

**CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO  
AREA DE ODONTOLOGÍA INTEGRADA**

PRESENTADO POR:

**JUAN ANDRES ACEVEDO F. 001001**

**ELIANA GUANTIVA P. 001059**

**JOSE LUIS RODRÍGUEZ M. 001067**

**MARIBELL RODRÍGUEZ V. 992340**

**NANCY V. RODRÍGUEZ 001032**

**YOHANA PAOLA SANDOVAL 001010**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO**

**BOGOTA, D. C, AGOSTO DE 2004**

**CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO  
AREA DE ODONTOLOGÍA INTEGRADA**

PRESENTADO POR:

**JUAN ANDRES ACEVEDO F. 001001**

**ELIANA GUANTIVA P. 001059**

**JOSE LUIS RODRÍGUEZ M. 001067**

**MARIBELL RODRÍGUEZ V. 992340**

**NANCY V. RODRÍGUEZ 001032**

**YOHANA PAOLA SANDOVAL 001010**

PRESENTADO A:

**DRA. NERY VILLOTA ZUÑIGA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO**

**BOGOTA, D. C, AGOSTO DE 2004**

## **INTRODUCCIÓN**

Con la presentación del caso clínico se trata de aprender a valorar de forma integral a los pacientes, esto con el fin de poner en práctica bajo la asesoría de las diferentes especialidades todos los conocimientos adquiridos durante la carrera.

Se pretende dar a conocer diferentes alternativas de tratamiento, desde un tratamiento ideal hasta un tratamiento a realizar considerando las necesidades del paciente con un previo estudio clínico y radiográfico para poder llegar a un diagnóstico integral preciso.

El presente informe presenta las diferentes etapas diagnósticas y de tratamiento basadas en la literatura y la experiencia de las diferentes especialidades para así llegar a obtener una rehabilitación estética y funcional.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer cronológicamente las etapas diagnosticas y de tratamiento para el manejo integral de la salud oral de los pacientes.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Analizar la etiopatogenia de las diferentes alteraciones de cavidad oral.
- Presentar un manejo clínico-radiográfico integral para poder llegar a un diagnostico preciso.
- Dar a conocer las diferentes alternativas de tratamiento integral para proporcionar una buena salud oral al paciente.

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
AREA DE ODONTOLOGÍA INTEGRADA  
CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO**

**INFORMACIÓN GENERAL**

**Edad:** 41 años

**Género:** Masculino

**Ocupación:** Electricista

**Motivo de consulta:** "Arreglo general"

**EXAMEN FISICO**

**Peso:** 74 Kg.

**Estatura:** 1.78 m

**Pulso:** 80 p x mto

**Presión arterial:** 120/80 mm/Hg

**ANAMNESIS**

**Antecedentes familiares:** (-)

**Antecedentes personales:** (-)

**HABITOS DE HIGIENE**

**Tipo de Cepillo:** Blando.

**Frecuencia de Cepillado:** 2 veces/dia

**Técnica:** Barrido

**Otras Ayudas:** no utiliza.

## **ANÁLISIS DENTAL**

**Relación canina:** clase III der. / I izq.

**Relación molar:** No aplicable D-I

**Línea media:** No aplicable

## **TRATAMIENTOS RECIBIDOS**

**Periodoncia:** (+)

**Cirugía:** (+)

**Endodoncia:** (+)

**Operatoria:** (+)

**Prostodoncia:** (+)

**Oclusión y ATM:** (-)

**Ortodoncia:** (-)

## **EXAMEN CRANEOMANDIBULAR**

**Dolor Muscular:** (+) masetero der.

**Dolor ATM:** (+) derecha.

**Ruido ATM:** (-)

**Alteración de Movimiento:**(-)

**Desarmonias oclusales:** (+)

## **EVALUACIÓN DINAMICA**

**Apertura:** 45 mm

**Lateralidad derecha:** 13/43-44

**Lateralidad izquierda:** 23/33-34

**Protusión:** NA

**Sobremordida Horizontal:** NA

**Sobremordida Vertical:** NA

## **DIAGNOSTICOS**

### **DIAGNOSTICO DENTAL:**

- LCA (Lesión cavitacional activa) de 12-11-26-44-45.
- Caries recurrente de 18-17-25-27-28-38-37-47.
- Facetas de desgaste: 13-12-23-33-32-41-42-43.
- Ausencias dentarias: 16-15-14-35-21.
- Resto radicular: 36-46-22-48

### **DIAGNOSTICO PERIODONTAL:**

- Periodontitis Crónica, localizada, con pérdida de soporte leve a nivel de 18 y 28.
- Trauma oclusal primario a nivel de anteriores
- Recesiones de tejido marginal a nivel de 44-45-42-32-34-36.
- Colapso de reborde alveolar Tipo II en zona edéntula 14-15-16  
Tipo I en zona edéntula 21  
Tipo III en sextante 4 diente 35 y 36
- Desarmonías en márgenes gingivales de sextantes 2 y 5
- Invasión del espesor biológico en distal 17

## **DIAGNOSTICO ENDODONTICO**

- Periodontitis Apical Crónica de 25-48

## **DIAGNOSTICO CRANEOMANDIBULAR**

- Disgnacia maxilodentaria transversal tipo mordida borde a borde.
- Dolor muscular local (mialgia no inflamatoria): hipertonicidad muscular (masetero derecho)
- Desorden craneomandibular tipo desarmonía oclusal

## **DX PROSTODONTICO**

- Clasificación de Kennedy:

**SUPERIOR:** Clase III. Limitación: 17-13

Modificación 1: 11-23

**INFERIOR:** Clase III- Limitación: 37-34

Modificación 1: 45-47

## TRATAMIENTOS

### TRATAMIENTO IDEAL

- Terapia inicial: Control de Placa, instrucciones de higiene oral, motivación del paciente, raspaje coronal, alisado radicular y profilaxis.
- Exodoncias indicadas: 22, 36, 46, 48, 18.
- Gingivectomía: 38.
- Endodoncia: 17, 11, 12. Cirugía periapical: 24.
- Incrustaciones: 28 O, 27 O, 47 O, 37 O, 38 O, 24 OD, 26 OM.
- Resinas: 44 O, 45 O, 12 PD.
- Aumento de corona clínica: 17
- Retenedor intrarradicular: 17, 11.
- Cirugía regenerativa del 21, 22 y 35, 36. Injerto autólogo.
- Ortodoncia correctiva: Anteriores inferiores.
- Elevación de seno maxilar: 16 (implante).
- Implantes: 21, 22, 36, 35, 46, 14, 16.
- Prótesis Parcial Fija implantosoportada: 14-16.
- Coronas individuales: 12, 11, 21, 22, (In-ceram) 36, 35, 46, 25, 17.
- Aumento de corona clínica: 31, 41.
- Cirugía para cobertura de recesión: 42.
- Revisar línea de sonrisa y puntos Cenit.
- Placa estabilizadora oclusal.
- Terapia de mantenimiento periodontal.

## **TRATAMIENTO ALTERNATIVO I**

- Terapia inicial: Control de Placa, instrucciones de higiene oral, motivación del paciente, raspaje coronal, alisado radicular y profilaxis.
- Exodoncias indicadas: 22, 36, 46, 48.
- Gingivectomía: 38.
- Endodoncia: 17, 11, 12. Cirugía periapical: 25.
- Incrustaciones: 24 OD, 26 OM.
- Amalgamas: 28 O, 27 O, 38 O.
- Aumento de corona clínica: 17
- Retenedor intrarradicular: 17, 11.
- Cirugía regenerativa del 21, 22. Injerto autólogo.
- Coronas individuales: 25, 17.
- Prostodoncia Parcial Fija: 18-13, 23-12, 44-47 Cantilever 48, 33-37. CPM 13, 23.
- Aumento de corona clínica: 31, 41.
- Revisar línea de sonrisa y puntos Cenit.
- Placa estabilizadora oclusal.
- Terapia de mantenimiento periodontal.

## **TRATAMIENTO ALTERNATIVO II**

- Terapia inicial: Control de Placa, instrucciones de higiene oral, motivación del paciente, raspaje coronal, alisado radicular y profilaxis.
- Exodoncias indicadas: 22, 36, 46, 48.
- Gingivectomía: 38.
- Endodoncia: 17, 11, 12. Cirugía periapical: 25.
- Amalgamas: 28 O, 27 O, 38 O.
- Resinas: 44 O, 45 O, 12 PD.
- Aumento de corona clínica: 17.

- Retenedor intrarradicular: 17, 11.
- Cirugía regenerativa del 21, 22. Injerto autólogo.
- Coronas ferulizadas: 11, 12, 13. (Ajustes de vario-soft).
- Coronas individuales: 25, 26, 17.
- Revisar línea de sonrisa y puntos Cenit.
- Placa estabilizadora oclusal.
- Terapia de mantenimiento periodontal.

## **TRATAMIENTO REAL**

- Terapia inicial: Control de Placa, instrucciones de higiene oral, motivación del paciente, raspaje coronal, alisado radicular y profilaxis.
- Exodoncias indicadas: 22, 36, 46, 48.
- Endodoncia: 17, 11, 12. Cirugía periapical: 25.
- Amalgamas: 28 O, 27 O, 38 O.
- Resinas: 44 O, 45 O, 12 PD.
- Aumento de corona clínica: 17.
- Retenedor intrarradicular: 17, 11.
- Prostodoncia Parcial Fija: 13-23.
- Prostodoncia Parcial removible: Superior e inferior.
- Revisar línea de sonrisa y puntos Cenit.
- Placa estabilizadora oclusal.
- Terapia de mantenimiento periodontal.

## **MARCO TEORICO**

Después de valorar integralmente al paciente y basados en los conceptos actuales de la odontología, a continuación presentamos una revisión bibliográfica de los temas referentes a los procedimientos que se realizarían al paciente, en las diferentes opciones de tratamiento.

### **GINGIVECTOMÍA**

Procedimiento quirúrgico por el que se extirpa el tejido gingival (encía) lesionado. Actualmente se emplea para el tratamiento de: hiperplasia (crecimiento) de la encía por medicamentos, fibrosis de la encía, bolsas supraóseas en lugares difíciles, para mejorar el acceso en técnicas restauradoras que invaden el espacio subgingival.

La posición adecuada del paciente y del profesional, el uso de una técnica correcta y unas medidas de asepsia son normas imprescindibles para el éxito de la gingivectomía. Una historia y exploración previas, así como la realización de una radiología son también imprescindibles.

La técnica debe realizarse de una forma reglada y comprende: anestesia correcta, marcado de la profundidad de las bolsas en la encía, corte con bisturí siguiendo las marcas, eliminación del tejido gingival y remodelación, raspado y alisado radicular, y colocación de un apósito periodontal. El material extraído debe ser enviado para su análisis histopatológico.

## **COMPLICACIONES**

Las complicaciones son muy infrecuentes y se dividen en inmediatas y mediatas (secundarias o tardías). Las complicaciones inmediatas pueden ser: desgarros, hemorragias, heridas de partes blandas; lesiones de los nervios cercanos; enfisema submucoso, fractura de instrumental, etc.

Las complicaciones mediatas: infecciosas, hemorrágicas (de causa local o general); generales (bacteriemias, septicemias, glomerulonefritis, crisis hiperglucémica o hipertiroidea, descòmpensaciones cardíacas, hepatitis, etc).

## **CIRUGÍA PERIAPICAL**

El tratamiento de las lesiones periapicales de carácter inflamatorio ha sido muy discutido a través de los años. Los endodoncistas han intentado solucionar los problemas mediante el tratamiento de conductos, en casos de granulomas periapicales el resultado es muy bueno y en caso de quistes periapicales el porcentaje de éxitos es muy bajo, por ello debido a que se han solucionado casos de quistes con endodoncia, la controversia está servida.

Nuestra opinión es que se deben tratar todos los casos con tratamiento endodóntico y ver la evolución, en general las lesiones que parecen granulomas veremos que remiten con el paso de los meses, las zonas osteolíticas se irán osificando y el tamaño del granuloma irá disminuyendo, por lo cual no será necesaria la cirugía.

En los casos que sospechemos, por el tamaño, la presencia de un quiste periapical, realizaremos la endodoncia de la pieza o piezas afectadas y seguidamente haremos la extirpación quirúrgica del quiste, con las correspondientes apicectomías.

El diagnóstico de certeza solo nos lo dará el estudio anatomopatológico de la lesión.

La cirugía periapical o endodoncia quirúrgica, se basa en eliminar el proceso periapical pero conservando el diente o dientes afectados.

La técnica se basa en tres fases:

- Legrado o curetaje de la zona periapical
- Apicectomía
- Obturación retrógrada

En todos los casos en la que hay afectación pulpar, deberá de forma previa hacerse las endodoncias de las piezas afectadas, por ello la endodoncia y la cirugía periapical se complementan

## **TÉCNICA QUIRÚRGICA**

Puede realizarse un colgajo solo a nivel apical o bien un colgajo siguiendo el reborde gingival y una o dos incisiones de descarga vertical.

Se levanta el colgajo mucoperiostico con el periostótomo y mediante fresado abrimos una ventana en el hueso a nivel del ápice de la pieza dentaria. Luego con cucharillas se elimina el granuloma o quiste, produciendo su enucleación. Se controla la hemorragia mediante compresión del hueso sangrante o el uso de cera de hueso, también podemos usar la electrocoagulación.

La apicectomía se realiza con una fresa de fisura, se bisela la parte radicular y podemos o no proceder a la obturación retrógrada. Si optamos por ella debemos hacer una caja retentiva en el foramen que ha quedado y se debe obturar con amalgama, se aconseja amalgama rica en cobre y sin zinc (non gamma 2), se lava la cavidad mirando que no queden restos de amalgama y se sutura la herida con seda de 3/0.

Las apicectomías se suelen realizar en dientes anteriores, pero se pueden realizar en premolares, pero hay mucha dificultad debido a los senos maxilares en el superior y al foramen mentoniano en el inferior. En molares también se pueden realizar apicectomías, sobre todo en los inferiores y en las raíces vestibulares de los superiores.

## **CIRUGÍA PARA ALARGAMIENTO DE CORONA**

Para la realización de una corona protésica o individual, se necesita de una distancia mínima de 5 mm para poder hacer la preparación de dicha corona, y lograr una retención adecuada de ella en el diente

En algunas ocasiones no se cuenta con la longitud necesaria para realizar las preparaciones de corona, y es aquí una de las situaciones donde la Periodoncia, puede colaborar con el área de prótesis y rehabilitación.

Para ello debe tomarse en cuenta el espesor biológico periodontal, se debe respetar aproximadamente 3 mm como mínimo entre la cresta ósea y el futuro margen de la preparación protésica. Por lo que se puede utilizar dos tipos de técnicas quirúrgicas periodontales.

**GINGIVECTOMÍA** : Escisión de encía únicamente, sin acceso a tejido óseo. Ésta se utiliza solo si estamos seguros que tenemos una distancia de 3 mm entre la cresta ósea y el futuro margen de la preparación.

## **CIRUGÍA A COLGAJO POSICIONADO APICAL CON O SIN CIRUGÍA ÓSEA**

**RESECTIVA:** Con acceso al tejido óseo y su posible recontorneo para lograr obtener la distancia necesaria para respetar el espesor biológico, proporcionando una mayor longitud de estructura dentaria para una apropiada preparación de la futura corona.

Es importante recordar que se debe tomar en cuenta:

- La Longitud corona / Raíz que quedará con el procedimiento a realizar.
- La relación oclusal con las piezas antagonistas
- La relación estética con las piezas vecinas
- La estabilidad de la pieza dentaria a tratar
- La relación de la cirugía periodontal programada con el área de furcación y el tronco radicular.
- Y otros.

## **INJERTOS OSEOS ALVEOLARES**

El injerto óseo es un procedimiento quirúrgico que permite reemplazar el hueso perdido o deficiente con un material sustituto (injerto de hueso). El material a injertar puede provenir de diversas fuentes:

- Puede obtenerse del mismo individuo, de otro hueso diferente al que se va a injertar (cadera, costilla, etc) o del mismo hueso maxilar pero de una zona diferente. (Injerto autógeno o autólogo). Como será analizado cuando se hable

de la cicatrización de los injertos óseos, el injerto autólogo es el único que cumple con las tres vías para la formación de hueso nuevo (osteogénesis, osteoinducción y osteoconducción).

- Injerto obtenido de un individuo de la misma especie pero no genéticamente relacionado con el receptor, que ha sido procesado para poder utilizarse (Injerto homólogo o aloinjerto)
  
- El aloinjerto se comporta como una estructura que permitirá el crecimiento de nuevo hueso a partir del reemplazo gradual que sufre el injerto por el hueso huésped. Este proceso se da por proliferación subperióstica y endocondral.
  
- Injerto obtenido de otra especie diferente a la humana (bovino, etc) (Injerto heterólogo o Xenoinjerto)
  
- Otros materiales inorgánicos, minerales o sintéticos.

Este material no solo reemplaza el hueso perdido sino que también favorece la producción de hueso por parte del propio individuo. Este nuevo crecimiento de hueso fortalece el área injertada formando un puente entre el hueso propio del individuo y el injerto. Con el tiempo, el nuevo hueso va a reemplazar al material injertado, que en la mayoría de los casos, excepto en el injerto autógeno, servía únicamente como relleno y soporte temporal.

## **Fases de cicatrización de injerto y formación ósea:**

La cicatrización del injerto y la subsecuente formación de nuevo hueso ocurre a través de tres vías:

**Osteogénesis (Teoría de la supervivencia).** El injerto posee osteocitos vivos, que son la fuente de osteoide que es producido activamente durante las primeras cuatro semanas posteriores al injerto.

**Osteoinducción:** Se presenta una invasión al injerto óseo de vasos sanguíneos y de tejido conectivo, provenientes del hueso huésped, las células óseas del tejido huésped siguen los vasos sanguíneos y remodelan el injerto por procesos de formación y reabsorción. La proteína morfogenética, que se deriva de la matriz mineral del injerto, es reabsorbida por los osteoclastos y actúa como mediador de la osteoinducción.

**Osteoconducción:** ocurre cuando los componentes inorgánicos del hueso que actúan como una matriz y fuente de minerales, son remplazados por el hueso periférico; lo cual puede ocurrir cuando células mesenquimales indiferenciadas invaden el injerto para formar posteriormente cartílago que se osifica subsecuentemente.

La viabilidad del injerto óseo está dada por el mantenimiento de la mayor cantidad de células y por la revascularización temprana. Para lograr esto debe darse una adecuada manipulación al injerto y debe evitarse el tiempo extracorpóreo prolongado.

## **ELEVACIÓN DEL PISO DEL SENO MAXILAR**

Gracias al avance de la utilización de los biomateriales y las técnicas de regeneración tisular guiada, es posible colocar implantes en el sector postero superior, donde la neumatización del seno maxilar disminuye la altura ósea que en muchos casos es menor a 10 mm., lo cual atenta la estabilidad del implante.

El seno maxilar es el más grande de los senos paranasales, Rouviere señala, tiene una forma de pirámide, ocupa la apófisis piramidal del maxilar superior, su base corresponde a la pared externa de las fosas nasales y su vértice al hueso malar. Tiene tres caras: anterior o yugal, posterior o pterigomaxilar y superior u orbitaria.

Sus dimensiones medias son: 35 x 35 mm en la base y una altura de 25 mm; su capacidad es de 15 cm<sup>3</sup>.

Macroscópicamente es una membrana delicada de aspecto rosado.

El primer antecedente de Antroplastia se remonta a la operación de George Cadwell y Henri Luc en 1893, en la cual se hacen dos aberturas independientes: una en la fosa canina para lograr acceso al antro y otra, en la pared antronal para el drenaje. Esta técnica se indica para epistaxis persistente, fracturas del maxilar, dientes y fragmentos impulsados al seno, neoplasias benignas y en sinusitis maxilar crónica.

Posteriormente en 1976, el Dr. Hill Tatum, introdujo su modificación a la técnica de Cadwell Luc para usarla en el campo de la implantología. En 1984, el Dr. Misch, realizó estudios en 385 elevaciones de suelo sinusal y

utilizó hueso autólogo obteniendo una sobrevida de 98% en un periodo de 10 años. Este mismo realizó una clasificación del reborde alveolar residual según el espacio disponible diferenciando en el sentido bucopalatino, describió dos tipos:

Tipo (A): 5 mm o más, tipo (B) 2.5 a 5 mm.

Mientras que en el sentido vertical:

<b>GRADO I</b>	Distancia piso sinusal a cortical del reborde igual o mayor a 10 mm.
<b>GRADO II</b>	Entre 8 y 10 mm.
<b>GRADO III</b>	Entre 4 y 8 mm.
<b>GRADO IV</b>	Menor a 4 mm.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA:

Se anestesia nervio infraorbitario, dentario medio y posterior del lado a intervenir, más anestesia al nervio nasopalatino.

Los procedimientos a emplear dependerán según la altura ósea disponible.

Altura entre 7 a 10 mm:

Se utiliza el abordaje por vía alveolar, previo desprendimiento del colgajo, o si se lo prefiere por técnica punch. Se colocan los tubos guía y empezamos la trepanación del hueso pasando la fresa inicial 2 mm menos que la media final; con pín se verifica radiográficamente la dirección tomada, luego continuamos con una fresa plana a baja velocidad y con buena irrigación para no dañar la mucosa sinusal. La última porción del hueso también se puede eliminar usando osteótomos.

Si se quiere ganar 1 mm con el implante no es necesario decolar la mucosa sinusal. Si el objetivo es pasar 2 ó 3 mm se debe separar la mucosa con curetas, punta roma de diferentes angulaciones (90°, 180°) el mercado provee estos instrumentos con lo cual lo se gira el mismo 360° sobre la abertura para ganar espacio, luego se rellena con injertos, preferentemente hueso autólogo y plasma rico en plaquetas. Esto se lleva con un portaamalgamas y finalmente se coloca el implante.

Altura mayor de 4 a 7 mm.

En este caso no puede usarse la técnica anterior, ya que la mucosa sinusal no admite elongarse más de 5 mm sin perforarse, por lo que hay que abordar el seno con el método de Tatum, que es modificación de Cadwell Luc, luego de exponer el hueso de canino a segundo molar, por medio de un colgajo que contendrá los vasos y nervios suborbitarios, se procede a confeccionar con material rotatorio una ventana con forma de arco y concavidad superior. Se trabaja con bajas revoluciones y abundante irrigación, se realizan perforaciones que van delimitando el arco a nivel de la fosa canina. Esta ventana tendrá 20 mm de largo por 10 mm de alto. El tamaño apropiado permitirá introducir el dedo índice del operador, luego se puede terminar el corte con golpecitos de escoplo. Finalmente, se puede optar por eliminar la ventanita ósea y utilizarla como adentro, usando el pivote la parte superior.

Con las curetas apropiadas se separa la mucosa. Existe una maniobra ideada por Rosenlicht (6), la cual consiste en tapar la nariz al paciente y decirle que inspire profundamente, en muchos casos esto es suficiente para decolar la mucosa. Posteriormente introducimos una gasa embebida en solución fisiológica para que sea menos agresiva y no nos deje hilos. Con la mucosa separada con la gasa, tallamos vía alveolar el alvéolo quirúrgico y colocamos el material de injerto y los implantes sin miedo de perforar la mucosa. Antes hay que reavivar el interior de la

cavidad para provocar un sangrado que favorezca la cicatrización. En el caso de perforar la membrana es aconsejable colocar una membrana de colágeno.

Altura menor a 4 mm.

Aquí la técnica es similar a la anterior, sólo que después de introducir el relleno, se esperan 6 meses para colocar los implantes.

## **TÉCNICA QUIRÚRGICA**

Técnica de Cadwell Luc

- 1) Apariencia clínica preoperatorio.
- 2) Radiografía preoperatorio que evidencia la gran neumatización del seno y la escasa altura ósea.
- 3) Vista de la cortical vestibular del seno maxilar donde se observa la delimitación de la osteotomía con fresa, la que luego se completa con cincel y martillo.
- 4) Se realiza el despegamiento de la mucosa sinusal rebatiéndola junto con la ventana ósea hacia arriba y hacia adentro y se procede a la colocación del injerto en la cavidad creada.
- 5) Colocación de la membrana de P. R. P.
- 6) Se rebate el colgajo y se sutura.

## **IMPLANTES ORALES**

Son unos aditamentos de titanio generalmente de forma cilíndrica, cuya función primordial es la de crear unas "raíces artificiales" allí donde no existen dientes para posteriormente poder anclar sobre ellas una prótesis fija. Los implantes dentales nos permitirán masticar con total comodidad, sonreír y hablar con la misma seguridad que con nuestros propios dientes.

En el mercado existen múltiples marcas comerciales de implantes con costes muy variados. Es importante utilizar implantes de buena calidad que estén avalados por estudios científicos a largo plazo.

### **Tipos de implantes dentales**

En cuanto a la forma: existen varias casas comerciales que fabrican diferentes tipos de tornillos. Los primeros, diseñados en 1965 por el Dr. Branemank, se siguen usando actualmente y son unos de los más fiables. En general tienen forma cilíndrica, con o sin rosca, y miden de 3 a 5 milímetros con una longitud de 8 a 20 milímetros que se usan dependiendo de la zona de la mandíbula o maxilar y de la cantidad de hueso que exista.

### **Indicaciones de implantes**

Áreas edéntulas.

Zonas factibles de injertos , regeneración etc.

Están indicados en caso de que falten piezas dentarias y el hueso sobre el que se van a colocar sea de la calidad y esté en la cantidad adecuada.

Con los implantes se sustituyen los dientes que faltan usando como apoyo el hueso del maxilar superior o inferior sin necesidad de tocar los dientes vecinos.

## **Contraindicaciones**

Absolutas: embarazo, lactancia, enfermedades sistémicas no controladas, diabetes no controlada, uso de corticoides, hemofilias, terapia anticoagulante, terapia radioactiva, insuficiencia renal crónica, cáncer, desordenes psicológicos, expectativas irreales, fumadores.

Relativas: SIDA, diabetes controlada, terapia anticoagulante, uso de corticoides, osteoporosis, bruxismo, alcoholismo y drogadicción, fumadores.

## **Oseointegración**

La oseointegración se define como un anclaje directo al hueso, a un cuerpo implantado que puede proporcionar una base de soporte para una prótesis; posee la capacidad de transmitir fuerzas oclusales directas al hueso.

## **Factores que condicionan la oseointegración**

Controlables: técnica quirúrgica, velocidad de rotación, filo del instrumento, forma de irrigación, vascularización ósea, biomaterial utilizado.

No controlables: micro estructura, biosuperficie.

## **COBERTURA RADICULAR**

En los últimos años han surgido una variedad de procedimientos destinados a cubrir las recesiones gingivales. Si bien la motivación más frecuente para cubrir una recesión es estética existen otros motivos para realizarlas. Las recesiones

gingivales suelen producir hipersensibilidad dentinaria, y su cobertura por medio de tejidos blandos proporciona una adecuada solución para éste problema. Los procedimientos de cobertura radicular pueden también utilizarse para tratar defectos radiculares producidos por lesiones de caries ó por abrasiones cervicales. Finalmente, la cobertura radicular puede estar indicada cómo la mejor solución para corregir un defecto mucogingival y por éste medio mejorar el control de placa bacteriana y/o brindar mayor comodidad al paciente.

## **MANEJO DE LA ARQUITECTURA GINGIVAL**

Podemos clasificar la arquitectura gingival en patrones: estéticos y poco estéticos. El patrón estético ideal es aquel que determina una línea imaginaria que conecta a los márgenes gingivales de centrales y caninos, quedando los laterales ligeramente por debajo de la línea.

Pequeñas modificaciones (asimetrías) de este patrón, son muchas veces aceptables, siempre y cuando los márgenes gingivales de cualquiera de los dientes no sobrepase apicalmente esta línea.

El paciente siempre llega a nosotros preocupado porque no le agradan sus dientes, sin embargo no siempre están seguros de qué es lo que no les agrada, por eso somos nosotros los que debemos estar preparados para ver mas allá y el hacer un buen análisis de la arquitectura gingival nos permitirá lograr mejores resultados.

La solución es realizar una gingivoplastia . Este procedimiento debe efectuarlo un especialista, debido a que muchas veces ellos deben de reconformar un nuevo espesor biológico, lo que requerirá una osteoplastia.

Al mes de realizado el procedimiento la arquitectura gingival luce simétrica e incluso los dientes se ven más alargados. Posterior a esto se realizan los cambios estéticos a nivel dentario, que la paciente requiere.

## **FÉRULA DE ESTABILIZACIÓN OCLUSAL POSTERIOR AL TRATAMIENTO.**

La férula de relajación muscular se prepara generalmente para el arco maxilar y proporciona una relación oclusal considerada optima para el paciente. Cuando esta colocada, los cóndilos se encuentran en su posición músculo esquelética mas estable, al tiempo que los dientes presentan un contacto uniforme y simultaneo. Proporciona también una desoclusión canina en los dientes posteriores durante el movimiento excéntrico. El objetivo terapéutico de la férula de relajación muscular es eliminar toda inestabilidad ortopédica entre la posición oclusal y la articula, para que esta inestabilidad deje de actuar como factor etiológico en el TTM.



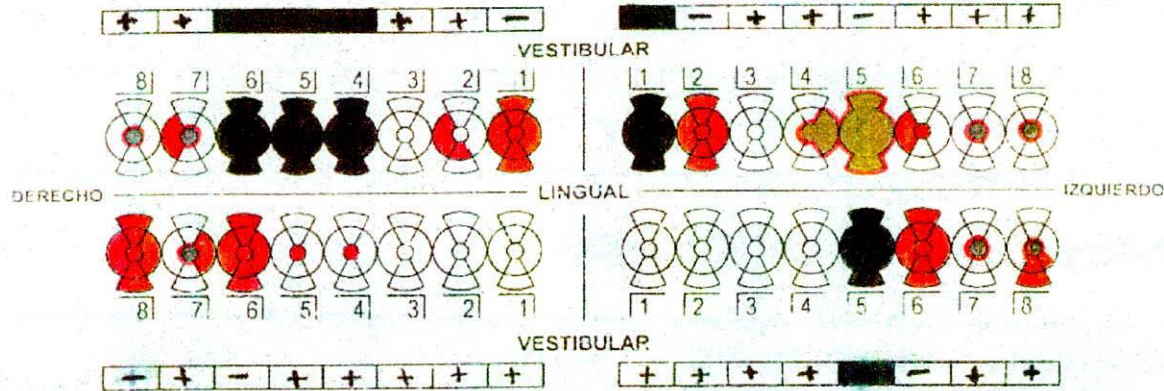
ODONTOGRAMA

C.I.

H.C. 421795

18	Amalgama 0 desadaptada
17	Amalgama 0 desadaptada- Caries OD
16	Ausente
15	Ausente
14	Ausente
13	Sano - Faceta de desgaste
12	Caries PD
11	Destrucción coronal

28	Amalgama 0 desadaptada
27	Amalgama 0 desadaptada
26	Caries OM
25	Corona completa combinada desadapt.
24	Incrustación OD desadaptada
23	Sano - Faceta de desgaste
22	Resto radicular
21	Ausente



41	Sano - Faceta de desgaste
42	Sano - Faceta de desgaste
43	Sano - Faceta de desgaste
44	Caries 0 activa
45	Caries 0
46	Resto radicular
47	Amalgama 0 desadaptada- Canes M
48	Resto radicular

31	Sano - Faceta de desgaste
32	Sano - Faceta de desgaste
33	Sano - Faceta de desgaste
34	Sano
35	Ausente
36	Resto radicular- Fractura coronal
37	Amalgama 0 desadaptada
38	Amalgama 0 desadaptada- Caries 0

## **BIBLIOGRAFIA**

- [Http://www.tuotromedico.com/dontologia/gingivectomia.htm-10k](http://www.tuotromedico.com/dontologia/gingivectomia.htm-10k)
  
- [Http://www.periodoncia.com](http://www.periodoncia.com)
  
- [Http://www.clínica.pardinas.com](http://www.clínica.pardinas.com)
  
- [Http://www.Odontocat.com/ciru4.htm-22k](http://www.Odontocat.com/ciru4.htm-22k)
  
- OKISON JEFFREY P, Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares, Harcourt Brace ,1999.

