

**CASO CLINICO
INTERDISCIPLINARIO**

Presentado por:

**Antonio Maecha
Claudia Salamanca
Johana Puentes
Noelia Nieto
Sandra Peña**

Presentado a:

**Dra Diana Guzmán
Directora de clinica
sede centro**

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Odontología Integrada

Bogotá D.C. Febrero de 2003

CASO CLINICO

02

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE:	Lucero Florez Serrano
NUMERO DE CEDULA:	41'766.581 Bogotá
HISTORIA CLINICA	043739
DIRECCIÓN:	Cr. 106 # 79-78
TELEFONO :	535 67 75
FECHA:	2 Octubre de 2002
EDAD :	43 años
SEXO:	Femenino
ESTADO CIVIL:	Casada
OCUPACIÓN:	Ama de casa

MOTIVO DE CONSULTA

"Me preocupa el estado de mi boca; Busco estética"

HISTORIA MEDICA

Familiar:

Madre: Epixtasis

Personal:

Hospitalizaciones: Sí, por extirpación de un lipoma en la región anal.

Quirúrgicos: Si, por extirpación de un lipoma en la región anal.

Cardiopatías: No

Hipertensión: No.

Alergias: Si al polvo, frío,

Enfermedades gastrointestinales: No

Inmunodeficiencias: NO

Enfermedades Respiratorias: Asma

Farmacológicos: A inhaladores Salbutamol, Bleclometasona.

Prótesis: NO

EXAMEN FISICO

Frecuencia cardiaca: 76 ppm

Frecuencia respiratoria: 20 rpm con dificultad en crisis

Peso: 64 Kg

Estatura: 1.65 m

Tensión arterial: 120/ 70mm hg

Temperatura: 36 Grados Centígrados.

REVISION POR SISTEMAS

Nervioso (-)

Cardiovascular (-)

Respiratorio (+)

Gastrointestinal (-)

Endocrino (-)

HABITOS DE HIGIENE ORAL

Técnica del cepillado: Barrido

Cepillo: Blando

Dentrífico: Colgate

Otras Ayudas: Ninguna

ASPECTO GENERAL

Estado de animo: Paciente colaborador

Estado de conciencia: Conciente

EVALUACIÓN DENTAL Y TRATAMIENTOS RECIBIDOS

Cirugía Oral: (+)

Operatoria Dental: (+)

Endodoncia: (+)

Periodoncia (+)

Prostodoncia: (+)

Ortopedia/ Ortodoncia: (-)

Oclusión y ATM: (-)

Implantología: (-)

EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR

Dolor Muscular: (-)

Ruido Articular: (-)

Limitación del Movimiento: (-)

Habitos (-)

Desarmonias Oclusales(+)

Por Dientes Ausentes, extrusiones dentales

EXAMEN FACIAL

Simetría en los tercios de la cara.

Competencia labial presente.

Perfil recto.

EVALUACIÓN DINAMICA

Apertura: No Aplicable

Lateralidad Derecha: No Aplicable

Lateralidad Izquierda: No Aplicable

Protrusión: No Aplicable

EXAMEN DE DISGNACIAS

Transversal:

Compresión del maxilar Superior: (+)

Compresión de la mandibula (-)

Mordida Cruzada Posterior Unilateral Derecha

Vertical:

Palatoversion de dientes anteriores superiores.

EXAMEN INTRAORAL:

Clasificación de Angle:

Clase II Izquierda,

Derecha No aplicable por ausencia dental del 16

Overjet:

No aplicable por ausencia de incisivos inferiores.

Ober-vite:

No aplicable por ausencia de incisivos inferiores.

Linea Media Dentaria:

Superior desviada a la derecha 2 milímetros. Con referencia a la linea media facial.

Inferior no aplicable por ausencia de incisivos inferiores.

Apiñamientos (+)

En el maxilar superior: 11-12, 12-13, 21-22, 22-23, 23-24.

Diastemas (-)

Facetas de desgaste (-)

EXAMEN FISICO ORAL

Evaluación de tejido blando y oseo:

Labios: Normal

Carrillos: Normales

Surco Vestibular: Normal

Gingiva: Roja y blanda

Reborde Alveolar: Anormal por exodoncias y colapso del reborde alveolar

Lengua: Normal

Piso de Boca: Normal

Frenillos: Normales

Paladar: Ojival, por succión de dedo.

Amígdalas/orofaringe: Normal

Glandulas Salivares: Normales

EVALUACIÓN PERIODONTAL

Encía:

Color: Roja y Blanda

Margen: Discontinuo

Consistencia: Blanda

Textura: Lisa

Contorno: Irregular

Papilas Ausentes e inflamadas

Encía adherida: Normal

Sangrado: Al cepillado

Movilidad dentaria: 23 Grado II; 36 Grado II; 38 Grado II; 47 Grado II.

ODONTOGRAMA

18 Ausente	28 Ausente
17 Amalgama Oclusal Adap.	27 Amalgama Ocluso Distal Adap.
16 Ausente	26 Amalgama Oclusal Adap.
15 Amalgama Ocluso Mesial Ad.	25 Amalgama Oclusal Adap.
14 Amalgama Ocluso Distal Adap.	24 Sano
13 Sano	23 Sano
12 Caries Vestibulo-Mesial	22 Resina Vestibulo-meso-palatina Adap.
11 Resina I-M-P-V Adap.	21 Corona Completa Combinada
41 Ausente	31 Ausente
42 Sano	32 Sano
43 Sano	33 Sano
44 Ausente	34 Amalgama Oclusal Adap.
45 Amalgama Ocluso-mesial	35 Corona Completa Combinada
46 Amalgama O-M-L-D. Adap.	36 Amalgama O; Resina V Adapt.
47 Caries V ; Amalgama O-M	37 Amalgama Oclusal; Resina Distal
48 Ausente	38 Ausente

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

Generales:

ASMA BRONQUIAL LEVE

(del griego *asthma*, 'respiración difícil'), enfermedad respiratoria en la que el espasmo y la constricción de los bronquios y la inflamación de su mucosa limita el paso del aire, con la consiguiente dificultad respiratoria. Este estrechamiento de las vías respiratorias es típicamente temporal y reversible, pero en ataques severos de asma puede provocar incluso la muerte.

(Dr Jhon H Renner-1993).

ETIOLOGIA

El asma afecta tanto a mujeres como a hombres de todas las edades y de los distintos niveles socioeconómicos, aunque es más frecuente, por causas que todavía se desconocen, en zonas urbanas deprimidas económicamente, en climas fríos y en países industrializados.

(el mundo del saber-1996)

ATAQUE ASMÁTICO

El ataque asmático se produce cuando los bronquios que se inflaman, reduciendo el espacio por el que el aire pasa hasta llegar a los pulmones.

La inflamación de las vías respiratorias comienza cuando una sustancia irritante, por ejemplo el humo de un cigarrillo, se pone en contacto con la

pared de las vías respiratorias. Esta sustancia desencadena la activación del sistema inmunológico del organismo que envía unas células especializadas, llamadas mastocitos, a la zona que sufre la irritación. Estas células liberan histamina, lo que origina una inflamación localizada y una vasodilatación. Todo este proceso se conoce con el nombre de respuesta inflamatoria. La histamina puede causar un broncoespasmo, lo que provoca una dificultad mayor al paso del aire por las vías respiratorias. así se favorece la aparición de moco que obstruye aun más las vías, lo que origina ataques de tos y disnea.

Una crisis típica empieza con tos, estornudos, y respiración entrecortada, aunque ciertos individuos sólo desarrollan una tos seca. Incluso sin tratamiento, el ataque suele ceder en unas pocas horas; la tos se hace más húmeda y el sujeto expectora grandes cantidades de moco. Las crisis pueden repetirse en horas o días, o permanecer ausentes durante meses o incluso años.

(Enciclopedia medica tomo1-1998)

CRANEOMANDIBULARES

Desorden craneomandibular de crecimiento y desarrollo adquirido.

Desarmonias oclusales:

Pueden ser debidas a la mala posición de los maxilares o a discrepancias en la posición de los dientes. Tanto si el problema es esquelético como dental, es probable que el tratamiento exija métodos complejos y largos. Estos pacientes generalmente son tratados por ortodoncistas o prostodoncistas.

(especialidades odontológicas- 1980).

ETIOLOGIA

La desarmonia oclusal de esta paciente es debido a restauraciones desadaptadas, dientes ausentes, extrusiones dentales y compresión del maxilar superior.

Disgnacias:

El Doctor Karl Haupl. Se refirió al termino disgnacia como al órgano bucal que se aparta de su propia eugnacia (Órgano bucal de configuración perfecta), Esta alteración va acompañada casi invariablemente con sus propios esfuerzos, es decir por alteraciones funcionales o también una exigencia funcional menos favorable para que los tejidos respondan con salud esa exigencia.

Clasificación:

Desde los tiempos mas antiguos los investigadores han tratado de clasificar las irregularidades de la dentadura del hombre.

Las clasificaciones reflejan en cierta manera el adelanto alcanzado y así las primeras que se conocieron fueron objetivas. Así es que Fox en 1803 hizo conocer la suya en la cual dividía las anomalías en tres grupos: Anomalías del maxilar superior, anomalías del maxilar inferior y entrecruzamiento anormal de los dientes.

La clasificación que adoptamos para nuestra paciente es la de Kour Kause y es de la siguiente manera:

Sagitales:

Protrusion Superior

Progonie

Biprotrusión

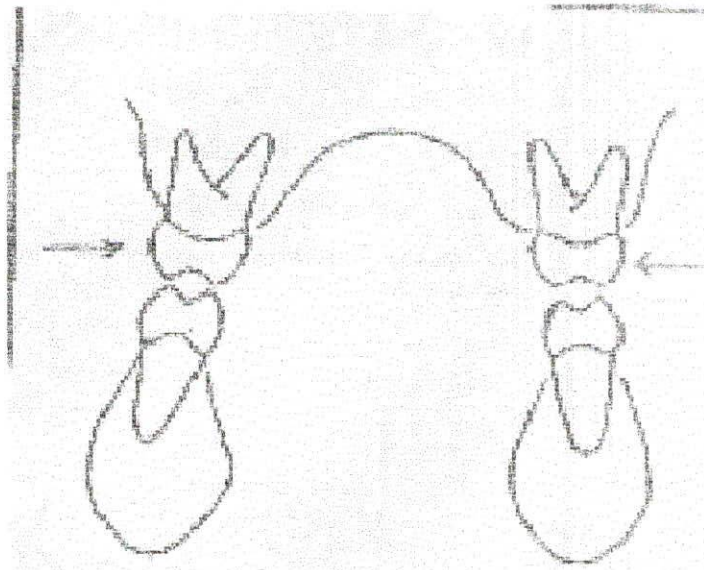
Birretrusión

Transversales:

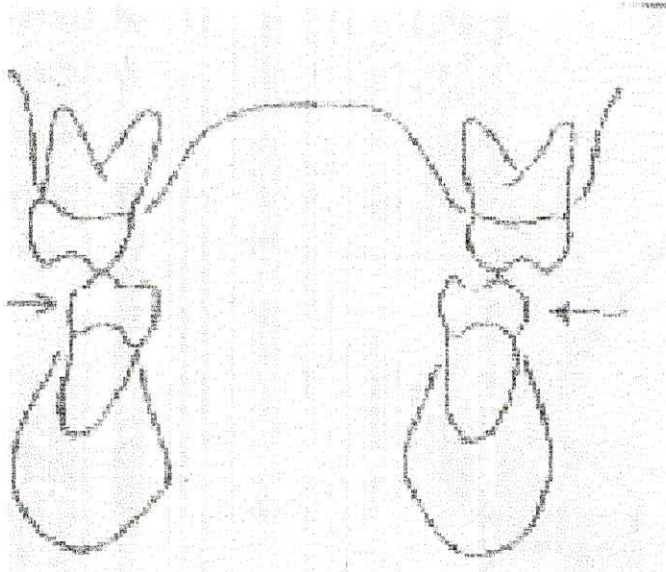
Disminución del diámetro transversal se refiere fundamentalmente a las disgnacias cuya característica principal es la estrechez de los maxilares como relacion bimaxilar, aunque son frecuentes igualmente en mordidas cruzadas posteriores (compresión del maxilar superior) y en distooclusiones (compresión del maxilar inferior).

del maxilar Superior:

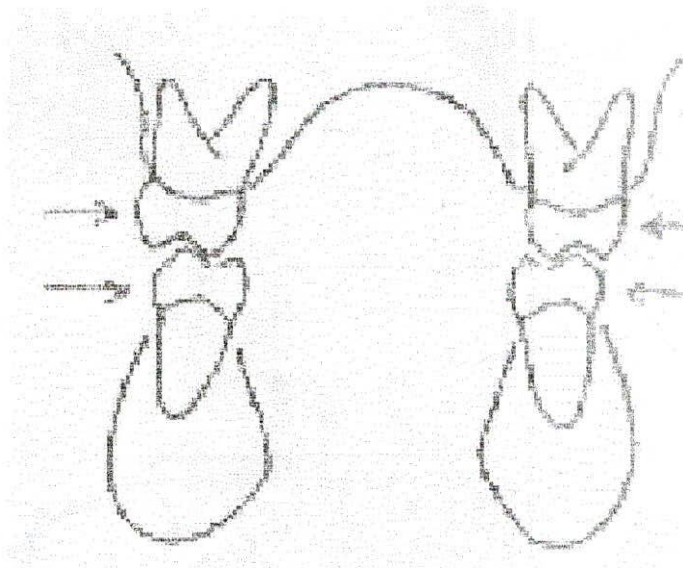
Las cúspides de molares y premolares superiores ocluyen bilateralmente o borde a borde con cúspides vestibulares de molares y premolares inferiores o con cúspides linguales de premolares y molares inferiores.



Del maxilar inferior



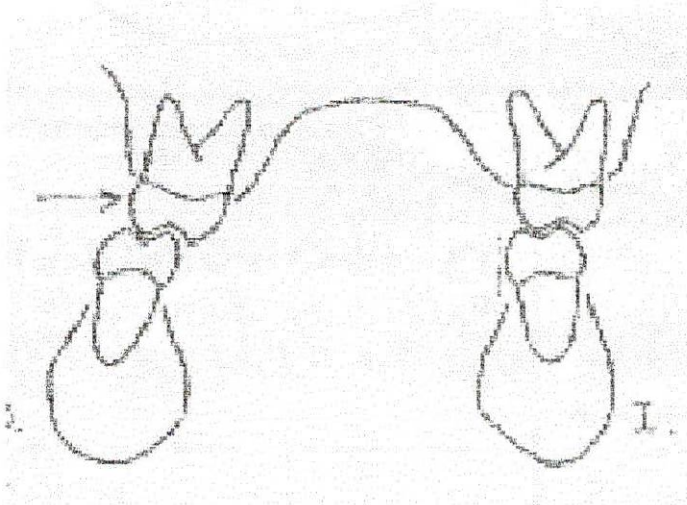
Superior e inferior



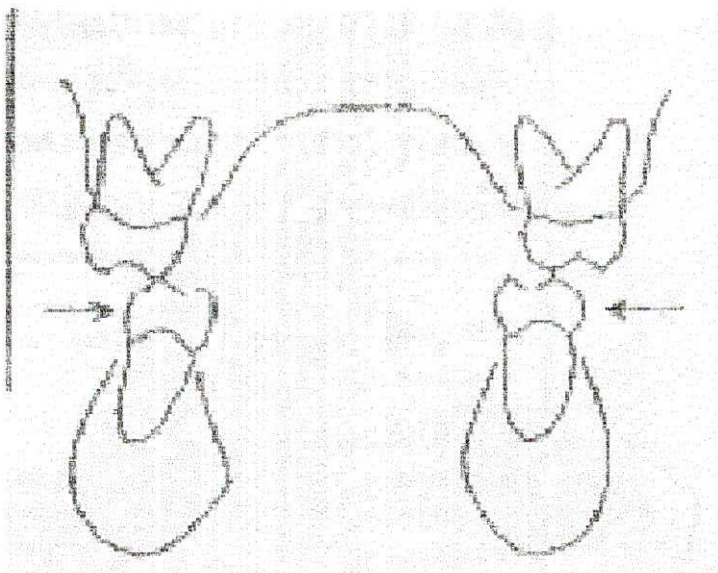
Mordida Cruzada Posterior

Unilateral Derecha

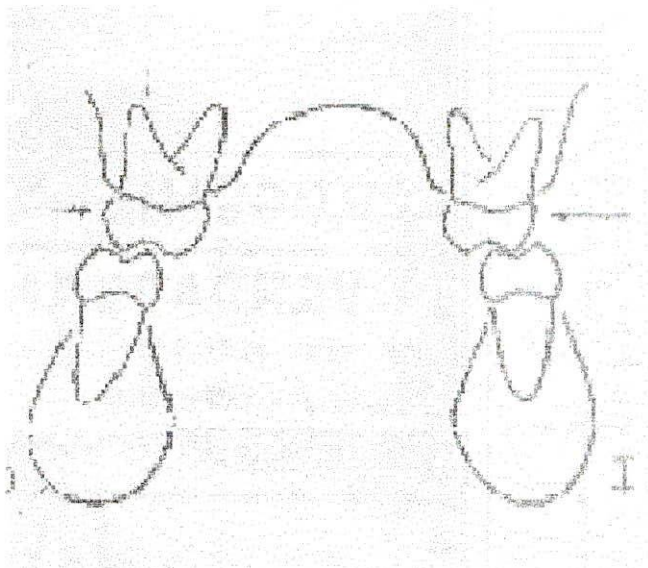
Las cúspides vestibulares de molares y o premolares superiores derechos ocluyen con cúspides linguales de premolares y molares inferiores derechos. El lado izquierdo ocluye normalmente.



Unilateral Izquierda



Bilateral



Verticales

Mordida abierta anterior

Mordida abierta posterior

Sobreoclusion o mordida profunda

ETIOLOGÍA

Algunos autores parecen entender que las anomalías no solo son problemas de la oclusión, así que en 1908 Villain Publica su clasificación en tres problemas causales: son causas predisponentes, causas eficientes y causas ocasionales, en esta clasificación se tuvo en cuenta , entre otras las causas psicológicas, constitucionales, fisiopatológicas, patológicas, alimentarias y debido a los hábitos.

La clasificación de Bennet data del año 1914 y clasifica las anomalías en tres grupos: La posición anormal de los dientes debido a causas locales. Formación anormal de las arcadas debido a un desarrollo óseo defectuoso. Y relaciones anormales de las arcadas entre si.

ORALES

Tejido blando y Oseo

En el maxilar superior a nivel de 16 presenta colapso del reborde alveolar tipo II, En la mandíbula presenta a nivel del 44 colapso tipo II, y a nivel de incisivos un colapso tipo III.

Clasificación de los colapsos de reborde:

Tipo I : Perdida Horizontal del reborde alveolar.

Tipoll : Perdida vertical del reborde alveolar

Tipo III : Perdida horizontal y vertical del reborde alveolar.

(Selbert)

PERIODONTALES

Clasificación:

Periodontitis crónica

Localizada

Generalizada

Periodontitis Agresiva

Localizada.

Generalizada.

La paciente presenta periodontitis crónica o del adulto, que puede aparecer en la adolescencia y continuar a lo largo de la vida del paciente. Su severidad aumenta con la edad.

ETIOLOGÍA

Esta relacionada con la presencia de placa bacteriana y cálculos. Tiene una normal función de los neutrofilos y linfocitos. No tiene preferencia sexual y por ultimo esta asociado con la presencia del *Staphylococcus aureus israelii*

La paciente presenta una periodontitis crónica generalizada. Ella reporta haber sido tratada quirúrgicamente el año pasado. Al parecer fue raspaje y alisado radicular a campo abierto.

Patología periodontal que no excede mas de un tercio de la perdida de soporte, presente una bolsa y disminución del hueso se presenta en cualquier edad adulta. Generalmente va acompañada de movilidad dentaria tipo II.

DENTALES:

Caries: presenta caries activa en 12, 47.

ETIOLOGÍA

Placa bacteriana, desalajo de las restauraciones

Dientes Ausentes: 16, 18, 28,31,32,38, 41,44,48

Etiología

Caries extensa o iatrogenias.

Apiñamientos: presenta apiñamientos en el maxilar superior an anteriores, 11-

12, 12-13, 21-22, 22-23, 23-24.

Etiología

Compresión del maxilar superior.

Extrusiones: 13, 21

Gresiones: 17,37.

Dientes incluidos: 48

Endodonticos

Dientes desvitalizados con tratamiento convencional de conductos 21 y 35.

Etiología

Posible caries extensa o lesiones periapicales.

Pronostico

Bueno por que se le puede hacer una rehabilitación satisfactoria.

TRATAMIENTO IDEAL

Periodontal

Terapia Básica:

Motivación al paciente

Instrucción de higiene oral

Raspaje y alisado radicular

Profilaxis

Eliminación de factores retentivos de placa bacteriana

CIRUGÍA:

Distracción osteogénica es un método de alargamiento de hueso el cual fue inicialmente reportado por el Dr. Codivilla en 1905; Desde 1951 del Dr. Lizarov ha estado involucrado en investigaciones clínicas y biológicas, en el área de ortopedia y traumatología, que le han dado la primacía en el descubrimiento de los principios biológicos generales que rigen los tejidos y la regeneración durante la distracción; desde 1990 el Dr. Guerrero viene realizando investigaciones clínicas en el área de la distracción mediante aparatos intraorales; en 1998 el Dr. Chin crea un distractor para realizar aumento del hueso alveolar.

La distracción osteogénica es el proceso biológico de generación de hueso neoformado al aplicar, con un distractor, fuerzas de tracción sobre una región ósea previamente debilitada por medio de corticotomías u osteotomías.

Distracción maxilar y mandibular: Estando a la vanguardia y para ofrecerle a nuestros pacientes los tratamientos mas adecuados, actualmente utilizamos técnicas de distracción osteogénica intraoral en la cual empleamos dispositivos tipo Hyrax y elásticos intraorales para promover el crecimiento óseo en sentido transversal, antero-posterior y/o vertical del maxilar y de la mandíbula, de

acuerdo a las necesidades individuales de cada paciente y de esta manera poder corregir problemas de crecimiento en las tres dimensiones, obteniendo una alineación dental apropiada sin la necesidad de extracciones, con excelentes soportes óseos, una respuesta periodontal saludable, sin daño neurológico a los gérmenes dentarios y una excepcional aceptación por parte de los pacientes.

Las técnicas de Distracción Osteogénica intraoral proveen un crecimiento óseo confiable, mediante una intervención quirúrgica sencilla, económica y con mínimas complicaciones.

Distracción Alveolar: Las técnicas actuales de destrucción intraoral nos permiten realizar aumento del hueso alveolar para obtener un soporte adecuado para la colocación de prótesis e implantes dentales y de esta manera poder ofrecerle a nuestros pacientes mejores resultados estéticos.

Realización de la exodoncia método abierto del 48.

Se debe realizar con los siguientes pasos:

Normas de bioseguridad

Asepsia y antisepsia

Técnica de anestesia

Incisión

Elevación y desprendimiento del colgajo

Retracción del colgajo

Osteotomía

Operación propiamente dicha

Tratamiento de la cavidad ósea

Reposición del colgajo

Sutura e indicaciones.

Osteotomía Lefort I:

La osteotomía consiste en hacer una incisión en el hueso.

El abordaje para la osteotomía lefort I : Incisión de la mucosa del labio superior a tres milímetros del surco Yugal, del primer molar a primer molar, desinserción de los músculos caninos, mirtiformes y buccinadores para acceder mediante un colgajo mucoperiostico, totalmente al maxilar superior y realizar la osteotomía.

(abordajes odontológicos -2001)

La corrección de las deformidades maxilofaciales y de atrofas o malformaciones, exige un planteamiento multidisciplinario, y un diagnostico completo inicial que confirme o descarte la necesidad de la cirugía. De esta forma se puede lograr resultados funcionales definitivos al mejorar las estructuras que intervienen en el lenguaje o la masticación o como en este caso la estética del paciente.

Mediante la osteotomía lefort I, el resultado y la fijación rígida es estable y permite ver el bloqueo intermaxilar según lo ha afirmado JOHAN BIRBE

responsable de la unidad de cirugía Maxilofacial del Instituto universitario Dexeus, de Barcelona.

Es un avance significativo, "ya que supone una mejora para la funcionalidad nutricional y de expresión oral y se evitan efectos secundarios en la Articulación Temporomandibular". las alteraciones en tamaño "Las evaluamos con una metodología multidimensional analizando las implicaciones que influyen en la corrección", ha añadido Birbe.

El método de corrección consiste en impactar el maxilar hacia la parte superior mediante una osteotomía de Lefort I. Bastan 24 Horas de ingreso y una recuperación aproximada de 2 semanas para que el paciente recupere sus funciones.

Su precursor fue Kirk Fridirch. La repercusión en tejidos blandos, los cambios oclusales y periodontales, así como la segmentación del maxilar frente a la expansión del maxilar quirúrgicamente son cuestiones cada vez mas determinantes del análisis del protocolo quirúrgico. Igualmente la estabilidad del maxilar según el tipo de movimiento realizado, y los factores que influyen en la estabilidad y el control de la oclusión post quirúrgica son fases que deben tenerse en cuenta.

Las nuevas técnicas son cada vez mas perfectas. La investigación básica trabaja en el diseño de implantes menos traumáticos y que tengan una recuperación mas rápida del paciente y sin problemas de tolerancia o efectos secundarios.

La cirugía Ortognática ha introducido mini placas y micro placas de titanio, que suprimen el bloqueo intermaxilar en el postoperatorio. Uno de los estudios de Lowa publicado en el Journal Maxillofacial surgery Oral, han comparado 2 modelos experimentales distintos de injertos de titanio. Los expertos emplearon un modelo animal microscópica ligera microradiografía e histomorfometría.

(Toni Gonzalez, Barcelona)

ENDODONCIA

Tratamiento convencional de conductos 46.

Este se realizaría con fines protodonticos.

OPERATORIA

Resina de 12 por sus caras vestibulomesial y 47 Vestibular.

PROSTODONCIA

Corona completa combinada 32, 31, 41, 44, 16.

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA:

La ortodoncia y la ortopedia dentomaxilar, es la especialidad de la Odontología que se preocupa por la corrección de las malpocisiones dentarias y del tratamiento de las anomalías de posición y crecimiento de los huesos maxilares.

Como su campo de acción cronológico se sitúa de forma estándar en edades comprendidas entre los 5 años y la adolescencia. Sin embargo, el concepto de

tratamiento de ortodoncia puede extenderse en algunos casos a la edad adulta lo cual es una mención especial dentro de la especialidad.

Las modalidades de intervención clínica se pueden dar a través de: Aparatos de acción ortodóntica u ortopédica removibles. Aparatos de acción ortodóntica u ortopédica fijos, y combinación de ambos.

Usualmente los aparatos removibles son en la fase intensiva de un tratamiento, y los aparatos fijos en la fase correctiva. No obstante lo anterior, ambos aparatos pueden ser empleados en cualquier etapa.

Es común que más del 90% de los tratamientos iniciados con aparatos removibles, deriven finalmente, en una terapia con aparatos fijos. La justificación de esto, es que se pretende en la etapa interceptiva con aparatos removibles, impedir el daño mayor que podría causar la ausencia del tratamiento, y por otro lado interceptar al máximo, las anomalías de crecimiento detectadas.

El proceso del tratamiento, involucra una serie de pasos previos, de la odontología general y un estudio diagnóstico avanzado de la especialidad, que incluye modelos de yeso, variadas radiografías, análisis cefalométricos, y estudios clínicos realizados. El diagnóstico especializado, se planifica y ejecuta el tratamiento cuya duración puede tomar un tiempo promedio de 2 a 3 años, el cual varía de acuerdo a las características específicas de la anomalía y la edad del paciente.

Finalmente la etapa activa del tratamiento siempre va seguida por el llamado periodo de contención, en el cual este se consolida, y cuya duración mínima debería ser el doble del periodo activo.

CLASIFICACION

Interceptiva

Correctiva

Pre y Post quirúrgica.

Desde su introducción en el lenguaje ortodóncico en 1936 del termino "Ortodoncia Preventiva" y posteriormente el de ortodoncia interceptiva" Para finalmente completar la tríada en la clasificación para el estudio de la ortodoncia, con el de "Ortodoncia correctiva" Puede decirse que los objetivos de las dos primeras no han podido ser realizados ya que las medidas empleadas para disminuir la incidencia de las "maloclusiones" o nulificar el desarrollo y evolución de las mismas han resultado ineficaces aun detectadas a temprana edad. No por falta de metodología sino por diversos factores a considerar que impiden la realización de sus objetivos implícitos en sus definiciones. Entre los que destacan primordialmente los genéticos, embriológicos, etiológicos, patológicos,

La corrección de la posición de los maxilares exige un trabajo en conjunta del ortodoncista y del cirujano maxilofacial "el tratamiento ortodóncico pre y post quirúrgico" es crucial para lograr una oclusion lo mas perfecta posible. No es posible dicha intervención sin haber realizado ortodoncia porque conllevaria a la recidiba del defecto subraya el profesor Carlos Bosch de suiza.

La Cefalometría

La cefalometría tiene su origen en la antropología antropométrica y física del siglo XIX, mucho antes del descubrimiento de los rayos X en 1895 (Wilhelm Roentgen). Desde entonces a la fecha se han generado una gran cantidad de estudios e investigaciones, que incluso hoy en día existen sofisticados programas computacionales que manejan toda esta información. Es indudable que como elemento diagnóstico el análisis cefalométrico es de gran apoyo en ortopedia maxilar y ortodoncia.

El objetivo principal en un tratamiento ortopédico maxilar va encaminado a la salud y funcionamiento adecuado de la articulación temporomandibular aunado al desarrollo armónico de las arcadas dentales, bases óseas y musculatura orofacial.

El 50% de los pacientes que acuden para la corrección de su anomalía de oclusión presentan disfunción articular. La cefalometría es un análisis bidimensional y la ATM en una estructura tridimensional y bilateral, por lo cual ningún estudio cefalométrico nos aporta datos sobre alteraciones articulares. Conocer la dirección del crecimiento de la cara es primordial para predecir si éste será favorable o no a nuestro tratamiento. El eje Y (Downs) se usa como indicador de la dirección general del crecimiento (vertical u horizontal) del esqueleto facial.

En anomalías clase I los ángulos interincisal, SNA Y SNB (Steiner) nos reportarán datos sobre protrusiones esqueléticas y dentoalveolares.

En anomalías de clase II los ángulos SNA y SNB nos ayudan a corroborar si la anomalía es por causa del maxilar o de la mandíbula. En anomalías clase III el polígono de Jaraback nos distingue entre una progenie (ángulo articular disminuido), y un prognatismo (ángulo de la silla turca disminuido).

En mordida abierta el ángulo de Hassund (menor de 8.5) nos revelará si es de carácter esquelético o funcional.

En mordida cerrada un ángulo de Hassund aumentado más de un grado y medio y un ángulo basal disminuido nos habla de una anomalía esquelética.

El cefalograma puede aportar datos que sirven como guía, punto de referencia hacia el que hay que dirigir el tratamiento. No es la base sobre la cual sustentar nuestro diagnóstico para conseguir resultados de tratamiento aceptables. La clínica es la base del diagnóstico en ortopedia maxilar apoyado por a cefalometría (análisis bidimensional) y el estudio de modelos (análisis tridimensional).

Cefalometria Basica de steiner:

Una vez realizado el calco se deber ubicar los siguientes puntos:

Base de craneo: Vn 70

Esqueleticos Horizontales:

Silla(s) Nación (n)

Maxilar

Mandibular.

Esqueleticos Verticales

Nasión (n) –A

Nasión (n)- B

Nasión (n) – D

Borde posterior de la rama.

Dentales:

Eje incisal superior

Eje incisal inferior

Tejidos Blandos:

Glabela (gl) – Subnasal (sn)

Subnasal(sn)- Pogonion(pg)

Columnela (cm)- Subnasal (sn)

Subnasal (sn) – Labio Superior (ls)

Pronasal (pn)- Menton (me)

IMPLANTOLOGIA

Es una raíz artificial de titanio, especialmente titanio ya que este material es biocompatible con el hueso. Son pequeños tornillos cilíndricos que se colocan en los maxilares. Los dientes que se reemplazan son adheridos a la parte del implante que sobresale de la encía.

Qué hacen los implantes dentales?

Pueden reemplazar a los dientes que no se renuevan.

Pueden servir de apoyo a una dentadura completa, haciéndola más segura y confortable.

Pueden sostener un puente fijo, eliminando 2 problemas: no usar dentadura removible y/o no tallar dientes vecinos.

Pueden ayudar en el reemplazo de un solo diente, sin alterar los vecinos.

CRITERIOS PARA EL ÉXITO DE UN IMPLANTE

En todas las fases de la odontología clínica la planificación y el diagnóstico cuidadoso dan como resultado un final predecible. Los modelos de diagnóstico montados en el articulador, con arco facial y registros interoclusales, el examen bucal y radiográfico son los requisitos primarios antes de la iniciación del tratamiento. Evaluación y clasificación de volumen óseo: este hueso debe tener como mínimo 7mm en la mandíbula o el maxilar superior y de ancho por lo menos 6mm. Donde se va a colocar un solo implante.

También es importante evaluar antes de la cirugía el estado periodontal del paciente y la condición de los dientes adyacentes con su periodonto.

Indicaciones de los implantes:

Zona edentula: debe tener por lo menos 7mm de espacio entre los dientes adyacentes, donde se va a colocar un solo implante.

Pacientes edentulos para usar prótesis parcial removible.

Cambios severos en los tejidos.

Hábitos parafuncionales que comprometen la estabilidad de la prótesis.

Localización y números desfavorable de dientes pilares para dientes naturales .

Perdida de un solo diente para evitar la preparación de dientes sanos.

Contraindicado

Pacientes con dosis altas de radiación .

Pacientes con problemas psiquiátricos .

Pacientes con problemas sistémicos y hematológicos no controlados.

PERIODONCIA

Terapia de Soporte Periodontal

TRATAMIENTO A REALIZAR:

Periodoncia:

Terapia Básica

Operatoria:

Resina vestibulomesial 12

Resina Vestibular 47

Prostodoncia:

Luego de la cirugía y la Ortodoncia pre y post quirúrgica se realizaría una prótesis parcial fija de tres unidades en el maxilar superior del 17-15, con pilares 17, 15 y como pontico 16.

Se realizaría también una prótesis parcial fija de 33-46. estando como pilares 33, 42, 43, 45, 46 y como ponticos 32, 31, 41, 44.

Ortodoncia:

Se realizara ortodoncia correctiva para organizar los dientes en los arcos y luego se mantendrá con un aparato removible para fijarlos.

Periodoncia:

Por ultimo se realizara una terapia de Soporte periodontal cada cuatro semanas por seis meses y luego se hará dos veces al año.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvin L. Morris, Harry M. Bohannan., Especialidades odontológicas en la practica general., Labor S.A. 1980
- Chercheve, Raphael. Implantes odontológicos Editorial panamericana, Buenos Aires. 1985
- Echeverri. A. Mauricio. Implantes orales, 1995Ritacco, Araldo Ángel .
- Gustavo Barrios M., Odontología y su fundamento Biológico. Iatros- 1993.
- H.S. Duterloo., Atlas de la dentición adulta. Editorial Labor.1992
- Implantes endodonticos intraoseos. Editorial mundi S.A. Buenos Aires 1967.
- Internet, www.implantdentalcenter.com.mex
- Internet, www.methodisthealth.com
- Internet: WWW. Google.com
- John E. De B. Norman., Atlas en color de la articulación temporomandibular .
- Llena Plasencia José Maria. Prostodoncia. Editorial Labor. 1988
- Mantilla Francisco, Implantologia Oral, 1985
- Richard Bennett ortodontic Managmen of detition With the preadjusted. 1989.
- Ordóñez Rueda. Ortopedia Maxilar, Ediciones Monserrate.1984.
- Ordoñes Rueda David. Ortopedia Maxilar Antropología biológica, Edición Monserrate. 1984.

EVALUACION DENTAL

HC

ODONTOGRAMA

Conveniones
 Caries: Rojo
 Ausentes: Negro
 Vitalidad: (+) (-)

Restauraciones
 Resina/lonómero: Amarillo
 Amalgama: Gris
 Incrustación/Corona: Dorado
 Temporal: Verde

Cambio de Color: Naranja
 Erosión: Calé
 Malposiciones: ↖ ↗ ↘ ↙
 Fracturas: Línea
 Dolor: Δ Rojo

18 17 16 15 14 13 12 11

48 47 46 45 44 43 42 41

21 22 23 24 25 26 27 28

31 32 33 34 35 36 37 38

18	Ausente
17	Amalgama Oclusal
16	Ausente
15	Amalgama Ocluso-mesial
14	Amalgama Ocluso-Distal
13	Sano (Extruido)
12	Caries Cronica Vestibulo-mesial.
11	Resina Inciso-meso-Palato-Vestibular

28	Ausente.
27	Amalgama Ocluso-Distal -
26	Amalgama Oclusal
25	Amalgama Oclusal
24	Sano
23	Sano
22	Resina Palato meso vestibular.
21	Corona Completa Combinada (Extruido)

41	Ausente
42	Sano
43	Sano
44	Ausente
45	Amalgama Ocluso mesial
46	Amalgama Oclusal meso-linguo-Dist
47	Caries Cronica Vestibular Amalgama O
48	Ausente

31	Ausente
32	Ausente
33	Sano
34	Resina Vestibular. Amalgama O
35	Corona Completa Combinada.
36	Amalgama Oclusal; Resina Vestibular
37	Amalgama Oclusal; Resina Distal
38	Ausente

X D - EXAMEN PERIODONTAL

C.I.

H.C.

ENCÍA	N	A		N	A
1. Color			5. Grosor		
2. Márgen			6. Contorno		
3. Consistencia			7. Papilas		
4. Textura			8. Encía Adherida		

	SI	NO
9. Cálculos		
10. Sangrado		
11. Supuración/Exudado		
12. Movilidad Dentaria		
13. Frémito		

Furcaciones

Sondaje inicial

Sondaje Re-eval.

Nivel inserción

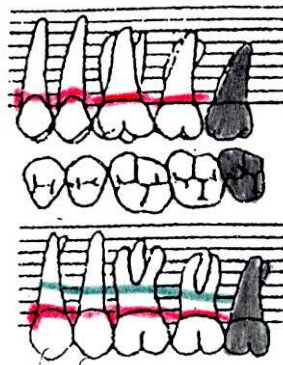
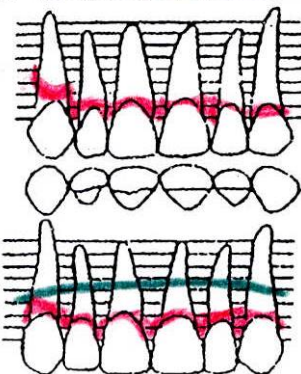
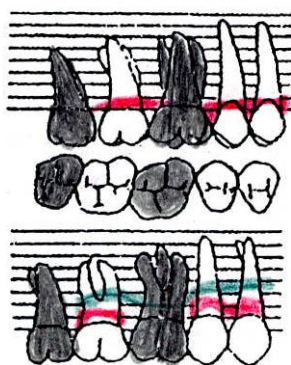
Recesión

2	2	2	3	3	3

PERIODONTOGRAMA

4	2	4	2	3	3	4	3	5	3	3	3	3
7	5											

3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2



Sondaje inicial

Sondaje Re-eval.

Nivel inserción

Recesión

Movilidad

Línea Mucogingival

3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	4	6	7									

5	3	2	3	2	3	3	5	5	5	3	3	2
8	9	9	9	9	8							

3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
7	6	5	5									

D

Sondaje inicial

Sondaje Re-eval.

Nivel inserción

Recesión

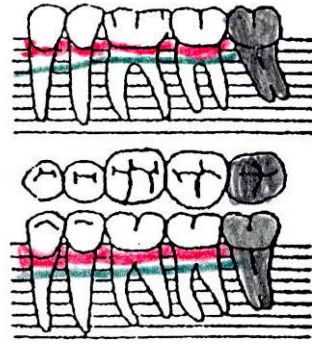
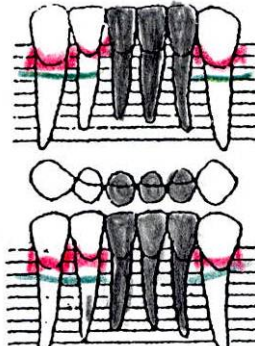
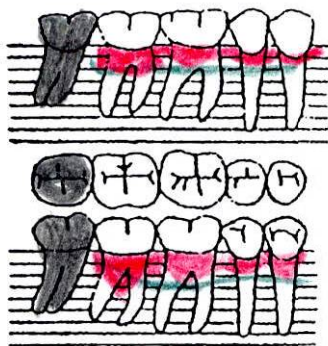
Movilidad

Línea Mucogingival

4	4	3	3	3	3	2						
2	2	3	3									

3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
4	3	2	2	2	2	3						

3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	3	3	3	2								



Sondaje inicial

Sondaje Re-eval.

Nivel inserción

Recesión

Línea Mucogingival

Furcaciones

4	4	3	3	3	3	2						
2	2	2	3									

3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3
3	4	3	2	3	4							

3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	2									

VC - EXAMEN FÍSICO CRANEO-MANDIBULAR SÍNTOMAS CARDINALES

C.I.

H.C.

EXAMEN MÚSCULOS MASTICADORES				TEMPORALES			PTE RIGIDOES	ZONA DE CUELLO		
	MASETEROS			CONTRA.	ESTIRAM	REPOSO	TEST DE CARGA	CONTRA.	ESTIRAM	REPOSO
	CONTRA.	ESTIRAM	REPOSO							
DOLOR REPORTADO										
DOLOR A LA PALPACIÓN										

EXAMEN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR						
RUIDO ARTICULAR				DOLOR ARTICULAR		
	MOVIMIENTO	TERCIO		DOLOR REPORTADO		
A.T.M. DERECHA				TIEMPO DE EVOLUCIÓN		
A.T.M. IZQUIERDA				DOLOR A LA PALPACIÓN LATERAL		
TIPO DE RUIDO ENCONTRADO				DOLOR A LA PALPACIÓN POSTERIOR		
RUIDO REPORTADO		TIEMPO DE EVOLUCIÓN		SOLICITUD EXAMEN COMPLEMENTARIO		

EXAMEN MOVIMIENTOS MANDIBULARES							
APERTURA N: 40-60 mm	mm	PROTRUSIÓN N: 4 A 6 mm	mm	LATERIDAD IZQ. N: 4 A 6 MM	mm	LATERIDAD DER. N: 4 A 6 MM	mm
EXISTE ALGÚN TIPO DE DESVIACIÓN	SI	NO	MOVIMIENTO				
TIPO DE DESVIACIÓN	CONFLUENTE:				ANGULAR:		

EXAMEN DENTARIO / ARMONÍA - DESARMONÍA OCLUSAL									
CLASIFICACIÓN DE ANGLE	CLASE I		CLASE II		DIVISIÓN		CLASE III		
SIMETRÍA FACIAL	ASIMETRÍA FACIAL			RESALTE OVER BITE	mm	ENTRECRUZAMIENTO OVERJET	mm		
LÍNEA MEDIA DENTARIA	NORMAL		DESVIADA DERECHA		DESVIADA IZQUIERDA				
APIÑAMIENTOS				DIASTEMAS					
FACETAS DE DESGASTE:				AUSENCIAS DENTARIAS					
1er CONTACTO DENTARIO	DIMENSIÓN VERTICAL POSTURAL			DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL			ESPACIO LIBRE		
LATERALIDAD DERECHA	INTERFERENCIAS IZQUIERDA		LATERALIDAD IZQUIERDA		INTERFERENCIAS DERECHAS				
OCCLUSIÓN CRUZADA ANTERIOR	DERECHA	OCCLUSIÓN CRUZADA POSTERIOR	DERECHA	PROTRUSIÓN	INTERFERENCIAS POSTERIORES				
	IZQUIERDA		IZQUIERDA						
OCCLUSIÓN ABIERTA	ANTERIOR		POSTERIOR		BILATERAL		UNILATERAL		

