

CASO CLINICO

YINETH GARCIA 991018
JOHANA MORENO 991026
DAIRA SANDOVAL 991045
SANDRA DAZA 991047
ALEJANDRA MANOTAS 991049

X SEMESTRE

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
AREA DE ODONTOLOGÍA INTEGRADA
BOGOTÁ D.C.
2003

CASO CLINICO

YINETH GARCIA 991018
JOHANA MORENO 991026
DAIRA SANDOVAL 991045
SANDRA DAZA 991047
ALEJANDRA MANOTAS 991049

X SEMESTRE

Presentado a: Dra. Nery Villota

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
AREA DE ODONTOLOGÍA INTEGRADA
BOGOTÁ D.C.
2003

TABLA DE CONTENIDO

	PAG
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	4
CASO CLINICO	
1. REPORTE HISTORIA CLINICA	5
1.1. INFORMACIÓN GENERAL	5
1.2. MOTIVO DE CONSULTA	5
1.3. EXAMEN FISICO	5
1.4. ANAMNESIS	6
1.4.1. HISTORIA ODONTOLOGICA PREVIA	6
1.5. HISTORIA ESTOMATOLOGICA	7
1.6. EXAMEN FISICO ORAL	8
1.7. EXAMEN DE MOVIMIENTO MANDIBULAR	8
1.8. EXAMEN DENTARIO/ <i>Armonia oclusal</i>	9
1.9. EXANEN PERIODONTAL	9
1.10. EXAMEN DENTARIO	10
1.11. EXAMEN RADIOGRAFICO	10
1.12. DIAGNOSTICOS	11
1.12.1. Etiologías	11
2. PLAN TRATAMIENTO IDEAL	12
2.1. PERIODONCIA	12
2.2. CIRUGIA	12
2.3. OPERATORIA	12
2.4. PROSTODONCIA	12
2.5. PERIODONCIA	12
3. PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR	13
3.1. PERIODONCIA	13
3.2. CIRUGIA	13
3.3. OPERATORIA	13
3.4. PROSTODONCIA	13
3.5. PERIODONCIA	13
4. MARCO TEORICO	14
4.1. ESTOMATITIS NICOTINICA	14
<i>Etiología</i>	14
<i>Características Clínicas</i>	14
<i>Histopatología</i>	15
<i>Tratamiento y pronostico</i>	15
4.2. ALARGAMIENTO DE CORONA CLINICA	16
4.3. PROSTODONCIA	17

4.4. PROSTODONCIA FIJA	17
<i>Corona Individual</i>	17
<i>Corona Completa Metalica</i>	18
<i>Protesis Parcial Fija</i>	18
4.5. PONTICO OVAL	19
<i>Estética del Pontico Oval</i>	20
<i>Los sitios para los ponticos ovals se crean en dos formas</i>	20
4.6. PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE	21
<i>Retenedores Directos</i>	22
<i>Ajustes</i>	24
4.7. AUMENTO DE REBORDE ALVEOLAR EN CASOS QUE SERAN RESTAURADOS CON PROTESIS FIJAS	28
<i>Reborde Normal</i>	28
<i>Reborde Deformado</i>	29
<i>Tratamiento Quirurgico de los Defectos de Rebordes</i>	30
4.8. IMPLANTOLOGÍA	32
<i>Sistemas de implante</i>	33
<i>Selección del paciente</i>	35
<i>Evaluación prequirurgica</i>	36
<i>Técnicas Quirurgicas</i>	37
<i>Cuidados postquirurgicos</i>	39
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFIA	41

INTRODUCCIÓN

Este trabajo es realizado con el fin de mostrar con nuestro paciente diferentes aplicaciones de la odontología, observaremos que en el tratamiento ideal existe como alternativa principal los implantes y las prótesis parciales fijas ofreciéndole al paciente un tratamiento estético.

Con el tratamiento a realizar brindaremos salud, confort, funcionalidad, estética y economía; ya que estas dos ultimas son lo más importante para el paciente.

OBJETIVO

Identificar el tratamiento ideal y el tratamiento a realizar en una paciente que presenta una deficiente salud oral, teniendo en cuenta la historia clínica y los antecedentes que ella presenta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- *Mencionar y definir el tratamiento ideal*
- *Determinar y definir el tratamiento a realizar*
- *Elegir el tratamiento más adecuado para restaurar a la paciente teniendo en cuenta su estado de salud y económico*

CASO CLINICO

1. REPORTE HISTORIA CLINICA

1.1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE: N.N.

No CEDULA: 51.774.587 de Bogotá

DIRECCIÓN: Diag. 48 #13-61

TELEFONO: 3633106

EDAD: 38 años

SEXO: Femenino

RAZA: Blanca

ESTADO CIVIL: Casada

OCUPACIÓN: Comerciante

1.2 MOTIVO DE CONSULTA: "Examen General"

1.3. EXAMEN FISICO

-Aspecto General: Mujer que ingresa a la consulta por sus propios medios, alerta, consiente.

-Peso: 55 Kg

- RH:** O +
- Estatura:** 1.57 m
- Temperatura:** 36.5 °C
- Presión Arterial:** 125/80 mmHg
- Frecuencia Cardiaca:** 75 pul x min

1.4. ANAMNESIS

-Historia Medica Familiar: Madre y hermana reportan hipertensión controlada

-Historia Medica Personal: Paciente reporta no presentar compromiso sistemático, ni sanguíneo

1.4. HISTORIA ODONTOLÓGICA PREVIA

-Antecedentes Odontológicos: Sin ninguna complicación en tratamientos anteriores

-Higiene Oral: Buena (realiza higiene dos veces al día)

Cepillo de cerdas blandas

-Antecedentes Psicológicos: Paciente que presenta buena actitud ante el tratamiento, existe buena transferencia y contranferencia

1.5. HISTORIA ESTOMATOLOGICA

	SI	NO
<i>Dolor músculos masticadores</i>		<i>X</i>
<i>Dolor ATM</i>		<i>X</i>
<i>Ruido ATM</i>		<i>X</i>
<i>Alteración en el movimiento</i>		<i>X</i>
<i>Hábitos</i>		<i>X</i>
<i>Xerostomía</i>		<i>X</i>
<i>Odontalgía</i>		<i>X</i>
<i>Dolor/Ardor tejidos blandos</i>		<i>X</i>
<i>Sensibilidad dentaria</i>		<i>X</i>
<i>Sangrado gingival</i>	<i>X</i>	
<i>Halitosis</i>		<i>X</i>

1.6. EXAMEN FISICO ORAL

	NORMAL	ANORMAL
<i>Labios</i>	X	
<i>Carrillos</i>	X	
<i>Surco vestibular</i>	X	
<i>Gingiva</i>	X	
<i>Reborde Alveolar</i>		X
<i>Lengua</i>	X	
<i>Piso de boca</i>	X	
<i>Frenillos</i>	X	
<i>Paladar duro</i>		X
<i>Amígdalas/Orofaringe</i>	X	
<i>Glándulas Salivares</i>	X	

1.7. EXAMEN DE MOVIMIENTO MANDIBULAR

-Apertura: 50mm

-Protusión: 5mm

-Lateralidad I: 5mm

-Lateralidad D: 5mm

1.8. EXAMEN DENTARIO/ ARMONIA DE DESARMONIA OCLUSAL

-Forma del arco:	<i>Ovalado</i>
-Clasificación de Angle:	<i>No aplicable</i>
-Simetría Facial:	<i>Si</i>
-Línea media dental:	<i>Normal</i>
-Apiñamientos:	<i>No presenta</i>
-Facetas de desgaste:	<i>Dte 13</i>
-Ausencias Dentarias:	<i>Dte 47, 46, 26, 25, 38, 34, 17, 16, 15, 11, 21</i>

1.9. EXAMEN PERIODONTAL

	NORMAL	ANORMAL
<i>Encía</i>		<i>X</i>
<i>Color</i>		<i>X</i>
<i>Margen</i>		<i>X</i>
<i>Consistencia</i>		<i>X</i>
<i>Textura</i>		<i>X</i>
<i>Grosor</i>		<i>X</i>
<i>Contorno</i>		<i>X</i>
<i>Papilas</i>		<i>X</i>
<i>Encía Adherida</i>		<i>X</i>

Se encuentran alteradas por la inflamación de la encía

	SI	NO
<i>Cálculos</i>	<i>X</i>	
<i>Sangrado</i>	<i>X</i>	
<i>Supuración</i>		<i>X</i>
<i>Moviidad</i>		<i>X</i>
<i>Fremito</i>		<i>X</i>

1.10. EXAMEN DENTARIO

- Sanos al nivel de:** *Dtes 18,28,24,23,31,32,33,35,37,41,42,43,44*
- Ausencias Dentarias:** *Dtes 17,16,15,11,21,25,26,34,38,46,47*
- Caries Recurrente:** *Dtes 14,12,22,27,36,48,45*
- Desgaste Incisal:** *Dte 13*

1.11. EXAMEN RADIOGRAFICO

Radiografía panorámica: *Se observan estructuras anatómicas en el maxilar superior como espina nasal anterior, seno maxilar; se puede apreciar ausencias dentarias con hueso colapsado, zonas radiopacas corónales con posibles obturaciones oclusales, zonas radiopacas radiculares en dtes 12 y 24.*

En el maxilar inferior se observa hueso colapsado en el sextante IV. 10

1.12. DIAGNOSTICO

- Generales:** *Paciente Sano*
- Craneomandibulares:** *Desordenes de desarmonía del desarrollo y crecimiento de tipo adquirido.*
- Tejidos Blandos y Oseos:** *Estomatitis Nicotínica*
Colapso de reborde alveolar tipo I, II, III
- Periodontales:** *Gingivitis Asociada a Placa Bacteriana*
- Dentales:** *Caries recurrente*
Ausencias dentarías
Desgaste incisal
- Endodónticos:** *Pulpitis irreversible del diente 22 y 45*

1.12.1. Etiología de Diagnósticos

- Craneomandibulares:** *Ausencias Dentarías*
Stress- Actividad parafuncional
- Tejidos Blandos y Oseos:** *Hábito de fumar*
Perdida Dentaría
- Periodontales:** *Acumulo de placa bacteriana*
Deficiente higiene oral
- Dentales:** *Restauraciones inadecuadas*
- Endodónticos:** *Caries extensa*

2. PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

2.1. PERIODONCIA

-Terapia básica

-Alargamiento de corona clínica del dte 18

-Injerto de Tejido Conectivo (Sextante Anterior)

-IMPLANTES (Zona de molares superiores derecho e izquierdo, molares inferiores derecho y primer premolar izquierdo)

2.2. CIRUGÍA

-Exodoncia método cerrado dte 14

2.3. OPERATORIA

-Amalgamas OML dte 36

2.4. PROSTODONCIA

-Retenedor intraradicular del dte 12 y 22

-Prostodoncia parcial fija dte 13 al dte 24 con ponticos ovals

-Coronas para implantes de dientes 14, 15, 16, 17, 25, 26, 37, 36, 34.

2.5. PERIODONCIA

-Terapia básica de soporte periodontal

3. PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

3.1. PERIODONCIA

-Terapia básica

-Alargamiento de corona clínica dte 18

3.2. CIRUGIA

-Exodoncia método cerrado dte 14

3.3. OPERATORIA

-Amalgamas OML dte 36

1.4. PROSTODONCIA

-Retenedor intraradicular del diente 22 y

12

*-Prostodoncia parcial fija del dte 13 al 23
con ajuste intracoronal a nivel del diente*

13

*-Prostodoncia parcial fija del dte 45 al 48 y
del diente 33 al 35*

-Corona completa metálica del dte 18

-Prostodoncia parcial removible superior

1.5. PERIODONCIA

-Terapia Básica de Soporte

4. MARCO TEORICO

4.1. ESTOMATITIS NICOTINICA

Etiología: *Esta es una forma común de queratosis relacionada con el tabaco. La estomatitis suele relacionarse con el hábito de fumar puro o pipa y existe una correlación positiva entre la gravedad de la enfermedad y la intensidad del habito de fumar. La importancia del efecto tópico directo del humo se puede reconocer en casos en los cuales el paladar duro está cubierto por una prótesis removible; como resultado la mucosa situada debajo del dispositivo es respetada y la hiperqueratosis solo se detecta en las áreas expuestas. La combinación de los carcinógenos del tabaco y la temperatura elevada es más dañina cuando se fuma al revés (colocando el extremo encendido dentro de la boca), lo que añade un riesgo significativo para la conversión maligna.*

Características Clínicas: *Al principio, la mucosa del paladar experimenta una reacción de tipo eritematoso y por último con mayor queratinización. Después de la opacificación o queratinización de la superficie, aparecen puntos rojos rodeados de anillos queratósicos blancos. Los puntos presentan inflamación de los conductos excretores de la glándula salival.*

Histiopatología: la estomatitis nicotínica se caracteriza por engrosamiento del epitelio, con acantosis del grado moderado e incremento notorio del espesor de la ortoqueratina que cubre la región. Las glándulas salivales menores del área sufren cambios inflamatorios de leves a graves. Los conductos excretores pueden desarrollar metaplasia escamosa y en el tejido glandular se observan células inflamatorias crónicas, atrofia de acinos y cicatriz.

Tratamiento y Pronóstico: El significado general de la estomatitis nicotínica en comparación con la queratosis de otras partes de la cavidad bucal, es mínimo. Esta afección rara vez evoluciona a un proceso maligno, excepto en pacientes que fuman al revés. Tal hábito incrementa el efecto carcinógeno del calor, humo y tal vez otros elementos del tabaco sobre el paladar; como resultado, el riesgo de desarrollar cáncer es considerable.

Aunque el riesgo de desarrollar carcinoma del paladar es mínimo, aumenta el peligro de procesos malignos en otras partes de la cavidad bucal y las vías respiratorias altas. La estomatitis nicotínica puede considerarse un posible indicador de cambios epiteliales significativos en sitios diferentes del paladar duro.

4.2. ALARGAMIENTO DE CORONA CLÍNICA

Se pueden utilizar varias técnicas para reducir la cantidad de encía expuesta y para alterar la forma y el contorno de los dientes anteriores. Se deben considerar los siguientes factores;

- *Situación del margen gingival en relación con el límite amelocementario y con la cresta alveolar*
- *Relaciones entre corona, raíz y hueso alveolar*
- *Tamaño y forma del labio superior*
- *Situación del labio superior*
- *Situación del labio de la conversación y en una sonrisa amplia y relajada*

El tamaño y la forma de los dientes y la ubicación de los márgenes gingivales, que pueden ser perfectamente normales, en algunos casos ofrecen un excesivo despliegue de encías por un exceso de maxilar vertical.

En el adulto joven normal, el margen gingival sano reside a 1mm de la zona coronaria del límite amelocementario.

4.3. PROSTODONCIA

La prostodoncia es aquella disciplina de la odontología relacionada con la rehabilitación de la función oral con la comodidad, apariencia y salud, por medio de la restauración de los dientes naturales y el reemplazo de los dientes faltantes y de los tejidos orales y maxilofaciales contiguos, por sustitutos artificiales.

4.4. PROSTODONCIA FIJA

Esta relacionada con la restauración o reemplazo de los dientes por medio de sustitutos artificiales que son adheridos a los dientes naturales, a las raíces, o a los implantes y no se pueden remover con facilidad.

- **CORONA INDIVIDUAL:** *Es aquella que va a restaurar en forma y función la estructura faltante de un diente individual. Esta la podemos realizar en diferentes materiales como corona completa metálica, corona completa combinada metal porcelana, corona con recubrimiento completo en porcelana.*

□ **CORONA COMPLETA METALICA:** Aunque la corona metálica es una restauración biológica por lo general se limita a los cuadrantes posteriores. Esta corona esta indicada cuando hay destrucción coronal extensa, en dientes posteriores tratados endodónticamente, máxima retención y resistencia para prótesis parciales removibles, corrección de planos de oclusión, en molares con problema de furca. A su vez es contraindicada por estética. Esta corona se caracteriza por tener alta resistencia a la retención, mejora o remodela la anatomía y el patrón oclusal, aunque es difícil realizar el test de vitalidad. La línea de terminación recomendada es hombro biselado o chamfer, se desgasta de tejido dental de 1 a 1.5mm.

• **PROTESIS PARCIAL FIJA:** Se utiliza cuando se ha realizado exodoncia de un diente o hay un diente ausente entre dos dientes adyacentes se seleccionan dos pilares para sostener el diente faltante. Este presenta varios componentes entre ellos se encuentra:

- **PILAR:** Diente soporte
- **PONTICO:** Diente ausente
- **RETENEDOR:** Parte de la restauración a colocar que cubre el diente pilar
- **CONECTOR:** Unión de los retenedores

4.5. PONTICO OVAL

El diseño tradicional de la porción gingival del pontico no promueve la creación de un lecho de tejido blando ajustado al borde dental que permita dar apariencia de que el pónico “emerge” del tejido gingival. Evidentemente, si hay retracción gingival y recesión ósea, los ponticos pueden parecer “suspendidos en el aire” sobre la base del tejido blando o frente ella. El pontico ovalado es un diseño con terminación redondeada que actualmente se utiliza cuando la estética constituye un factor importante. Su antecedente es el pontico con extensiones radiculares de porcelana.

El segmento en contacto con el tejido del pontico ovalado es claramente redondeado y se introduce en una concavidad del reborde. Su limpieza se realiza fácilmente con seda dental. La concavidad puede crearse mediante la colocación de una prótesis parcial fija provisional con el pontico extendido un 25% dentro del alvéolo inmediatamente después de la extracción del diente. También puede conseguirse más tarde por medios quirúrgicos. Este pontico actúa adecuadamente acompañado de un reborde plano y ancho dando la apariencia de salir del mismo.

- **ESTETICA DEL PONTICO OVAL**

Una forma de mejorar la estética y la función consiste en utilizar un pónico de diseño oval. La porción del pontico corresponde al tejido se moldea como el extremo alargado de un huevo, con una inserción de 2 a 3 mm en el tejido gingival. El resultado es un pontico estético que parece emerger del tejido gingival, con forma papilar interproximal entre los dientes de sustentación adyacentes.

- **LOS SITIOS PARA LOS PONTICOS OVALES SE CREAN DE DOS FORMAS**

- 1. Se puede recurrir a la restauración provisional colocando un pontico oval en el sitio donde acaba de hacer la extracción*
- 2. El sitio del pontico oval puede ser preparado quirúrgicamente utilizando un láser dental, electrocirugía, o una cabeza de diamante para gingivoplastia antes de la elaboración de la restauración provisional*

En uno y otro caso, los tejidos gingivales sanarán y madurarán alrededor del pónico oval provisional, creando un sitio de extracción "cicatrizado" con encía papilar marginal. Al practicar una exodoncia para colocación inmediata de un pontico, es muy importante extraer atraumaticamente el diente, preservando la placa bucal. El sitio de extracción no debe ser

comprimido sino taponado con un material reabsorbible como una esponja de gelfoam o un injerto de hueso sintético, lo cual ayudará a mantener la arquitectura del hueso facial en el área del pontico. El pontico provisional se constituye de tal manera que la porción oval quede inmersa en el sitio de la extracción a una profundidad de 2 a 3 mm. Al crear un pontico oval sobre un sitio de extracción cicatrizado, debe haber de 5 a 4 mm de tejido blando. Si no se cuenta con una encía de este espesor, puede hacerse un injerto de tejido conjuntivo para crear un ambiente necesario antes de restaurar el área. Las impresiones finales para la restauración definitiva por lo general se pueden tomar al cabo de 4 a 6 semanas.

4.6. PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE

Rama de la odontología que restaura y mantiene las funciones orales, el confort, la estética y la salud del paciente, mediante el reemplazo de los dientes y los tejidos contiguos faltantes por sustitutos artificiales. Esto diseñado para ser retirada de la boca y reinsertado por el mismo paciente.

Esta indicada en los siguientes casos:

- *En personas de edad avanzada o jóvenes menores de 20 años*
- *En grandes espacios desdentados*
- *Casos de excesiva pérdida ósea (colapso)*

- *Exodoncias recientes en zonas extensas*
- *En implantes durante el periodo de oseointegración*
- *En todos los casos de extremos libres*
- *Por consideraciones económicas*

La prostodoncia removible se clasifica:

- ***Clase I Kennedy:*** *Areas desdentadas bilaterales ubicados posteriormente a los dientes naturales remanentes*
- ***Clase II Kennedy:*** *Area desdentada unilateral y posterior a los dientes remanentes*
- ***Clase III Kennedy:*** *Area desdentada unilateral con dientes remanentes anteriores y posteriores a ella*
- ***Clase IV Kennedy:*** *Area desdentada anterior única que atraviesa la línea media*
- ***Clase V Kennedy:*** *Dos molares en un solo lado del arco y del resto totalmente desdentado*
- ***Clase VI Kennedy:*** *Dos incisivos centrales y el resto del arco totalmente edentulo*

RETENEDORES DIRECTOS

A. Extracoronales

1. COLADOS
- Circunferencial
 - Combinado (un brazo con alambre forjado)
 - Anillo
 - RPI
 - Acción reversa

2. AJUSTES
- Ceka
 - Dalbo
 - Era

B. Intracoronales

5. Ajustes

6. Anclajes de

- PRESICIÓN
- Más preciso
 - Macho-hembra
 - Viene hecho en metal oro-paladio
 - Ideales
 - Costoso
 - Se hace sobre colado a la cera
 - No se derrite, por tanto no se distorsiona

SEMIPRESICIÓN -No es tan preciso

-Se pega o monta con el paralelometro

-Más económico y popular

-Distorsión del colado e inclusión de burbujas

AJUSTES

- **RIGIDOS:**

- *En los cuales hembra y macho son metálicos*

- *Por ser rígidos no dan resiliencia*

- *Todo lo transmiten al pilar*

- a. *Precisión (intracoronales)*

- b. *Semipresición*

- **RESILIENTES**

- *Si dan resiliencia estos son mejores porque permiten disipación de fuerzas*

- a. *Unidireccionales (extracoronales)*

- b. *Bidireccionales*

AJUSTES INTRACORONALES

- Necesitan cierta destreza
- Imposible reparación
- Pierden retención
- Sensibles
- Altura cervico incisal mínimo 3mm
- Dientes grandes y cámaras pulpares pequeñas
- Son rígidos

Semipresición

- Macho-Hembra
- En plástico adherido al patrón de cera y colado posteriormente
- No tan preciso (se puede distorsionar)

Partes

- **RETENCIÓN:** - Altura 3mm, menos no sirve no da retención
-Fricción entre las partes
- **ESTABILIZACIÓN:** Paralelismo de las paredes axiales
- **SOPORTE:** El fondo de la hembra

Ventajas

- *Por estética (en molares no se ve el uso)*
- *Mayor estabilidad horizontal*

Desventajas

- Requiere elaboración de colados*
- Fuerza de torque a los pilares en clase I y II*
- Más complicados en laboratorio*
- Difícil de reparar*
- Pierden retención*
- Más costosos*

Limitaciones

- Tamaño de la cámara pulpar*
- Altura corona clínica del diente 2mm de matriz*
- Tamaño del diente*
- Paciente clase I sin ferulizar pilares*
- Económicos*
- Cierta destreza del paciente*

-Nunca cementar coronas con el ajuste se toma un modelo de posición con silicona liviana y pesada, en vaselina caliente dentro de la corona, duralay y pines.

AJUSTES EXTRACORONALES

- *El más usado es el ERA (ajuste extraresilente)*

Consta de:

- Anillo plástico, se pega y se hace colado*
- Otra parte metálica y disipa la fuerza Matriz (teflon blanco, azul, negro)*
- Lo más importante, espacio interoclusal, 4mm el anillo debe ir pegado a la encía*
- Es difícil cambiarlo cada año*
- Ahora se hace brazo estabilizador para ayudar a que este en posición y después lo quita*
- Facilita para la fabricación*

- *ERA (Intraradicular)*

- Ahora se consiguen para sobredentaduras y disminuye el torque*
- Mejora fuerzas de la raíz*
- Domo propiocepción y por hueso*

- Para dar retención un ajuste (ERA intraradicular)
- Importante el largo mínimo 6mm
- Cementar con resina químicamente activo
- Que tenga gran retención
- Internamente con Duralay, coloca en boca el ERA y luego el modelo de posición
- El ERA debe quedar lo más bajo posible (a ras de la encía) si no al enfilar los dientes no caben

4.7. AUMENTO DE REBORDE ALVEOLAR EN CASOS QUE SERÁN RESTAURADOS CON PROTESIS FIJAS DENTOSOPORTADAS

Reborde Normal

Un reborde parcial o totalmente edéntulo puede conservar la forma general de la apófisis alveolar. A ese reborde, tradicionalmente, se llama reborde normal.

Los contornos del reborde normal crean problemas al odontólogo restaurador. En un puente fijo, los ponticos con frecuencia dan la impresión de descansar en la cima del reborde en vez de emerger hacia él, falta de la

eminencia de la raíz, falta de las encías marginales y de las papilas interdentes. Hay triángulos oscuros que suelen afectar a la estética dentofacial a nivel de las troneras entre los ponticos y entre los pilares y los ponticos.

Reborde Deformado

El reborde deformado puede ser consecuencia de fisuras por defectos de nacimiento, traumatismos, tumores, extracciones dentarias, enfermedad periodontal avanzada, formación de abscesos, ect. La deformidad existe en el reborde está directamente relacionada con el volumen de la estructura radicular y del hueso asociado que están ausentes o fueron destruidos.

Los defectos de los rebordes pueden ser divididos en tres clases según Seibert (1983)

- 1. Clase I: Pérdida de tejidos en dirección vestibulolingual; altura normal en dirección apicocoronaria*
- 2. Clase II: Pérdida de tejido en la dirección apicocoronaria; anchura normal en la dirección vestibulolingual*
- 3. Clase III: Combinación de las clases I y II; es decir; pérdida de altura y de espesor.*

Tratamiento Quirúrgico de los Defectos de los Rebordes

• *Planificación del tratamiento prequirúrgico*

Lo más adecuado es hacer un puente provisional antes de la cirugía. El tejido blando del sitio receptor tratado quirúrgicamente para un injerto o implante experimentara una tumefacción considerable durante la primera fase de la cicatrización. Los injertos grandes se hinchan más que los injertos pequeños. Los tejidos se adecuarán a las superficies que recubren los tejidos del puente o dentadura parcial. Así se usa la prótesis como ayuda para dar a la superficie aumentada la forma conveniente. La ubicación y forma de las áreas interproximales en el puente provisional determinará donde se ubicarán las papilas en el reborde.

Se deben determinar los siguientes factores antes de iniciar la terapia:

- Volumen del tejido necesario para corregir la deformidad del reborde*
- El tipo de implante o injerto que se va a utilizar*
- La ubicación de las zonas donantes para los injertos*
- La cantidad de pasos terapéuticos y su momento oportuno*
- El diseño del puente provisional*
- El diseño del molde quirúrgico*
- Los posibles problemas de cambios de color y de compatibilidad de color de los tejidos*

Procedimiento del rollo

El procedimiento del rollo consiste en la preparación de un pedículo de tejido conectivo desepitelizado que será colocado en una bolsa subepitelial. Clase I esta técnica faculta al cirujano para aumentar los tejidos en sentido apical y labial al área cervical de un pontico y dar al sitio receptor el aspecto de una interfase diente-encía normal.

Técnica: *En el lado palatino del defecto se prepara un pedículo rectangular de tejido conectivo. La longitud del pedículo debe ser compatible con la cantidad de aumento apicocoronario planificado. Primero se elimina el epitelio de la superficie palatina del sitio donante. Se levanta una cantidad máxima de tejido conectivo suprapariostico del paladar mediante disección aguda. Se debe tener cuidado en la disección del colgajo pediculado para evitar una perforación al acercarse a la superficie vestibular. Se fabrica una bolsa en el tejido conectivo suprapariostico en la superficie labial del reborde. Con el fin de conservar la mayor cantidad posible de tejido conectivo y aporte sanguíneo en el sitio receptor, la disección debe ser realizada lo más próxima que se pueda al periostio del hueso vestibular. Se enrolla el pedículo dentro de la bolsa para probarlo. Una vez que el pedículo se adapte, se prepara para la sutura estabilizante. La sutura debe ser ubicada*

lo más cercana posible al surco vestibular. Se recomienda el uso de un material de sutura reabsorbible.

Adaptación de los bordes de los ponticos

Se añade resina autopolimerizante a la superficie tisular de los ponticos y se deja hasta que alcance consistencia de masilla. Cuando el acrílico adquiere una consistencia firme, se retira el puente y se coloca en agua caliente para completar el proceso de polimerización. La superficie tisular del pontico y las áreas de las troneras pasan entonces a ser talladas con la forma que se pretende para el puente definitivo

Cuidados postoperatorios

Sobre el sitio donante se aplica un apósito periodontal

4.8. IMPLANTOLOGIA

El sistema de implantes desarrollado por Branemark se denomina prótesis histicas integradas y el acuño el término de Oseo-integración. La oseo-integración es definido como una conexión estructural y funcional directa entre el hueso ordenado y vivo y la superficie de un implante que sostiene carga cuando se observa a nivel del microscopio de luz. Un implante oseointegrado es análogo a un diente anquilosado no reabsorbible.

Sistemas de Implante

Se clasifican según su forma y posición en los maxilares; incluyen implantes subperiosticos, transoseos y endoseos.

- **Implantes subperiosticos:** *No son oseointegrados tienen forma de un armazón de metal hecho de modelos de huesos maxilares del paciente, se usan en maxilares con atrofia grave donde la altura ósea es inadecuada para insertar un accesorio endóseo.*
- **Implantes Transoseos:** *También son no oseointegrados. Se trata fundamentalmente de implantes de grapa por lo regular se usan en el sextante anterior mandibular como implantes transmandibulares.*
- **Implantes Endoseos:** *Son los implantes más usuales, que incluyen muchos que se oseointegran. Según su forma pueden ser espigas, de hoja, tornillo cilindrico, o cilindros en forma de cesto.*

Los criterios de éxito incluyen no sólo el mantenimiento de los implantes sino también la inmovilidad del aparato y la ausencia de radiolucencia de periimplante. Esto se atribuye a la manufactura estrictamente controlada de los implantes ya sean titanio o de una aleación de titanio, aluminio (6%) y vanadio (4%), unidos con una técnica de inserción no traumática de dos

etapas. La mayor parte de los implantes endoseos osteointegrados requieren dos procedimientos quirúrgicos. El primero entraña la inserción del implante en el maxilar. La segunda etapa incluye la exposición quirúrgica del aditamento y la adhesión de un muñón sobre el que se fabrica la prótesis.

Un factor adicional por considerarse es la reposición de un implante si falla o presenta sintomatología.

Los beneficios de la rehabilitación mediante la oseointegración están basados en la creación y mantenimiento de un elemento aloplástico rígido retenido en el hueso en remodelación. El producto final de la oseointegración es el anclaje del implante al hueso, haciendo posible la prótesis fija permanente. Se dice que el implante está biológicamente oseointegrado si no existe un movimiento relativo, progresivo entre el tejido óseo vivo y el implante bajo niveles y tipos de cargas funcionales durante la vida del paciente.

Los implantes se pueden clasificar de acuerdo a su ubicación:

-Intraoseos o endoseos; se clasifica a su vez en radiculares y laminares

-Yuxtaoseo o subperiostico

-Transoseo o atravez de hueso

Según el material:

-Metálicos: Vitalio, acero inoxidable, titanio

-Polímero: Resina donde su biocompatibilidad es cuestionada

-Cerámico: Estético pero frágil, resistete a la fuerza compresiva, a la fuerza tensional

Según su mecanismo:

- IMPLANTE OSEOINTEGRADO: Un anclaje directo donde se une él implante al hueso sin que halla tejido blando entre ellos*
- IMPLANTE FIBROOSEOINTEGRADO: Unidos por fibras unión del implante al hueso atravez de tejido conectivo fibroso y denso (seudomembranas) hay movilidad*
- IMPLANTE BIOINTEGRADOS: Son unidos al hueso atravez de oseointegración inducido por una cubierta bioactiva (hidroxiapatita) implante de titanio, generando oseointegració*

Selección del Paciente

Es fundamental que el paciente prospecto a implante éste en buenas condiciones generales de salud y no presente ninguna enfermedad que afecte de manera adversa la cicatrización de la herida, la edad no es un factor importante que afecte la durabilidad del implante. Sin embargo, puede ser de gran importancia en el plan de tratamiento. Los pacientes no deben padecer ninguna enfermedad psicológica y deben ser emocionalmente estables. Deben mostrarse cooperadores con el equipo de implantología y estar dispuestos a

cumplir con las muchas visitas prequirúrgicas, quirúrgicas y de revisión. Su fisioterapia bucal debe ser excelente. A los pacientes prospectos también debe asegurarse que después de la colocación, los implantes oseointegrados no constituyen un riesgo para la salud.

Evaluación Prequirúrgica

Se recomienda establecer en el principio los requerimientos restauradores; se necesita evaluar cantidad y calidad de hueso disponible y localización de zonas edentulas antes de seleccionar los implantes como tratamiento alternativo; es necesario tomar radiografías adecuadas, que incluyen visitas panorámicas laterales y oclusales, así como películas periapicales para determinar la altura del hueso disponible para medir el tamaño de los aditamentos y lo más importante, es determinar la proximidad de los sitios probables de los implantes a los senos, foramen mentoniano, conducto mandibular y dientes adyacentes. Se recomienda el uso de tomografía computarizada de rastreo en tres dimensiones cuando se requiera información más exacta de la topografía de las estructuras óseas. El examen visual y manual de los tejidos bucales y reborde residual, que incluyen sondeo óseo, se lleva a cabo para evaluar la salud de los tejidos bucales y el espesor

del hueso disponible para determinar socavados o exostosis. Luego se fabrica una base que se usa como guía para obtener la alineación ideal de las implantes durante la fase quirúrgica.

El implante en ángulo al reborde, o se usa uno de diseño y dimensiones diferentes. Otro problema frecuente es la falta de hueso cortical adecuado para anclar un implante de rosca Branemark clásico. Al parecer la inmovilización del implanta al tiempo de la inserción es decisiva.

Técnicas Quirúrgicas

Hay tres principios importantes que siguen casi todos los sistemas de implante oseointegrados endoseos; se trata de :

- 1. Procedimientos quirúrgicos que reducen al mínimo el traumatismo térmico al hueso*
- 2. Un periodo primario de cicatrización de tres a 12 meses durante el cual el implante endoseo sumergido aislado del medio bucal*

- 3. Mantenimiento de un estado sin carga durante el periodo de cicatrización*

Se evita el traumatismo térmico al hueso mediante irrigación abundante y con el recurso de piezas de mano eléctricas de baja velocidad y series graduadas de fresas. Los procedimientos quirúrgicos se llevan a cabo bajo condiciones asépticas, por lo regular se hacen con el paciente bajo anestesia local y de ser necesario con sedación consciente.

En los sitios seleccionados se preparan colgajos mucoperiosticos para obtener acceso suficiente para la inserción de los implantes. Cuando se insertan los implantes en la arcada maxilar, los colgajos deben estar diseñados para ser elevados de los aspectos vestibular y labial.

El lugar seleccionado para el implante se preparan en el hueso expuesto a las dimensiones de los implantes seleccionados con trefinas de baja velocidad con irrigación interna o una serie graduada de fresas espirales. Al paciente se le prescriben antibióticos y analgésicos apropiados así como compresas de hielo para controlar la tumefacción y se le instruye para no tocarse la zona quirúrgica.

Los implantes deben permanecer sumergidos durante tres meses en el sextante anterior mandibular, donde el sitio se compone por lo general de hueso cortical denso. Durante seis meses en el sextante anterior maxilar y de 9 a 12 meses en los sextantes posteriores maxilares donde el hueso es casi todo esponjoso. En el procedimiento de segunda etapa o conexión de pilares, los implantes se exponen mediante una incisión quirúrgica pequeña sobre los sitios de los aditamentos. La movilidad en esta etapa indica que el implante no se oseointegro y que el aditamento debe retirarse, las tapas de curación se colocan en los aditamentos oseointegrados.

Problemas, Procedimientos y Cuidados Posquirurgicos

Se recomienda poner atención a los espacios interproximales, extensiones subgingivales, caretas labiales y acceso a los pilares

La estética de la prótesis final depende de si hay una alineación ideal de los aditamentos, longitud óptima de los pilares, pilares moldeables modificados y la habilidad de usar porcelanas, así como la configuración facial y bucal del paciente.

CONCLUSIONES

- *Determinamos los diferentes planes de tratamiento adecuados para la paciente buscando la estética y la funcionalidad*
- *Identificamos los parámetros para realizar un injerto de tejido conectivo*
- *Aprendimos que el pontico oval es muy estético y disimula los defectos óseos en el sextante anterior*
- *Determinamos que la estomatitis nicotínica de nuestra paciente estaba relacionada con el hábito de fumar cigarrillo y a su vez tener en su paladar una prótesis desadaptada*
- *Los implantes son un tratamiento importante para nuestro paciente pero presentan la desventaja económica, sería el tratamiento ideal ya que identificamos todo el procedimiento para su realización, y este sería un tratamiento adecuado que busca funcionalidad.*

BIBLIOGRAFIA

- *APLICACIONES ORTODONTICAS EN IMPLANTES OSEOINTEGRADOS*, editorial Kenji W. Huguchi. DDS, Ms. Amolca Caracas- Venezuela 2002
- *FUNDAMENTOS ESENCIALES EN PROTESIS FIJA*, Tercera Edición, Herbert T. Shillingborg, Jr; DDS, editorial Quintessence S-L 2000
- *PATOLOGIA BUCAL. Correlaciones clinicopatológicas*. Tercera Edición, Joseph A. Reggezi, DDS, MS editorial Mc Graw-Hill interamericana, 2000
- *PERIODONTOLOGÍA CLINICA E IMPLANTOLOGÍA ODONTOLÓGICA*, Jan Lindhe, 3era edición, editorial Medica. Panamericana 2001
- *PERIODONCIA*, Genco, Golman, Cohen. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, Mexico 1993
- *PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE*, Clinica y laboratorio, Ernest Mallat Desplats. Thomas P. Keogh Mosby/ Doyma libros 1995
- *TEORIA Y PRACTICA EN PROSTODONCIA FIJA*. William F.P. DDS, MS, PhD, FACD, octava edición, actualidades medico odontológicas, latinoamericana- 1997