

CASO CLÍNICO

X SEMESTRE

Presentado a:

Dra. Diana Guzmán

Directora de clínicas sede centro

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
Bogotá Febrero 19 del 2003

CASO CLINICO

X SEMESTRE

Presentado por:

Ana Deisy Gordillo 982016

Carolina López García 982039

Ruth Liliana Martínez Sabio 982041

Martha Bermúdez 982060

Allan Satizábal 961267

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
Bogotá 17 de febrero del 2003





CASO CLÍNICO

La paciente Ingrid Paola Casallas ingresa a la clínica del Colegio odontológico Colombiano, sede centro el día 6 de febrero del 2003. Es atendida en el piso cuarto de décimo semestre, por la alumna Carolina López.

HISTORIA CLINICA:

N. 441072

Información Personal :

Nombre : Ingrid Paola Casallas

Edad : 17 años

Raza : Mestiza

Sexo : Femenino

Ocupación : Estudiante

Motivo de consulta :

“Tengo las encías inflamadas y me duelen ”

Historia Médica

Familiar : La paciente al preguntarle no reporta ningún antecedente sistémico

ni traumático en alguno de sus familiares.

Personales : La paciente al preguntarle no reporta ningún antecedente sistémico ni traumático, no ha sido hospitalizada, no se le han practicado ningún tipo de cirugías ni reporta alergias de ningún tipo.

Exámen físico :

Peso : 45 Kg

Estatura: 1,62 m

Presión arterial : 120 / 80 mm Hg

Pulso : 62 Pulsaciones por minuto

Temperatura : 36 grados Centígrados

Revisión por sistemas :

Nervioso (-)

Cardiovascular (-)

Respiratorio (-)

Gastrointestinal (-)

Endocrino (-)

Hábitos de higiene oral

Técnica de cepillado: barrido

Frecuencia de cepillado : 3 veces al día

Otras ayudas : Ninguno

EVALUACIÓN DENTAL Y TRATAMIENTOS RECIBIDOS

Periodoncia: (-)

Exodoncia y cirugía oral (-)

Endodoncia (-)

Operatoria (-)

Ortodoncia (-)

Prostodoncia (-)

EXÁMEN CRANEOMANDIBULAR

Dolor muscular (-)

Ruido articular (-)

Limitación de movimiento (-)

Hábitos (-)

Desarmonías oclusales (-)

EVALUACIÓN DINÁMICA

Apertura 55 mm

Lateralidad izquierda 6 mm

Lateralidad derecha 5 mm

Protrusión 7mm

EXÁMEN CLINICO INTRAORAL

Odontograma :

16 caries oclusal en la foseta distal

12 hiperplasia de esmalte (incisal)

26 caries oclusal

22 hipoplasia de esmalte (incisal)

46 hipoplasia de esmalte vestibular surco vestibular y oclusal pigmentado

36 surco vestibular pigmentado.

Periodontograma :

Exámen periodontal:

Encía

Color: Anormal

Margen: Anormal

Consistencia: Anormal

Contorno : Anormal

Papilas : Anormales

Encía Adherida: normal

Cálculos : Si

Sangrado: Sí

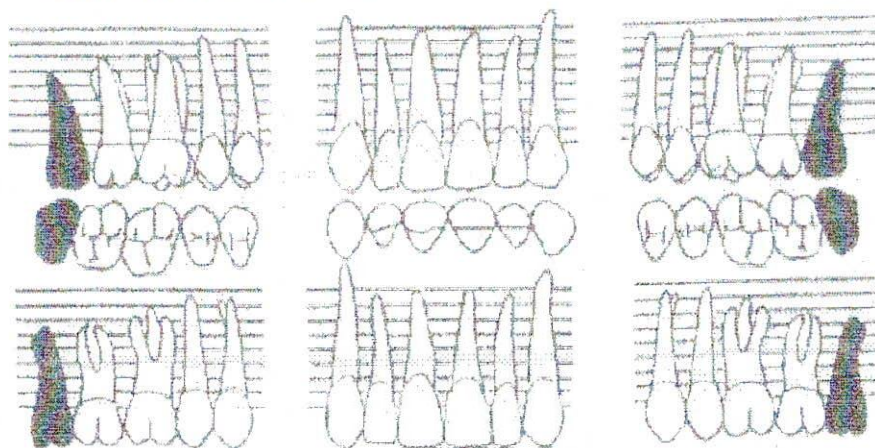
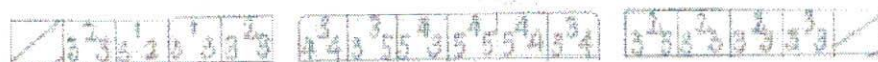
Supuración y exudado: No

Movilidad dentaria : No

Fremito: No

9

Sondaje inicial

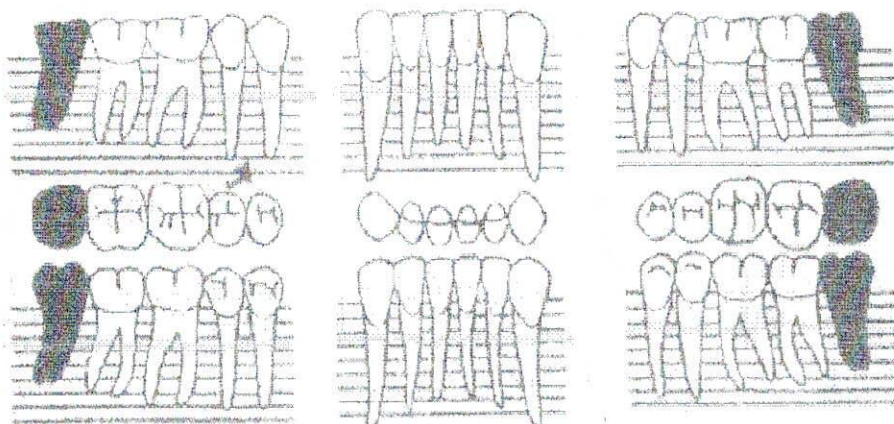
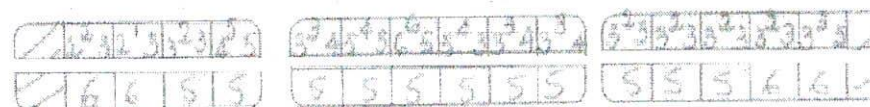


Linea Mucogingival



D

Linea Mucogingival



Sondare inizia



Evaluación de tejidos blandos y óseos:

Labios: normales

Carrillos: normales

Surco vestibular: normal

Gingiva : anormal

Reborde alveolar : Normal

Lengua: Normal

Piso de boca : Normal

Frenillos Normales

Paladar duro: Normal

Paladar blando :Normal

Amígdalas / Orofaringe : Normal

Glandulas salivares : Normales

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICOS DENTALES

- ❖ Caries Activa : 16 Y 26

Etiología :Placa bacteriana

- ❖ Dientes incluidos: 18, 28, 38, 48.

- ❖ Malposición:

- ❖ Apiñamiento

- ❖ Hipoplasia de esmalte:

La hipoplasia de esmalte es moderada en la cual se pueden presentar algunas ranuras, fosetas o fisuras pequeñas en las superficies del esmalte, si la anomalía es más grave el esmalte puede mostrar fosetas profundas.

Etiología : La hipoplasia solo aparece si la lesión ocurre durante el desarrollo de los dientes específicamente durante la etapa formativa del desarrollo del esmalte. Una vez que éste se ha calcificado, el defecto no se produce. La etiología es multifactorial entre los cuales tenemos deficiencia nutricional,

sífilis congénita, hipocalcemia, infección local o traumatismo, ingestión de químicos y causas ideopáticas.

DIAGNÓSTICOS PERIODONTALES

❖ Gingivitis Asociada a placa con factores locales contribuyentes :

Patología Periodontal muy frecuente y puede presentarse en cualquier paciente debido a la excesiva acumulación de placa en el margen gingival; Consiste en la inflamación de la encía que se caracteriza por cambios de color, cambios de forma, papilas interdentes abultadas, margen gingival abultado, cambios en la textura superficial pérdida del punteado gingival, hemorragia instantánea.

Histológicamente hay filtración de células inflamatorias redondas en el tejido conectivo . puede existir edema con tumefacción. Puede existir edema con tumefacción gingival, lo que da por resultado la formación de bolsas falsas gingivales. No obstante, no hay pérdida de la inserción conectiva periodontal ya ue la extensión apical del epitelio de unión se encuentra en su posición

original, en o cerca de la unión amelocementaria, las bolsas falsas gingivales son diferenciables de las verdaderas, en las que el borde apical del epitelio de unión migro hacia apical desde el límite amelocementario.

Etiología: Placa Bacteriana , Apiñamiento.

- ❖ Agrandamiento gingival: Consiste en un sobrecrecimiento de las papilas interdentes que forman masas de tejido móviles y triangulares, o agrandamiento marginal que reduce la longitud de la corona clínica, es poco frecuente la migración apical del epitelio de unión, por lo que se crean pseudobolsas profundas. La higiene bucal es muy difícil lo que produce mayor acumulación de placa y posiblemente caries cervical y de esmalte, también es muy frecuente la halitosis. El tratamiento del agrandamiento gingival se hace si hay inflamación gingival, caries dental o problemas estéticos de fonación función o comodidad ; y consiste en una profilaxis profesional frecuente y un régimen de higiene por el paciente riguroso y cuidadoso , Esto reduce la inflamación y

posiblemente la necesidad de resección quirúrgica. La higiene bucal efectiva previene la recurrencia de la lesión . Se recomienda el enjuague diario con clorexidina. La eliminación quirúrgica del tejido agrandado se trata con gingivectomía y se lleva a cabo en el consultorio dental con anestesia local.

DIAGNOSTICOS ENDODÓNTICOS:

Pulpa clínicamente sana: Asintomática, ningún cambio periapical radiográficamente, responde a las pruebas de sensibilidad, y no es sensible a las pruebas periapicales.

DIAGNOSTICOS CRANEO-MANDIBULARES

- ❖ Diagnostico esquelético: Clase II
- ❖ Diagnóstico facial Perfil convejo
- ❖ Diagnóstico dental Proinclinación dental superior
- ❖ Línea media desviada

Basados en la cefalometría de Magnamara se realizaron los correspondientes trazos para

dar estos diagnósticos: donde encontramos un leve prognatismo maxilar (aumentada la distancia entre A y N)que nos determinaron la clase esquelética y el perfil convejo. Y una vestibularización de los incisivos superiores anteriores(aumentada la longitud del plano A-pg y la cara vestibular de los incisivos superiores .

El prognatismo superior se caracteriza por la disposición de los incisivos superiores en posición adelantada , asociada a proyección del maxilar superior , en algunos casos no se presenta sello labial .

La protusión superior puede darse falsa o verdadera por un crecimiento excesivo del maxilar o crecimiento insuficiente de la mandíbula o posición de la posición alveolodentaria.

❖ Clasificación canina derecha II izquierda II

❖ Clasificación molar Derecha III Izquierda I

Clase I Angle Molar : Normoclusión La cúspide mesovestibular del 6 superior cae en el surco vestibular del 6 inferior

Clase II Angle molar:Distoclusión Cúspide mesovestibular del primer molar superior ocluye en el área de contacto entre el 5 y el 6 inferior .

Clase II canina :Distorelación

Esta clasificación debe ser evaluada hemilateralmente con base en los primeros molares ; La clasificación del lado derecho puede ser diferente a la del lado izquierdo a causa de ausencias dentarias, alteraciones de crecimiento y desarrollo, hábitos alteraciones en la secuencia de erupción .

- ❖ Apiñamiento anterosuperior y parte media leve .
- ❖ Compresión leve del maxilar
- ❖ Biproquelia : Característica de la raza mestiza
- ❖ Mordida cruzada de 23 y 33

PLAN DE TRATAMIENTO

Plan de tratamiento actual

Secuencia del tratamiento:

1. Interconsultas:

Periodoncia

Ortodoncia

2. Periodoncia :

2.1 Terapia basica con cavitron

2.2 Gingivectomía

2.3 Gingivoplastía

2.4 reevaluación a las cuatro semanas

3. Operatoria :

Amalgamas oclusales 17 y 26 .

Gingivectomía: Procedimiento en el cual las paredes del tejido blando de las bolsas supracrestales se eliminan por medio de excisión, sin embargo el término común de gingivectomía se ha utilizado para procesos incisionales de remoción de la encía ,por otro lado se refiere al contorno quirúrgico y remodelado de la

superficie externa de la encía y si se remueve muy poco del epitelio del surco o de la bolsa.

Indicaciones :

Agrandamiento gingival o pseudobolsa que estén coronal a la cresta alveolar cuando existe una adherencia gingival adecuada, la fibromatosis gingival ideopática , la erupción pasiva alterada o tardía y la necesidad de incrementar longitud de la corona clínica para aumentar la retención con fines protésicos o alargamiento coronal por estética

Contraindicaciones :

Areas con poca o no encía insertada , donde el fondo de la bolsa se encuentra en la unión mucogingival o apical a esta, cuando existan bolsas infraóseas, cuando existiera engrosamiento de hueso alveolar marginal y cuando este indicada cirugía ósea como de áreas labiales donde la remoción de la encía puede producir coronas clínicas largas y poco estéticas

Gingivoplastia:

Variante de la gingivestomía en la cual la encía adherida alrededor de los dientes se remodela para proporcionar contornos más

estéticos y funcionales. La gingivoplastia puede realizarse con pinza para tejido, instrumentos rotatorios electroquirúrgicos.

Los objetivos específicos de la gingivectomía y gingivoplastia son los de eliminar las bolsas supraóseas o recontornear la encía fibrosa recundante y sobrecrecida.

Las Ventajas incluyen su simplicidad de técnica, con buen acceso visual en especial en el aspecto vestibular . El resultado morfológico tanto de la gingivectomía como de la gingivoplastia es predecible para fines cosméticos o para eliminar áreas de acumulación de placa.

Desventajas Peligro de exponer hueso con la subsecuente reabsorción del soporte de la cresta alveolar . la gingivectomía Puede dar como resultado la pérdida de la encía insertada y puede existir exposición de áreas cervicales con un incremento de la sensibilidad

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

1 Periodoncia :

Terapia Básica : Motivación del paciente control de placa instrucción de higiene oral, raspaje coronal, alisado radicular, y profilaxis.

Cirugía periodontal :

- ❖ Gingivectomía

- ❖ Gingivoplastia

Reevaluación

2 Operatoria:

Amalgamas oclusales del 17 y 26

3 Cirugía :

Cirugía método abierto de 18, 28, 38, y 48

4 Ortodoncia

Ortodoncia correctiva con exodoncia de premolares : 14 24 34 44

BIBLIOGRAFÍA

1. Genco , Goldman, Cohen. Enciclopedia de Periodoncia Mc Graw Hill Interamericana Tomo I,1996
2. Genco , Goldman , Cohen , Enciclopedia de Periodoncia Mc Graw Hill Interamericana tomo 2 ,1996
3. W.G. shafer Tratado de Patología Bucal,
Ineramerican,Mexico1997
4. Walton Torabinejad , Endodoncia principios y práctica
Segunda Edición Mc Graw HillInteramericana1995
5. Gallo Arbelaez , Manual teórico practico sección de oclusióny
articulación temporomandibular 1998