

SEMINARIO DE CASOS CLINICOS

MAGDA BARON

ANDREA LEYTON

HEIDY ALAPE

LUISA GUZMAN

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

ODONTOLOGIA INTEGRADA IV

2004

SEMINARIO DE CASOS CLINICOS

MAGDA BARON

ANDREA LEYTON

HEIDY ALAPE

LUISA GUZMAN

PRESENTADO A:

Dra.: Nery Villota

Especialista en Prostodoncia

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

ODONTOLOGIA INTEGRADA IV

2004

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

OBJETIVOS

- I. INFORMACION GENERAL**
- I. EXAMEN FISICO**
- II. ANAMNESIS**
- III. ATENCION RECIBIDA**
- IV. ANTECEDENTES PSICOLOGICOS**
- V. HISTORIA ESTOGMATOLOGICA**
- VI. EXAMEN FISICO ORAL**
- VII. EXAMEN MOVIMIENTOS MANDIBULARES**
- VIII. EXAMEN DENTARIO, ARMONIA/DESARMONIA OCLUSAL**
- IX. ODONTOGRAMA**
- X. ANALISIS RADIOGRAFICO**
- XI. DIAGNOSTICOS**
- XII. PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL**
- XIII. PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR**

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Actualmente en nuestra sociedad, el ser humano se ha ido cuestionando acerca de los diversos problemas que han afectado su salud.

Gracias al avance de la odontología en nuestro campo de trabajo podemos encontrar diversas alternativas de tratamiento que conlleven a un buen estado físico y emocional del paciente.

El odontólogo de hoy cuenta con diversas herramientas terapéuticas que le permitan con base a una historia medica y dental, diseñar planes de tratamientos integrales que cumplan con las necesidades de los pacientes y que beneficien su estado integral.

La elaboración del presente trabajo pretende determinar los diferentes parámetros a tener en cuenta al momento de realizar un plan de tratamiento integral a determinado paciente. Identificando su estado sistémico, oral y nivel socioeconómico.

OBJETIVO GENERAL

Aprender a elaborar las técnicas y procedimientos en la presentación de un caso clínico y el manejo integral de este.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ♦ Determinar los posibles planes de tratamiento en el momento de realizar un diagnostico exhaustivo a un paciente.
- ♦ Diagnosticar las diferentes patologías que puedan presentar los diferentes tipos de pacientes.
- ♦ Identificar los posibles planes de tratamiento teniendo en cuenta los factores económicos y disposiciones del paciente.
- ♦ Comprender los requisitos de tratamiento y las secuencias de acuerdo con los hallazgos diagnósticos.
- ♦ Reconocer cuando el tratamiento tuvo éxito o fracaso y desarrollar un plan de tratamiento alternativo.

CASO CLINICO

I. INFORMACION GENERAL

APELLIDOS Y NOMBRES: Manosalva Bernal Janerh

EDAD: 24 AÑOS

GENERO: Femenino

RAZA: Mestiza

MOTIVO DE CONSULTA "QUIERO CAMBIARME LA CORONA"

I. EXAMEN FISICO

ASPECTO GENERAL: paciente que llega a la consulta, con un estado físico general estable, consciente, afebril, hidratado.

PESO: 60 Kg

TEMPERATURA: 36.5°C

RH: O POSITIVO

PRESION ARTERIAL: 115/75 mmHg

ESTATURA: 1.68 Cm

FRECUENCIA CARDIACA: 65 ppm

II. ANAMNESIS

ANTECEDENTES FAMILIARES

La paciente reporta que la abuela materna padece de diabetes tipo II, e hipertensión arterial.

ANTECEDENTES PERSONALES

La paciente refiere no presentar ningún compromiso sistémico, ni ser alérgica a ningún medicamento, se le ha aplicado anestesia local sin ninguna complicación.

III. ATENCION RECIBIDA

- ◆ Prevención
- ◆ Periodoncia
- ◆ Cirugía
- ◆ Operatoria
- ◆ Endodoncia
- ◆ Prostodoncia

HIGIENE ORAL: Regular, con una frecuencia de cepillado de 2/día, con una técnica horizontal, elementos utilizados son el cepillo de cerdas suaves y el dentrífico, no usa seda dental y utiliza enjuague bucal "Listerine".

IV. ANTECEDENTES PSICOLOGICOS

Paciente con actitud ante tratamientos realizados anteriormente positiva.

Su actitud ante el tratamiento actual es positivo, es una paciente

V. HISTORIA ESTOGMATOLOGIA

- ◆ Dolor de los músculos masticadores: no presenta
- ◆ Dolor en ATM: no presenta
- ◆ Ruido ATM: no presenta
- ◆ Alteración de movimiento: no presenta
- ◆ Desarmonías oclusales: obturaciones desadaptadas, giroversion del 34, ausencias dentarías.
- ◆ Hábitos: no presenta
- ◆ Xerostomia: no presenta
- ◆ Odontalgia: no presenta
- ◆ Dolor o ardor de tejidos blandos: no presenta
- ◆ Sensibilidad dentaria: no presenta
- ◆ Sangrado gingival: provocado al sondaje, localizado en sextante No. 2 y 3
- ◆ Halitosis: No presenta

VI. EXAMEN FISICO ORAL

- ◆ Labios: resequedad labial, Proquelia inferior, Incompetencia labial.
- ◆ Carrillos: normales.
- ◆ Surco vestibular: normal
- ◆ Gingiva: enrojecida, inflamada, papilas achatadas, consistencia blanda, textura lisa, contorno irregular,
- ◆ Reborde alveolar: normal

- ♦ Lengua: normal
- ♦ Piso de boca: normal
- ♦ Frenillos: superior vestibular pediculado con inserción adecuada.
- ♦ Paladar duro y blando: normales
- ♦ Amígdalas y orofarínge: normales
- ♦ Glándulas salivales: normales

VII. EXAMEN MOVIMIENTOS MANDIBULARES

- ♦ Apertura: 60 mm
- ♦ Protrusion: 5 mm
- ♦ Lateralidad derecha e izquierda: 3 mm
- ♦ No existe ningún tipo de desviación mandibular

VIII. EXAMEN DENTARIO, ARMONIA /DESARMONIA OCLUSAL

- ♦ Clasificación de Angle: no aplicable
- ♦ Simetría facial
- ♦ Tercios de la cara: proporcionales
- ♦ Perfil: convexo
- ♦ Resalte Over Bite: 3 mm
- ♦ Resalte Over Jet: 3mm
- ♦ Línea media dentaria superior desviada a la izquierda 2mm
- ♦ Apiñamiento: leve zona anterior inferior

- ♦ Diastemas: 11-21, 33-34.
- ♦ Facetas de desgaste: 31-32-33-41-42-43-44-13
- ♦ Oclusión cruzada posterior izquierda
- ♦ Ausencias dentarias: 14, 24, 36, 46, 48
- ♦ Alteración en numero: supernumerario de lateral superior derecho

IX. ODONTOGRAMA

18	CARIES OCLUSAL	28	CARIES OCLUSAL
17	CARIES OCLUSAL	27	AMALGAMA O DESADAPTADA
16	AMALGAMA OCLUSAL	26	CARIES OCLUSAL
15	CARIES OCLUSAL	25	AMALGAMA O DESADAPTADA
14	AUSENTE	24	AUSENTE
13	CARIES PALATINA	23	CARIES PALATINA
12	RESINA M DESADAPTADA	22	RESINA MVP DESADAPTADA
12	CORONA DESADAPTADA		
11	RESINA MDP DESADAPTADA	21	CARIES MESIAL Y DISTAL
41	SANO	31	SANO
42	SANO	32	SANO
43	SANO	33	SANO
44	CARIES OCLUSAL	34	CARIES OCLUSAL
45	CARIES OCLUSAL	35	CARIES OCLUSAL
46	AUSENTE	36	AUSENTE
47	AMALGAMA O DESADAPTAD	37	CARIES OCLUSAL
48	AUSENTE	38	CARIES OCLUSAL

X. ANALISIS RADIOGRAFICO

- ♦ 18: sano
- ♦ 17:sano

- ◆ 16:zona radiopaca a nivel coronal compatible con obturación metálica
- ◆ 15:zona radiolucida a nivel coronal compatible con caries
- ◆ 14:ausente
- ◆ 13:sano
- ◆ 12-(supernumerario) zona radiopaca a nivel coronal compatible con obturación plástica
- ◆ 12:zona radiopaca a nivel radicular compatible con tratamiento convencional de conductos sobreobturado, zona radiolucida a nivel apical compatible con lesión apical, zona radiopaca a nivel coronal compatible con núcleo y corona.
- ◆ 11:zona radiopaca a nivel radicular compatible con tratamiento convencional de conductos corto, a nivel coronal zona radiopaca compatible con obturación plástica.
- ◆ 21:zona radiolucida a nivel coronal compatible con caries
- ◆ 22:zona radiopaca como coronal compatible con obturación plástica
- ◆ 23:zona radiopaca a nivel coronal compatible con obturación plástica
- ◆ 24:ausente
- ◆ 25:zona radiopaca a nivel coronal compatible con obturación metálica
- ◆ 26:zona radiopaca a nivel coronal compatible con obturación
- ◆ 27:zona radiopaca a nivel coronal compatible con obturación metálica
- ◆ 28:sano
- ◆ 38:zona radiolucida a nivel coronal compatible con caries

- ♦ 37:zona radiolucida a nivel coronal compatible con caries
- ♦ 36:ausente
- ♦ 35:sano
- ♦ 34:sano
- ♦ 33:sano
- ♦ 32:sano
- ♦ 31;sano
- ♦ 41:sano
- ♦ 42:sano
- ♦ 43:sano
- ♦ 44:sano
- ♦ 45:sano
- ♦ 46:ausente
- ♦ 47:zona radiopaca a nivel coronal compatible con obturación metálica
- ♦ 48:ausente
- ♦ fosas nasales y senos paranasales radiolucidos
- ♦ estructuras anatómicas normales

XI. DIAGNOSTICOS

- 1. GENERALES:** No manifiesta ninguna condición patológica diagnosticada por un medico.

2. CRANEOMANDIBULAR

- ♦ Clase de angle no aplicable

Etiología: Ausencia de los primeros molares inferiores

- ♦ Desarmonías oclusales

Etiología: ausencias dentarías, giroversiones, obturaciones desadaptadas

3. PERIODONTALES

- ♦ Gingivitis inducida por placa bacteriana asociada a factores contribuyentes

Etiología: mala Higiene oral, restauraciones desadaptadas

Malposiciones dentarías

4. DENTALES

- ♦ Caries Cavitada: 13(P), 15(O), 17(O), 18(O), 21(M)(D), 26(O), 28(O), 34(O), 35(O), 37(O), 38(O), 44(O), 45(O).
- ♦ Caries Recurrente: 11(MDP), 12 Supernumerario(M), 16(O), 22(MVP), 23(P), 27(O), 47(O).

- ♦ Ausencias dentarias: 14, 24, 36, 46, 48
- ♦ Dientes sanos: 31, 32, 33, 41, 42, 43.

Etiología: Mala Higiene Oral

Estreptococos mutans

5. ENDODONTICOS

- ♦ Periodontitis apical crónica no supurativa del diente 12
- ♦ Pulpitis irreversible aguda del 11

Etiología: sobreobtusión del diente número 12

Proceso carioso no controlado del 11

XI. PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

1. PERIODONCIA: Fase higiénica

Ambientación periodontal: Motivación y educación al paciente

Fisioterapia oral

Terapia mecánica de raspaje

Cirugía periodontal: alargamiento coronal diente 12

2. CIRUGIA: Alargamiento coronal diente 12

3. ENDODONCIA: Desobtusión del diente 12

Terapia con hidróxido de calcio por 8 días

Retratamiento del conducto

Control radiográfico cada mes

Encamisado diente 12

Retratamiento del conducto del diente 11

4. OPERATORIA:

- ♦ Obturaciones definitivas en amalgamas de:

18(O), 17(O), 16(O), 15(O), 47(O), 28(O),27(O), 26(O), 25(O),37(O),38(O)

- ♦ Obturaciones definitivas en resinas de:

12(M), 44(O), 45(O), 23(P),22(MVP), 21(M)(D),34(O),35(O)

5. ORTODONCIA:

Movimientos ortodonticos menores para llegar a una oclusión que permita rehabilitar al paciente. Con una duración aproximada de un año.

6. PROSTODONCIA:

- ♦ Retenedor Intrarradicular diente 11 y 12
- ♦ Corona con recubrimiento en porcelana diente 11 y 12

TRATAMIENTO A REALIZAR

1. PERIODONCIA: Fase higiénica

Ambientación periodontal: Motivación y educación al paciente

Fisioterapia oral

Terapia mecánica de raspaje

Cirugía periodontal: alargamiento coronal diente 12

2. CIRUGIA: Alargamiento coronal diente 12

3. ENDODONCIA: Desobturación del diente 12

Terapia con hidróxido de calcio por 8 días

Retratamiento del conducto

Control radiográfico cada mes

Encamisado diente 12

Tratamiento del conducto del diente 11

4. OPERATORIA:

♦ Obturaciones definitivas en amalgamas de:

18(O), 17(O), 16(O), 15(O), 47(O), 28(O),27(O), 26(O), 25(O),37(O),38(O)

♦ Obturaciones definitivas en resinas de:

12(M), 44(O), 45(O), 23(P),22(MVP), 21(M)(D),34(O),35(O)

5. PROSTODONCIA:

- ◆ Retenedor Intrarradicular diente 11 y 12
- ◆ Corona con recubrimiento en porcelana diente 11 y 12
- ◆ Prostodoncia parcial fija del 45 al 47

DIENTES SUPERNUMERARIOS

Los dientes supernumerarios son por definición dientes extra, más de 20 en la dentición decidua y más de 32 en la dentición permanente, sin embargo este exceso se compensa algunas veces por un déficit en los otros dientes. La incidencia de dientes supernumerarios es del 1%, con una proporción del maxilar superior al inferior del 8:1 y de dientes no salidos a salidos de 5:1. No es rara la presentación bilateral. Los dientes supernumerarios no salidos pueden ocasionar o estar relacionados con procesos patológicos como quistes o neoplasias. Pueden presentarse en las dos denticiones y a no ser cónicos o rudimentarios, tienden a semejarse a los dientes normales. En general los dientes supernumerarios del maxilar superior son rudimentarios o de tamaño o forma anormales, mientras que los del maxilar inferior tienen un aspecto más normal, especialmente en la región de los incisivos y de los premolares.

Los dientes supernumerarios pueden presentarse en cualquier parte de los arcos dentarios, pero su localización más frecuente es entre los incisivos medios superiores, en cuyo sitio el diente supernumerario se denomina mesiodiente. El mesiodiente puede aparecer aislado o a pares y puede ser erupcionado, enclavado, invertido o fundido con un incisivo central. Su corona suele tener forma cónica y su raíz es más corta que lo normal. El mesiodiente tiene importancia patológica ya que puede ocasionar un diastema entre los incisivos centrales o una torsoversión de uno o de ambos dientes. También puede

fusionarse con uno de los incisivos dando lugar a que el diente sea anormalmente ancho y en forma de pala.

La región que sigue en orden de frecuencia para los dientes supernumerarios es la porción distal a los terceros molares, en el maxilar superior más a menudo que en el inferior. Estos dientes pueden tener un tamaño parecido a los terceros molares o ser más pequeños. La presencia de dientes supernumerarios puede impedir la erupción normal de los terceros molares.

Los incisivos laterales superiores y centrales inferiores supernumerarios tienen forma parecida a sus correspondientes normales pero suelen ser más pequeños que ellos. En casos más raros se encuentran dientes supernumerarios en la región premolar inferior en la cual muchas veces se parecen a los dientes permanentes normales.

Los dientes supernumerarios son probablemente de origen hereditario, siendo su proceso patogénico fundamental una hiperactividad de la lámina dentaria. Sin embargo no se ha puesto en claro si esta afección es debida a la formación de un tercer germen permanente. Debe pensarse en un efecto del atavismo, ya que la dentición de los primates extinguidos contenían 44 dientes, con 3 incisivos y 4 premolares en cada cuadrante.

REHABILITACION RADICULAR DE DIENTES DEBILITADOS ENDODONTICAMENTE

**DIENTE ANTERIOR CON DESTRUCCION CORONAL TOTAL O DE MAS DE
DOS PAREDES CON MAL SOPORTE RADICULAR**

♦ **Situación clínica:**

Diente anterior con gran destrucción coronal de más de dos paredes coróneales y el espesor de las paredes dentinales radiculares es inadecuado, o sea con raíces socavadas.

♦ **Aplicación:** Diente anterior superior e inferior con socavados

♦ **Tratamiento:**

Reconstrucción coronal con retenedor intrarradicular colocado en metal plata paladio o en aleación de oro tipo IV pero con refuerzo radicular previo (Encamisado radicular)

♦ **Justificación:**

El diente tiene gran destrucción coronal

Se requiere material con máxima resistencia a la fractura:

- ✓ Gran cantidad de fuerzas tangenciales y tensionales por ubicación
- ✓ Bajo espesor de cemento reconstructor por anatomía dentaria

La raíz debilitada no puede llevar retenedor intrarradicular colado pues es muy rígido y fracturara la débil raíz. Se requiere reforzar la raíz con un biomaterial antes de la fabricación del retenedor colado.

Cemento Ionómero híbrido:

- ✓ Adhesión química al diente
- ✓ CET similar al diente
- ✓ Liberación de fluoruros
- ✓ La cristalización es la reacción principal, no necesita luz

♦ **Materiales:**

Cemento de Ionómero de vidrio híbrido reconstructor

Vitremer tipo V

Cheflex

Cemento de Ionómero de vidrio híbrido cementante

Vitremer luting (Relyx luting)

Kit de pin prefabricado en titanio

Duralay

♦ **Procedimiento:**

1. Remoción total de obturación
2. Aislamiento absoluto
3. Refuerzo radicular: (encamisado)
 - a) Limpieza de la pared dentinal mecánicamente

- b) Aplicación del primer del Ionómero híbrido por 40 seg. y fotopolimerizado por 20 seg.
 - c) Aplicación del Ionómero híbrido reconstructor con consistencia fluida rellenando todo el conducto radicular con léntulo
 - d) Colocación del pin plástico del sistema prefabricado impregnado levemente en vaselina.
 - e) Rotación del pin después de 2 minutos para evitar retención del pin
 - f) Fotopolimerización por 40 segundos
 - g) Espera completa cristalización del Ionómero por 6 segundos
 - h) Remoción del pin plástico
4. Repreparación del conducto con fresa especial del sistema de núcleo prefabricado
 5. Colocación del pin plástico sin vaselina del mismo diámetro de la fresa de preparación
 6. Fabricación de la parte coronal lo más cercano a la preparación terminada con resina acrílica de autopolimerización Duralay
 7. Fabricación del núcleo colado metálico en el laboratorio
 8. Evaluación radiográfica del núcleo
 9. Cementación del núcleo con Ionómero de vidrio cementante tipo I
 10. Repreparación de este en la siguiente cita, nunca en la cita de cementación

ALARGAMIENTO CORONAL

Es la conexión con el periodonto y las restauraciones. Los procedimientos del alargamiento coronal fueron designados para proveer a las restauraciones la suficiente cantidad de estructura dentaria para retención de coronas únicas y dentadura parcial fija.

INDICACIONES

- ◆ Caries debajo del margen gingival
- ◆ Fractura dental con insuficiente corona clínica expuesta
- ◆ Diente con excesivo desgaste oclusal o incisal
- ◆ Margen gingival retraído (erupción pasiva) por razones estéticas o funcionales
- ◆ Dientes con espacio interoclusal inadecuado para procedimientos restaurativos

La anatomía de la raíz se debe considerar en el alargamiento coronal, la longitud de la raíz determina la cantidad de hueso que puede ser removida, la raíz la clasifica como corta, mediana y larga en el maxilar superior (3mm corta), (5mm larga) y en el maxilar inferior (2mm corta), (4mm larga).

Clínicamente la presencia del tejido queratinizado es esencial para el mantenimiento del periodonto como antes, durante y después del alargamiento

coronal y en las restauraciones dentales. 5mm de tejido queratinizado (2mm de encía libre y 2mm de encía adherida) es recomendada para lograr el objetivo. El alargamiento se considera cuando la zona queratinizada es mayor de 4.5 mm

PLAN DE TRATAMIENTO

El tratamiento se establece con una evaluación periodontal, sondaje para medir, radiografía periapical para la localización de hueso interdental y las relaciones con las raíces interproximales, proporción corona raíz, tratamientos opcionales, movimientos ortodonticos, fabricación de restauraciones provisionales y la posibilidad de implantes, son considerados, en la región anterior del maxilar superior, la línea de sonrisa, morfología gingival.

El alargamiento coronal se puede hacer en un solo diente sin dañar el adyacente, sin embargo resultaría inconsistente, la relación del margen requiere de atención en la cicatrización por cambios, en la altura y la proliferación excesiva es común. El defecto en forma de u crea inconsistencia en la relación de la encía; el margen tiende a regresar a la posición original, cuando el espacio interdental es angosto, la inadecuada corrección ósea, con frecuencia hay aumento en interproximal cuando el espacio es angosto. Los provisionales pueden ser colocados en el sitio después de la cirugía. Durante la cirugía los provisionales y las preparaciones pueden ser modificadas respectivamente para permitir el acceso y reducción interproximal de hueso.

Durante las primeras cuatro semanas en la cicatrización el regreso de tejido puede ser controlado un poco con el uso de cepillo (unipenacho) para estimulación interdental. A la octava semana hay cicatrización y maduración de tejido, no hay sangrado al sondaje, con un surco de 0.5-1.5mm.

PROCEDIMIENTO DE CIRUGIA DE ALARGAMIENTO CORONAL

1. En presencia de 3.4 mm de encía queratinizada se realiza incisión submarginal por vestibular, lingual o palatino, de mesial a distal las incisiones verticales facilitan el acceso al hueso. El pacientes con encías onduladas se festonea la incisión la recomendada es la surcular.

2. Eliminación de tejido de granulación que puede ser combinado con instrumental rotatorio o manual. La dimensión debe ser de 3 a 4 mm circundando el diente.

En el maxilar la región anterior se dispone de 4.5 mm, la forma anatómica asegura la formación estéticamente agradable de la papila interdental, en áreas posteriores el espacio interproximal es aceptable, una adecuada cantidad de hueso debe ser removido alrededor del diente (4mm)

3. Sutura. El éxito del alargamiento coronal depende de la sutura; la sutura colchonero vertical es precisa, adapta y mantiene dimensión, se pueden reprimir

para proteger la herida. Las suturas son removidas en 7 días con higiene oral, cuando el margen se desplaza coronalmente un gingivoplastia puede hacerse para corregir las inconsistencias menores. Sé reevalua de 6-8 semanas después de la cirugía.

A la sexta semana el desplazamiento apical es de 0.23mm, después de la 20 semana es de 0.9 mm. Algunos pacientes pueden durar 3 años para que el tejido se restablezca a la forma original

BIBLIOGRAFIA

Zegarelli, kutscher, Hyman; DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL; Salvat, Editores S.A. 1974 Pag 516

R.J. Gorlin, H.M Goldman; Thomas. PATOLOGIA ORAL, Editorial Salvat, 1979 Barcelona España Pag 123-128.

Andres F Guzman Duran; GUIA DE LA CIENCIA ACTUAL DE LOS MATERIALES ODONTOLOGICOS, Bogota 2001 Colegio Odontologico Colombiano.