



CASO CLÍNICO

**Presentado a:
Dra. NERY VILLOTA**

**Presentado Por:
KATHERINE BENINCORE RODRÍGUEZ. COD. 001096
HERLING ZUCED ESCOBAR TOVAR. COD. 001106
LUIS FRANCISCO MANZANERA. COD. 011113
YEIMI CIFUENTES. COD. 001334
PAOLA SANTANA. COD. 921007
ADRIANA CORREDOR. COD. 922373**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
2004**

CASO CLÍNICO

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: Tulia Susa de Cuellar.

Edad: 72 años.

Género: Femenino.

Ocupación: Modista.

Motivo de Consulta: "Revisión General".

ANAMNESIS

Antecedentes Familiares: (-)

Antecedentes Personales: Artritis Remautoidea.

EXÁMEN FÍSICO

Peso: 60 Kg.

Estatura: 1.54 cm.

Pulso: 52 pul/min.

Presión Arterial: 125/70 mmHg.

Hábito: Ninguno.

HÁBITOS DE HIGIENE ORAL

Tipo de Cepillo: Blando.

Frecuencia: 1 vez al día.

Técnica: Barrido.

Otras Ayudas: Ninguna.

ANÁLISIS DENTAL

Relación Canina: No Aplicable.

Relación Molar: No Aplicable.

Línea Media: Inferior desviada a la derecha 2mm.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

Periodoncia: Negativo.

Operatoria: Positivo.

Endodoncia: Negativo.

Prostodoncia: Positivo.

Ortodoncia: Negativo.

EXÁMEN CRANEOMANDIBULAR

Dolor Muscular: Negativo.

Dolor ATM: Negativo.

Ruido ATM: Negativo.

Alteraciones de Movimiento: Negativo.

EVALUACIÓN DINÁMICA

Apertura: 48mm.

Lateralidad Derecha: 4mm.

Lateralidad Izquierda: 3mm.

Protrusión: 2mm.

DIAGNÓSTICOS

Diagnóstico General: Artritis Reumatoidea.

Diagnóstico Craneomandibular: Sano.

Diagnóstico Orales tejido blando y óseo: Sano.

Diagnóstico Periodontal: Gingivitis Asociada a Placa Bacteriana.

Diagnóstico Endodóntico: Pulpitis Irreversible Crónica del 13 y 23.

Metamorfosis Cálctica 12, 13, 11.

Diagnóstico Prostodóntico: Paciente parcialmente edéntulo: Clasificación

Kennedy I en arco superior e inferior.

Diagnóstico Patológico: Ninguno.

Diagnóstico Dental: Sano.

TRATAMIENTO IDEAL

PERIODONCIA

Instrucciones de Higiene oral.

Control de Placa Bacterina.

Raspaje y Alisado Coronal.

Profilaxis.

Eliminación de focos infecciosos.

Alargamiento de corona clínica: 13.

CIRUGÍA

Exodoncia Método Cerrado: 22 y 35.

ENDODONCIA

T.C.C: 13, 11, 23.

OPERATORIA

Resina: 33 (I), 32 (I), 31 (I), 41 (I), 42 (I), 43 (I).

PROSTODONCIA

Núcleos Colados: 13, 12, 11, 23,

Implantes: 14, 16, 24,26, 36, 34, 45,46.

PPF: 13-23

PPF Implantosoportada: 14-16, 24-26, 34-36.

Coronas Implantosoprtadas: 45, 46.

REEVALUACIÓN

Reinstrucciones de Higiene Oral.

Nuevas Medidas de Profundidad de sondaje y niveles de inserción.

Control de placa.

TRATAMIENTO ALTERNATIVO I

PERIODONCIA

Instrucciones de Higiene oral.

Control de Placa Bacterina.

Raspaje y Alisado Coronal.

Profilaxis.

Eliminación de focos infecciosos.

Alargamiento de corona clínica: 13.

CIRUGÍA

Exodoncia Método Cerrado: 22 y 35.

ENDODONCIA

T.C.C: 13, 11, 23.

OPERATORIA

Resina: 33 (I), 32 (I), 31 (I), 41 (I), 42 (I), 43 (I).

PROSTODONCIA

Núcleos Colados: 13, 12, 11, 23.

PPF: 13-23

CORONA: 33, 44 con ajustes Vairosoft.

PPR con ajustes Vairosoft: Superior e Inferior.

REEVALUACIÓN

Reinstrucciones de Higiene Oral.

Nuevas Medidas de Profundidad de sondaje y niveles de inserción.

Control de placa.

TRATAMIENTO A REALIZAR

PERIODONCIA

Instrucciones de Higiene oral.

Control de Placa Bacterina.

Raspaje y Alisado Coronal.

Profilaxis.

Eliminación de focos infecciosos.

CIRUGÍA

Exodoncia Método Cerrado: 22, 35 Y 13.

ENDODONCIA

T.C.C: 11, 23.

OPERATORIA

Resina: 33 (I), 32 (I), 31 (I), 41 (I), 42 (I), 43 (I).

PROSTODONCIA

Núcleos Colados: 12, 11, 23.

PPF: 12-23

PPR con ajustes Vairosoft: Superior.

Prótesis Transicional: Inferior.

REEVALUACIÓN

Reinstrucciones de Higiene Oral.

Nuevas Medidas de Profundidad de sondaje y niveles de inserción.

Control de placa.

ARTRITIS REUMATOIDE

Es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida que se caracteriza por la inflamación simétrica de las articulaciones, especialmente manos, rodillas y pies, suele debutar entre los 35 a 50 años mayor en mujeres que en hombres.

✓ Etiología

Interrelación de agentes infecciosos, genética y autoinmunidad que dan lugar a la destrucción de los tejidos sinoviales.

✓ Signos y Síntomas

- ✓ Fatiga.
- ✓ Debilidad general.
- ✓ Dolores articulares y musculares.
- ✓ Tumefacción dolorosa de las articulaciones.
- ✓ Inmovilidad.
- ✓ Subluxación.
- ✓ Desviación.

✓ **Tratamiento médico**

Es necesario paliativo ya que hasta el momento no existe cura para esta enfermedad, el objetivo del tratamiento es reducir la inflamación, tumefacción articular, aliviar el dolor, facilitar y estimular la función normal mediante un programa que incluye ejercicio, fisioterapia, aspirina, aines como naproxeno, ibuprofeno entre otros.

✓ **Tratamiento dental**

Citas cortas, posición cómoda en la silla, aines, corticoesteroides, ante dolor y disfunción de la ATM reducir la función mandibular, dieta blanda, dispositivos oclusales parra reducir la sobrecarga articular.

1. Little,J. Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico. Quinta edición. 1998; 387-409.
2. Arthritis foundation: basic facts, Atlanta 1990 the arthritis foundation.

METAMORFÓSIS CÁLCICA

Ocurre como respuesta a traumatismos, caries, enfermedad periodontal u otros irritantes. Los trombos en los vasos sanguíneos y la colágena que se asienta alrededor de las paredes de los vasos son los posibles nidos para estas calcificaciones, otro tipo de calcificación es la formación extensa de tejido duro en las paredes de la dentina a menudo en respuesta a irritación o muerte y reemplazo de odontoblastos, al aumentar la irritación, la cantidad de calcificación aumenta, lo que produce una obliteración radiográfica pero no histológica, parcial o total de la cámara pulpar y el conducto radicular, la manifestación de la metamorfosis calcificante es una pigmentación amarillenta de la corona; el umbral del dolor al estímulo térmico y eléctrico aumenta, y a menudo los dientes no manifiestan respuesta.

1. Walton y Torabinejad. Endodoncia principios y práctica. Editorial McGraw hill. 1997.

SISTEMAS SÓNICOS Y ULTRASÓNICOS

La primera respuesta de aplicación de los ultrasonidos en endodoncia fue efectuada por Richman en 1957 que generan vibraciones situadas por

encima de la gama de las audibles que se puede general de dos modos el primero mediante la creación de un campo magnético al pasar una corriente eléctrica entre unas laminillas metálicas con lo que se producen fuerzas de atracción y repulsión entre ellas, y en consecuencia, un movimiento vibratorio mecánico. El segundo mediante el efecto piezoeléctrico que ocasiona deformaciones en vibraciones mecánicas. Este sistema utiliza trépanos útiles en calcificaciones pulpaes para elaborar nichos creando el espacio del conducto pulpar, los más utilizados son:

La fresa LN (Maillefer) que presenta un vástago largo y in extremo activo redondo, la longitud de la fresa es de 28mm. Esta indicada para permeabilizar los orificios calcificados de entrada a los conductos en la cámara pulpar.

1. Brau E. Técnicas Clínicas y bases científicas. 2001.

IMPLANTES DENTALES

Los implantes dentales son sustitutos de los dientes que se insertan en el hueso del maxilar o de la mandíbula mediante una operación quirúrgica. Se fabrican de titanio, metal cuya propiedad de integrarse en el hueso fue descubierta por casualidad en los años 60.

Los implantes dentales son sustitutos artificiales de las raíces dentarias sobre los que se coloca una corona dentaria que sustituye a la parte visible del diente.

Estos implantes son pequeñas piezas de metal en forma de tornillo que se introducen en el hueso maxilar o mandibular. El metal usado es el titanio, que tiene la propiedad de ser "biocompatible", es decir que se integra en el hueso mediante una unión firme y no provoca rechazo.

Previamente a su colocación se hace un estudio exhaustivo del paciente, de su estado de salud general, del estado de los huesos maxilares, de su articulación mandibular y de la posibilidad de éxito del tratamiento.

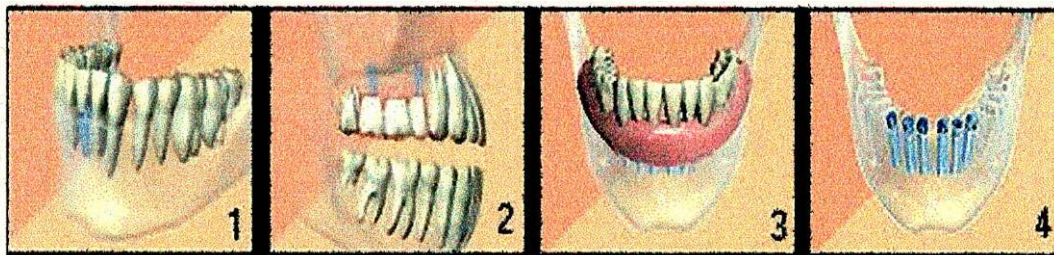
Esta intervención se realiza en el quirófano bajo anestesia local o general.

Para garantizar su éxito necesita la intervención de un equipo multidisciplinar. Los implantes tal como los conocemos hoy día surgieron de las investigaciones de un traumatólogo sueco, el Dr. Irmag Branemark, durante sus estudios de la circulación sanguínea en los huesos.

Descubrió cómo la fibra óptica recubierta de titanio, que introducía en el hueso de los conejos para mirar al microscopio los cambios que se producían en el mismo, no podía ser retirada del hueso al cabo de algunas semanas de estar en contacto con él. A partir de aquí desarrollo el concepto de

"osteointegración" que consiste en la íntima unión del hueso al material tras un tiempo de permanecer en contacto.

En cuanto al número: Existen los llamados implantes unitarios que sustituyen a un solo diente. Para casos en los que falten varios dientes pueden colocarse varios implantes y en los casos en que falten todos los dientes, varios implantes pueden servir de soporte a una dentadura completa haciéndola más estable y por ello más cómoda y funcional.



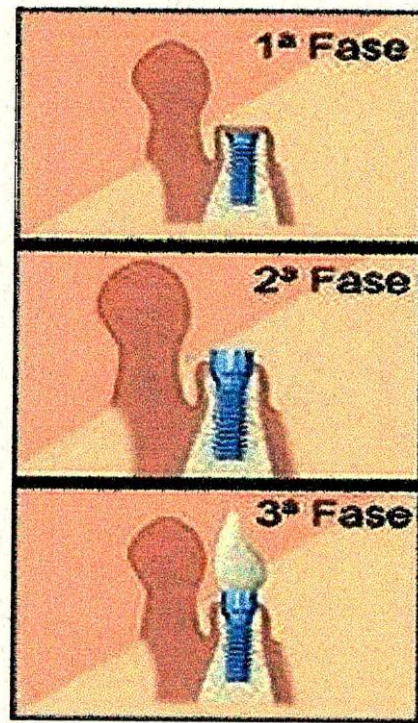
En cuanto a la forma: existen varias casas comerciales que fabrican diferentes tipos de tornillos. Los primeros, diseñados en 1965 por el Dr. Branemank, se siguen usando actualmente y son unos de los más fiables. En general tienen forma cilíndrica, con o sin rosca, y miden de 3 a 5 milímetros con una longitud de 8 a 20 milímetros que se usan dependiendo de la zona de la mandíbula o maxilar y de la cantidad de hueso que exista.

Consta de **tres fases**:

En la **primera fase** se empieza despegando previamente la encía y después se inserta el tornillo pilar con un tornillito de cierre dentro del hueso y se recoloca la encía. Deben dejarse pasar de 3-4 meses en los implantes de mandíbula y de 5-6 meses en los del maxilar superior. En este tiempo el paciente llevará una prótesis provisional que no presione sobre los implantes colocados.

En la **segunda fase** se vuelve a despegar la encía, se localiza el cierre del tornillo y se quita y se inserta en el tornillo pilar un tornillo de cicatrización para evitar el cierre de la mucosa.

En una **tercera fase** cuando la mucosa ha cicatrizado alrededor de este último tornillo se quita este y se enrosca la corona dentaria definitiva que quedará fija en la boca.



Están indicados en caso de que falten piezas dentarias y el hueso sobre el que se van a colocar sea de la calidad y esté en la cantidad adecuada.

Tradicionalmente la solución ha sido llevar una prótesis dentaria, bien una prótesis removible, (con problemas de movilidad, estéticos o de alteración de las piezas vecinas en las que se apoya si no está bien diseñada) o una prótesis fija (con la necesidad de limar los dientes vecinos para poder colocarla).

Con los implantes se sustituyen los dientes que faltan usando como apoyo el hueso del maxilar superior o inferior sin necesidad de tocar los dientes vecinos.

Partiendo de que la colocación de implantes es un acto quirúrgico, tendrá las contraindicaciones que en cada caso particular pueda tener el someterse a cirugía.

Será necesario un estudio exhaustivo de cada paciente, pero en general no son candidatas las personas que tengan problemas de salud (alteraciones sanguíneas, cáncer, etc.)

Tampoco lo son las que tengan trastornos mentales graves por la necesidad sanguíneas, cáncer, etc.)

Tampoco lo son las que tengan trastornos mentales graves por la necesidad de que el paciente participe activamente en su higiene oral tras la colocación del implante.

Tampoco pueden colocarse implantes en una boca en mal estado por falta de higiene. La boca debe estar limpia, con las caries eliminadas y los problemas de encías resueltos.

Así mismo no serán candidatos a la colocación de implantes las personas que no tengan una buena calidad y cantidad del hueso que debe soportar el implante.

Garantizan una comodidad, una estética y una funcionalidad perfecta, tanto para hablar como para comer ya que no se mueven, no afectan a los dientes vecinos, no necesitan placas en el paladar, no acumulan restos de alimentos debajo, no causan dolor, se ven perfectos y permiten masticar todo tipo de alimentos.

Su colocación resulta exitosa casi siempre y existen pacientes con implantes en boca desde hace 20 años sin ningún problema. Estudios de seguimiento permiten asegurar que es una técnica con excelentes resultados en el 90% de los casos.

1. WWW.ORALMAXILOFACIAL.COM

ALARGAMIENTO DE CORONA CLÍNICA

El objetivo de la odontología es el de la reconstrucción y mantenimiento de las piezas dentarias requiriendo para eso la colaboración de las diferentes especialidades dentales. El alargamiento de corona se hace a veces imprescindible a la hora de salvar una pieza. Es muy importante tener en cuenta las dimensiones fisiológicas de la unión dentogingival al realizar el

alargamiento y la colocación de la prótesis. Se ha de tener cuidado en no invadir el espacio biológico. El periodonto y el margen protésico están en íntima relación. El margen supragingival es el ideal pero en ocasiones tales como demanda estética, restauraciones antiguas y caries subgingivales debemos colocar los márgenes subgingivalmente. El margen ha de estar ubicado sobre tejido dental sano y sin invadir el espacio biológico, sino no proporciona las garantías necesarias de integridad y estabilidad en el tiempo. El alargamiento de corona es una solución para problemas periodontales, restauradores Y estéticos y mediante esta técnica se expone la cantidad suficiente de tejido dentario sano para una buena retención de la futura restauración y colocación de los márgenes. El no usar técnicas de alargamiento de corona cuando se necesitan puede llevar a una fractura radicular, falta de ajuste de una restauración, caries recurrente, gingivitis crónica y periodontitis localizada.

INDICACIONES del alargamiento de corona:

1. Periodontales: (complejo gingival situado coronalmente)

A) Hipertrofia gingival

B) Erupción pasiva tardía

Durante la erupción cuando los dientes llegan al plano oclusal, el epitelio de inserción migra apicalmente por encima de la superficie de la corona exponiendo la corona clínica hasta 1mm coronal la línea amelo-cementaria. Este es el proceso de erupción pasiva. Cuando esta migración no acaba de realizarse se llama erupción pasiva tardía o alterada y se caracteriza por que el margen de la encía esta malposicionado incisalmente. Esta encía suele permanecer sana en ausencia de placa aunque en ocasiones puede aparecer una inflamación crónica debido a que esta desprotegida frente al trauma de las funciones bucales. Se ha de explorar subgingivalmente la posición de la línea amelo-cementaria que en caso de la erupción pasiva tardía no se detecta en el sulcus y se ha de sondar hasta el hueso con anestesia. Bajo estas condiciones se requiere de un alargamiento para exponer toda la corona anatómica y crear un contorno gingival compatible con salud periodontal. Según la distancia del margen gingival a la cresta ósea se realiza colgajo de posicionamiento apical mas ostectomía o simplemente una gingivectomía. Si se realiza gingivectomía el tejido se elimina solamente por bucal y palatal pero no por interproximal. Si se realiza un colgajo, la ostectomía se ha de realizar de tal manera que la cresta ósea quede a unos 2-2.5mm de la línea amelo-cementaria. Según Lindhe si el

periodonto es fino se realiza gingivectomía y si es grueso se realiza colgajo mas ostectomía.

2. Restauradoras: Corona clínica corta(falta de retención), caries o reabsorciones subgingivales y fracturas o perforaciones del tercio coronal raíz.

Son situaciones en donde nos encontramos con una insuficiente cantidad de tejido dentario sano haciéndonos dudar sobre si es posible la restauración tras realizar un alargamiento de corona o es imprescindible la extracción.

Factores a tener en cuenta antes de realizar alargamiento:

1.Proporción raíz-corona (la ostectomía empeora esta proporción)

2.Localización de las furcaciones

3.Soporte periodontal que perderían los dientes adyacentes

4.Valor estratégico y posición el la arcada

5.Requerimientos restauradores posteriores

6.Consideraciones estéticas y fonéticas (zonas maxilar anterior)

7.Oclusión

8.Posibilidad de higiene correcta tras la restauración

9.Presencia de encía queratinizada insertada y bolsas periodontales

10.Consideraciones endodónticas

2. ALARGAMIENTO DE CORONA

Dra. Gloria Calsina Gomis

WWW.RED-DENTAL.COM





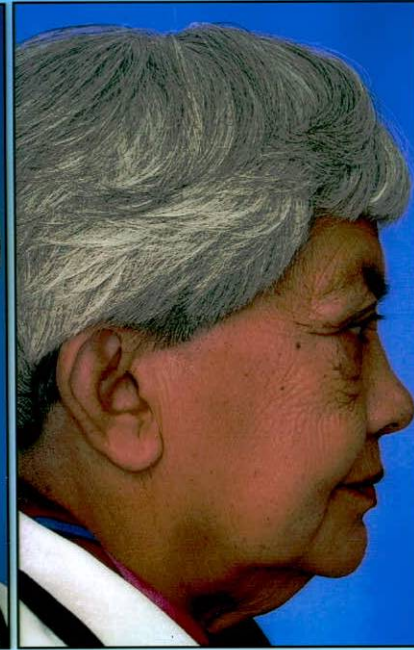
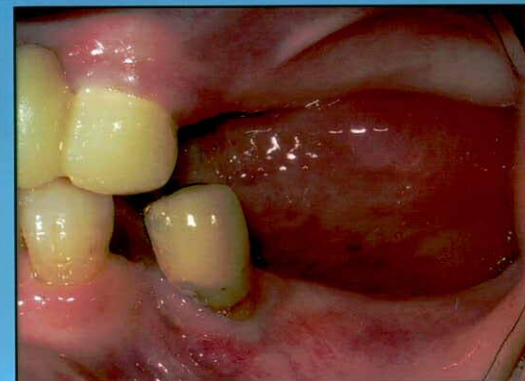
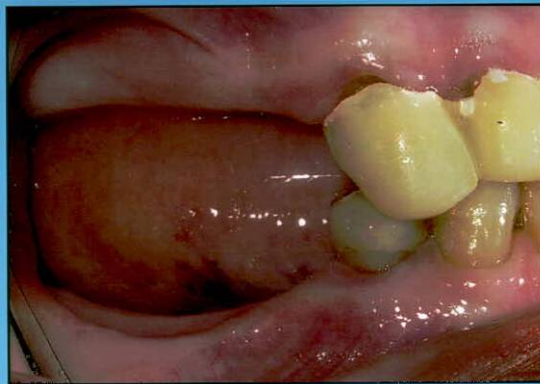
Consultorio de
Radiología Oral Restrepo

Doctor (a): YEIMY CIFUENTES

Fecha: SEPT. 2 DEL 2004

Paciente: TULIA SUSA

Edad: 72 AÑOS





S
U
P
E
R
I
O
R

13-12



11-21



22-23



I
N
F
E
R
I
O
R

43-42



41-31



32-33

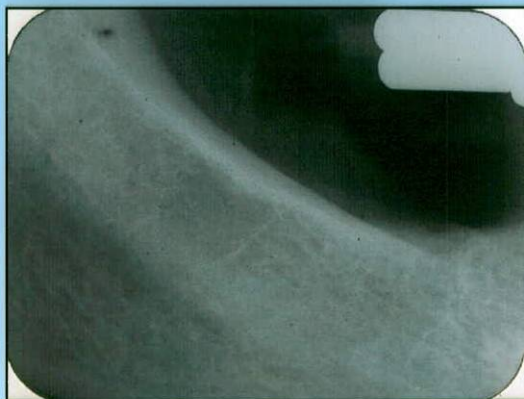




18-17



48-47



24-25-26



34-35-36

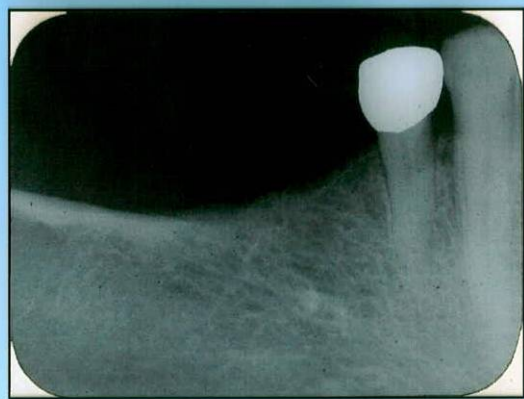


D
E
R
E
C
H
O

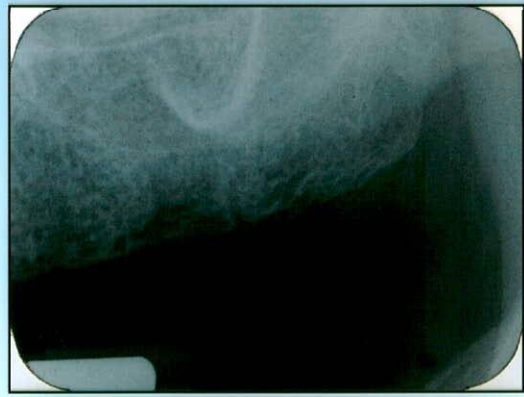
16-15-14



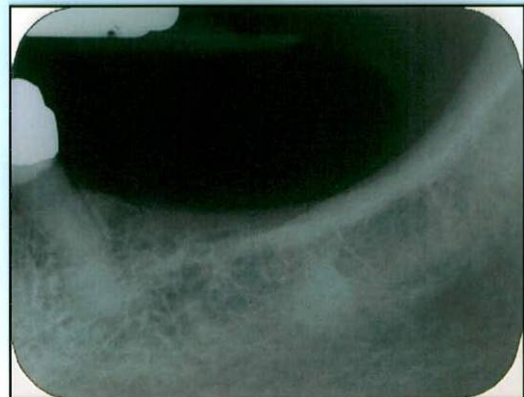
46-45-44



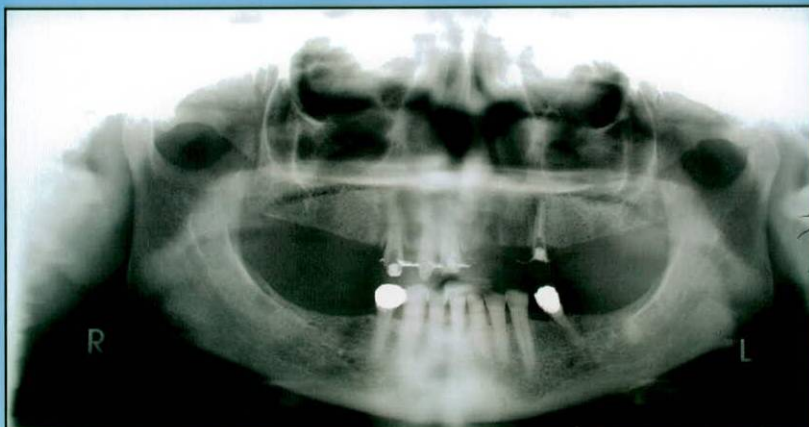
27-28



37-38



I
Z
Q
U
I
E
R
D
O



RX PANORAMICA



RX PERFIL

MOD. EN OCLUSION DER. MODELO EN OCLUSION FRENTE MOD. EN OCLUSION IZQ.

