación de los maxilares. Es una técnica poco práctica ya que es imprescindible disponer de un electromiógrafo.

- Valoración radiológica, midiendo el tercio facial inferior en las teleradiografías laterales.
- Valoración fónica, colocando rodillos en boca muy próximos para poder pronunciar apropiadamente determinadas letras como ch, s o m.
- Valoración estética, mediante el estudio de la piel de los labios en comparación con la de otras parte de la cara, puesto que el tono tisular debe ser el mismo.
- Posición fisiológica de reposo, en el cual los músculos elevadores y depresores se encuentran en equilibrio tonal. Para medirla, previamente se fatigan los músculos implicados y después se obtiene una relajación de descanso que permite localizar la dimensión vertical de reposo.
- Valoración de la deglución, para determinar la dimensión vertical oclusal, ya que durante la deglución existe contacto dentario y la mandíbula se sitúa a una altura que coincide con la dimensión vertical oclusal. La pérdida de dientes, ya que sea por caries, periodontitis o traumas, es característico de la existencia del ser humano sobre la tierra, y desde tiempos remotos se han buscado procedimientos para repararlos y reestablecer tanto la estética como la función perdida.
- En cuanto a la prótesis inmediatas Boucher las definió como "Aquellas que se confeccionan antes de la extracción de los dientes y se colocan inmediatamente después de su remoción.

La prótesis inmediata se construye sobre modelos recortados, no reproduciendo fielmente la situación presente en boca a la hora de su colocación, por lo cual, este tratamiento no debe representarse como definitivo sino como una solución temporal.

La prótesis completa inmediata debe ser considerada como una solución terapéutica para el paciente parcialmente desdentado, cuyo diagnóstico supone la necesidad de extraer toda la piezas dentarias de una o más o ambas arcadas.

El principal objeto de la prótesis inmediata, es evitar que el paciente permanezca sin dientes desde su extracción hasta la elaboración de la prótesis definitiva, favoreciendo así las características funcionales, estéticas y psicológicas.

CONCLUSIONES

Todas las disciplinas deben integrarse y trabajar en equipo, para la obtención de nuestras metas para poder tratar de forma integral a nuestros pacientes. Es importante en adultos que tendrán un tratamiento de ortodoncia evaluar aspectos psicológicos y todo lo referente a la articulación temporomandibular, con el fin de tratar todas las condiciones de quienes requieren de nuestra actuación. Es importante planificar aquellos casos que requieren implantes oseointegrados tomando en cuenta todas las ventajas que el movimiento ortodóntico brinda para mejorar el volumen y la condición ósea local.

En algún caso en que no podamos hacer ortodoncia o implantes por situación económica del paciente, sería adecuado prostodoncia fija o removible.