

ODONTOLOGIA INTEGRADA IV
PRESENTACIÓN DE CASOS CLINICOS SEDE CENTRO

Dra. DIANA GUZMÁN
DIRECTORA DE CLINICAS

Presentado por:

CARLOS BERMÚDEZ Cod. 981091
ANGELA FONSECA Cod. 981283
KARINA LOPEZ Cod. 982103
JOHANA MURILLO Cod. 982120
MAYERLI JARAMILLO Cod. 992301

DECIMO SEMESTRE

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTA, OCTUBRE DE 2002

INTRODUCCIÓN

Se ha considerado de vital importancia para los estudiantes de odontología el conocimiento de la necesidad de tratamiento de la población colombiana. Es por esto que en el estudio de cada caso clínico es indispensable no solo elaborar un plan de tratamiento adecuado al bolsillo del paciente y a la facilidad para el operador, sino además dejar establecidas las opciones más ideales para restaurar íntegramente a cada uno de ellos.

En el presente caso clínico se especifica las opciones de tratamiento que aunque algunas requerirán buena parte de tiempo, es un tratamiento ideal que amerita todo tipo de estudio.

El tratamiento realizado a la paciente dejó satisfecha la necesidad de tratamiento y su estética mejoro bastante.

OBJETIVOS

1. Conocer las necesidades de tratamiento de los pacientes
2. Identificar las diferentes soluciones restaurativas que pueden realizarse en cada caso clínico
3. Relacionar las diferentes áreas de la odontología con la rehabilitación oral
4. Programar actividades tendientes a la solución
5. Aplicar la relación en cada tratamiento entre salud y restauración.

TABLA DE CONTENIDO

TITULO	PAG.
INTRODUCCIÓN	
OBJETIVOS	
PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO	1
I. TRATAMIENTO IDEAL	5
1. PERIODONCIA	5
1.1 TERAPIA BASICA	5
Objetivos de raspado y alisado radicular	5
Movilidad	6
Gingivitis marginal	6
Periodontitis	7
Evaluación de la periodontitis	7
Clasificación	7
Características	7
2. CIRUGIA ORTOGNATICA	8
2.1 DEFINICION	8
2.2 PROPOSITO	8
2.3 INDICACIONES	8
PROGNATISMO	9
2.4 TECNICA QUIRÚRGICA	10
3. SOBREDENTADURAS	11
3.1 DEFINICION	11

3.2 INDICACIONES	11
3.3 CONTRAINDICACIONES	12
3.4 OBJETIVOS	12
3.5 VENTAJAS	12
3.6 DESVENTAJAS	12

4. IMPLANTES 14

Sistema de implantes de tornillo con roció de plasma de titanio 14

4.1 INDICACIONES 14

IMPLANTOLOGIA LASER Y SUS APLICACIONES 15

4.2 PROCEDIMIENTO 16

4.3 PARAMETROS DE ÉXITO DE UN IMPLANTE 16

II TRATAMIENTO A REALIZAR 17

1. PERIODONCIA 17

1.1 TERAPIA BASICA 17

2. CIRUGIA 18

2.1 CIRUGIA DE CALDWELL-LUC A NIVEL DEL 16 18

2.2 INDICACIONES 18

2.3 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO 18

3. PROSTODONCIA TOTAL SUPERIOR 20

3.1 DEFINICION 20

3.2 OBJETIVOS 20

3.3 CUALIDADES FUNCIONALES DEL APARATO PROTESIC O 20

SELLADO PERIFÉRICO 21

3.4 EXAMEN EXTRAORAL 21

3.5 EXAMEN INTRAORAL 22

3.6 CRITERIO DE UN REBORDE DESDENTADO IDEAL 23

3.7 PASOS CLINICOS 23

4. PRÓTESIS PARCIAL FIJA A NIVEL DE 35-37, 45-47	25
4.1 DEFINICION	25
4.2 DIAGNOSTICO	25
4.3 VALORACION DE LOS PILARES	25
4.4 PRINCIPIOS FISICOS DE LA RETENCION	26
4.5 CLASIFICACION DE LOS RETENEDORES	26
4.6 PARALELISMO	27
4.7 VIA DE INSERCIÓN	27
4.8 REQUISITOS	27
4.9 INDICACIONES	28
4.10 CONTRAINDICACIONES	28

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

CASO CLINICO

NOMBRE: MARTHA
APELLIDOS: DIAZ BARCENAL
No CEDULA: 63.325.540 de Bucaramanga
DIRECCIÓN: Calle 50 # 31-71
TELÉFONO: 2093575
EDAD: 38 Años
SEXO: Femenino
RAZA: Blanca
ESTADO CIVIL: Casada
OCUPACIÓN: Hogar
PESO: 56 Kilos
RH: O-
ESTATURA: 1.50 cms
TEMPERATURA: 37°C
PRESION ARTERIAL: 120/72 mm/Hg
FRECUENCIA CARDIACA: 72 Pulsaciones por minuto.
MOTIVO DE CONSULTA: Paciente refiere "para que me arregle la caja que se me Partió".

ANAMNESIS

HISTORIA MEDICA FAMILIAR: su padre murió de infarto de miocardio.
HISTORIA MEDICA PERSONAL: Gastritis controlada
ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: sin ninguna complicación en tratamientos Anteriores.
HIGIENE ORAL: regular

HISTORIA ESTOMATOLOGICA

	SI	NO
Dolor musculos masticadores		X
Dolor ATM		X
Ruido ATM		X
Alteración en el movimiento		X
Habitos		X
Xerostomia		X
Odontalgia		X
Dolor/Ardor tejidos blandos		X
Sensibilidad dentaria		X
Sangrado gingival	X	
Halitosis		X

Examen Fisico Oral

	N	A
Labios	X	
Carrillos	X	
Surco vestibular	X	
Gingiva	X	
Reborde alveolar		X
Lengua	X	
Piso de boca	X	
Frenillos	X	
Paladar duro	X	
Amigdalas/Orofaringe	X	
Glandulas salivares	X	

EXAMEN DE MOVIMIENTO MANDIBULAR

Apertura: 45 mm

Protrusion: N.A

Lateralidad I: N.A

Lateralidad D: N.A

CLASIFICACION ESQUELÉTICA: Seudo clase III por atrofia del Max. Sup. Por
Perdida prematura de dientes.

ASIMETRÍA FACIAL: Sí

LINEA MEDIA DENTARIA: No Aplicable

APIÑAMIENTOS: No Presenta

FACETAS DE DESGASTE: 33,43,23

EXAMEN PERIODONTAL

	N	A
Encia		X
Color		X
Margen		X
Consistencia		X
Textura		X
Grosor		X
Contorno		X
Papilas		X
encia adherida		X

	SI	NO
Calculos	X	
Sangrado	X	
Supuracion		X
Movilidad	X	
Fremito		X

EXAMEN DENTARIO

Sanos a nivel de: 31-34, 41-44

Ausencia a nivel de: 18, 17, 15-22, 24-27, 36, 37, 46

Caries a nivel de: 16, 23, 28, 35, 45, 47

Movilidad a nivel de: 16, 23

DIAGNOSTICO

GENERAL: Gastritis

ORAL, TEJ. BLANDOS Y OSEOS: Ninguno

PERIODONTAL: Periodontitis del adulto

Gingivitis marginal generalizada

DENTAL: Caries activa a nivel de 23

Caries recurrente a nivel de 16, 28, 35, 45

Ausencia dental de 18,17,15-22, 24-27, 36,37,46

I. TRATAMIENTO IDEAL

1. PERIODONCIA

1.1 TERAPIA BASICA

- 1.1.1 Motivacion del paciente
- 1.1.2 Control de placa bacteriana
- 1.1.3 Enseñanza de higiene oral
- 1.1.4 Curetaje y alisado radicular
- 1.1.5 Eliminación de factores retentivos de placa bacteriana
- 1.1.6 Control de oclusion
- 1.1.7 Profilaxis

OBJETIVOS DEL RASPADO Y ALISADO RADICULAR

- Supresión o eliminación de la microflora periodontal patógena y reemplazo con flora que se encuentra en salud.
- Conversión de bolsa patológicas inflamadas, hemorrágicas o supurativas a tejido gingival sano.
- Reducción de una bolsa patológica profunda a un surco gingival superficial y sano.

- Aportar una superficie radicular compatible con el restablecimiento de tejido conectivo y adhesión epitelial sanos como se manifiesta mediante el mantenimiento del sondeo de nivel de inserción o la ganancia coronal en él.

MOVILIDAD

Es una medida de desplazamiento dental en sentido horizontal y vertical creado por fuerza del examinador. Las puntas romas de dos instrumentos dentales se colocan en la superficie vestibular y lingual del mayor contorno del diente y se aplica fuerza en dirección vestibulolingual. La movilidad horizontal se evalúa al comparar un punto fijo del diente contra uno del diente adyacente. Es clase I, II, III como sigue:

Clase I: movilidad menor de 1mm

Clase II: movilidad de 1 a 2 mm

Clase III: movilidad mayor de 2 mm

CAUSAS:

Trauma Oclusal

Perdida considerable de hueso.

La clasificación de la paciente del presente caso clínico es clase II, ya que presenta una movilidad de 1-2 mm.

GINGIVITIS MARGINAL

Es la inflamación de la encía marginal causada por el excesivo acumulo de placa bacteriana.

Características:

- cambio de color: de rosa coral a rojo-rojo azulado
- cambio en la forma: en condiciones normales es delgada y con borde afilado y pasa a edematosa en ocasiones con papilas interdentes abultadas.
- cambio en la posición gingival: con el margen gingival abultado cerca o en la protuberancia de la corona.

- cambio en la textura superficial: en ocasiones presenta una superficie satinada y la pérdida o reducción de puntilleo gingival y pérdida de las hendiduras interdenciales y marginales libres.
- hemorragia o sangrado espontáneo: es una presión o existencia de sangrado proveniente del surco gingival.

PERIODONTITIS

Es la migración del epitelio de unión sobre la superficie radicular apical, los cambios de tejido conectivo que se observan en la lesión establecida se diseminan en dirección apical así que las fibras colágenas dentogingivales y dentoalveolares se observan afectadas.

La respuesta inflamatoria aguda en el tejido conectivo de la base del surco gingival ocurre en dos o cuatro días si la placa bacteriana se sigue acumulando en contacto con el epitelio gingival, la respuesta se detecta histológicamente y antes de cualquier signo clínico.

EVALUACIÓN DE LA PERIODONTITIS

- Radiografía periapical: para evaluar pérdida ósea
- Sondaje: para determinar el nivel de inserción, resecciones y extrusiones.
- Antecedente familiar
- Higiene oral y dieta
- Diagnostico dental.

CLASIFICACION

- LEVE: es cuando se ha perdido 1-2 mm de inserción
- MODERADA: es cuando se han perdido 3-4 mm de inserción
- SEVERA: es cuando se han perdido 5 mm o más de inserción.

CARACTERÍSTICAS

- Pérdida clínica de inserción
- Pérdida de hueso alveolar

- Presencia de bolsas periodontales
- Inflamación gingival (edema, eritema, aumento de la temperatura del surco)
- Movilidad dental, la cual puede llevar a expoliación.

2. CIRUGÍA ORTOGNATICA

2.1 DEFINICION

Es usualmente el tratamiento adecuado en casos donde el problema de mordida es tan severo que solo el tratamiento con brackets no es suficiente para corregirlo, o en donde la ortodoncia sola comprometerá la apariencia facial del paciente. La cirugía debe ser evitada en algunos adolescentes en crecimiento y con brackets, ya que se puede corregir el patrón de crecimiento durante este periodo, sin embargo esta opción es limitada para pacientes adultos.

2.2 PROPOSITO

El propósito de la cirugía ortognatica es corregir los problemas funcionales y estéticos que son ocasionados fundamentalmente por deformidades esqueléticas.

2.3 INDICACIONES

- 2.3.1 Problemas en la masticación
- 2.3.2 Problemas en la fonética
- 2.3.3 Disfunción de los músculos faciales
- 2.3.4 Atrofias del maxilar
- 2.3.5 Trauma oclusal y periodontal

El propósito de la fase prequirúrgica en ortodoncia esta encaminada a:

- Alinear apiñamiento
- Descompensar los incisivos (alinearlos dentro de su hueso basal)
- Coordinar los dientes para que puedan encajar luego de realizada la cirugía.

La cirugía prequirúrgica tarda de 6-18 meses, dependiendo de las necesidades. Durante su tratamiento se tomaran impresiones con el objetivo de evaluar progresivamente la alineación dental.

El propósito de la fase post-quirúrgica en ortodoncia esta encaminada a:

- Alinear
- Corregir

PROGNATISMO

El prognatismo mandibular es un defecto óseo común que se presenta desde el desarrollo y crecimiento y que tiene un origen multifactorial, debido tanto a factores ambientales y hereditarios, tendencia familiar así como de hábitos bucales.

La mandíbula va a ser más grande de lo normal, el ángulo que se forma entre la rama y el cuerpo también tiene influencia en la relación de la mandíbula con el maxilar superior, así como la altura de la rama, los pacientes tienden a tener ramas mas largas, las cuales forman un ángulo menos pronunciado con el cuerpo de la mandíbula. La longitud de la rama puede estar asociada con el crecimiento del condilo. Por lo tanto tendremos como consecuencia un prognatismo a expensas del cuerpo, rama o ambos.

Encontraremos entonces los siguientes datos:

- aumento en la altura de la rama
- aumento en la longitud del cuerpo
- aumento en el ángulo gonial
- colocación anterior de la fosa glenoidea
- eminencia mentoniana prominente
- contornos variables en tejidos blandos

El prognatismo mandibular puede acompañarse o no de defectos en el mentón, como exceso en su dimensión vertical y/o déficit anteroposterior.

El diagnostico debe realizarse tanto clínico como radiográfico. El protocolo de atención incluye:

1. elaboración de historia clínica
2. toma, montaje y análisis de modelos de yeso de ambos maxilares
3. registro de mordida en cera
4. toma de cefalogramas posteroanterior y lateral, así como radiografía panorámica
5. fotografía clínica que incluye tomas intra y extraorales, frente y perfil.

Se analizara forma, tamaño y posición de los órganos dentarios, así como la relación entre ambas arcadas, destacando mordida clase III de angle en molares y caninos.

Las técnicas quirúrgicas son variadas y dependerán del tipo y severidad del prognatismo, así como de la preferencia y habilidades del cirujano.

2.4 TÉCNICA QUIRÚRGICA:

2.4.1 asepsia y antisepsia: colocación de campos estériles

2.4.2 anestesia general: por medio de intubación nasotraqueal

2.4.3 incisión de la línea media de canino a canino a 2 mm por arriba de la línea labial

2.4.4 se realiza disección del borde mandibular

2.4.5 se realiza osteotomía horizontal

2.4.6 previa medición con compás de toniano

2.4.7 sutura

2.4.8 indicaciones.

NOTA:

Lo ideal es realizar la cirugía ortognatica con el fin de tratar de pasar de clase III a clase I esquelética.

Debido a que presenta neumatización del seno maxilar, realizar un levantamiento del seno para poder pensar en realizar implantes

3. SOBREDENTADURAS

3.1 DEFINICION

Las sobredentaduras son prótesis dentales completas o parciales confeccionadas sobre los dientes presentes en los maxilares soportados por ellos, en conjunto con la mucosa residual.

Desde el primer informe en la literatura el año 1983 hasta hoy día, la rehabilitación por medio de implantes oseointegrados ya es una realidad indiscutible en nuestra profesión. Una adecuada indicación, junto con un tratamiento bien logrado, aseguran muchos años de confort y bienestar a nuestro paciente.

Una de las posibilidades de rehabilitación es la sobredentadura. Por el hecho de ser una rehabilitación removible no se ha valorado en plenitud. La relativa solución que brinda ha hecho incluso que se denomine como un tratamiento de oseointegración “abreviado”. Esta ampliamente estudiadas las ventajas obtenidas, del punto de vista funcional, en aquellos pacientes portadores de prótesis removibles sobre dientes y/o raíces conservadas.

3.2 INDICACIONES:

- 3.2.1 para corregir defectos adquiridos y para prolongar la vida de los dientes restantes,
cuya retención de otra forma sería dudosa.
- 3.2.2 cuando existen dientes remanentes, con un estado periodontal óptimo y colocados en situación adversa para efectuar prótesis fija y removible, manteniéndolos así en boca.
- 3.2.3 en pacientes con defectos congénitos como paladar hendido, disostosis cleidocraneana y en pacientes clase III de angle no operable ni tratable ortodónticamente.
- 3.2.4 cuando se deben evitar las exodoncias en pacientes irradiados.

3.3 CONTRAINDICACIONES

- 3.3.1 estados avanzados de enfermedad periodontal de difícil recuperación.
- 3.3.2 pacientes que no sean colaboradores en cuanto a higiene oral y no puedan visitar periódicamente al odontólogo para así realizarles controles periódicos.
- 3.3.3 pacientes demasiado propensos a la caries, los cuales pueden fácilmente hacer recurrencia de caries que afecte la estructura dentaria. La cual es pieza fundamental de una sobredentadura.

3.4 OBJETIVOS:

- 3.4.1 el principal objetivo de una sobredentadura es el de disminuir la reabsorción del hueso alveolar que esta presente para darle el soporte a los dientes.
- 3.4.2 al mantener los dientes permanentes, la prótesis permite resistir cargas oclusales mucho mayores.
- 3.4.3 mantener los reflejos propioceptivos, ya que el paciente al portar sus dientes en el alveolo, van así a conservar intacta la membrana periodontal, la cual preserva los impulsos propioceptivos que transmite el ligamento periodontal.

3.5 VENTAJAS:

- 3.5.1 tratamiento más rápido, económico, el cual devuelve la función, el aspecto estético
se conserva estable el hueso alveolar y las estructuras de soporte de sus dientes, devolviendo la propioceptividad.
- 3.5.2 la sobredentadura ofrece una base estable, así se mejora la oclusión y aumenta la comodidad del paciente, lo que no se puede lograr con una prótesis total convencional. Además se reduce el trauma que produce el acrílico de las prótesis en los tejidos de soporte.

3.6 DESVENTAJAS:

- 3.6.1 el contorno de la sobredentadura es a veces exagerado
- 3.6.2 el estado de salud periodontal de los dientes de soporte

- 3.6.3 problemas óseos antes o después de la sobredentadura, muchas veces ocasionadas por el contacto estrecho entre el borde de la dentadura y el tejido subyacente
- 3.6.4 Propensión a la caries por parte del paciente.

4 IMPLANTES

SISTEMA DE IMPLANTES DE TORNILLO CON ROCIO DE PLASMA DE TITANIO:

Los tornillos RPT se indican solo para la colocación en la sínfisis mandibular, anterior a la región de forámenes mentonianos. El espacio mínimo requerido para alojar un implante RPT es de 6.0 mm en sentido horizontal y 9 a 10 mm en sentido vertical. El tornillo RPT está indicado en la mayor parte de las clase 1 y 2 y en algunas mandíbulas clase 3.

El resto de la clase 3 y clase 4 presentan dimensiones óseas insuficientes o requieren procedimientos de vestibuloplastia concomitante para adecuar el labio, mentón y contornos de tejido blando con el fin de obtener el diseño protésico y rehabilitación apropiadas.

4.1 INDICACIONES:

- 4.1.1 pérdida ósea mandibular de moderada a grave en una mandíbula edéntula total
- 4.1.2 dificultad en el funcionamiento con una prótesis mandibular convencional
- 4.1.3 altura vertical media sinfisiaca de 9 mm o más
- 4.1.4 dimensión ósea horizontal de 6 mm o más
- 4.1.5 posición superior del tubérculo geni arriba de la cresta residual de la mandíbula
- 4.1.6 problema grave de mordaza relacionada con la deficiente estabilidad, retención o ambas, de la prótesis.

Los tornillos RPT están disponibles en cinco longitudes: 8, 11, 14, 17, y 20 mm. Los tornillos tienen cabeza, cuello, hombro y cuerpo de rosca con punta de autoconexión. La cabeza tiene un área de rosca interna de 5 mm de profundidad y 2 mm de diámetro que acepta un tornillo oclusal de 4 u 8 mm, que ancla la superestructura en una posición fija sobre las cabezas de los pilares.

IMPLANTOLOGIA LASER Y SUS APLICACIONES

El implante es un sistema instalado en el hueso alveolar remanente, con el objetivo de reproducir la función de una o más raíces dentarias que se perdieron.

El protocolo de un sistema de implante involucra dos etapas diferentes:

1. Etapa Quirúrgica: cuando son instalados los tornillos o cilindros (implantes)
2. Fase Protésica: cuando se elabora la prótesis sobre el implante o los implantes.

La gran mayoría de los implantes de última generación, en odontología contemporánea, son fabricados en titanio, ofreciendo altísima resistencia y un altísimo grado de biocompatibilidad.

Una vez instalados en el organismo, se produce una oseointegración, esto es, luego de una serie de etapas biológicas se promueve una conexión rígida entre el tejido óseo íntegro vivo y la superficie del implante. Este proceso puede tardar de 4 a 6 meses, en este período, los implantes permanecen dentro del hueso.

Dentro de las aplicaciones de los diferentes láseres se ha propuesto su utilización en la segunda fase quirúrgica, en aquellos casos en que se podría utilizar el bisturí circular para exponer el tapón de cicatrización del implante. Se cree que cualquier técnica que desperdicie encía queratinizada debe ser valorada individualmente según el caso, ya que lo más usual es que siempre se intente conservar este tipo de encía al máximo.

La emisión de radiación del láser de los diodos ha sido conocida por muchos años. Solo recientemente los sistemas de láser se ponen a disposición con una emisión en el rango infrarrojo cercano entre 800-1000 nm y tienen el poder suficiente para clasificarlos dentro de la clase 4 de láseres.

Para una aplicación dada del láser, la longitud de onda es el criterio crítico aparte de la potencia, el láser diódico emite en 980 nm.

La absorción en el agua por el diodo es cuatro veces superior al Nd: YAG. Además, la absorción en el tejido pigmentario está particularmente dada por la oxihemoglobina.

Una característica importante del láser es la reducción de la magnitud de bacterias involucradas involucradas en cada intervención quirúrgica sobre todo en pacientes de edad avanzada, así las condiciones higiénicas son favorables y puede lograrse un mejor pronóstico del implante.

4.2 PROCEDIMIENTO

Para realizar la apertura de los implantes se utiliza:

- 4.2.1 una infiltración local de anestesia.
- 4.2.2 se localiza el implante central
- 4.2.3 Se realiza una apertura en forma cuidadosa para no tener efecto en otras estructuras, es importante saber que si se trabaja en forma adecuada no se produce calentamiento en el implante con el haz del láser y por lo tanto no se produce daño en la interfase implante-hueso.

Durante la realización de la apertura del implante debe tenerse especial atención en:

- no irradiar el implante en forma directa
- trabajar con la mínima potencia posible (de 2 a 3 W)
- proteger el hueso y el implante durante la cirugía.

4.3 PARÁMETROS DE ÉXITO DE UN IMPLANTE

- 4.3.1 Que no exista ninguna zona RL alrededor del implante
- 4.3.2 Que no tenga movilidad
- 4.3.3 Ausencia absoluta de dolor
- 4.3.4 Que no exista exudado
- 4.3.5 Que haya biocompatibilidad

NOTA:

Lo ideal es realizar implantes roscados en el maxilar inferior de 3.5 mm X 10 mm de longitud a nivel de 36-46.

II. TRATAMIENTO A REALIZAR

1. PERIODONCIA

1.1 TERAPIA BASICA

Motivacion del paciente

Control de placa bacteriana

Enseñanza de higiene oral

Curetaje y alisado radicular

Eliminación de factores retentivos de placa bacteriana

Control de oclusion

Profilaxis

2. CIRUGÍA

2.1 CIRUGIA DE CALDWELL-LUC A NIVEL DEL 16:

El abordaje intraoral se realiza mediante una incisión en el fondo del vestíbulo que vaya de premolar a molar. Se desperiostiza la mucosa con un periostotomo, se identifica el nervio infraorbitario y se procede a abrir una ventana ósea en la pared anterior del seno maxilar que permitirá el abordaje al interior del seno. Mediante un periostotomo se procede al legrado y exeresis de toda la mucosa enferma. La ventana ósea abierta puede cerrarse con el mismo fragmento óseo.

2.2 INDICACIONES

2.2.1 extraer dientes o fragmentos de raíces del seno. La intervención de Caldwell-Luc elimina los procedimientos ciegos y facilita extirpar el cuerpo extraño.

2.2.2 trauma del maxilar, con aplastamiento de las paredes del seno maxilar o caída del piso de la órbita. Conviene tratar este tipo de traumatismo por la vía de acceso de esta operación.

2.2.3 tratamiento de hematomas del antro con hemorragia activa por la nariz. La sangre puede ser evacuada y se localizan los puntos sangrantes.

La hemorragia se cohibe con tapones empapados de adrenalina o hemostáticos.

2.2.4 sinusitis maxilar crónica con degeneración polipoide de la mucosa.

2.2.5 quistes del seno maxilar

2.2.6 neoplasias del seno maxilar.

2.3 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

2.3.1 se prepara la boca y la cara del paciente

2.3.2 anestesia local

2.3.3 anestesia general (si el paciente está dormido se realiza intubación y se pone un empaque en la garganta a lo largo del borde anterior del paladar blando y pilares

amigdalinos

- 2.3.4 se eleva el labio superior con separadores
- 2.3.5 se realiza una incisión en forma de U a través del mucoperiostio hasta el hueso
- 2.3.6 las incisiones verticales se hacen a nivel del canino y del segundo molar que va desde la inserción gingival hasta el repliegue mucobucal
- 2.3.7 se hace una línea horizontal conectando las dos incisiones en la mucosa alveolar
- 2.3.8 se despega el tejido del hueso con elevadores de periostio, llegando hasta el canal infraorbitario pero sin traumatizar el nervio
- 2.3.9 se hace una apertura por encima de las raíces de los premolares utilizando cincel, gubia o fresas.
- 2.3.10 se amplía por medio de osteotomos para permitir la inspección de la cavidad
- 2.3.11 la apertura final permitirá la introducción del dedo índice
- 2.3.12 se extrae el resto radicular
- 2.3.13 se limpia la cavidad
- 2.3.14 se coloca de nuevo el colgajo de tejido blando cerrando la cavidad oroantral
- 2.3.15 se sutura sobre el hueso con puntos separados
- 2.3.16 indicaciones (se pide que estornude fuerte para formar el coágulo).

3 PROSTODONCIA TOTAL SUPERIOR

3.1 DEFINICION

prótesis en general, es un procedimiento terapéutico de la rehabilitación, mediante el cual y por medio de un aparato artificial se reemplaza o repara un órgano perdido total o parcialmente, con el fin de restablecer una función u ocultar una deformidad.

3.2 OBJETIVOS

- 3.2.1 devolver siquiera en un 40% la función masticatoria cuando el aparato esta bien elaborado
- 3.2.2 restablecer la estética que puede mejorarse en un 100%, con relación a dentaduras naturales, o desmejorar por culpa del operador.
- 3.2.3 la prótesis total debe mejorar y facilitar la fonética ya que sabemos que en la emisión de muchos fonemas participan los dientes en la articulación de los mismos
- 3.2.4 devolver a la “normalidad” el estado anímico y psíquico alterado que presentan algunos pacientes por la perdida de los dientes
- 3.2.5 como ultimo objetivo esta el “confort” o tolerancia del paciente a los aparatos protésicos.

3.3 CUALIDADES FUNCIONALES DEL APARATO PROTESICO

- 3.3.1 **RETENCION:** se refiere a la capacidad del aparato protésico para no dejarse desplazar por las fuerzas de extrusión una vez colocada en la boca
- 3.3.2 **ESTABILIDAD:** se refiere a la propiedad de no dejarse desplazar por fuerzas transversas, esto se logra mediante un perfecto equilibrio de la oclusión con una oclusión bilateral balanceada, contactos en anteriores y posteriores bilateralmente en cualquier posición de oclusión.

- 3.3.3 **SOPORTE:** se refiere mas que todo a la superficie anatómica de asiento de la dentadura que se opone a fuerzas de intrusión; juega papel importante la “resilencia” de la mucosa que recubre la superficie protesica y la técnica de impresión empleada.

SELLADO PERISFERICO

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 vacio de succión. Se forma por el adosamiento de los tejidos blando sobre el borde del flanco de la dentadura pero sin que estos tejidos desplacen el aparato protésico por sobre-extensión del mismo.

3.4 EXAMEN EXTRAORAL

Este examen es mas que todo de observación en el que se tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

- 3.4.1 **PERFIL:** se observa disminución o aumento de la dimensión vertical, la queilosis angular puede ser el primer signo de una dimensión disminuida, posición de labios.
- 3.4.2 **FACIES:** el aspecto de la mitad inferior de la cara depende 100% de la dentadura, por eso se debe observar el paciente de frente para determinar asimetrías faciales.
- 3.4.3 **MUSCULOS PERIORALES:** los tejidos pueden estar tensos, flacidos o normales, los musculos flacidos pueden permitir sobre extensión en la prótesis, por eso deben ser tratados con precaucion. Los músculos demasiado tensos tienden a desalojar la prótesis.
- 3.4.4 **CUELLO:** se debe palpar de atrás hacia delante sin olvidar la región mastoidea, parotidea, submaxilar y submentoniana.
- 3.4.5 **ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR:** se hace palpación tanto extraauricular o lateral como intra-auricular posterior. Esta palpación se hace en forma estática, para buscar una posible inflamación.

3.5 EXAMEN INTRAORAL

Este examen se debe realizar sistemáticamente en forma tanto visual como digital, por palpación. Observaremos:

3.5.1 ARCOS MAXILARES: en los cuales se observaran:

- tamaño de arcos, en donde son de mejor pronostico los grandes.
- Forma de arco; hay cuatro formas de arco:
 - cuadrado, son paralelos entre sí
 - ovoide, tienden a converger hacia anterior
 - triangular, convergen hacia anterior y no dejan reborde en esta zona
 - mixta, combinación de los anteriores.

3.5.2 TAMAÑO DEL REBORDE RESIDUAL

El tamaño de los rebordes residuales puede variar y se consideran como prominentes, normales, escaso y atrofiado.

Lo ideal de un arco es que su reborde tenga iguales características en toda su extensión, pues de esta forma se obtiene mayor retención y estabilidad de la prótesis.

3.5.3 FORMA DE REBORDE RESIDUAL

Esta se determina por la posición de las tablas óseas tanto vestibular como lingual y pueden ser:

- en forma de U: la más favorable ya que tiene bastante área de soporte
- en forma de V: es desfavorable sobre todo para la toma de impresiones
- retentivos: generalmente producidos por exostosis óseas o torus linguales
- expulsivos: se dispone de forma como redondeada expulsando la prótesis con facilidad
- planos: ya no hay apófisis alveolar sino el hueso basal del maxilar

3.5.4 FORMA DE PALADAR

Dentro de estos tenemos:

- arqueado: es el más favorable, con una gran área de soporte y su forma ideal para soportar las fuerzas de la masticación en todas las direcciones
- ojival: arqueado pero más profundo o alto en la zona anterior
- en forma de V: es el menos favorable, ya que con el menor movimiento de la dentadura rompe el sellado periférico.
- Plano: resiste el desplazamiento vertical utilizando mejor las fuerzas de adherencia y cohesión
- Fisurado: por malformación congénita
- Perforado: son paladares con soluciones de continuidad por accidentes patológicos.

3.6 CRITERIOS DE UN REBORDE DESDENTADO IDEAL

- 3.6.1 soporte óseo adecuado para la prótesis
- 3.6.2 hueso cubierto con tejido blando adecuado
- 3.6.3 ausencia de socavados o protuberancias sobresalientes
- 3.6.4 ausencia de rebordes agudos
- 3.6.5 surco vestibular y lingual adecuado
- 3.6.6 ausencia de bandas cicatrízales que impidan el asentamiento normal de la prótesis en su periferia
- 3.6.7 ausencia de fibras musculares o frenillos que movilicen la periferia de la prótesis
- 3.6.8 relación satisfactoria de los rebordes alveolares superior e inferior
- 3.6.9 ausencia de pliegues de tejidos blandos
- 3.6.10 ausencia de enfermedades neoplásicas.

3.7 PASOS CLINICOS

- 3.7.1 impresión preliminar
- 3.7.2 impresión definitiva: con previa elaboración de cubeta individual
- 3.7.3 estabilización de rodetes; aquí se mide la línea media, línea de sonrisa, posición de caninos, tamaño de dientes, toma de registro interoclusal, se escoge el color de los dientes.
- 3.7.4 prueba de infilado

3.7.5 entrega de prótesis total

3.7.6 control de tratamiento una semana después de entregada la prótesis

NOTA:

La paciente del presente caso clínico es una paciente futura, se le realizaron las exodoncias y se realiza la prótesis inmediata la cual debe llevar un acondicionador de tejidos. Debe realizarse con acrílico de auto polimerización de liberación lenta de monómero, se debe cambiar cada 8 días.

La prótesis total que se le realizó a la paciente del presente caso clínico quedó con mordida borde a borde debido a la atrofia del maxilar superior.

4. PRÓTESIS PARCIAL FIJA A NIVEL DE 35-37 Y 45-47

4.1 DEFINICION

Es un aparato protésico permanentemente unido a los dientes remanentes, que sustituye uno o más dientes ausentes.

4.2 DIAGNOSTICO

Es necesario llevar a cabo un diagnostico con detenimiento del estado dental del paciente, teniendo en cuenta los tejidos duros y tejidos blandos.

Existen cinco elementos para realizar un buen diagnostico en la preparación del tratamiento de prótesis fija:

4.2.1 Historia

4.2.2 Evaluación ATM/ Oclusión

4.2.3 Exploración intraoral

4.2.4 Modelos diagnósticos

4.2.5 Radiografías seriadas orales

4.3 EVALUACION DE LOS PILARES

Toda restauración debe ser capaz de soportar las constantes fuerzas oclusales a las que esta sometida.

Siempre que sea posible, el pilar lo debe constituir un diente vital. Por otra parte un diente con TCC y asintomático con evidencia radiográfica de un buen sellado apical y una obturación completa de los conductos, también puede emplearse como pilar.

No deben emplearse como pilares de PPF aquellos dientes que han sufrido una exposición pulpar durante el proceso de preparación del diente, a menos que se realice el correspondiente tratamiento convencional de conductos (TCC).

Antes de realizar cualquier prótesis, los tejidos de soporte alrededor de los dientes pilares deben estar sanos y libres de inflamación.

Por lo general los dientes pilares no deben presentar movilidad. Es preciso evaluar tres factores de las raíces y sus tejidos de soporte:

1. proporción corona-raíz
2. configuración de la raíz
3. zona de ligamento periodontal.

4.4 PRINCIPIOS FISICOS DE LA RETENCION

- 4.4.1 las paredes axiales de las preparaciones para los retenedores, deben ser lo mas paralelas posibles y tan extensas como lo permita el diente
- 4.4.2 deben existir irregularidades circunferenciales para evitar rotación alrededor del eje mayor de la corona
- 4.4.3 reducción suficiente como para que haya volumen adecuado de metal capaz de resistir deformaciones

4.5 CLASIFICACION DE LOS RETENEDORES

4.5.1 RETENEDORES EXTRACORONALES: Corona Completa Metalica

Corona Completa Combinada

Corona Funda

4.5.2 RETENEDORES INTRACORONALES: Ocluso Proximal

M.O.D

Protección cúspide y recubrimiento

Cúspide

4.5.3 RETENEDORES INTRARRADICULARES: Corona Richmond

Núcleo Intrarradicular

4.5.4 RETENEDORES MIXTOS: Corona 3/4

Corona 4/5

Corona 7/8

Pinledge

Incrustaciones de Mc Boyle

4.5.5 RETENEDORES COMPLEMENTARIOS: Cajuelas

Pines

Rieleras

4.6 PARALELISMO

Es el procedimiento utilizado en prostodoncia para hallar el eje de inserción de la prótesis. El paralelismo implica el tallado de los dientes de modo que las preparaciones resultantes tengan una vía de inserción común.

Para verificar el paralelismo una vez tallados los pilares, se obtiene una impresión en alginato de las preparaciones, se hace un vaciado en yeso y el modelo se lleva al paralelometro.

4.7 VIA DE INSERCIÓN

Cuando se van a tomar varios dientes como soportes, uno de ellos servirá como guía para tallar los demás paralelos a el.

Con este diseño marcado en los dientes del modelo determinaremos la cantidad de desgaste por realizar en cada soporte, de modo que esta dirección planeada se utilice como patrón de inserción.

4.8 REQUISITOS

4.8.1 dientes remanentes (pilares) correctamente distribuidos

4.8.2 optimo estado periodontal de pilares que puedan soportar las fuerzas

4.9 INDICACIONES

4.9.1 disposición de dientes adecuadamente distribuidos y sanos que sirvan como pilares

4.9.2 pilares con estructuras de soporte completamente sanos

4.9.3 pilar con buena relación corona-raíz, mínimo 1/1

4.9.4 pacientes de 20 a 55 años

4.10 CONTRAINDICACIONES

4.10.1 zona desdentada de gran magnitud

- 4.10.2 imposibilidad de diseñar espacios triangulares gingivales adecuados
- 4.10.3 reacciones tisulares desfavorables ocasionadas por prótesis previamente colocadas
- 4.10.4 segmentos anteriores desdentados en los cuales se ha producido extensa reabsorción alveolar
- 4.10.5 cuando la relación Interoclusal solo se realiza en un extremo
- 4.10.6 cuando las raíces de los pilares son muy cortas y cónicas
- 4.10.7 dientes que presentan clínicamente retracción gingival y sensibilidad en cuellos descubiertos
- 4.10.8 en pilares con problema periodontal
- 4.10.9 en pacientes con mala higiene oral.

CONCLUSIÓN

Para poder ejercer un tratamiento ideal requiere de mucho tiempo, economía estable y lo más importante, conocimientos íntegros, relacionando todas las ramas de la odontología para brindar el “confort” al paciente después de entregado el tratamiento, que la paciente se sienta satisfecha de haber asistido a nuestra clínica con el tratamiento que escogió.

BIBLIOGRAFÍA

1. Implantes Dentales, Charles A. Babbush. Interamericana 1994, pag. 125-127
2. Cirugía Maxilofacial, Guillermo Raspall 1997. Editorial Medica Panamericana
3. Periodoncia Genco, Goldman, Cohen, tomo I capitulo I y II, tomo III Pág., 423-427
4. Manual de Prostodoncia Fija, Humberto Guzmán, cap, II y III. Dental Itnal.
5. Manual de Prótesis Total, U. Nal, Facultad de Odontología, Junio 1992, cap II y III.
6. Atlas de Prótesis Total y Sobredentaduras, Salvat Editores, Pág. 153-156.

SUGERENCIAS