

CASO CLINICO

PRESENTADO POR:

YOLANDA ACOSTA TORRES	021157
SANDRA BELLO CABRERA	021141
ANDREA GALARZA VILLAMIL	021393
LINDA LOPEZ BEDOYA	021112

PRESENTADO A:

DOCTORA NERY VILLOTA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
ODONTOLOGIA INTEGRADA
SANTAFE DE BOGOTA
2004

CASO CLINICO

INFORMACION GENERAL

- Nombre: William Téllez Gaitán
- Edad: 39 años
- Raza: Caucásico
- Sexo: Masculino
- Ocupación: Independiente
- Motivo de consulta: "Para arreglarme toda la boca"

ASPECTO GENERAL

Paciente alto, tez trigueña, cabello oscuro que presenta físicamente una prótesis ocular derecho. Paciente que asiste a la clínica por sus propios medios.

- PRESION ARTERIAL: 120/80mm/Hg
- PULSO: 62 Pulsaciones por minuto
- PESO: 78 kilogramos
- TEMPERATURA: 36.5°C
- RH: "O" positivo

ANAMNESIS

■ Familiar:

Padre muerto por cáncer de pulmón

Madre muerta por a

■ Personal

Hospitalización de dos semanas por enucleación del globo ocular izquierdo a la edad de dos años por accidente

■ Antecedentes Psicológicos:

No presenta

HISTORIA ODONTOLOGICA PREVIA

Si le han aplicado anestesia tanto general como local sin complicaciones

Anteriormente recibió atención de:

- Periodoncia: Terapia básica
- Exodoncias/Cirugía Oral: 17,16,26,27,36,46
- Endodoncia: Tratamiento convencional de conductos 15,14,25
- Operatoria:
 - Amalgamas en 18.(OM)
 - 28(O),34(O),35(O),37(OV),38(O),45(O),47(OLD),48(OL)
 - Resinas en 12(VIMP), 11(VMP),21(DP),23(P),24(OM)
- Ortodoncia: Ninguno
- Prostodoncia: Retenedor intraradicular del 15,25
Corona metal cerámica del 15

HISTORIA ESTOMATOLOGICA

- Dolor Muscular: no presenta
- Dolor A.T.M: no presenta
- Alteración Movimiento:
- Ruido Articular: no presenta
- Hábitos: no presenta
- Desarmonia Oclusal: Por ausencia dentales superiores e inferiores, y presencia de obturaciones desadaptadas superiores e inferiores.
- Facetas de desgaste: en zona anteriores inferiores

EXAMEN FISICO ORAL

SE ENCUENTRAN NORMAL

Labios

Surco vestibular

Reborde alveolar

Paladar blando

Amígdalas/orofaringe

Carrillos

Piso de boca

Lengua

Glándulas salivales

Se encuentra la gingiva edematizada, inflamada con cambio de color generalizada por acumulo de placa

EXAMEN CLINICO CRANEOMANDIBULAR

EVALUACION ESTATICA

- Clasificación Angle: no aplicable
- Overbite: 3mm
- Overjet: 3mm
- Relación Canina:

Clase II derecha e izquierda

EVALUACION DINAMICA

- Lateralidad Derecha: 6mm
- Lateralidad Izquierda: 6mm
- Protusión: 3mm
- Fremitus: no presenta

EXAMEN PERIODONTAL

- Frecuencia de cepillado : 2 veces al día
- Técnica: Rotacional

- Tipo de Cepillo: Adulto Pro 435
- Dentífrico: Colgate
- Seda Dental: no utiliza
- Ayudas interproximales: no utiliza
- Enjuagues: Listerine
- Encía adherida normal
- No presenta supuración, no hay movilidad dental ni frenito
- La encía presenta anormalidad en: color, tamaño, margen, consistencia, textura, grosor, contorno y papilas

DIAGNOSTICOS

■ DENTARIO

1. Caries recurrente

Amalgamas desadaptadas 18(OM),28(O),34(O),35
(O),37(OV),38(O),45(O),47 (OLD),48(OL)

Resinas desadaptadas 12(VIMP),11(VMP),21(DP),23(P),24(OM)

■ PERIODONTAL

2. Gingivitis Inducida por Placa Bacteriana : generalizada

■ ENDODONTICOS

3. Necrosis Pulpar diente 11

4. Periodontitis Apical Crónica no Supurativa dientes 15,14,25

■ OCLUSALES

5. Migración de terceros Molares Superiores

Geminación del 35

■ PROSTODONTICO

6. Clasificación de Kennedy: clase III zona desdentada con dientes remanentes anteriores y posteriores a la zona edentula, con limites 15-18 y 25-28

ETIOLOGIAS

- Multifactorial
- Placa bacteriana, cálculos y deficiente higiene oral
- Obturaciones desadaptadas
- Ausencia dental del 17,16,26,27
- Tratamientos endodónticos sobreobturados y parcialmente obturados

TRATAMIENTO IDEAL

- Ortodoncia
- Implantes oseointegrados después de previa valoración con especialista
dientes 16 17 26 27

TRATAMIENTO A REALIZAR

INTERCONSULTAS

- **ENDODONCIA:** El paciente es remitido a postgrado, para retirar núcleo sobrecontorneado del diente 25,15 que está realizado en metal base, el cual está produciendo lesión en la encía, radiográficamente se observa que su longitud intraradicular es corta y la endodoncia que se realizó estaba con poca preparación y con deficiente condensación lateral.
- **Control de Focos Infecciosos:** Eliminación de caries en dientes
terapia antiinfecciosa, instrucción de higiene oral realizada en tres etapas diferentes:
 1. Control de placa, eliminación de cálculos con el escaler, enseñanza de cepillado.
 2. Teñir con solución reveladora revisando el control de placa, realizar profilaxis con pasta pómez fina y cepillo profiláctico.

3. Examinar la encía, realizar una segunda eliminación de placa

■ **OPERATORIA:**

Amalgamas

34(O),35(O),37(OV),38(O),45(O),47(OLD),48(OL),
24(OM)

Resinas

12(VIMP),11(VMP),21(DP),23(P)

■ **ENDODONCIA:** Retratamiento endodóntico dientes 15,14,25

Tratamiento de conductos con técnica Crow Down del diente 11

Blanqueamiento para los dientes tratados endodónticamente:

Usamos peróxido de hidrógeno, solución acuosa al 35% y el perborato sódico que es un agente oxidante polvo 95% Técnica Walking Bleach

■ **PROSTODONCIA:**

Retenedor intraradicular del diente 14,15,25 , se realizará el colado en plata paladio, con una altura mínima de 4mm

Prótesis Parcial Fija del diente 14 al 18 y del 24 al 28; para la preparación de los terceros molares tenemos en cuenta:

El diente tendrá mayor preparación en la zona distal para despejar la línea de terminación (hombro de 1 a 1.5mm) y dar paralelismo al diente (biselar los ángulos de la línea de terminación), el material a utilizar es metal porcelana

NECROSIS PULPAR

La pulpa esta encerrada en paredes rígidas no tiene circulación sanguínea colateral, su sistema venoso y linfático se colapsan bajo el aumento de la presión del tejido; por lo tanto la pulpitis irreversible produce una necrosis por licuefacción (coagulación pulpar de las proteínas plasmáticas persiste la albúmina el color de la pulpa es blanco).

SINTOMAS

La necrosis pulpar casi siempre es asintomático, pero puede estar asociada a episodios de dolor espontáneo o (desde el periapice) a la presión.

Hay cambios de color coronal gris o café.

Puede dolor con el calor en la necrosis por licuefacción causada por la expansión térmica de los gases presentes en el conducto.

Puede ser sensible a la percusión por la diseminación de la reacciones inflamatorias hacia los tejidos perirradiculares esto produce la sensibilidad a la percusión y la palpación.

TRATAMIENTO

Debridación

Tratamiento convencional de conductos

Blanqueamiento coronal

CAUSA DE LA PIGMENTACIÓN

La irritación bacteriana, mecánico o químico produce liberación de productos de desintegración de los tejidos los cuales penetran en los túbulos y tiñen la dentina circundante.

MATERIALES PARA EL BLANQUEAMIENTO

Peroxido de hidrogeno solución acuosa estabilizada al 30- 35% es cáustico y quema los tejidos por contacto, liberando radicales libre tóxicos.

Perborato sodico

Es un agente oxidante polvo 95% perborato 9,9% del oxigeno disponible. Su pH es alcalino dependiendo de la cantidad de peroxido de hidrogeno que liberan y del metaborato sodico residual.

PEROXIDO DE CARBAMIDA

CONCENTRADO 3-15% CON 10% DE PEROXIDO de carbamida con un pH medio de 5 – 6.5.

TECNICA EN DIENTES NO VITALES

TECNICA TIPO WALKING BLEACH

1. radiografía periapical para evaluar tejidos periapicales y la calidad de la obturación endodóntica
2. tomar fotografía clínica al inicio del tratamiento sirve como punto de referencia para futuras comparaciones
3. aislar en diente: aislamiento absoluto y antes proteger los tejidos adyacentes con vaselina
4. eliminar cualquier material restaurativo que tenga el diente
5. eliminar todos los materiales de obturación por debajo del margen de la encía para disolver los restos de sellador puede utilizarse xilol con una torunda de algodón

6. aplicar una capa de 2mm de una barrera protectora como el IRM, cemento de fosfato de zinc sobre la obturación endodóntica
7. preparar la pasta blanqueadora: mezclar perborato sódico y un líquido inerte como agua, suero, solución salina o solución anestésica hasta una consistencia espesa de arena mojada.
8. la cavidad pulpar se tapona con la pasta y colocamos una obturación provisional gruesa y bien sellada preferiblemente IRM.
9. retirar el aislamiento e informar al paciente que es lento el blanqueamiento, revisar al paciente a las dos semanas

PERIODONTITIS APICAL CRONICA NO SUPURATIVA

Es consecuencia de la necrosis y secundaria de la Periodontitis apical aguda

SIGNOS Y SINTOMAS

No responde a los estímulos térmicos ni eléctricos, la percusión produce pocos o ningún dolor, sensibilidad a la palpación lo que indica una alteración histológica.

Clasificado en Gránuloma: un gránuloma periradicular es tejido granulomatoso infiltrado con mastocitos, macrófagos, linfocitos, células plasmáticas y leucocitos, PMN ocasionalmente.

A menudo se encuentran células gigantes multinucleadas, células escamosas, hendiduras de colesterol y epitelio.

O clasificados en quistes apicales: (radiculares tienen una cavidad central lleno de líquido eosinofílico o un material semisólido y está recubierto por un epitelio escamoso estratificado. El epitelio está rodeado de tejido conectivo que contiene todos los elementos celulares encontrados en el gránuloma periradicular por lo tanto un quiste apical es un gránuloma que contiene uno a varias cavidades recubiertas por epitelio.

RADIOGRAFICO

Ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, radiolucidez con límites poco definidos con bandas de trabéculas densas.

TRATAMIENTO

Se realiza tratamiento de conductos con técnica Crow Donw, se realiza en conductos contaminados es la misma técnica de recapitulación

Se toma a la longitud de trabajo con una lima 15 se realiza instrumentación apical con 5 limas mas a la misma longitud, esta ultima lima queda como lima apical principal. La siguientes limas se les disminuye 1mm al ir aumentando el calibre de la lima entre lima y la lima se recapitula con la lima apical principal para evitar los escalones; se preparan 5 limas mas después de la apical principal.

MIGRACION

La perdida del primer molar inferior y del segundo molar superior origina una migración distal de los premolares y mesial del tercer molar.

Según un estudio de Salzmán en 500 personas el movimiento del segundo premolar y el tercer molar se observa que si el primer molar mide 10mm y el segundo mide 9mm (mesodistal) la migración mesial es de 9mm del tercer molar y 1mm del segundo premolar. El tercer molar gira mesopalatino y el premolar distopalatino

El mecanismo de la migración mesial parece relacionado con el cierre de los contactos dentarios proximales.

GEMINACION

La duplicación es la anomalía poco frecuente cuando un brote único se intenta dividir se presenta una corona con múltiples cúspides accesorias y puede presentar dos a mas conductos.

En los casos de germinación de un premolar la imagen dental es la un molar con una corona de gran tamaño y dos raíces, su posición en la arcada dental facilita la identificación.

TRATAMIENTO

Si el diente no presenta ninguna lesión se debe dejar así si presenta caries realizar la obturación pertinente

PREPARACION DE DIENTES CON MALA POSICION

En dientes con inclinación o giró versión leve se siguen los mismos pasos del tallado habitual, el diente es desgastado un poco mas al de la zona opuesta a la inclinación.

En molares mesializados la línea de terminación en la cara mesial en forma de cincel provee el espesor adecuado del metal, limitar la extensión cervical de la línea de terminación en aquellas caras.

LONGITUD DEL MUÑON

Altura ocluso cervical en dientes posteriores debe ser de 4mm para asegurar la retención y estabilidad funcional del elemento mecánico.

VOLUMEN DEL MUÑON

Desgaste mínimo de 1 a 1.5 para obtener un muñon resistente a la fractura con mayor superficie de roce y buena capacidad de anclaje.

IMPLANTES

1. espesor vestibulolingual y altura borde hasta la estructura anatómica mas apical preservando de 1.5 a 2mm de hueso vestíbulo palatino
2. la altura osead se mide en radiografías a partir de la cresta del reborde hasta la estructura anatómica situada apicalmente como las fosas nasales, senos maxilares.

GRADOS DE REABSORCION POR LEKHALM Y ZARB

- A. Pequeña o mínima reabsorción
 - B. Reabsorción moderada
 - C. Reabsorción avanzada restos apenas del hueso basal
 - D. Reabsorción insipiente del hueso basal
 - E. Reabsorción avanzada del hueso basal
-
1. El espacio entre la zona edentula y la raíz vecina debe ser mínima de 1.5 a 2mm.
 2. analizar la cantidad de hueso disponible, cuando hay mas trabéculas óseas mayor es el éxito

CLASIFICACION POR LEKHALM Y ZARB

Hueso tipo 1; maxilar compuesto prácticamente por hueso cortical

Hueso tipo 2: maxilar con capa de hueso cortical envolviendo una porción central de hueso trabecular denso

Hueso tipo 3: maxilar con una capa delgada de hueso cortical envolviendo una gran porción de hueso trabecular denso

Hueso tipo 4: maxilar con una capa delgada de hueso cortical envolviendo una gran porción de hueso trabecular de baja densidad.

Los mejores son el hueso tipo 2 y tipo 3

PASOS DEL IMPLANTE

1. anestesia
2. incisión continua con hoja de bisturí No 15 hasta el tejido óseo incisión mucoperiostica
3. desplazamiento del colgajo
4. marcación de la perforación con fresa esférica
5. diámetro de los implantes regular 3 a 7.5 menor grosor de 3mm y mayor grosor de 5mm
6. perforación con fresa cilíndrica diámetro de 2mm del largo del implante
7. perforación con fresa piloto comienza a ensanchar
8. se coloca un pin o guía de paralelismo sentido mesodistal y vestibulolingual
9. utilización de una fresa para realizar un bisel óseo porque la cabeza del implante es mas ancha
10. confección de la rosca con fresa formadora de roscas y baja rotación
11. colocación del implante si es roscado se introduce usando el motor, si cilíndrico se posiciona manualmente se coloca con presión digital la mitad y el resto con el martillo quirúrgico
12. colocación de la taza de cobertura , colocación de una tapa que cubre la cabeza del implante
13. se realiza la sutura utilizando punto simple
14. periodo post-quirúrgico 6 semanas maxilar superior y 4 semanas maxilar inferior

15. se realiza segunda cirugía donde se retira la tapa que cubre la cabeza del implante, se coloca la pieza intermediaria definitiva y una prótesis provisional.

Debido al modelo de reabsorción la proximidad de los senos y la cantidad de hueso rara vez se colocan fijaciones en el área de molares maxilares; en el área de premolares del maxilar superior tienen normalmente una altura de hueso que es normalmente grueso y esponjoso.

Si el paciente presenta una bóveda palatina profunda y algo de resorción la altura del hueso restante todavía puede ser adecuada.

Si un paciente presenta una bóveda palatina baja la resorción del borde alveolar crea la apariencia de un hueso maxilar aplanado.

La combinación de resorción grave del hueso y una bóveda palatina baja crea déficit para los procedimientos de implante

PROTESIS OCULAR INDIVIDUAL

En la impresión de la cavidad oftálmica se puede adaptar posteriormente en las paredes conjuntivas que tapizan los restos musculares.

La realización se divide en dos partes: la obtención de iris y el volumen de la esclerótica para la impresión se utilizan de preferencia los materiales de impresión odontológica.

La confección del iris se basa en la selección del tamaño y la colocación individual por pintado igual a la del ojo sano.

El cuerpo esclerosal es la pieza en resina acrílica.

GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA BACTERIANA

Es la inflamación de la encía por presencia de placa bacteriana.

MANIFESTACIONES

Aumento de la producción de líquido gingival.

Hemorragia del surco gingival.

Cambio de color a rojizo

Al palpar la encía presenta textura blanda y fluctuante

Se encuentra liso y brillante

TRATAMIENTO

Terapia antiinfecciosa, instrucciones de higiene oral

1 paso: control de placa y enseñanza de cepillado

2 paso: teñir con solución reveladora se revisa el control de placa, los dientes se limpian o realiza profilaxis para eliminar todos los depósitos con una pasta d pómez fina

3 paso: se examina la encía y se realiza el control de placa se observa en especial las áreas de inflamación constante se volverá a realizar profilaxis

GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA BACTERIANA

La placa bacteriana es un de las causas principales de la gingivitis y de varias formas de la Periodontitis.

La placa dental se considera una masa bacteriana completa y homogénea que causa enfermedad donde se le permitiera crecer en exceso.

Muchos tipos de depósitos existen sobre la superficie dental encima y debajo del margen gingival. La placa bacteriana se clasifica en dos categorías: la placa supragingival y subgingival.

La placa supragingival o coronal se detecta clínicamente una vez alcanzado cierto espesor. Pequeñas cantidades de placa no son visibles a menos que sean reveladas por pigmentos de la cavidad oral o sustancias reveladoras de placa.

Los depósitos de placa por lo regular ocurren en el tercio gingival de los dientes por la predilección de las superficies agrietadas, fosas, fisuras o superficies oclusales. Esta placa también puede crecer sobre otras superficies duras de la boca: restauraciones, coronas y bandas de ortodoncia, implantes o dentaduras artificiales.

La gingivorragia: es la hemorragia al sondaje es fácil detectar a nivel clínico por lo tanto es de gran valor para el diagnóstico temprano de la gingivitis mas avanzada. Se muestra que esta aparece antes de los cambios de color u otros signos de inflamación.

La hemorragia puede ser por traumatismos mecánicos como el cepillo dental, los palillos o implantación de alimentos.

Cambios de color: es el signo clínico ya que el color normal es un "rosa coral" es debido a la vascularización del tejido y a la modificación por las capas epiteliales que están encima. Por esta razón la encía se torna rojiza cuando:

1. hay aumento en la vascularización
2. el grado de queratinización epitelial se reduce o desaparece por compresión epitelial del tejido inflamado
3. los cambios comienzan en las papilas interdentes y el margen gingival se extiende a la encía insertada.

Cambios de la superficie de la encía: es la pérdida del punteado de la superficie y es otro signo temprano de la gingivitis: la superficie se torna lisa y brillante o firme ondulada.

La textura lisa se produce por atrofia epitelial en la gingivitis

Cambios en el contorno gingival: se relaciona con el agrandamiento gingival y es el aumento del volumen

BIBLIOGRAFIA

- CARRANZA, Fermin, 1993. Gingivitis Periodontología Clínica de Glickman

- WALTON; Richard, 1997. Necrosis Endodoncia Principios y practica

- WALTON; Richard, 1997, Periodoncia Endodoncia Principios y Practica

- MAYORAL, Pedro, 1999; Migración Mesial, Manual de Ortodoncia Clínica

- GOAZ; Paul, 1994, Geminacion, Radiología Principios e Interpretación