

CASO CLINICO
ODONTOLOGÍA INTEGRADA
(INTERDISCIPLINARIO)

JORGE RUIZ
MARITZA PILAR PARRA BAEZ
YOLI EUGENIA RINCÓN ARRIETA
RUBI SÁNCHEZ
LUISA FERNANDA GARCIA MEJIA

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
X SEMESTRE
2002

CASO CLINICO INTERDICIPLINARIO

I. INFORMACIÓN GENERAL

Apellidos Nombres del Paciente: **JORGE ELIÉCER OSTOS**

Edad: 64años

Ocupación: Contador

Fecha de Ingreso: Julio 19-2002

Historia Clínica #:379976

Motivo de Consulta:

“Para que me arreglen la dentadura”

II. EXAMEN FISICO

Aspecto General: Aparente buen estado de salud

Peso: 62 Kilogramos

Estatura: 166 cms

Presión Arterial: 130/80 mmHg

Temperatura: 37.5°c

III. ANAMNESIS

Historia Medica Familiar

Tres hermanos fallecieron de infarto agudo del miocardio

Padre falleció a consecuencia de ácido úrico

Historia Medica Personal

Hospitalarios: El paciente fue hospitalizado para realizarle cirugía a corazón abierto

Quirúrgicos: Bypass coronario

Revisión por sistemas.

Nervioso (-)

Cardiovascular (+) Bypass coronario
Respiratorio (-)
Gastrointestinal (-)
Endocrino (+) Enfermedad gota

IV. HISTORIA ODONTOLÓGICA PREVIA

Anestesia local: Si	Complicaciones: Ninguna
Anestesia general: Si	Complicaciones: Ninguna
Hemorragias: No Post exodoncia : No	Complicaciones : Ninguna

Higiene Oral:

Frecuencia de cepillado: 3 veces al día.
Cepillo: Blando
Técnica: Combinada
Ayudas: Enjuague, Seda

V. A). HISTORIA ESTOMATOLOGICA

Dolor Músculos Masticadores (-)
Dolor ATM (-)
Ruido ATM (-)
Alteraciones en el Movimiento (-)
Desarmonias Oclusales (+) oclusión cruzada anterior y posterior
Oclusión abierta posterior
Apiñamiento en el segmento anterior inferior

- Habitos (-)
- Xerostomia (-)
- Odontalgia (-)
- Dolor en tejidos blandos (-)
- Sensibilidad dental (+)
- Sangrado Gingival (+) Al cepillarse
- Halitosis (-)

V. B) EXAMEN FÍSICO ORAL

Labios: Normal

Carrillos: Normal
Surco Vestibular: Normal
Gingiva: Anormal, presente signos clínicos de inflamación
Reborde alveolar: Anormal, presenta colapso de reborde dado aparentemente por ausencias dentarias
Lengua: Normal
Piso de boca: Normal
Frenillos: Normal
Paladar duro: Anormal (Paladar ojival)
Paladar blando: Normal
Amígdalas/Orofaringe: Normal
Glándulas Salivares: Normal

V. C). EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR

Dolor Reportado: Musculos masticatorios: No
Dolor a la palpación: No
Examen ATM: Ruidos: No
Dolor: No

V. D) EXAMEN DE MOVIMIENTOS MANDIBULARES

Apertura: 40 mm
Overjet: 2mm
Protrucción: 6mm
Overbite: 1mm
Lateralidad Derecha: 6mm
Lateralidad Izquierda: 5mm
Desviación: Apertura (confluente).

V. E). EXAMEN DENTARIO/ARMONIAS - DESARMONIAS OCLUSALES

Clasificación de Angle: No aplicable
Clasificación Canina: No aplicable
Simetría Facial: Presente
Línea media dentaria: desviada 1 mm a la derecha

Apiñamiento: Segmento anterior inferior
Oclusión cruzada: anterior y posterior.
Oclusión abierta: Anterior

VI. EXAMEN PERIODONTAL

Color: Anormal
Margen: Anormal
Consistencia: Anormal
Textura: Anormal
Grosor: Normal
Contorno: Normal
Papilas: Normal
Encía adherida: Normal
Sangrado: Si al sondaje
Movilidad: 18, grado 2
Furcaciones: 46, grado 2 y 38, grado 3
Sondaje inicial: 18 (5,6,5)
Recesiones: 46, 35, 38.

VII. EXAMEN DENTARIO

ODONTOGRAMA

- 18. Pilar de PPF desadaptada (Cantiliber)
- 17. Pontico (Cantiliber)
- 16. Ausente
- 15. Ausente
- 14. Ausente
- 13. Destrucción coronal y cemento temporal
- 12. Retenedor intra radicular adaptado
- 11. Temporal en acrílico adaptado
- 21. Temporal en acrílico adaptado
- 22. Temporal en acrílico adaptado
- 23. Pilar PPF metálica, desadaptado
- 24. Pontico PPF, con carillas estéticas

- 25. Pontico PPF, con carillas estéticas
- 26. Pontico PPF, con carillas estéticas
- 27. Pontico PPF, con carillas estéticas
- 28. Pilar PPF desadaptado
- 38. Caries activa DVOL
- 37. Ausente
- 36. Ausente
- 35. Resina OVL desadaptada
- 34. Resina VG y O adaptada
- 33. Resina VG y VI adaptado
- 32. Resina IVL adaptada
- 31. Resina IVL adaptada
- 41. Resina IVL adaptada
- 42. Resina VIL y VG adaptada
- 43. Resina VG e IL adaptada
- 44. Resina VG y OVL adaptada
- 45. Caries recurrente O y resina VG adaptada
- 46. Corona metálica desadaptada
- 47. Ausente
- 48. Ausente

VIII EXAMEN RADIOGRÁFICO

Sextante I:

- 18. Zona RO a nivel coronal posible retenedor extracoronal de PPF.
- 17, 16, 15, 14. Ausentes Radiográficamente

Sextante II

- 12 y 11: RO a nivel del conducto radicular posible retenedor intrarradicular y previa obturación con gutapercha
- 21 y 22: RO a nivel del conducto radicular posible retenedor intrarradicular y previa obturación con gutapercha
- 23. RO a nivel coronal posible retenedor de PPF

Sextante III

- 28. RO a nivel coronal posible retenedor extracoronal de PPF y extensión RO aparentemente ponticos de PPF

Sextante IV

38. RL a nivel coronal posible caries, a nivel radicular el hueso a disminuido en sentido vertical dejando aparentemente descubierto el primer tercio radicular

35. RO coronal compatible con una restauración plastica

34. RO coronal compatible con una restauración plastica

Sextante V

33, 32, 31, 41, 42, 43: Presentan aparentemente RO coronal compatible con restauracion plastica.

Sextante VI:

44 y 45: RO coronal compatible con una restauración plastica

46: RO coronal compatible con retenedor extracoronal de PPF aparentemente desadaptado.

IX. DIAGNOSTICOS

Generales:	Hiperuricemia, enfermedad de gota
Cráneo mandibulares:	Oclusión cruzada posterior y anterior Oclusión abierta posterior
Tejidos blandos y óseos:	Compresión del maxilar superior Colapso de reborde alveolar
Periodontales:	Gingivitis inducida por placa bacteriana Periodontitis Crónica
Endodónticos:	Necrosis Pulpar de 13
Dentales:	Anodoncia Verdadera de 17, 16, 15, 14, 24, 25, 26, 27, 37, 36, 47, 48. Caries Activa: 38 (DVOL) Caries Recurrente: 45 (O)

X. PLAN DE TRATAMIENTO

PERIODONCIA:

IDEAL: Terapia básica: motivación del paciente, control de placa bacteriana, instrucción de higiene oral, profilaxis, eliminación de focos infecciosos, eliminación de factores retentivos de PB, raspaje y alisado radicular, y control.

- Remodelado Oseo a nivel de 38 y 46

REAL: Terapia Basica: motivación del paciente, control de placa bacteriana, instrucción de higiene oral, profilaxis, eliminación de focos infecciosos, eliminación de factores retentivos de PB, raspaje y alisado radicular, y control.

- Remodelado oseo a nivel de 38 y 48

CIRUGÍA:

IDEAL: Exodoncia Metodo Cerrado de 38 y 46

Cirugía de elevación del seno maxilar para la colocación de implantes, la cual consta de dos fases, la primera para la colocación del injerto, y la segunda para la colocación de los implantes oseointegrados de: 14, 16, 24, 25, 26, 36, 37, 46, 47.

REAL: Exodoncia Metodo Cerrado de 38 y 46

ENDODONCIA:

IDEAL: Tratamiento Convencional de Conductos de 13 y 35

REAL: Tratamiento Convencional de Conductos de 13 y 35

OPERATORIA:

IDEAL: Amalgama OM 45

REAL: Amalgama OM 45

PROSTODONCIA:

IDEAL: Implantes de: 14, 16, 24, 25, 26, 36, 37, 46, 47.

Retenedor intrarradicular de 15 y 35

CCC de 18, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 28, 14, 16, 24, 26,

Prótesis Parcial Removible Inferior

REAL: Retenedor intrarradicular de 15 y 35

CCC de 18, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 28 y 35. Las coronas 12 y 13, 22 y 23

Irán ferulizadas

Prótesis Parcial Removible Superior: Llevará ajustes de semipresición a nivel de las coronas 13 y 23, Ackers Simples en 18 y 28, apoyos mesiales en 18 y 28, como conector mayor una barra antero-posterior.

Prótesis Parcial Removible Inferior: Llevará retenedor semicircunferencial en el 35 y retenedor RPI en el 45, como conector mayor se pondrá una barra lingual simple.

CRANEOMANDIBULAR:

IDEAL: Placa mio relajante

REAL: Placa mio relajante

1. ENFERMEDAD GENERAL

1.1. ENFERMEDAD DE GOTA:

La enfermedad de gota se clasifica como una artritis aguda, recidivante de las articulaciones periféricas que resulta del depósito de cristales de urato monosódico procedente de los líquidos corporales hiperuricémicos en la cual se sobresaturan en las articulaciones y tendones. Este tipo de artritis puede convertirse en crónica y deformante.

La artritis gotosa puede desencadenarse por:

Traumatismo mínimo,

Abuso Dietético y alcohólico

Intervención quirúrgica

Fatiga

Estrés emocional

Uno de los primeros síntomas es el dolor articular o poliarticular agudo con frecuencia nocturna. **(Manual Merck, 3ra Edición)**

2. HALLAZGOS Y PATOLOGÍAS PERIODONTALES

2.1. RECESIÓN GINGIVAL:

Según la clasificación de **Miller en 1985:**

CLASE I: Recesión de tejido marginal que no se extienda más allá de la unión mucogingival, donde no hay pérdida de los tejidos y la raíz está cubierta.

CLASE II: Recesión de tejido marginal que se extiende más allá de la unión mucogingival donde todavía no hay pérdida de los tejidos y el cubrimiento de la raíz es del 80 al 100%

CLASE III: Recesión de tejido marginal que se extiende hasta la unión mucogingival o más allá, hay pérdida del hueso interdental, pérdida del tejido blando y malposición dental donde no se puede anticipar cubrimiento radicular completo.

CLASE IV: Recesión de tejido marginal que se extiende hasta la unión mucogingival o más allá, en esta hay pérdida grave de hueso interdental y de tejido blando, presenta junto con esto malposición dentaria y no se puede predecir el cubrimiento radicular.

2.2. FURCACIONES

Clasificación según **Hamp SE, Nyman Lindhe en 1989:**

GRADO I: Pérdida horizontal del soporte periodontal dentro el área de la furca menor a un tercio del diente en sentido V-L o V-P.

GRADO II: Pérdida horizontal del soporte que excede un tercio de la anchura del diente en sentido V-L o V-P.

GRADO III: Destrucción horizontal del tejido periodontal en la furca.

2.3. COLAPSO DE REBORDE:

Según **Seibert en 1983** clasifico los rebordes alveolares en:

CLASE I: Horizontal

CLASE II: Vertical

CLASE III: Horizontal y Vertical.

2.4. MOVILIDAD DENTAL:

La movilidad determina el grado de desplazamiento del diente dentro de el alveolo, la cual se incrementa por inflamación del ligamento periodontal y otras patologías periodontales agudas.

Se clasifican como:

GRADO I: Movilidad de la corona de 0.2 a 1 mm en dirección horizontal

GRADO II: Movilidad de la corona que se excede de 1mm en dirección horizontal

GRADO III: Movilidad de la corona en dirección vertical

(Convenio I.S.S-ACFO. Octubre 4/99)

2.5. GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA BACTERINA

La gingivitis inducida por placa es el estadio de la enfermedad periodontal donde la encia cambia de color; se torna enrojecida, se inflama y hay evidencia de sangrado gingival.

La etiología como su nombre lo indica es el acumulo de placa bacteriana en la mayoría de las entidades.

La característica que encontramos con mayor frecuencia en los pacientes es el acumulo de bacterias en el margen gingival debido a la mala higiene oral.

2.6. PERIODONTITIS

La periodontitis es el estado más severo de la enfermedad periodontal el cual presenta pérdida de los tejidos de soporte.

Características:

- Aumento de la vascularidad de un 95% en el sitio de la bolsa periodontal
- Cambios morfológicos a nivel del cemento y hueso alveolar
- Apoptosis, que es la muerte fisiológica celular que se muestra como destrucción del tejido periodontal.
- En cuanto a la prevalencia, extensión, severidad, de la enfermedad se dice que aumenta con la edad
- No presenta asociación ninguna con la edad de aparición
- La progresión de la enfermedad varía de un paciente a otro
- La incidencia depende del pretratamiento, la extensión, severidad, tipo de dientes, hábito de fumar, virulencias de las bacterias y respuesta inmune del paciente.

(Journal de Periodoncia, Abril 5/2001)

3. CIRUGÍA

3.1. CIRUGÍA PARA LA ELEVACIÓN DEL SENO MAXILAR

La cirugía de elevación del seno maxilar es una cirugía en la cual se levanta la membrana sinusal y posteriormente se coloca un injerto con hueso con el objetivo de ganar reborde alveolar y de esta forma proporcionar las características

adecuadas del hueso para recibir o colocar los implantes. Esta cirugía consta de dos fases:

La primera fase es donde se realiza el injerto de hueso el cual puede ser: hueso autógeno, hueso liofilizado, o con hidroxipatita reabsorbible; siendo esta la que posee las mejores características para la oseointegración.

La segunda fase se haría más o menos 6 o 10 meses después de la primera, para colocar el implante dental como tal.

4. ENDODONCIA

4.1.NECROSIS PULPAR.

Se dice que la falta de circulación colateral, la rigidez de las paredes de la dentina permiten un drenaje insuficiente de los líquidos inflamatorios, logrando así que se presionen los tejidos pulpaes dando lugar a la destrucción progresiva e inadvertida de la pulpa.(Necrosis por licuefacción)

Los irritantes de los tejidos destruidos pueden migrar a los tejidos de soporte y producir patologías perirradiculares.

En cuanto a la Etiología: tenemos que pueden ser irritantes químicos, mecánicos y bacterianos. (Vías de la Pulpa, COHEN. 7ma Edición), (Ingle 4ta Edición).

5. PROSTODONCIA

5.1.CORONAS TOTALMENTE CERÁMICAS

Son aquellas restauraciones con recubrimiento total en cerámica vitrea reforzada.

Ventajas y Desventajas:

- Alta traslucidez similar a la del diente natural
- Proporciona una estética excelente
- Son menos susceptibles a la fatiga
- Tienen menor resistencia a la fractura
- Tienen menor resistencia a la compresión
- Mayor soporte a la tensión

(Shilimbug, 3ra Edición)

5.2. CORONA METAL/CERÁMICA

Son restauraciones que combinan la fuerza y la presión del metal colado con la estética de la porcelana en la cual se componen de colado y cofia de metal que se ajusta perfectamente al diente remanente en boca. **(Shilimbug, 3ra Edición)**

5.3. CORONAS FERULIZADAS

Como características tenemos:

- Disipan mejor las fuerzas
- Arman una sola estructura
- Evita dispersión de los dientes anteriores por no haber soporte posterior

Nota: A nuestro paciente se le realizaran coronas ferulizadas ya que el paciente presenta trauma oclusal y al estar ferulizadas distribuyen mejor las fuerzas.

(Shilimbug, 3ra Edición)

5.4. AJUSTES DE SEMIPRESICION

Como características tenemos:

- Estos nos brindan una mayor estética, ya que no se ven como los retenedores convencionales.
- Pueden llegar a tener una mayor retención.

6. ORTODONCIA

El tratamiento a realizar a nuestro paciente dentro del tratamiento ideal en ortodoncia es la alineación y nivelación del segmento anterior inferior.

El objetivo es un perfil de emergencia homogéneo especialmente en el segmento superior anterior.

7. OCLUSION

7.1. TRAUMA OCLUSAL

Se define como trauma oclusal las lesiones del aparato de unión a la carga oclusal excesiva; cuando esta supera la capacidad adaptativa reparativa del complejo periodontal; puede ser unidas o independientes a enfermedad periodontal.

Tenemos dos clases de traumas:

TRAUMA OCLUSAL PRIMARIO:

Son los cambios en el tejido como resultado de la agresión de las fuerzas oclusales excesivas aplicadas sobre los dientes con periodonto normal. Esto ocurre en presencia de niveles oseos normales, niveles de inserción normal y fuerzas oclusales excesivas.

TRAUMA OCLUSAL SECUNDARIO:

Son cambios tisulares en respuesta a la agresión de fuerzas oclusales excesivas o normales sobre un diente con soporte periodontal reducido: con pérdida ósea, pérdida de inserción, fuerzas oclusales normales o excesivas.

(Hallmon W.W/1999)