

CASO CLÍNICO

Presentado por

**ÁNGELA MORENO
DIANA RODRÍGUEZ
LIDA ROJAS
LORENA BELTRÁN
LUISA LAPUENTE
MÓNICA ROMERO**

**Presentado a:
Dra. NERY VILLOTA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
X SEMESTRE
2004.**

CASO CLÍNICO

Presentado por

ÁNGELA MORENO	COD. 991054
DIANA RODRÍGUEZ	COD. 992015
LIDA ROJAS	COD. 991264
LORENA BELTRÁN	COD. 991021
LUISA LAPUENTE	COD. 001003
MÓNICA ROMERO	COD. 001008

Presentado a:
Dra. NERY VILLOTA

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
X SEMESTRE
2004.

INTRODUCCIÓN

Este caso clínico pretende dar a conocer una forma integral del tratamiento a realizar, como el alternativo e ideal; lo cual estos tratamientos integrales deben abarcar un estudio dental y periodontal, que nos lleve a identificar las patologías y alteraciones del crecimiento y desarrollo, tanto intraoral y extraoral del paciente, que puedan afectar dicho tratamiento.

Por este motivo el presente informe se busca a través de la presentación de un caso clínico, resultar la importancia del manejo de cada una de las áreas de la odontología, para así llegar a obtener una rehabilitación estética y funcional.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Analizar de forma integral y cronológica los diferentes diagnósticos etiologías y alternativas de tratamiento; basados en interconsultas para determinar los diferentes planes de tratamiento: Ideal alternativo y a realizar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ampliar los conocimientos adquiridos a lo largo de nuestra carrera para obtener un criterio clínico integral y competitivo.
- Dar a conocer diferentes alternativas de tratamiento que se pueden aplicar en el manejo clínico del paciente.
- Resaltar la importancia del manejo integral del paciente.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios por permitirnos llegar al último semestre de nuestra carrera de Odontología, a nuestros padres por su valioso esfuerzo y sacrificio.

Agradecemos la colaboración y disposición de nuestro paciente y sinceramente a nuestros docentes de clínica, jefes de semestre actuales y anteriores que han compartido con nosotros todos sus conocimientos incondicionales y a los especialistas que siempre están dispuestos a realizar las valoraciones e interconsultas.

HISTORIA CLINICA

INFORMACION GENERAL

NOMBRE : Fernando Arango R.
EDAD : 50 Años
RAZA : Mestiza
SEXO : Masculino
OCUPACIÓN : Empleado
MOTIVO DE CONSULTA: Hacer tratamiento

HISTORIA MEDICA

Antecedentes Familiares : Madre "hipertensa"
Antecedentes Personales : No reporta
Antecedentes Psicológicos : No reporta

EXAMEN FISICO GENERAL

PESO : 70 Kilos
TALLA : 1.75 cms
PULSO : 85 pp/m
TEMPERATURA : 37° C
PRESION ARTERIAL : 120/60 mmHg

HISTORIA DENTAL

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

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

FISIOTERAPIA ORAL

Frecuencia de Cepillado	:	2 veces al día
Técnica	:	Barrido
Tipo de cepillo	:	Mediano
Dentífrico	:	Colgate
Seda Dental	:	No utiliza
Ayudas Interproximales	:	No utiliza
Enjuagues	:	Listerine

EXAMEN CLINICO

EXAMEN CRANEOMANDIBULAR

Evaluación Estática

Clasificación de Angle	:	No aplicable
Overbite	:	No aplicable
Overjet	:	No aplicable
Relación Canina	:	I

Evaluación dinámica

Apertura	:	45 mm
Lateralidad Derecha	:	3 mm
Lateralidad Izquierda	:	4 mm
Profusión	:	4 mm

EXAMEN TEMPOROMANDIBULAR

Dolor Muscular	:	(-)
Dolor A.T.M.	:	(-)
Alteración en el Movimiento	:	(-)
Ruido Articular	:	(-)
Desarmonías Oclusales	:	(+)
Facetas de Desgaste	:	(+) 43 y 33
Hábitos	:	(-)

EXAMEN CLINICO INTRAORAL ODONTOGRAMA

18	17*	16	15	14	13	12*	11	21	22*	23*	24	25	26	27*	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33*	34*	35	36	37	38

	Ausente
	Amalgama
	Caries
	Resinas
	Coronas
	Sano
	Resto radicular
	*Desadaptada

DIAGNOSTICOS

GENERALES	:	Sano
DENTARIOS	:	Caries recurrente – Caries activa
PERIODONTALES	:	Periodontitis leve a moderada
ENDODONTICOS	:	Necrosis pulpar
ORTODONTICOS	:	Ninguno

Evaluación dinámica

Apertura	:	45 mm
Lateralidad Derecha	:	3 mm
Lateralidad Izquierda	:	4 mm
Profusión	:	4 mm

EXAMEN TEMPOROMANDIBULAR

Dolor Muscular	:	(-)
Dolor A.T.M.	:	(-)
Alteración en el Movimiento	:	(-)
Ruido Articular	:	(-)
Desarmonías Oclusales	:	(+)
Facetas de Desgaste	:	(+) 43 y 33
Hábitos	:	(-)

ANALISIS DE TEJIDOS BLANDOS

LABIOS	:	Normales
CARRILLOS	:	Normales
GINGIVA	:	Anormal
REBORDE ALVEOLAR	:	Anormal
PISO DE BOCA	:	Normal
FRENILLOS	:	Normal
PALADAR DURO	:	Normal
PALADAR BLANDO	:	Normal
AMIGDALAS/OROFARINGE	:	Normal

Furcaciones
Sondaje inicial
Sondaje Re-eval.
Nivel inserción
Recesión

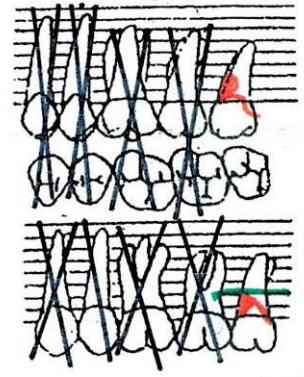
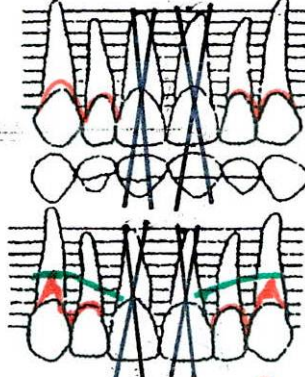
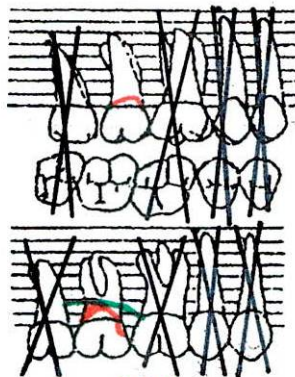
	333			
	344			
	011			

PERIODONTOGRAMA

222	222		333	333
332	222		333	335
110	000		000	002

				433
				541
				112

P



Sondaje inicial
Sondaje Re-eval.
Nivel inserción
Recesión
Movilidad
Linea Mucogingival

	443			
	571			
	134			
	2			

243	322		333	343
253	322		333	355
010	000		000	012
	1		1	1
	2		3	4

				433
				352
				42+1
				2

V

D

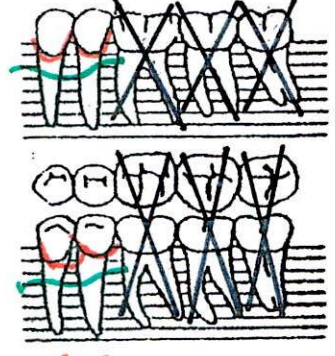
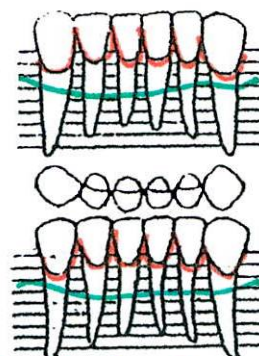
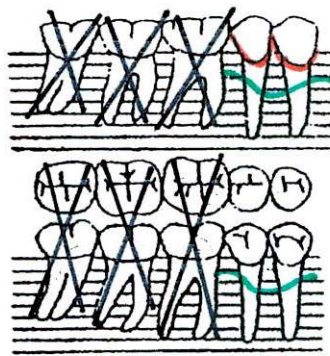
Sondaje inicial
Sondaje Re-eval.
Nivel inserción
Recesión
Movilidad
Linea Mucogingival

		323	333
		323	333
		000	000
		1	1
		3	3

333	332	323	323	323	332
333	332	345	353	243	661
000	000	022	030	110	33+1
		1			
3	2	2	2	2	2

222	222				
222	222				
000	000				
1	1				
3	2				

V



Sondaje inicial
Sondaje Re-eval.
Nivel inserción
Recesión
Linea Mucogingival
Furcaciones

		323	323
		323	323
		000	000
		3	3

323	323	323	322	223	222
423	323	354	542	253	333
000	000	031	220	030	111
3	2	2	2	2	2

222	232				
145	553				
123	321				
3	2				

PLAN DE TRATAMIENTO

PLANE TRATAMIENTO IDEAL

PERIODONCIA: Control de placa bacteriana, instrucciones de higiene oral, motivación a paciente, alisado, raspaje radicular y profilaxis.

CIRUGIA: Cirugía periodontal preprotésica de alargamiento de coronas clínicas de 44 y 45.

ENDODONCIA: Retratamiento convencional de conductos del 44, 45.

OPERATORIA: Amalgamas y resinas

PROSTODONCIA.

Superior: retenedor intraradicular del 22 y 23, prótesis parcial fija en la herradura del diente 17 al 27.

Inferior: PPR con conector mayor tipo barra lingual, corona de los dtes 44 y 45, apoyos compartidos con retenedor acker doble y RPI a nivel del 34 con apoyo mesial.

PERIODONCIA: Terapia de soporte periodontal

PLAN DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

PERIODONCIA: Control de placa bacteriana, instrucciones de higiene oral, Motivación a paciente, raspaje, alisado radicular y profilaxis

OCLUSION: Mordida borde a borde.

ENDODONCIA: Retratamiento de conductos de 44, 45, tratamiento de conductos del 12, 13, 17 y 23

CIRUGIA: Periodontal preprotésica de alargamiento de coronas clínicas del 44 y 45.

OPERATORIA: Resinas

PROSTODONTICOS.

Superior: Retenedor intraradicular del 23, prótesis parcial fija del 13 al 23, corona del 17 con preparación para removible, apoyos compartidos en dtes 12, 13 y 22, 23. Ajuste de semipresición en distal en 13 y 23 PPR con conector mayor plato palatino con retenedores acker simple y apoyos mesial en el 17 y 25.

Inferior: Prótesis parcial removible con conector mayor tipo barra lingual, coronas de los dtes 44 y 45, apoyos compartidos con retenedor acker doble y RPI a nivel del 34 con apoyo mesial.

PERIODONCIA: Terapia de soporte periodontal.

PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

PERIODONCIA: Control de placa bacteriana, instrucciones de higiene oral, motivación a paciente, alisado, raspaje radicular y profilaxis.

OCLUSION: Borde a borde.

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

PERIODONCIA

El examen periodontal tiene como objetivo final, establecer un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento precisos que permitan solucionar la molestia o enfermedad que aqueja al paciente.

TERAPIA BASICA PERIODONTAL

Comprende dos aspectos:

1. **Ambientación periodontal:** se enfoca hacia el tratamiento de los tejidos periodontales y el control de la placa bacteriana a través de los siguientes procedimientos:

- 1.1. Motivación y educación del paciente.
- 1.2. Instrucción en higiene oral.
- 1.3. Raspaje y alisado radicular.
- 1.4. Pulido coronal.

1.1. Motivación y educación del paciente: El éxito de la terapia periodontal depende del grado de colaboración y motivación del

paciente y la forma para hacerlo es crear conciencia en los siguientes aspectos:

¿Qué es la enfermedad periodontal?

¿Cuál es la causa de su enfermedad periodontal?

¿Cuáles son las secuelas de la enfermedad?.

¿Cómo puedo controlar su enfermedad?.

1.2. Instrucción en higiene oral: Existen diversas técnicas para enseñar al paciente un control de placa adecuada. Sin embargo, se deben tener en cuenta ciertos principios comunes para todos los pacientes antes de iniciar la instrucción en higiene oral. Estos principios son:

- Las instrucciones deben ser simples. Hay que recordar que el control de la placa es un ejercicio de destreza manual entre más complicada la técnica mayor concentración y habilidad necesita el paciente para ejercerla.
- No enseñar demasiado en un mismo momento.
- Motivar al paciente.
- Observación y supervisión continua.

1.3. Raspaje y alisado radicular: La Academia Americana de Periodoncia define **raspaje** como la instrumentación de la corona y superficies radiculares de los dientes para remover placa, cálculos y pigmentaciones. **Alisado radicular** es el tratamiento definitivo diseñado

para remover el cemento a las superficies de dentinas rugosas, impregnación de cálculos o contraminaciones con microorganismos y sus toxinas.

1.4. Pulido Coronal: El pulido coronal tiene como objetivo remover la placa bacteriana y las manchas extrínsecas, y limpiar, además de pulir la superficie dentaria, con el fin de crear un ambiente óptimo para el periodonto. Esta se realiza con un cepillo para "profilaxis" o copas de caucho y una crema profiláctica.

2. Ambientación dentaria: En la terapia periodontal básica está encaminada a facilitar el control de placa mediante el mejoramiento de las necesidades restaurativas, estéticas y funcionales del paciente. La ambientación dentaria incluye: La eliminación de caries y obturaciones desadaptadas, ajuste oclusal, tallado selectivo, ferulización, restauraciones provisionales, tratamiento de endodoncia, exodoncias estratégicas e indicadas y movimientos menores de ortodoncia.

PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE

Restauración que reemplaza varios dientes perdidos derivando principalmente su soporte de los tejidos blandos remanentes como la mucosa, tejido conectivo y

hueso o reborde óseo subyacente con solo una pequeña cantidad de soporte a algunas dientes remanentes.

Hay dos tipos: mucodentosoportada y dentosoportada.

REQUISITOS DE UN METODO DE CLASIFICACION ACEPTABLE:

La clasificación de arcos parcialmente desdentados debe satisfacer los siguientes requisitos:

1. Permitir la visualización inmediata del tipo de arco parcialmente desdentado que esta considerando.
2. Permitir la inmediata diferenciación entre prótesis parciales removibles dentosoportadas y mucodentosoportadas
3. Ser universalmente aceptable.

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY:

Kennedy dividió todos los arcos parcialmente desdentados en cuatro tipos principales.

Las áreas desdentadas distintas de aquellas que determinan los tipos principales fueron denominados como espacios de modificación..

La clasificación de Kennedy es la siguiente:

CLASE I: áreas desdentadas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales remanentes.

CLASE II: un área desdentada unilateral y posterior a los dientes naturales remanentes.

CLASE III: un área desdentada unilateral con dientes naturales remanentes anteriores y posteriores a ella.

CLASE IV: un área desdentada única pero bilateral (por atravesar la línea media), ubicada en posición anterior con respecto a los dientes naturales remanentes.

REGLAS APPLEGATE PARA LA APLICACIÓN DE LA CLASIFICACION DE KENNEDY:

Applegate elaboro las ocho reglas siguientes que gobiernan la aplicación del método de Kennedy:

- REGLA 1: La clasificación debe ser después de y no antes de, realizar extracciones dentales que podrían alterar la clasificación original.
- REGLA 2: Si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se le considera para la clasificación.

- REGLA 3: Si se halla presente un tercer molar y será utilizado como pilar, se considera en la clasificación.
- REGLA 4: Si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, no se le considera para la clasificación (por ejemplo si también falta el segundo molar antagonista y no será reemplazado).
- REGLA 5: El área o (áreas) desdentada mas posterior siempre determinante de la clasificación.
- REGLA 6: Las áreas desdentadas distintas de aquellas que determinan la clasificación se denominan modificaciones, y son designadas por su número.
- REGLA 7: La extensión de la modificación no se considera, sino tan solo la cantidad de zonas desdentadas adicionales.
- REGLA 8: No puede haber áreas de modificaciones en arcos clase IV. (si existiese otra zona desdentada posterior al "área desdentada única pero bilateral por atravesar la línea media". Determinaría el cambio de clase.

La prótesis parcial clase I esta diseñada como **prótesis dento y mucosoportada**.

Tres de las características necesarias para el éxito de tal prótesis son:

Adecuado soporte para las bases a extensión distal, retención directiva flexible y cierta provisión de retención indirecta.

La prótesis parcial clase II está diseñada como **prótesis dentosoportada**, generalmente (pero no siempre), sin necesidad de retención indirecta, sin soporte de base por los tejidos del reborde y con retención directa cuya única función es la de retener la prótesis. Por lo tanto, cada clase tienen en común diseños distintos de los de las otras debido a las diferencias en el soporte.

La prótesis parcial clase III comprende características de diseño comunes a ambas.

Una restauración parcial removible consta de los siguientes componentes:

1. Una base protésica.
2. Uno o más conectores mayores.
3. Varios conectores menores.
4. Dos o más apoyos oclusales.
5. Retenedor directo.
6. Retenedor indirecto.
7. Planos guía

1. BASE PROTESICA

Es el elemento que lleva incorporado dientes y puede apoyarse sobre la encía en las clases I, II, o sobre los dientes remanentes en la clase III.

Clase II y I son siempre dentomucosoportada.

2. CONECTORES MAYORES:

Es la unidad de la prótesis parcial que une las partes constitutivas de un lado de la prótesis, con aquellas del lado opuesto. Es el elemento de la prótesis al cual se unen directa o indirectamente, todas las otras partes.

Funciones del conector mayor:

- Unificación de las diferentes partes constitutivas de la prótesis parcial.
- Distribución de las fuerzas aplicadas a los dientes tejidos del arco dental.
- Reducción al mínimo de las fuerzas de torsión, que llegan a los dientes de soporte.

Clases de conectores mayores: MANDIBULARES:

- a. Barra lingual clásica.

3. CONECTORES MENORES

Son los que unen elementos secundarios al conector mayor.

4. APOYOS OCLUSALES:

Son los elementos que se apoyan sobre los descansos o lechos preparados en los dientes, o en las coronas coladas. Evitan que la PPR se intruya en la encía cuando actúan las fuerzas masticatorias.

5. RETENEDOR DIRECTO:

Son los ganchos que impiden que la prótesis parcial removible, se desaloje de su inserción.

Son imprescindibles para retener la prótesis.

Los anclajes pertenecen a este grupo.

6. RETENEDOR INDIRECTO:

Es el conjunto de elementos secundarios situados en un área de la boca, los cuales actúan como apoyo indirecto del lado contrario.

Neutralizan la fuerza que tiende a desalojar la PPR a extremo libre.

7. PLANOS GUIAS:

Están ubicados en las caras proximales de los dientes junto a los espacios desdentados.

En los extremos libres se encuentran en la cara distal de los últimos pilares.

Guían la trayectoria de inserción.

PROTESIS PARCIAL FIJA

Se utiliza cuando uno o más dientes se encuentran ausentes o algún diente requiere ser extraído y existen dientes adyacentes lado y lado.

COMPONENTES:

PILAR: Diente de soporte

PONTICO: Diente ausente.

RETENEDOR: Parte de la restauración a colocar que cubre el pilar.

CONECTOR: Une los retenedores con el pontico.

RETENEDORES EXTRACORONARIOS:

Restauración que cubre todas las caras de un diente, también se puede llamar corona completa la cual cubre la totalidad del diente.

La corona completa puede ser:

- Metálica.
- Corona completa combinada: metal acrílico, metal porcelana.
- Corona completa de porcelana.

INDICACIONES:

Caries extensa.

Grandes restauraciones defectuosas.

Dientes fracturados.

Cuando se requiere cambiar anatomía.

Anclajes para PPR.

Contraindicaciones.

Cuando se puede utilizar otro tipo de restauración.

Enfermedad periodontal no tratada.

CORONA METALICA:

INDICACIONES:

Destrucción coronal extensa

Dientes posteriores tratados endodónticamente.

Máxima retención y resistencia para PPR.

Corrección de planos oclusales

Molares con problemas de furca.

CONTRAINDICACIONES:

Estética.

VENTAJAS:

Excelente retención y resistencia.

Mejorar y remodelar la anatomía y el patrón oclusal.

DESVENTAJAS:

Difícil de realizar las pruebas de vitalidad.

LINEA DE TERMINACION:

Chamfer y hombro biselado.

CANTIDAD DE TEJIDO A REPARAR:

1-15.mm.

CORONA METAL CERAMICA:**INDICACIONES:**

Dientes que requieren cobertura completa.

Estética.

Dientes anteriores.

Destrucción coronaria extensa: caries, trauma o restauraciones existentes.

CONTRAINDICACIONES:

Dientes con caries activa.

Enfermedad periodontal no tratada.

Cámara pulpar muy amplia niños jóvenes.

Cara vestibular intacta.

VENTAJAS:

Alta resistencia y retención.

Opción para modificar los planos de oclusión.

DESVENTAJAS:

Extensa preparación dentaria para no crear sobre contornos.

LÍNEA DE TERMINACIÓN:

Hombro y chamfer profundo.

CANTIDAD DE TEJIDO A PREPARAR:

1.5-2mm.

CORONA COMPLETA EN PORCELANA:**INDICACIONES:**

Estética.

CONTRAINDICACIONES:

Trauma oclusal (bruxismo).

VENTAJAS:

Estética superior

Buena respuesta periodontal.

DESVENTAJAS:

Reducida resistencia.

Preparación dentaria sensitiva.

Solo pueden ser únicas, coronas individuales.

Gran desgaste dentario.

Dificultad para obtener puntos de contacto.

Posible fractura de la porcelana.

Costosa.

LÍNEA DE TERMINACIÓN:

Hombro en toda su extensión.

CANTIDAD DE TEJIDO A PREPARAR:

2mm como mínimo

TRATAMIENTO A REALIZAR

Superior: Retenedor intrarradicular del diente 22 y 23, corona individual de dientes 12-22-23 y 17 con preparación para removible en el diente 12, 23 y 17; PPR; superior con conector mayor tipo doble barra palatina, apoyo mesial de diente 12 y 23, con retenedor semicircunferencial, apoyos mesiales del 17 y 27 con retenedor acker simple.

Inferior: PPR con conector mayor tipo barra lingual; coronas de los dientes 44 y 45. apoyos compartidos con retenedor acker doble y RPI a nivel del 34 con apoyo mesial.

Tratamiento Alternativo

Superior: Retenedor intrarradicular del diente 23; prostodoncia parcial fija del diente 13 al 23, corona del 17 con preparación para removible apoyos compartidos de dientes 12, 13 y 22, 23; ajuste de semipresión en distal de diente 13 y 23, prostodoncia parcial removible con conector mayor plato palatino con retenedores acker simple y apoyo mesial en el 17 y 27.

Inferior: PPR con conector mayor tipo barra lingual; coronas de los dientes 44 y 45. apoyos compartidos con retenedor acker doble y RPI a nivel del 34 con apoyo mesial.

TRATAMIENTO IDEAL

Superior: Retenedor intraradicular de diente 22 y 23 PPF en herradura del diente 17 al 27.

Inferior: PPR con conector mayor tipo barra lingual; coronas de los dientes 44 y 45. apoyos compartidos con retenedor acker doble y RPI a nivel del 34 con apoyo mesial.

La periodontitis consiste en la infección progresiva y pérdida de hueso alrededor del diente. Se desarrolla a partir de una gingivitis.

Síntomas y signos que se pueden presentar en la periodontitis

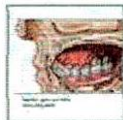
- Todos los de la **gingivitis**
- Pérdida ósea
- Atrofia de la encía (pérdida de encía)
- Movilidad dental
- Aparición de **bolsas periodontales**
- Fístulas o pus alrededor del diente
- **Mal aliento**
- Mal sabor de boca
- Modificaciones en la forma de morder / alteraciones en la oclusión

La periodontitis junto a la caries son unas de las enfermedades más extendidas y las responsables de la mayoría de las pérdidas de **dientes**.

Imágenes



Gingivitis



Encías

inflamadas

La periodontitis se origina cuando la inflamación y la infección de las encías (gingivitis) no se trata o cuando el tratamiento se retrasa. Dicha infección e inflamación se disemina desde la encía (gingiva) hasta el ligamento y el hueso que sirven de soporte a los dientes. La pérdida de soporte hace que los dientes se aflojen y finalmente se caigan. La periodontitis es la causa principal de la caída de los dientes en los adultos y no es una enfermedad común en los niños, pero se incrementa durante la adolescencia.

La placa y el sarro se acumulan en la base de los dientes. La inflamación hace que entre la encía y los dientes se formen bolsas que se llenan de sarro y de placa, lo cual hace que la inflamación del tejido blando atrape la placa en la bolsa. La inflamación continua causa finalmente la destrucción de los tejidos que circundan los dientes; y debido a que la placa contiene bacterias, es probable que se desarrollen infecciones e inclusive abscesos en los dientes, aumentando así el riesgo de destrucción ósea.

Síntomas

- Encías inflamadas
- Encías que presentan un color rojo brillante o rojo purpúreo
- Encías que tienen aspecto brillante
- Encías que sangran con facilidad (presencia de sangre en el cepillo de dientes, incluso si el cepillado se hace con suavidad)

- Encías que pueden ser sensibles al tacto, pero no necesariamente dolorosas
- Mal aliento
- Dientes flojos

Nota: los primeros síntomas son similares a los de la gingivitis.

Signos y exámenes

Cuando el odontólogo examina la boca y los dientes, las encías están blandas, inflamadas y tienen un color rojo purpúreo. Se ven depósitos de placa y de cálculos que se forman en la base de los dientes, con bolsas agrandadas en las encías. Las encías por lo general no duelen o se sienten levemente sensibles, a menos que también exista un absceso dental. Los dientes pueden estar flojos y las encías retraídas.

La radiografía dental revela la pérdida del hueso de soporte.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es reducir la inflamación, eliminar las bolsas si estas existen y corregir las causas subyacentes. Se deben reparar los irritantes dentales tales como las superficies ásperas de los dientes o los aparatos dentales; además debe tratarse la enfermedad sistémica y otro tipo de condiciones asociadas.

Es importante hacerse una limpieza dental cuidadosa que puede involucrar el uso de diversos instrumentos o aparatos para aflojar y remover los depósitos que se forman en los dientes (raspado). Después de realizarse una profilaxis profesional, es necesario hacer una higiene oral en casa que sea minuciosa para limitar mayor deterioro. El odontólogo o el higienista enseñan las técnicas del cepillado y del uso de la seda dental. Se recomienda que los pacientes que sufran esta enfermedad visiten al odontólogo para hacerse una limpieza dental profesional más de dos veces al año, que es el estándar.

Es posible que los tratamientos quirúrgicos sean necesarios para abrir y limpiar las bolsas profundas o para brindar soporte a los dientes flojos y la extracción (remoción) de uno de los dientes podría ser necesaria en casos de periodontitis avanzada, para evitar que se destruyan los dientes adyacentes.

Expectativas (pronóstico)

La remoción de la placa dental que se acumula en las áreas inflamadas puede ser incómoda. El sangrado y la sensibilidad de las encías deben desaparecer dentro de 1 ó 2 semanas del tratamiento. Cuando las encías están sanas son de color rosado y de aspecto firme y si no se tienen buenos hábitos de higiene oral durante toda la vida, la enfermedad puede volverse recurrente.

Complicaciones

- Recurrencia de la periodontitis

- Absceso dental
- Infección o abscesos del tejido blando (celulitis facial)
- Infección de los huesos de la mandíbula (osteomielitis)
- Boca de trinchera
- Dientes móviles o pérdida de los mismos
- Dientes que se tuercen o mueven

Situaciones que requieren asistencia médica

Se debe buscar asistencia odontológica si se presentan signos de gingivitis o si el odontólogo recomienda el tratamiento de las condiciones subyacentes que contribuyen al desarrollo de la periodontitis.

Prevención

El mejor método de prevención es una buena higiene oral que incluya un cepillado completo, el uso correcto de la seda dental y una profilaxis dental profesional hecha con regularidad. La prevención y el tratamiento de la gingivitis reducen el riesgo de desarrollo de la periodontitis.

La recesión gingival es la pérdida de encía vestibular que se produce sin inflamación. Suele presentarse en pocos dientes y raramente es generalizada.

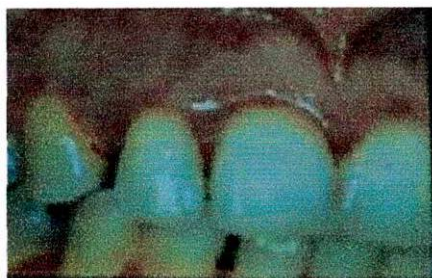
Causas que producen recesión de la encía:

- Cepillado incorrecto de dientes (movimiento horizontal traumatizante)
- Condicionantes anatómicos (hueso fino)
- Tratamientos ortodóncicos

Control de Placa Bacteriana

El control de placa bacteriana en Periodoncia consiste en la remoción efectiva y periódica de la placa dental o placa bacteriana, la cual es una película pegajosa y blanquesina que se adhiere a los dientes cuando no se ha realizado una higiene bucal adecuada.

Lo más importante en la higiene dental diaria es la remoción mecánica de esta placa bacteriana, lo cual se logra principalmente con una buena técnica de cepillado y un adecuado uso del hilo dental.



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 como lo son:

GINGIVECTOMÍA: Exsición 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.

Y 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.

BIBLIOGRAFÍA

- DAVID L., KUTIT, D.S. MS. TILMAN'S MS TYLMANT'S.
TEORIA Y PRACTICA EN PROSTODONCIA FIJA HIV DE CAROLINA DEL
NORTE.
- FUNDAMENTOS ESENCIALES EN PRÓTESIS FIJAS TERCERA EDICIÓN
EDITORIAL.
QUINTESENCE PUBLISCHING CO. INC. PGNA 194-197
- ERNEST MALLA DESPLAST THOMAS P. KEOGIN. PROTESIS PARCIAL
REMOVIBLE CLÍNICA Y REMOVIBLE MOSBY/DAGIMME.
- HUGO DE VILLARRAGA, MANUEL DE REMOVIBLE.
- PRINCIPIOS DE PROSTODONCIA FIJA DE SHILINGBURG –HUBO.
- CASTLEBERRY, DWIGHT J. Mc CRACLEEN PROTESIS PARCIAL
REMOVIBLE, OCTAVA EDICIÓN, EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA,
ARGENTINA, 1992. PAG. 30-33 – 271-281.