

**CASO CLINICO**

**Presentado por**

**ANA MILENA DIAZ**

**LIBIA ESPERANZA ESPINOSA S**

**ANGELA MARIA GUZMÁN**

**ANDREA MASMELA**

**VILMA EDITH PEREZ**

**Presentado a**

**Dra. NERY VILLOTA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**SEMESTRE X**

**2004**

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVO

HISTORIA CLINICA

1. INFORMACIÓN GENERAL

2. HISTORIA MEDICA

3. EXAMEN FISICO GENERAL

4. HISTORIA DENTAL

5. EXAMEN CLINICO

5.1 EXAMEN CRANEOMANDIBULAR

5.1.1 ALTERACIONES DE MOVIMIENTO

5.1.2 DESARMONIAS OCLUSALES

5.1.3 FACETAS DE DESGASTE

5.1.4 DIMENSION VERTICAL

5.1.4.1 TECNICA PARA LA BÚSQUEDA DEL ESPACIO LIBRE INTEROCLUSAL

- TÉCNICA DEGLUTORIA
- TÉCNICA DE MÁXIMA POTENCIA MUSCULAR
- TÉCNICA DE LAS PROPORCIONES FACIALES
- TÉCNICA FONÉTICA
- TÉCNICA DE LA DETERMINACIÓN DE LA DIMENSION VERTICAL EXTRAORAL

6. ANALISIS DE TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS

7. EXAMEN PERIODONTAL

8. INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA

9. DIAGNOSTICOS

- 9.1 GENERALES
- 9.2 CRANEO-MANDIBULARES
- 9.3 PERIODONTALES
- 9.4 ENDODONTICOS
- 9.4.1 OSTEITIS CONDENSANTE
- 9.5 TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS
- 10. PLAN DE TRATAMIENTO
- 10.1 IDEAL
- 10.2 ALTERNATIVO
- 10.3 ACTUAL

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

## **INTRODUCCIÓN**

Este caso clínico pretende dar a conocer una forma integral el tratamiento ideal, alternativo y el paciente, basados en las diferentes interconsultas realizadas en las áreas de periodoncia, endodoncia, cirugía y protodoncia. Con el fin de capacitarnos como futuros odontólogos en el manejo integral o interdisciplinario de nuestros pacientes garantizando el éxito de los tratamientos realizados.

## **JUSTIFICACIÓN**

Debido al fracaso encontrado en los tratamientos anteriores realizados al paciente del caso clínico propuesto, surge como inquietud determinar los factores etiológicos del fracaso y buscar de una forma integral los diferentes diagnósticos que presenta el paciente y de acuerdo con esto determinar un buen plan de tratamiento.

## **OBJETIVO**

Analizar de forma integral basados en interconsultas el caso clínico escogido para determinar los diferentes planes de tratamiento, el ideal, alternativo y actual.

## CASO CLINICO

### I HISTORIA CLINICA

#### 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

- Nombre: Rafael Monroy
- Edad: 74 años
- Raza: Mestiza
- Sexo: Masculino
- Ocupación: Pensionado
- Motivo de consulta "Cambiar las calzas y ponerse caja"

#### 2. HISTORIA MEDICA

- Familiar: El paciente no refiere ningún antecedente medico-familiar
- Personal: El paciente reporta hipertensión, con una evolución de 5 años, controlada con enalapril de 20 mg 1 diaria.
- Antecedentes psicológicos: No refiere

#### 3. EXAMEN FÍSICO GENERAL

- Presión Arteria: 140/100 mmHg
- Pulso: 78 ppm
- Peso: 62 kg
- Temperatura: 37 °C

#### 4. HISTORIA DENTAL

##### Tratamientos recibidos

- Periodoncia: Fase higiénica I, control de placa, instrucción de higiene oral, motivación del paciente, detartaje y profilaxis.

- Cirugía oral: Exodoncias método cerrado
- Endodoncia: Tratamiento convencional de conductos
- Operatoria: Amalgamas 27(0), 15(0D), 16(0), 17(0)

## 5. EXAMEN CLÍNICO

### 5.1 Examen cráneo mandibular

#### 5.1.1 Alteraciones de movimiento: El paciente presenta una desviación en cierre de tipo confluyente.

Desviación mandibular de tipo confluyente:

Esta desviación se presenta al inicio de la apertura, pero al llegar a apertura máxima regresa a la línea media, es decir, cuando se abre la boca se observa el trayecto de la mandíbula para detectar posibles desviaciones. Si se produce una desviación durante la apertura y la mandíbula vuelve luego a la línea media antes de alcanzar la apertura total, es probable que ellos se deba a una alteración discal. Si la rapidez con que se efectúa la apertura altera la localización de la alteración es probable que se trate un movimiento discal, como el del desplazamiento discal con reducción.

Los trastornos musculares que causan desviaciones del trayecto de apertura mandibular son con frecuencia movimientos de desplazamiento amplio no constantes y no asociados a ruidos articulares. La desviación puede producir también por una subluxación en la posición de máxima apertura. Se trata entonces de una causa intracapsular, pero no necesariamente de enfermedad.

#### 5.1.2 Desarmonias oclusales:

Ausencias dentarias: El paciente presenta pérdida del 11, 12, 18, 22, 21, 23, 24, 25, 26, 28.

Ausencia dentaria: Clínicamente la ausencia de dientes puede ser evaluados por los espacios dejados por estos como también por malposiciones que

generan las causas de ausencias son variadas: anodoncia, exodoncia, trauma, cualquiera que sea su factor etiológico debe ser reconocido y evaluado.

### 5.1.3 Facetas de desgaste

El paciente presenta facetas de desgaste a nivel del 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44.

Facetas de desgaste: Son áreas oclusales o incisales, que han perdido tejido dentario debido a factores mecánicos como frotamiento o apretamiento dentario excesivo, guía dentaria inapropiada. (Gallo, 1998 aunque tales facetas son un signo muy frecuente en los pacientes, estos rara vez refieren síntomas. Los que notifican suelen girar en torno a preocupaciones estéticas y no a molestias.

La exología del desgaste dental se deriva casi siempre de las actividades parafuncionales y no de las funcionales. Generalmente lo crean movimientos de tipo bruxístico. (okeson, 1996).

### 5.1.4 Dimensión vertical

La dimensión vertical de la oclusión es la distancia existente entre las arcadas maxilar. Cuando los dientes están en oclusión. Puede verse afectada por falta de dientes, caries, migraciones o desgastes oclusales. Un trastorno frecuente que da lugar a una pérdida de dimensión vertical es el que se produce cuando se pierde un número importante de dientes posteriores y los anteriores pasan a ser el tope funcional para el cierre mandibular. Los dientes anteriores del maxilar superior no están en situación de aceptar fuerzas oclusales intensas y, a menudo, se desplazan en dirección labial. Se crea un espacio entre los dientes anteriores a medida que disminuye la dimensión vertical. A esta situación se le denomina "Colapso de mordida posterior" y puede asociarse a alteraciones funcionales. A veces, la dimensión vertical aumenta por causas yatrogenas, por ejemplo al colocar restauraciones demasiado altas. (okeson, 1996)

Dimensión vertical a partir de la posición de reposo en la posición de reposo la mandíbula se encuentra separada y mantenida por el tono muscular, es decir que estamos en presencia de una verdadera actividad de los músculos. Este espacio entre las arcadas se conoce como espacio libre interoclusal, el que Serra medido a la altura de los incisivos.

El espacio libre interoclusal en clase I es de 3 a 5 mm, clase II segunda división 7 a 9 mm y clase III de 3 mm.

#### 5.1.4.1 Técnicas para la búsqueda del espacio libre interoclusal

##### 1. Técnica deglutoria:

Después de la deglución la mandíbula adopta la posición de reposo.

##### 2. Técnica de máxima potencia muscular, sitio donde se debería establecer la oclusión de las dentaduras completas. Esta técnica establecía el tejido rígido sin tener en cuenta el techo elástico. Todo cambio de ese espacio determina desproporción dentaria y así frena a una dimensión vertical disminuida, los dientes anteriores serían mas pequeños que los posteriores y viceversa.

##### 3. Técnica de las proporciones faciales.

Esta técnica se basa en las referencias faciales para determinar la dimensión vertical de paciente entre ellas la igualdad de medida entre la base de la nariz y el mentón, entre la base de la nariz y la cejas y entre las cejas y el nacimiento del cabello.

##### 4. Técnica fonética:

Esta se basa en la pronunciación de ciertos fonemas, entre ellos la s, la f, la v y la m.

##### 5. Técnica de la determinación de la dimensión vertical extraoral;

Este método consiste en ubicar dos marcas, una en el maxilar superior a nivel de la zona nasal y otra en el maxilar inferior en la zona del mentón. Luego se pide al paciente que ocluya y se mide la distancia entre ambas

marcas con un compás de puntas secas. A continuación se le indica al paciente que adopte la posición de reposo mandibular y se calcula esta nueva distancia. La diferencia entre la posición de reposo y la de oclusión nos dará la medida (Alonso, 2000).

## 6. ANÁLISIS DE TEJIDOS BLANDOS

El primer paciente presenta reborde alveolar superior e inferior con colapso tipo III.

Colapso situación anatómica anormal en la que se observa reabsorción de hueso.

Existen 3 tipos de colapso.

Tipo I: Pérdida ósea vertical. Pérdida en la altura.

Tipo II: Pérdida ósea en sentido vestibulo-lingual o vestibulo palatino.

Tipo III: Combinación de las dos anteriores, mixta.

(Serder y Allen, 1983)

## 7. EXAMEN PERIODONTAL:

Al examen clínico el paciente presenta cambios en el color, margen, consistencia, textura, grosor, contorno, papilas; y se observa la presencia de cálculos sugingivales. (Anexo 1)

## 8. INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA

Al examen radiográfico se observó la presencia de una área radiopaca bien definida, posiblemente cuerpo extraño (balín); ubicado en la zona de premolares inferiores. Además se observó una raíz abandonada a nivel de la zona de anteriores superiores.

## 9. DIAGNÓSTICOS

### 9.1 Generales:

Hipertensión: Trastorno asintomático, caracterizado por elevación mantenida de la tensión arterial por encima de 140/90 mmHg. La hipertensión esencial, va mas

común, carece de causa identificable, si bien el riesgo de padecerla aumenta con la obesidad, la hipercolesterolemia y la existencia de antecedentes familiares de hipertensión.

La hipertensión hace que las paredes arteriales se vayan engrosando y perdiendo elasticidad, de esta manera la resistencia vascular aumenta y el ventrículo izquierdo se dilata y se hipertrofia para mantener una circulación normal (Gaspert, 1999).

## 9.2 Graneomandibulares

Desorden Temporomandibular; Desorden del disco articular de tipo posición y función.

Respecto al desplazamiento del disco con reducción se presenta por elongación de los ligamentos colaterales del disco y la lamina retrodiscal que permiten que el disco se desplace de su posición normal.

Etiología:

Microtrauma, macrotrauma, elongación de los ligamentos colaterales del disco.

En cuanto el microtrauma es cualquier cantidad mínima de fuerza sobre las estructuras mandibulares que ocurre repetitivamente sobre un periodo largo de tiempo.

Desorden de desarrollo y crecimiento adquirido; la posición varia por la ausencia de dientes por lo tanto genera un cambio en la articulación temporomandibular; esto hace que se adquiera diferente posición intermaxilar.

## 9.3 Periodontales:

Gingivitis inducida por placa bacteriana

Anomalia caracterizada por el envejecimiento, tumefacción y hemorragia de las encías. La mayoría de las veces se debe a la mala higiene oral y acumulo de placa bacteriana en los dientes, pero puede constituir un signo de ciertas enfermedades como la diabetes mellitus, leucemia o deficiencia de vitaminas, embarazo. No suele causar dolor y puede ser aguda o crónica.

(Gispert, 1999)

## 9.4 Endodonticos:

#### 9.4.1 Osteítis condensante

Puede ser considerada una variante de la periodontitis apical crónica no supurativa o de la pulpitis irreversible crónica.

Manifestaciones clínicas:

Dependiendo de su etiología puede ser asintomático cuando es periodontitis y asociada con dolor cuando es una pulpitis irreversible.

Examen clínico:

Puede o no responder a las pruebas de sensibilidad; puede o no ser sensible a la palpación o percusión.

Examen Radiográfico:

Características patognomónicas: Presencia de una acomodación difusa concéntrica de radiopacidad alrededor de la raíz del diente.

Tratamiento

Radiografía Preoperatoria, anestesia, apertura, aislamiento absoluto del campo operatorio pulpectomía o preparación invertida según el diagnóstico pulpar; preparación biomecánica; para la obturación con gutapercha y cemento obturación, radiografía de control, obturación temporal, y radiografía final.

(Grajales, Ardila, Mejía, González, 1998)

## 10. PLAN DE TRATAMIENTO

### 10.1 Tratamiento Ideal:

Maxilar superior

Diente 17: Este diente no requiere ningún tipo de tratamiento ya que su posición conserva el efecto de la curva de Spee, curva anteroposterior que se extiende desde la punta del canino mandibular a través de las puntas de las cúspides bucales de los dientes posteriores mandibulares.

Esta curva es convexa en el maxilar superior y cóncava en el maxilar inferior.

(Okeson, 1999)

Dientes 16 15: Corona metal cerámica igrunzadas con ajuste.

Diente 14: Exodoncia

Se realiza exodoncia ya que este diente presenta una osteítis condensante en la interconsulta con el endodoncista se decide prepara el conducto palatino, el cual posteriormente llevara un retenedor intraradicular tipo prefabricado y su respectiva restauración corona metalcerámica.

Este tratamiento sugerido por al endodoncista no garantiza el éxito total; puesto que se puede presentar posibles fracturas debido a la magnitud del caso.

En interconsulta con la prostodoncia se decide realizar exodoncia para evitar un futuro fracaso del tratamiento prostodontico debido a la complejidad del caso.

Diente 13:Exodoncia

En la interconsulta con prostodoncia se sugiere realizar exodoncia de este diente debido a al eminencia canina del paciente esta muy prominente, por tal razón se vería comprometida la estética del paciente.

Diente 27: Corona metal – cerámica con preparación para removible.

Prostodoncia parcial removible: Plato palatino

Maxilar inferior

Dientes 42 –34: Coronas metal cerámica

43 – 44: Coronas ferulizadas y ajuste

35 – 37 Coronas con preparación para removible

Prostodoncia parcial removible: Barra lingual.

## 10.2 TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Basados en interconsulta se plantea:

Diente 17: No requiere tratamiento.

Diente 15 – 16 Coronas metal-cerámicas con preparación para removible.

14 – 13 Exodoncias

27 corona metal-cerámica con preparación para removible

Prosotodoncia removible: Plata palatino

Maxilar inferior:

Diente 44 Corona metal-cerámica con preparación para removible.

Prostodoncia removible con placaproximal en los dientes 35-37.

Resinas de fotocurado en los dientes anteriores inferiores.

Placa de mantenimiento de relación céntrica.

### 10.3 TRATAMIENTO ACTUAL

Maxilar superior:

13-14: Exodoncia

Mucosoportada transicional

Maxilar inferior

Mucosoportada transicional

Se decide realizar este tratamiento; teniendo en cuenta el fracaso anterior del tratamiento y la parte económica del paciente; por tal razón este procedimiento es el mas "adecuado" puesto que será de fácil adaptación y manejo por parte del paciente.

ENCÍA	N	A		N	A		SI	NO
1. Color		X	5. Grosor		X	9. Cálculos	X	
2. Márgen		X	6. Contorno		X	10. Sangrado		X
3. Consistencia		X	7. Papilas		X	11. Supuración/Exudado		X
4. Textura		X	8. Encía Adherida	X		12. Movilidad Dentaria		X
						13. Frémito		X

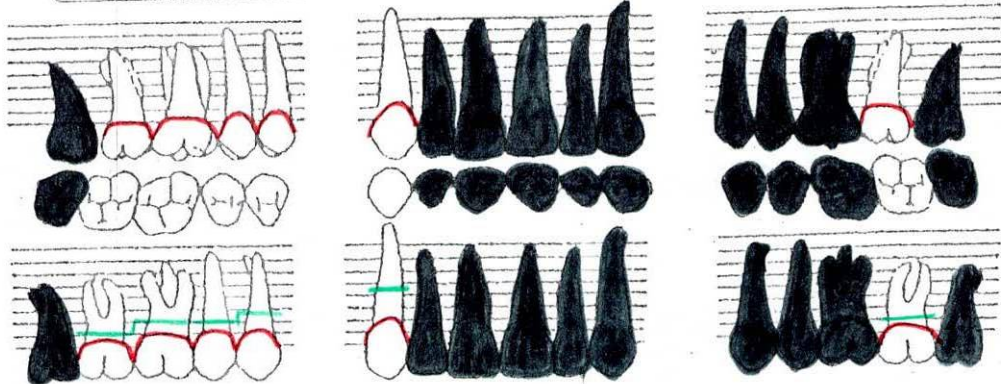
PERIODONTOGRAMA

Furcaciones  
Sondaje inicial  
Sondaje Re-eval.  
Nivel inserción  
Recesión

3	3	3	3	3	2

1	1				

		3	3		



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

3	3	3	3	2	2
2	2	2	3		

1	1				
5					

		3	3		

V  
I

D

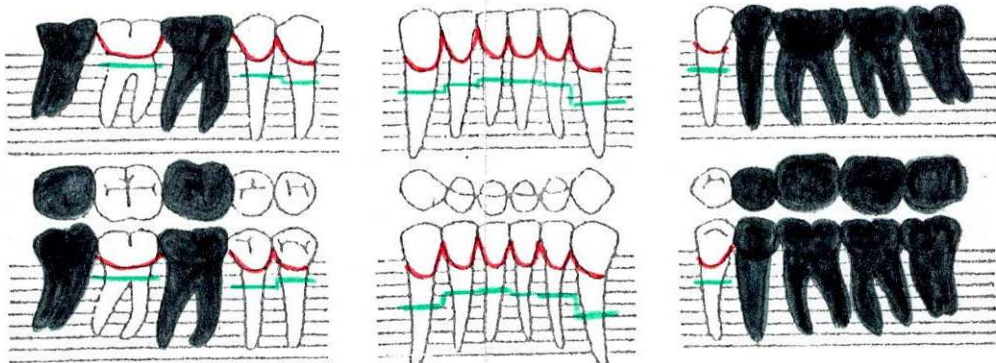
Sondaje inicial  
Sondaje Re-eval.  
Nivel inserción  
Recesión  
Movilidad  
Linea Mucogingival

3	3	3	2	2	2
2	3	3			

2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
4	4	4	4	4	5				

2	2				
3					

V  
I



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

3	3	3	2	2	2
2	3	3			

1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2
5	4	4	4	4	6					

2	3				
3					

# VC - EXAMEN FÍSICO CRANEOMANDIBULAR

## SÍNTOMAS CARDINALES

C.I.

H.C.

EXAMEN MÚSCULOS MASTICADORES	MASETEROS			TEMPORALES			PTERIGOIDEOS TEST DE CARGA	ZONA DE CUELLO		
	CONTRA.	ESTIRAM	REPOSO	CONTRA.	ESTIRAM	REPOSO		CONTRA.	ESTIRAM	REPOSO
DOLOR REPORTADO										
DOLOR A LA PALPACIÓN										

EXAMEN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR				
RUIDO ARTICULAR			DOLOR ARTICULAR	
	MOVIMIENTO	TERCIO	DOLOR REPORTADO	
A.T.M. DERECHA			TIEMPO DE EVOLUCIÓN	
A.T.M. IZQUIERDA			DOLOR A LA PALPACIÓN LATERAL	
TIPO DE RUIDO ENCONTRADO			DOLOR A LA PALPACIÓN POSTERIOR	
RUIDO REPORTADO		TIEMPO DE EVOLUCIÓN	SOLICITUD EXAMEN COMPLEMENTARIO	

EXAMEN MOVIMIENTOS MANDIBULARES							
APERTURA N: 40-60 mm	mm	PROTRUSIÓN N: 4 A 6 mm	mm	LATERIDAD IZQ. N: 4 A 6 MM	mm	LATERIDAD DER. N: 4 A 6 MM	mm
EXISTE ALGÚN TIPO DE DESVIACIÓN	SI	NO	MOVIMIENTO				
TIPO DE DESVIACIÓN	CONFLUENTE:			ANGULAR:			

EXAMEN DENTARIO / ARMONÍA - DESARMONÍA OCLUSAL										
CLASIFICACIÓN DE ANGLE	CLASE I		CLASE II		DIVISIÓN		CLASE III			
SIMETRÍA FACIAL	ASIMETRÍA FACIAL			RESALTE OVER BITE		mm	ENTRECruzAMIENTO OVERJET		mm	
LÍNEA MEDIA DENTARIA	NORMAL		DESVIADA DERECHA			DESVIADA IZQUIERDA				
APIÑAMIENTOS					DIASTEMAS					
FACETAS DE DESGASTE:					AUSENCIAS DENTARIAS					
1er CONTACTO DENTARIO	DIMENSIÓN VERTICAL POSTURAL			DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL			ESPACIO LIBRE			
LATERALIDAD DERECHA	INTERFERENCIAS IZQUIERDA			LATERALIDAD IZQUIERDA			INTERFERENCIAS DERECHAS			
OCCLUSIÓN CRUZADA ANTERIOR	DERECHA	OCCLUSIÓN CRUZADA POSTERIOR			DERECHA	PROTUSIÓN	INTERFERENCIAS POSTERIORES			
	IZQUIERDA				IZQUIERDA					
OCCLUSIÓN ABIERTA	ANTERIOR		POSTERIOR		BILATERAL			UNILATERAL		

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Prologo pulpar y periapical. guía de practica clínica basados en la evidencia. convenio acto seguro social. 1998, pag 44.
- Okeson, Jeffrey. oclusión y afecciones temporomandibulares. Tercera edición. Editorial Mosby – Dogma libros S.A. 1996.
- Alonso, et al. oclusión y diagnostico en rehabilitación oral. Editorial medica panamericana S.A. 1999.
- Diccionario de medicina, océano mosby. Grupo editorial océano.