

009/5

**MANTENIMIENTO DEL CONTORNO GINGIVAL POR MEDIO DE LA
UTILIZACIÓN DE PÓNTICOS OVALES POST-EXODONCIA
CASO CLÍNICO**

**EDNA MILDRED ALARCÓN SÁNCHEZ
ZARELA CUEVA RIOS
ASTRID ELIANA NIÑO ROJAS
LUIS ALBERTO VARGAS AYALA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTÁ D.C.
2002**



Donación

28-10-02-2004

**MANTENIMIENTO DEL CONTORNO GINGIVAL POR MEDIO DE LA
UTILIZACIÓN DE PÓNTICOS OVALES POST-EXODONCIA
CASO CLÍNICO**

**EDNA MILDRED ALARCÓN SÁNCHEZ
ZARELA CUEVA RIOS
ASTRID ELIANA NIÑO ROJAS
LUIS ALBERTO VARGAS AYALA**

Asesores Científicos

Dr. JOSE MIGUEL PEÑALOZA BERMÚDEZ
Odontólogo, Especialista en Periodoncia, Cirugía Implantológica Oral

Dra. NERY VILLOTA
Odontóloga, Especialista en Prostodoncia, Oclusión y ATM

Asesor Metodológico
DRA. INÉS AMPARO REVELO MEJÍA
Odontóloga, Magíster en Administración en Salud

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTA D.C.**

2002

**MANTENIMIENTO DEL CONTORNO GINGIVAL POR MEDIO DE LA
UTILIZACIÓN DE PÓNTICOS OVALES POST-EXODONCIA
CASO CLÍNICO**

**EDNA MILDRED ALARCÓN SÁNCHEZ
ZARELA CUEVA RIOS
ASTRID ELIANA NIÑO ROJAS
LUIS ALBERTO VARGAS AYALA**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar
el Título de Odontólogos**

Asesores Científicos

**Dr. JOSE MIGUEL PEÑALOZA BERMÚDEZ
Odontólogo, Especialista en Periodoncia, Cirugía Implantológica Oral**

**Dra. NERY VILLOTA
Odontóloga, Especialista en Prostodoncia, Oclusión y ATM**

**Asesor Metodológico
DRA. INÉS AMPARO REVELO MEJÍA
Odontóloga, Magíster en Administración en Salud**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTA D.C.**

2002

iii

El trabajo de Grado **MANTENIMIENTO DEL CONTORNO GINGIVAL POR MEDIO DE LA UTILIZACIÓN DE PÓNTICOS OVALES POST-EXODONCIA** elaborado por EDNA MILDRED ALARCÓN SÁNCHEZ, ZARELA CUEVA RIOS, ASTRID ELIANA NIÑO ROJAS, LUIS ALBERTO VARGAS AYALA, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el Título de Odontólogos.

Dr. JOSÉ MIGUEL PEÑALOZA BERMÚDEZ
Asesor Científico

Dra. NERY VILLOTA
Asesor Científico

Dra. INÉS AMPARO REVELO MEJÍA
Asesor Metodológico

Dra. CLAUDIA BASTIDAS
Coordinadora del Dpto. de Salud pública e
Investigaciones Colegio Odontológico Colombiano

Bogotá, D.C., 05 de Junio de 2002

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Doctor Andrés Guzmán, Odontólogo Magíster en Prostodoncia y materiales dentales,
Director del Post grado de Prostodoncia del Colegio Odontológico Colombiano.

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a Dios, nuestro Señor, guía supremo en nuestro camino al conocimiento. A nuestros padres por ser nuestro soporte espiritual y punto de apoyo en los momentos críticos. Igualmente, a quienes creyeron en esta investigación e hicieron posible su realización.

*Edna
Zarela
Astrid
Luis Alberto*

**LISTA ESPECIAL
(Material Complementario)**

ANEXO 1: Consentimiento voluntario del paciente

ANEXO 2: Historia Clínica formato Colegio Odontológico Colombiano

ANEXO 3: Hojas de especialistas Prostodoncista y Periodoncista

ANEXO 4: Historia Clínica diligenciada

ANEXO 5: Hoja de laboratorio formato Colegio Odontológico Colombiano

ANEXO 6: Fotos de seguimiento del caso clínico:

1 al 2	Examen Físico craneomandibular
3 al 5	Examen intraoral
6 al 8	Examen radiográfico
9 al 10	Examen intraoral
11 al 15	Análisis de modelos
16 al 23	Fase quirúrgica 1
24 al 32	Fase de laboratorio
33 al 43	Fase quirúrgica 2
44	Periodo de cicatrización (4 meses)
45 al 47	Fase quirúrgica 3
48 al 51	Fase prostodóntica 1
52 al 54	Fase prostodóntica 2

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN

1.	CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	2
1.1	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2	JUSTIFICACIÓN	2
1.3	PROPÓSITO	2
1.4	MARCO TEÓRICO	2
1.5	OBJETIVO GENERAL	38
2.	MÉTODO	39
2.1	TIPO DE ESTUDIO	39
2.2	SUJETO ESTUDIO	39
2.3	RECOLECCIÓN DE DATOS	39
2.3.1	INSTRUMENTO	39
2.3.2	PROCEDIMIENTO	39
3.	RESULTADOS	42
4.	RECOMENDACIONES	52

BIBLIOGRAFÍA

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El pónico oval fue descrito por Dewey y Zugsmith en 1.933 en un intento por resolver los problemas con las prótesis que incorporan pónicos con diseños de proyecciones o pónicos modificados. En comparación con los otros pónicos convencionales, se observa que mejoran la estética; ya que crean la ilusión de un margen gingival libre, facilitando la higiene oral para el paciente.

Este trabajo de investigación brinda conocimientos teóricos y clínicos; claros y sencillos sobre el pónico oval, su utilización y las condiciones que debe cumplir el paciente para ser rehabilitado con esta técnica.

Para la realización del pónico oval se seleccionó un paciente que asistió a consulta a las clínicas de Pre-grado del Colegio Odontológico Colombiano y su tratamiento se desarrolló pasando por las diferentes fases clínicas; que fueron aplicadas de acuerdo al requerimiento de los especialistas.

El caso clínico correspondió a un paciente de género femenino con 29 años de edad, que presentaba restos radiculares de los dientes 12 y 22, a los que se le realizó dos pónicos ovals con una elongación radicular intra-alveolar de 1 a 3mm de profundidad, manteniendo el contorno del margen gingival; incluyendo papilas. Después de cuatro meses de cicatrización se cementó las dos prostodoncias fijas elaboradas en porcelana con la técnica Collar Less, metal/ base Wiron 99 efectuando controles mensuales clínicos y radiográficos.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad, no se ha implementado el uso de Pónticos Ovais Post-Exodoncia para prevenir colapsos alveolares restaurando estética y función; por lo tanto existe un vacío en el conocimiento del manejo de esta técnica.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Mediante la realización de éste trabajo de investigación, se tratará de llenar los vacíos teóricos y clínicos; que existen sobre la utilización de pónticos ovais. Y de igual forma se le quiere ofrecer al paciente una nueva alternativa en restauraciones que le den función y estética.

1.3 PROPÓSITO

Ésta investigación quiere afianzar los conocimientos existentes en el manejo clínico sobre la técnica de pónticos ovais post-exodoncia.

1.4 MARCO TEÓRICO

Los Pónticos se definen como el miembro suspendido de una dentadura parcial fija o puente, que reemplaza al diente natural perdido restableciendo la función, estética, evitando triángulos oscuros en la zona interproximal entre el diente contiguo y el póntico; o entre los pónticos aunque el borde subyacente mantenga su volumen anterior.

A los pacientes les disgusta la falta de sellado que afecta la fonética y el control de gotas de saliva al hablar y los espacios entre los pñnticos debajo de ellos que atrapan partículas de comida. Un buen pñntico debe reunir las siguientes cualidades: Restablecer la función del diente al que sustituye; ser de fácil limpieza; llenar las necesidades de estética y comodidad; ser biológicamente aceptable por los tejidos. Es útil estudiar primero los diseños de pñnticos por su influencia en el procedimiento quirúrgico, hay 4 diseños de pñnticos que se han usado durante años; Pñntico Higiénico, Pñntico Ovalado, Pñntico en Silla de Montar, Pñntico en S-Itálica.

El Pñntico Higiénico es usado en los segmentos posteriores de la boca, donde no afecte la estética; la superficie de contacto hístico convexa del pñntico es plana en todas las direcciones y se encuentra muy por encima de la superficie del reborde alveolar.

El espacio abierto, amplio entre el reborde y el pñntico facilita la limpieza efectiva de prótesis y tejidos; muchos pacientes se quejan del espacio que atrapa la comida o de la manera como sienten el pñntico contra la lengua; por éstas razones el diseño de pñntico Higiénico pocas veces se emplea.

Pñntico Silla de Montar se usó con frecuencia durante primera mitad del siglo, éstos pñnticos se ven bien, pero el ojo experimentado se da cuenta de que parecen descansar sobre la parte superior del tejido. Éste se diseñó para ajustarse estrechamente al reborde y elimina la mayor parte del problema de comida atrapada que se presenta con el pñntico higiénico.

El Pñntico en S-Itálica es más fácil de limpiar y produce menor respuesta inflamatoria en los tejidos de reborde en comparación con el pñntico de proyección total. Éste pñntico permite mayor contacto del hilo dental con la superficie gingival o de un tipo similar de

aparato de limpieza mecánica, sin embargo, por lo regular se presenta una zona cóncava en el centro de la superficie gingival que el hilo no alcanza y allí se encuentra placa, cálculos y partículas alimenticias en esta superficie del pónico. Otros problemas relacionados con el pónico de proyección modificada son: la zona triangular abierta en la superficie lingual palatina, que atrapa partículas alimenticias y puede irritar la lengua del paciente, el pónico tal vez no aporta un sellado suficiente para una fonación correcta, los espacios que se presentan entre el pónico y pilar pónico, o pónico y reborde pueden permitir que gotas de saliva sean introducidas a través de ellos durante la fonación, lo cual resulta molesto.

El Pónico Oval fue descrito por Dewey y Zugsmith. (1933), en un intento por resolver los problemas con las prótesis que incorporan pónicos con diseños de proyecciones totales o modificadas. El pónico oval ofrece las siguientes ventajas sobre los otros diseños: se obtiene buena estética en la prótesis final, ya que al quedar dentro de los confines del mucosa alveolar hace parecer que sale del reborde, en lugar de descansar en él. La colocación de un pónico oval, crea la ilusión de un margen gingival libre en la zona cervical del pónico que se combina con la papila interdental en la región interproximal, la superficie que contacta con tejido es convexa y el hilo dental lo alcanza con facilidad para su limpieza, el tercio lingual del pónico adquiere la forma anatómica normal del diente que se reemplaza, lo que incluye una unión cemento-esmalte y forma radicular; se obtiene un sellado más efectivo por lo que se elimina el escape de aire o saliva.

En un pónico oval se crea “**Papilas Interdentales**” así se eliminan o minimizan los triángulos oscuros antiestéticos entre los dientes. El diseño del pónico oval es útil para tratar pacientes con línea de sonrisa alta, no se usa en o contra rebordes delgados o en filo

de cuchillo ya que deben tener o ser capaces de aumentar su grosor vestíbulo-lingual para contener el pónico oval dentro de la mucosa alveolar. (Abrams, 1987).

La reacción de los tejidos al realizar una restauración protésica en porcelana, donde existe una relación correcta del pónico con la cresta gingival, los tejidos responden favorablemente, y en muchos casos se ha observado que la mucosa en contacto con la porción gingival del pónico desarrolla lo que parece ser encía libre normal alrededor de la periferia del pónico. Ésta es una de las muestras más notables de la respuesta de los tejidos al estímulo funcional. Ésta reacción favorable no se presenta si el pónico no está completamente glaseado, si no produce la correcta presión fisiológica sobre la mucosa o si no tiene el contorno adecuado. Por otra parte, si la porcelana en contacto con la mucosa de la apófisis está rugosa, sin glasear y mal adaptada, se presenta una reacción desfavorable del tejido que a menudo hace necesario retirar el puente. Tan favorablemente responde la mucosa a la porcelana glaseada, que es posible colocar un pónico en un alveolo inmediatamente después de la extracción del diente y obtener una cicatrización perfecta de los tejidos que tocan a la porcelana. (Abrams, 1987).

La reacción biológica del pónico oval (pónico con extensión radicular de porcelana, también fue estudiado por Dewey y Zugsmisth). En su estudio experimental acerca de las reacciones del tejido alrededor de las raíces de los pónicos en porcelana de puentes fijos, hacen notar que la porcelana debidamente glaseada no es irritante para los tejidos blandos y es por lo tanto, bien tolerado porque la porción de porcelana que entra en el alveolo reestablece en cierto grado las condiciones naturales de la región. Los citados autores estudiaron las reacciones que ocurrían en el tejido alrededor del extremo de porcelana implantado en el alveolo, estaban particularmente interesados en verificar la presencia o

ausencia de cubierta epitelial en el fondo de la apófisis, contiguo a la extensión radicular de porcelana. Su estudio indica que si bien la tendencia inherente del epitelio es cubrir las superficies libres, hay también formación epitelial desde los bordes de las heridas y alvéolos vacíos en los cuales se han colocado raíces de porcelana y toda la superficie se cubre con epitelio. Se vio que las heridas se cubrían completamente con una delgada capa de células epiteliales en el término de una semana después de la extracción y que al cabo de dos semanas el tejido de granulación que llenaba el alveolo quedaba cubierto de epitelio. Esta epitelialización, según dicen los autores, principia ya desde el tercer día después de la extracción y a las tres semanas la cubierta epitelial es normal. **(Dewey K.W. y Zugsmith, R., 1933).**

El reporte de Dewey y Zugsmith, muestra que la porcelana altamente glaseada no es irritante puesto que la extensión glaseada del pónico no impide la formación de epitelio. Hacen notar, además, que el alveolo alrededor de la punta de porcelana de un pónico es en realidad una depresión que tiene una cubierta epitelial continua con la de la encía y que posee inmunidad local a las bacterias, comparable a la de otras partes de la boca. Además, una raíz de porcelana como no entra en las reacciones de los tejidos vecinos, es un cuerpo aislado no irritante que es tolerado muy bien por la mucosa.

Sin embargo, al usar ese tipo de pónico, hay que tener cuidado de que la punta que entra en el alveolo no sea más de una cuarta parte o un tercio de la longitud visible del pónico. La salud periodontal es crítica tanto para la preservación de la dentición natural como para el éxito de cualquiera de los procedimientos restaurativos. La integridad marginal, los contornos coroneles, las relaciones proximales, la interfase tejido blando-restauración y la

morfología oclusal son muy importantes para lograr una salud periodontal a largo plazo. (Dewey K.W. y Zugsmith, R., 1933).

En 1933 fueron descritos los pónicos ovales; pero sólo recientemente fueron aceptados clínicamente. Históricamente se ha presentado resistencia a su uso, pero esta resistencia carece de evidencia biológica y científica para rechazarla. Instrucciones explícitas son fundamentales para el laboratorista dental con el fin de obtener resultados predecibles. (Tim J. Dylina, DDS. 1999).

Los pónicos ovales se han sugerido como aquellos que copian más fielmente el perfil de emergencia de los dientes naturales brindando estética y fácil limpieza, se pueden colocar en cuadrantes anteriores o posteriores con igual éxito. Sin embargo el cuadrante anterior presenta un reto estético para su uso.

Hacia 1928, **Reichenbach** sugirió que los pónicos en porcelana no se deberían extender hacia el sitio de la extracción. Las restauraciones en porcelana con terminación en punta nunca se deberían usar excepto cuando se va a reemplazar un diente anterior.

Dewey y Zugsmith, quienes defendieron que la salud alveolar sólo podría ser evaluada histológicamente, experimentaron con perros para validar sus observaciones clínicas. Estos autores observaron que “Por años Brill había utilizado largas raíces de porcelanas para puentes (1 a 2mm de la base del alveolo), aparentemente con buenos resultados clínicos”. (Tim J. Dylina, DDS. 1999).

También dijeron que “Los Hallazgos Histológicos” en sus experimentos revelaron la tendencia de un epitelio que cubre la superficie de la herida desde el margen y no sólo en la herida de una simple extracción sino también en el alveolo donde estaba la extensión radicular en porcelana.

Loos y Gross realizaron experimentos histológicos con humanos y notaron que las heridas de la extracción fueron completamente cubiertas por una delgada capa epitelial en aproximadamente 1 semana. Las conclusiones finales de **Dewey y Zugsmith** fueron las siguientes:

De acuerdo con los hallazgos, la longitud de la raíz de porcelana no es un factor para ser discriminado y se puede tener en cuenta; los buenos resultados clínicos obtenidos por **Bill** de las raíces. Seguidos por años se corroboran con los hallazgos Histológicos en su trabajo experimental; además no hay razón para rechazar este método, el cual; debido a la ausencia de recesión gingival y hueso alveolar muestra ventajas higiénicas y estéticas.

Stein utilizó el trabajo incompleto de **Reichenbach** y un estudio alternativo de **Dewey y Zugsmith** en el cual advertían “cuando las condiciones eran desfavorables se debían evitar los pónicos ovals”. Esta literatura dedujo que la forma de un solo pónico dictamina la salud del tejido adyacente. Este estudio fue experimentado y fue validado científicamente, excepto por una limitación.

Hay pocos estudios histológicos respecto de la zona apical de un pónico oval. La ciencia de la cicatrización de las heridas nos sirve de guía para investigar en esta área. Cuando los dientes son extraídos o cuando mecánicamente se forma un sitio para recibir pónicos, la herida cicatriza por segunda intención y el coagulo de fibrina se forma bajo la superficie. La epitelialización comienza en los bordes de la herida y continúa con una capa de células hacia el centro. El movimiento de las células se basa en la orientación de la fibra y continúa hasta otras células epiteliales. Luego de cubrir la herida, esta delgada capa se diferencia y remodela a un epitelio estratificado escamoso. El tiempo necesario para una completa cicatrización depende de la migración de las células epiteliales a la superficie, la

distancia a migrar. El coagulo removido por los Polimorfonucleares (PMN), los macrófagos antes de la cicatrización del tejido conectivo y las bacterias y debris al sitio de la herida.

La reparación cervical está dada por el nivel de fibras impuesto por la altura apical del pónico, el perfil de emergencia, las troneras, la estética y el acceso a una buena higiene son responsabilidad del dentista que prescribe detalles estratégicos al laboratorista dental.

Hay numerosos artículos que mencionan los contactos pasivos de los pónicos de todas formas, datos recientes y experimentales indican que los contactos pasivos pueden ser mejores. **Tripodakis y Constantinides** evaluaron la respuesta del tejido ante una presión excesiva de pónicos convexos con diferentes condiciones de higiene oral. La presión fue la máxima permitida por la elasticidad del tejido sin comprometer la restauración. Los hallazgos clínicos e histológicos mostraron que la presión excesiva de los Pónicos convexos metal-cerámica lisos, pulidos y glaseados con excelente control de placa no produjeron inflamación a los tejidos adyacentes.

La superficie de porcelana del pónico es responsable de la reacción biológica del tejido adyacente.

La estimulación de un contacto activo con fuerzas oclusales pueden aumentar el tono y la salud del tejido. Otra ventaja podría ser la estética que desvía el empaquetamiento alimenticio debido a los contornos axiales del pónico. El contorno de los pónicos ovales son los que más imitan los dientes naturales (lo cual satisface el criterio anterior mencionado). El estudio de Silness y colaboradores demostró que el diseño de un pónico único no previene la inflamación de los tejidos pero la placa y los cálculos removidos con higiene oral, garantiza la salud del tejido.



La altura del pónico se determina inicialmente por la fonética, estética, requerimientos oclusales en céntrica, protrusión y lateralidades, el ancho del pónico oval provisional se debe determinar por la proximidad del diente adyacente, apropiada forma de la tronera para garantizar estética y fácil limpieza. Este ancho determinará el contorno óseo y la altura de la papila luego de la cicatrización la cual si termina en filo de cuchillo brindará apariencia natural. La altura apical del pónico está determinada por la cantidad de tejido y de hueso remanente. Los contactos pasivos en el reborde son indicados en muchas formas de pónicos pero el pónico oval requiere un contacto íntimo para soportar, dar forma y proteger el tejido. Se puede observar una mínima pérdida ósea cuando se hace el remodelado luego de la extracción. La existencia del complejo dento gingival (CDG) puede incluir una altura normal o pérdida de la cresta ósea, y puede ser determinada midiendo el hueso con sondas periodontales. Los pacientes con crestas óseas altas pueden tener mayor nivel de hueso cervical que lo normal y el pónico necesitará menor profundidad. El paciente con cresta baja requerirá mayor tejido de soporte tanto meso-distal como vestibulo-lingual, lo cual necesitará una ligera extensión apical del pónico. La experiencia clínica revela que cuando la profundidad del pónico era excesivamente larga, la cicatrización del tejido apical se prolongaba por dos años, en un reborde edéntulo normal, el ápice del pónico debe ser de 1mm o más. En un reborde anormal, luego de la extracción una longitud de 3mm desde la parte más cervical de la cresta es apropiada para garantizar estética, salud y estabilidad al complejo dento gingival (CDG). El perfil de emergencia se determina por los requerimientos interproximales y vestibulares del paciente. La impactación de alimentos es de gran interés en la superficie lingual de muchos pónicos, además la expulsión de exceso de aire y saliva de lingual a vestibular podría crear un

problema de fonética. Los pónicos ovales satisfacen estos intereses y brindan un perfil de emergencia bueno.

Luego de calcular los requerimientos funcionales y estéticos en un modelo de trabajo se procede a fabricar la restauración provisional la cual se coloca durante la cicatrización de los tejidos y del hueso para brindar estética, el tiempo de cicatrización luego de la extracción va de 110 a 120 días y algunos pacientes requieren más de 12 meses.

La cicatrización postoperatoria se evalúa revisando los espacios de la tronera, tejidos de soporte, estética, y fácil limpieza. Si todo lo anterior resulta positivo entonces se fabricará un índice para un pónico oval circunferencial en el laboratorio, de no haber buena cicatrización se harían las respectivas correcciones para resolver el problema.

Dawson ilustró un método para brindar información en cuanto a las superficies linguales, vestibulares e incisales de una restauración anterior para mostrársela al laboratorista dental. Este descomplicado método brinda información específica en cuanto al contorno apical y gingival.

La buena comunicación entre el odontólogo y el laboratorista dental determina el éxito de la restauración. Este estudio describe un método de comunicación con el técnico dental para realizar un pónico oval contorneado que brinde estética, comodidad y fácil limpieza.

Elaboración del Pónico Oval.

a) Procedimiento para la extracción dental y preparación del alveolo: Inicialmente, preparar los dientes que están adyacentes al diente comprometido (las preparaciones en hombro, son indicadas por preservar el espesor biológico; toma de una impresión con un hidrocoloide irreversible, a las preparaciones y al futuro sitio de extracción incluyendo 2 dientes adyacentes a los preparados.

Se realiza la exodoncia de manera atraumática para proteger las papilas mesial y distal y las tablas vestibular y lingual o palatina.

Realizar un vaciado en yeso Tipo V.

Se procede a preparar en modelo el sitio donde se va a realizar el pónico preservando los contornos anatómicos normales y utilizando acrílico para adaptar el pónico a ese sitio.

Se mezcla el acrílico en un estado viscoso y se coloca en el troquel, orientándolo en el molde y dándole forma en el modelo.

Se adapta el provisional, ajustando el pónico a su correcta profundidad, extensión vestibular y lingual, troneras y oclusión.

Se cementa.

Se controla mensualmente removiéndola, revise el pónico oval, observe la cicatrización, y si se presenta o no ulceración, extravasación de sangre, salud del tejido y elasticidad, pula o brille el ápice del pónico oval en cada visita. Cuando la cicatrización halla terminado se harán pocas preparaciones debido a la contracción del tejido.

b) Para obtener Rebordes Edéntulos con Adecuada Forma: Se deben realizar los siguientes procedimientos:

Preparar los dientes adyacentes al diente comprometido y medir la profundidad del hueso con sonda periodontal en el sitio a colocar el pónico.

Preparar el sitio del pónico con electro cirugía, las dimensiones del sitio deben crear adecuada profundidad, soporte papilar y perfil de emergencia que imite el diente adyacente, la profundidad del sitio para el pónico no debe ser menor a 1mm del hueso para garantizar la cicatrización.

Siga los pasos del 2 al 10 del procedimiento post exodoncia para la conservación del alveolo.

Este estudio muestra el fundamento necesario para seleccionar puentes ovales como una alternativa a los puentes tradicionales. Históricamente los argumentos para otros tipos de puentes en la zona anterior no han sido siempre basados en datos científicos, un método para la fabricación de un puente oval hecho previamente en la boca utilizando la provisional como plantilla también se ha descrito, también cuando se brinda adecuada información al técnico se pueden lograr buenos objetivos.

Hay muchas ventajas en estos procedimientos, cuando el reborde alveolar presenta excesos a vestibular y por lo general se extiende más allá de la zona neutral, se requiere de mucho tiempo para permitir buena cicatrización y durante ese tiempo se verificará estética, fonética y comodidad. Con este procedimiento cuando se hace la exodoncia del diente afectado por parte de un odontólogo restaurador; por lo general, controlan tejidos y contornos óseos, la facilidad de limpieza es técnicamente más fácil que otras formas de puentes cuando tiene apropiada formación apical la restauración provisional. Dentro de las alternativas de tratamiento están: prótesis removible, implantes, prótesis parcial fija, puentes de Maryland o fijas convencionales con varios tipos de puentes.

Sin embargo, hay algunas desventajas en estos procedimientos, a veces los pacientes se muestran reacios a aceptar preparaciones dentales laterales a los dientes perdidos. La realización de un buen puente; lleva mucho tiempo, un buen provisional es necesario para adaptarse bien a puentes y tejidos orales. La impresión definitiva para la prótesis parcial fija (P.P.F) se debe hacer inmediatamente después de remover la restauración provisional

para evitar que la restauración final forme un espacio entre el pónico oval y el margen gingival.

El éxito final de la prótesis también estará a cargo del paciente si maneja una buena higiene, diariamente se hará una buena limpieza con seda dental dando una presión moderada contra el ápice del pónico para garantizar óptima salud del tejido. (Tim J. Dylina, DDS. 1999)

Espacio de la tronera. Surco gingival, col y tejido blando interproximal apical a las áreas de contacto de los dientes son sitios usuales para el establecimiento de flora patógena que conduce a la enfermedad periodontal. Con frecuencia se encuentra caries en el punto de contacto o cerca de éste. El surco gingival y el área interproximal del col no están completamente queratinizados y, por tanto, tienen una menor resistencia inherente y una mayor vulnerabilidad a la infección local. Los procedimientos restaurativos deben permitir un recubrimiento surcular no ulcerante y saludable, con espacio para una adecuada encía interdental y facilitar la limpieza por parte del paciente. Las superficies de las restauraciones interproximales deben ser planas o cóncavas, lisas y continuas con la estructura dental natural para alcanzar los requerimientos mencionados. La restauración de un diente puede causar una alteración de las crestas marginales. Los contornos coronarios y los contactos interproximales, los cuales, si no están contorneados de manera correcta, darán como resultado retención de placa, formación de cálculo e inflamación. La respuesta inflamatoria resultante se observa clínicamente después de la colocación de una restauración defectuosa por medio del sangrado gingival y ulceración, agrandamiento gingival, separación del epitelio de unión y desarrollo de una bolsa profunda, y de manera radiográfica por medio de la disolución de la lámina dura de la cresta ósea. Estos cambios

ocurren dentro de los primeros días después de la colocación de la restauración defectuosa, y la inflamación gingival puede persistir o empeorar si el margen de la restauración no puede ser limpiado por el paciente. (Abrams, 1987).

Colocación del margen gingival de restauraciones. La extensión de las lesiones cariosas y la cantidad de estructura dentaria remanente en relación al periodonto determinan dónde el odontólogo debe colocar un margen. Cuando sea posible, los márgenes se colocaran supragingivalmente. Los márgenes subgingivales son, con frecuencia, difíciles de limpiar y se vuelven áreas de retención de placa.

Reevaluación. Después de colocar la restauración provisional durante cuatro a seis semanas y de terminar raspaje y alisado radicular con el establecimiento de una buena higiene bucal, los tejidos gingivales deben ser rosas y firmes y no presentar hemorragia. Si no se han resuelto la ulceración y hemorragia en el surco o en el área de col, ni el agrandamiento gingival, se deben reevaluar y corregir el raspado y alisado radicular, los cuidados del paciente en el hogar, el control de caries y los contornos y márgenes de las coronas, antes de llevar a cabo un tratamiento posterior.

La preparación para la corona total y la restauración con márgenes subgingivales controlan la entrada a la furcación ya sea eliminando o disminuyendo la afección de la furcación. Esta cubre la estructura radicular expuesta, la cual es muy susceptible a caries, a sensibilidad y establece contornos coroneles que conducen al mantenimiento de la salud gingival por medio del llenado pasivo desde el surco gingival. También puede modificar el esquema oclusal para controlar la dirección de la fuerza y disipación, y con frecuencia corregir el traumatismo de la oclusión. El complejo mucogingival cubre el aparato de inserción y se extiende hacia la raíz del diente, comprende la mucosa masticatoria

queratinizada o encía insertada y la mucosa alveolar móvil, delgada y friable. En salud, la mucosa masticatoria se adhiere firmemente al diente por medio del aparato de fibras gingivales, la inserción de tejido conectivo y el epitelio de unión. La naturaleza de esta interfase tejido blando-corona permite una higiene bucal óptima y la protección del aparato de inserción subyacente.

Cuando la mucosa masticatoria no está insertada o está completamente ausente y se ha afectado la interfase tejido blando-corona por recesión o inflamación, es benéfico el aumento quirúrgico para proporcionar un collar de encía insertada. Cuando existe una pequeña banda de encía insertada en el margen de la corona proyectada, con frecuencia la evaluación con una corona provisional puede ayudar en la decisión de si el aumento quirúrgico de la encía insertada es necesario.

Cuando no está indicada ninguna terapéutica restaurativa o se colocan márgenes supragingivales, cualquier problema cuestionable o de límite mucogingival debe observarse de cerca para encontrar evidencia de inflamación y recesión posterior. La salud gingival puede mantenerse indefinidamente; de otra manera, se puede implementar la cirugía cuando exista la necesidad. **(Abrams, 1987).**

La reducción del tejido blando por medio de incisiones en bicel inverso y cerrado primario es el procedimiento de elección para preservar la encía insertada, controlar la posición de los tejidos y obtener un máximo acceso a la estructura dentaria y el periodonto. Durante la retracción del tejido blando puede determinarse si la cantidad de estructura dentaria íntegra es adecuada para la colocación de una restauración de corona total. Cualquier restauración, en especial las restauraciones de corona total, necesitan un ancho biológico de aproximadamente 1mm de estructura dentaria para el epitelio de unión, más 1 a 2 mm de

estructura dentaria para la colocación del margen coronal y la terminación. Aunque no se puede detectar una estructura dentaria inadecuada de manera radiográfica, con frecuencia se encuentra cuando las fracturas o la caries se acercan a la cresta alveolar. Entonces, se necesita la osteotomía utilizando fresas y cinceles para exponer los 3 o 4 mm de estructura dentaria necesaria, 360° alrededor de la raíz. El fracaso en la exposición de 3 o 4 mm de estructura dentaria dará como resultado una violación restaurativa en el epitelio de unión y la inserción de tejido conectivo, lo cual conducirá a la pérdida ósea y la migración apical del complejo de tejido blando.

El procedimiento subgingival para exponer la estructura dentaria sana engloba el colgajo mucoperióstico y la osteotomía, con cuidado de no tocar la superficie radicular. Este procedimiento debe preceder a la colocación de la restauración provisional.

La extracción debe ser el tratamiento de elección cuando la afección periodontal de un solo diente o raíz comprometa a un diente contiguo y existen defectos infraóseos que no se pueden resolver o caries que se extiende apical a la cresta ósea. Con frecuencia la extracción conduce a una cicatrización predecible de las estructuras óseas por medio de un puente entre las estructuras contiguas afectadas de manera periodontal. La sección o extracción de las raíces puede también ayudar a establecer un espacio de tronera adecuado, el cual conduce hacia la salud periodontal. (Abrams, 1987).

Se deben considerar en la decisión para realizar la extracción la importancia del diente o raíz afectado en relación con el resto de la dentición, respecto a su función estética, su contribución a la estabilidad oclusal, la función (en especial la eficiencia masticatoria), y su posible función como un pilar. Se elige a la exodoncia estratégica cuando la remoción de una raíz o un diente mejorará el pronóstico general a largo plazo de toda la dentición. La

exodoncia estratégica también está indicada en dientes con defectos intratables, incluyendo aquellos con tratamientos de conductos radiculares, obturaciones, fracturas verticales o perforaciones, o aquellos con resorción radicular interna o externa. En general, el diente extraído es reemplazado por una restauración fija para preservar la integridad del arco, estabilizar molares aislados, mantener la función oclusal y establecer una estética óptima.

Los rebordes alveolares excesivos o inadecuados afectan el diseño del armazón, la forma del pónico, la inclinación del pónico, el terminado de la superficie y la interfase pónico-reborde. Estos factores pueden conducir a la acumulación de placa y restos, inflamación, hipertrofia gingival, impedir la higiene bucal, resorción de la cresta, inestabilidad mecánica, fracturas y flexibilidad de puntos de soldadura de restauraciones vaciadas. La mala estética con dientes artificiales demasiado cortos o largos en la región maxilar anterior puede ser el resultado de una mala anatomía del reborde. (Abrams, 1987).

Forma de Pónico. La forma ideal de pónico ha sido descrita como convexa y ovalada y bien adaptada al borde edéntulo cóncavo. Tales pónicos requieren sólo una profilaxis simple para disminuir la placa y la acumulación de restos de comida entre el pónico y la cresta edéntula. Por ejemplo, la forma convexa permite el acceso al hilo dental para limpiar la superficie inferior del pónico.

Deformidades de la Cresta. Dos tipos de deformidades complican la odontología restauradora. La primera, *el reborde voluminoso*, lo cual se vincula usualmente con anodoncia o pérdida prematura de dientes (debido a caries o avulsión) antes de que el proceso eruptivo se complete. La segunda, *colapsado del reborde*, que se relaciona con frecuencia con enfermedad periodontal avanzada, enfermedad pulpar, traumatismo quirúrgico durante la extracción, daños traumáticos ocasionado por prótesis removibles mal

ajustadas. Las técnicas quirúrgicas pueden restaurar la forma adecuada para ambos tipos. **(Genco, Goldman, Cohen, 1994).**

La obtención de una buena apariencia estética con una dentadura parcial fija es difícil en un área donde el borde edéntulo es cóncavo y colapsado. Sin embargo, nuevos procedimientos quirúrgicos usando injertos de tejido conectivo denso submucoso para aumentar los bordes colapsados pueden ser de solución.

Un crítico problema estético en la prostodoncia fija existe cuando un reemplazo de pónico anterior esta siendo construido sobre un borde edéntulo colapsado y deformado. A causa del colapso del reborde, un pónico el tamaño y forma de un diente normal no termina contra el reborde edéntulo en una relación normal gingival. El resultado es una restauración poco atractiva.

Las causas probables de la deformación del reborde son la pérdida de tejidos después de una extracción, destruyendo el borde vestibular del hueso; enfermedad periodontal asociada con severa pérdida ósea; daños resultantes en la pérdida de diente con su plato vestibular; o una atrofia acentuada del borde edéntulo debajo del aparato protésico. Tales deformaciones del borde han sido un gran problema protésico sin una buena solución.

El reborde colapsado puede tener una concavidad vestibular profunda que puede extenderse a su cresta. Es imposible adaptar un pónico de tamaño normal forma a tal concavidad. Si es usado un pónico normal, será más corto existiría un espacio entre este y el borde dimensionalmente inadecuado.

Consecuentemente, la inserción de un pónico para puente que no hace contacto con el reborde no es un compromiso estético obvio. Igualmente, si el pónico se extiende más allá



de su dimensión normal para contactar el reborde, ésta restauración es también estéticamente desagradable ya que será más largo que los dientes adyacentes.

Otra aproximación a este problema ha sido la terminación del pónico en su dimensión normal y su extensión hacia el área de asentamiento en sentido horizontal dentro del reborde para hacer contacto. Esto crea un anaquel de material del pónico y un espacio en el asentamiento gingival. Para compensar esta discrepancia entre la relación gingival al pónico, rellenar el espacio con porcelana coloreada de tejido o resina acrílica sobre la superficie pónica terminando en el reborde ha sido aconsejada. Esto permite un tamaño dental normal, pero agrega el obvio problema del color de la tonalidad de la encía con la porcelana o la resina acrílica. El puente de Andrew ha sido usado para compensar la dimensión del borde perdido por la adición de resina acrílica coloreada como el tejido para un pónico removible. De nuevo, la colocación del acrílico es un compromiso estético, y la barra subyacente entre los contrafuertes crean problemas periodontales.

En contraste a los procedimientos precedentes, la forma ideal para obtener una buena apariencia con prótesis fijas es reconstruir el reborde. Efectos tempranos involucran la colocación del injerto de tejido gingival libre externamente sobre el borde colapsado. Sin embargo, las diferencias de color y texturas entre recientes tejidos injertados y el borde residual dan un resultado ideal menor.

Un desnivel podría también resultar por una falta de armonía entre la unión del borde normal y el área injertada. Por consiguiente, un injerto de tejido conectivo submucoso colocado internamente es preferido ser colocado externamente un injerto gingival; color, textura y contorno del borde reconstruido el cual será uniforme y armonioso, permitiendo ser colocado en una prótesis fija estéticamente aceptable.



Aumento de Reborde alveolar a expensas de Tejido Conectivo: la siguiente es una descripción de una cirugía de aumento de un colapso del reborde alveolar anterior permitiendo una adaptación pónica estética. Un denso injerto de tejido conectivo es colocado internamente entre el reborde óseo colapsado y el tejido blando mucoperióstico, resultando una restauración del borde colapsado con una forma, contorno y color normal para la cual una prótesis estética puede ser fabricado.

Las fuentes de este auto injerto de tejido conectivo denso podrían ser una de varias áreas de la cavidad oral del paciente. Un colgajo palatino de espesor completo puede ser reflectado y adelgazado internamente para producir una cantidad sustancial de tejido conectivo denso.

Otra fuente de material para auto injerto es el área de la tuberosidad del maxilar, la cual puede producir cantidades significativas de tejido conectivo denso fibroso, cuando es reducido ya sea por gingivoplastia-gingivectomía cuando está presente la encía agrandada se obtiene tejido conectivo denso. Cualquiera que sea la fuente de material para auto injerto, disección cuidadosa de todo el epitelio a partir del tejido conectivo antes de la colocación submucosa es importante.

Un colgado pediculado de espesor parcial es diseñado lingual al reborde edéntulo afectado, comenzando en el paladar y progresando hacia la cresta del reborde. Las incisiones iniciales son dos incisiones paralelas en cualquier terminación del reborde deformado, extendiéndose palatinamente desde la cresta del reborde por aproximadamente 10 a 15 mm. Debe ser tomado con mucho cuidado para colocar estas incisiones verticales 1 2 mm más allá de los dientes adyacentes al contrafuerte. Esto permite la adhesión del tejido epitelial y conectivo de los contrafuertes para permanecer intactos y tranquilo para el procedimiento quirúrgico. Estas incisiones verticales son luego conectadas a su extensión palatina por una

incisión horizontal. La incisión horizontal es el comienzo del desarrollo del colgajo pediculado. Es comenzado por una disección de espesor parcial continua hasta la cresta del reborde edéntulo. En este punto, las incisiones iniciales son extendidas superiormente desde la cresta del reborde edéntulo hacia el vestíbulo labial. Estas incisiones luego se extienden a la unión mucogingival o ligeramente más allá de la unión, dependiendo de la cantidad de relajación que necesita. La disección de espesor parcial, la cual fue diseccionada desde la incisión palatina horizontal a la cresta de borde edéntulo, ahora se convierte en una disección mucoperióstica de espesor total como continua superiormente. Un elevador perióstico pequeño usado para continuar esta disección del colgajo dentro del área labial colapsada. Por el cambio de colgajo de espesor parcial sobre el lado palatino de la cresta a espesor total sobre el lado labial de la cresta, un espacio labial subperióstico es creado. Este espacio recibirá el material de auto injerto del tejido el cual llenará el espacio en la arquitectura del borde colapsado.

El material de injerto de tejido conectivo es procurado ahora e insertado dentro del bolsillo creado quirúrgicamente con fórceps de tejido hasta que la deformidad sea completamente llenada para restaurar la arquitectura normal del borde.

El colgajo pediculado en el área de la cresta puede también ser soportado con el injerto en una posición más oclusal. Esto compensará una pérdida dimensional superior o apical en suma de la pérdida labial.

El colgado pediculado es luego saturado dentro de su nueva posición. El aspecto palatino de la posición del colgajo será corto, dejando algún tejido conectivo expuesto que fue dejado sobre el hueso palatino con disección de espesor parcial. Una sutura labial horizontal de colchón continuo es colocada. Esto ayudará en la retención del injerto en

posición bajo el colgajo, también como mantener el colgajo elevado entre la prominencia de las áreas adyacentes de un diente hacia el tejido labial sobre el borde, incluyendo el autoinjerto adyacente al área labial prominente.

El siguiente procedimiento de aumento de reborde esta basado sobre el mismo principio que el procedimiento de trampa de puerta, sin embargo, una aproximación quirúrgica diferente es usada.

Una incisión vertical es hecha en la encía labial adherida y la mucosa alveolar adyacente al borde deformado sobre el diente contrafuerte. La incisión no se extiende o abarca la encía marginal, para prevenir afectar el aparato de unión del diente contrafuerte. Un elevador perióstico es insertado a través de la incisión, de tejido mucoperióstico socavada es elevado hasta que el borde colapsado asuma una forma y contorno normal. El injerto soportará el borde labial dentro de una posición. Una sutura de colchón horizontal labial es colocada para estabilizar el injerto subyacente y asistir en la retención del tejido elevado en posición sobre el borde.

La limitación de esta aproximación es la imposibilidad de alterar la altura crestal, es un método aceptable si solo es deseado un aumento en la dimensión labial.

Cambios postopetaorios son completos en aproximadamente ocho semanas, y las prótesis fijas pueden ser iniciadas en el tiempo. Hemos evaluado la estabilidad dimensional a largo plazo de estos injertos submucosos por 2 años. Evaluación cuidadosa de fotografías para cambio de color, forma del arco, o contornos labiales descubriendo la estabilidad dimensional y de color. Las habilidades del operador pueden limitar a los practicantes quienes no están familiarizados con técnicas de injertos autógenos blandos. Una posible limitación puede ser también un área edéntula muy grande, requiriendo más material de

injerto autógeno que sea disponible intraoralmente. Las soluciones a este problema pueden ser encontradas en múltiples aproximaciones de aumento en diferentes épocas, o el uso de un injerto sintético como un material de relleno submucoso.

Una revisión de un nuevo procedimiento de cirugía plástica usando injertos autógenos de tejido conectivo denso colocado submucosamente en áreas anteriores de bordes edéntulo deformados, colapsados ha sido presentada. Esta técnica permite el aumento de un borde deformado edéntulo anterior a un a forma, color y textura propia antes de la colocación de una prótesis fija. Soluciones previas a este problema han resultado en un mejor compromiso estético. Seguimiento a largo plazo muestra gran estabilidad dimensional ofreciendo una solución aceptable a un difícil problema protésico.

El tratamiento estéticamente correctivo de un defecto del reborde alveolar es un desafío protésico frecuente. Tales defectos pueden ser el resultado no solo de una variedad de medios protésicos, sino también por diversas técnicas quirúrgicas, tejidos blandos notablemente afectados. Clasificación preoperatoria de los defectos localizados del borde alveolar puede ser bastante útil en la evaluación del pronóstico y dificultades técnicas involucradas. Una clasificación semicuantitativa, dependiente de la severidad de pérdida dimensional horizontal y vertical, es propuesta para suplir la clasificación cualitativa reconocida de un defecto del borde. Varios métodos de aumento de tejidos blandos son examinados. Basados en las medidas volumétricas iniciales. La técnica de colgajo enrollado es propuesta cuando el problema esta relacionado a la calidad del borde (defecto de diente solo con poca pérdida horizontal y vertical). Defectos más grandes en los cuales un problema volumétrico debe ser resuelto y corregido a través de las técnica del tejido conectivo subepitelial. Problemas mucogingivales adicionales (por ejemplo, insuficiente

amplitud gingival, frenillo alto, cicatrices, tatuajes gingivales), no deben ser corregidos simultáneamente con procedimientos de aumento. En estos casos, la técnica de transplantes es favorecida.

El reconocimiento de problemas mucogingivales estéticos y un plan para su corrección son el prerequisite para éxito estético en rehabilitación protésica. Tratamiento protésico de un defecto localizado del borde alveolar es un desafío importante mucogingival estético. En esta discusión, el termino defecto localizado del borde alveolar esta inclinado a referirse a una hendidura volumétrica de extensión limitada en hueso y tejido blando dentro del proceso alveolar. Tal defecto típicamente es restaurado con dentaduras parciales fijas de dientes múltiples o de un solo diente. Estos defectos difieren de la atrofia residencial generalizada del borde alveolar, la cual existe en diversos grados en denticiones significativamente reducidas y edéntulos, y defectos mayores en los cuales el cuerpo de los maxilares es afectado en suma al proceso alveolar.

El tratamiento protésico de un defecto localizado alveolar sin corregir con una restauración fija es asociado con varios problemas estéticos. El arco festoneado, formado en el curso de la encía desaparece a causa del defecto tridimensional, mientras que la papila permanece. Esto lleva a la aparición de espacios interdentes “negros” y en problemas estéticos y fonéticos así como también en impactación aumentada de comida.

Después de la extracción dental, o pérdida de un implante, la prominencia vestibular de la encía y la mucosa alveolar es perdida a causa de la reabsorción del reborde alveolar. Esto lleva a problemas reconstructivos con el área del pónico de una restauración si el defecto del reborde no es corregido quirúrgicamente. En casos extremos, una restauración

removible podría ser requerida para superar el defecto. El punteado fisiológico gingival frecuentemente causa una textura gingival no estética. La encía y la mucosa lisa y brillante. En los exámenes de control, los pacientes expresan desilusión si los defectos localizados del borde alveolar no han sido corregidos quirúrgicamente antes de la reconstrucción con una prótesis fija en la región visible estética. Fue encontrado que 46% de los pacientes estuvieron insatisfechos con la ocurrencia de impactación de comida, y algún 20% de pacientes expresaron insatisfacción con la estética.

Los defectos del borde alveolar pueden ser clasificados cualitativamente, sobre la base de su forma tridimensional, y semicualitativamente, sobre la base de su severidad y extensión.

Clasificación cualitativa de la forma del defecto.

Un defecto limitado exclusivamente a la dirección vestíbulo lingual, por ejemplo, un defecto exclusivamente horizontal, ha sido clasificado como defecto Clase I o Clase B. Un defecto de tejido corriendo exclusivamente en la dirección apico coronal fue descrito como un defecto Clase II o Clase A. El defecto que existía en ambos ejes, por ejemplo, un defecto vertical y horizontal combinado, ha sido clasificado como defecto Clase III o Clase C.

Clasificación semicualitativa de acuerdo al grado de severidad

El grado de severidad de un defecto alveolar ha sido determinado semicualitativamente de acuerdo a su tamaño. El defecto tisular es menor cuando es inferior a 4 mm, moderado cuando es de 3 mm a 6 mm, y extenso cuando es mayor de 6 mm. Esta clasificación, sin embargo, no describe la dimensión del defecto del reborde. Por esta razón, una clasificación semicuantitativa más detallada es propuesta, una que mida el defecto tisular separadamente en sus dimensiones vertical y horizontal.

El componente vertical del defecto tisular es medido desde el punto más profundo del defecto a una tangente imaginaria corriendo desde las puntas de las papilas de los dientes adyacentes. La extensión horizontal es definida como la distancia entre el punto más profundo del defecto y la línea imaginaria del arco dental que corre sobre el margen bucogingival o la unión amelocementaria de ambos dientes adyacentes. La tangente imaginaria sobre el defecto del borde y el contorno de la línea del arco dental define la forma del borde estéticamente ideal semicuantitativo, y así establecer el volumen de aumentación.

Clasificación semicualitativa de acuerdo a la extensión del defecto

Una clasificación semicuantitativa adicional toma nota de la expansión del defecto. Dependiendo del número de dientes que deben ser reemplazados protésicamente, el defecto del borde es clasificado como defecto de uno, dos, tres o cuatro dientes.

La clasificación preoperatoria de un defecto del borde de acuerdo a su extensión y severidad y su forma es clínicamente relevante, ya que tal clasificación permite establecer un pronóstico preliminar para un aumento planeado. Una opinión preoperatoria es formada como sin bien la extensión del defecto permite la corrección a través del tejido blando o injerto óseo es necesario. Esta delimitación es clínicamente significativa ya que el aumento de tejido óseo, en principio, un defecto de tejido extendido sobre cuatro dientes puede ser corregido a través de múltiples aumentaciones de tejido blando, pero con un defecto que es tan extenso se debe ser absolutamente considerado también un procedimiento de aumento óseo.

Clasificación por extensión de la dimensión de la lesión también permite un estimado tosco del pronóstico. Corrección de un defecto de diente simple por aumento de tejido blando

tiene un mejor pronóstico que la corrección de defectos de dos o tres dientes, ya que este último involucra desafíos técnicos más grandes.

Una clasificación semicuantitativa de acuerdo al grado de severidad del defecto del borde de manera similar facilita el pronóstico preoperativo. La corrección de un defecto del reborde menor es más simple que la mejora de un moderado, y como una regla, tales defectos requieren varios procedimientos de aumento en intervalos de no más de 3 meses. La clasificación cualitativa del defecto del borde también hace estimación de un pronóstico preoperativo preliminar posible para el aumento de tejido blando planeado. Además, facilita la estimación de la técnica quirúrgica del procedimiento.

El defecto localizado del borde puede ser resuelto, en principio, en una de las formas. El defecto puede permanecer sin correcciones quirúrgicamente y ser compensado con una prótesis fija o removible, o podría ser corregida quirúrgicamente durante la fase preopertaotia y preprotésica.

Un defecto del borde puede ser compensado con una variedad de aproximaciones protésicas. Esto salva al paciente de una intervención quirúrgica, pero tal corrección protésica siempre compromete la estética, más aún hace la higiene más difícil.

Estos son los procedimientos protésicos con los cuales un defecto óseo puede ser resuelto, pónico de color del diente modificado, el cuello del pónico es modificado para disimular el defecto, pónico con proporción cervical de tono gingival.

El tejido perdido en la región del pónico o la papila perdida, en el caso de la lesión de múltiples dientes, es imitado con un material rosado. Para una restauración fija, el material podría ser cerámica rosada colocada en la porción cervical de los pónicos, con prótesis removibles, el mismo efecto es obtenido con una resina rosada. Este es el método de

selección para restauraciones fijas de implantes de tornillo incorporado dentro de un borde alveolar generalmente atrofiado. “Máscaras”, de dientes flexibles hechas de silicona flexible. Esta solución protésica no solo supera los defectos del borde sino que también capacita la creación de cubrimiento de tejido papilar de la recesión radicular vestibular. El riesgo de acumulación de placa, sin embargo, es aumentado, y a causa del uso y la edad, el reemplazo podría ser necesario en intervalos de 2 a 3 años.

La corrección exitosa de un defecto del borde por aumento del tejido blando solamente es posible con defectos más pequeños en combinación con una restauración fija de implante atornillado o diente. Defectos de uno, dos, o aún de tres dientes de moderada severidad pueden ser corregidos así como por el aumento de tejido blando menos complicado. Defectos de tres o cuatro dientes, aún de severidad moderada, requerirán aumento óseo. Cuando son planteadas dentaduras parciales removibles, el aumento de tejidos debe ser usado solo para corregir socavados adversos y para prevenir formación de bordes flojos postoperatorio. Cuando un sistema de implantes de dos fases es planeado, el aumento de tejidos blandos del borde es mejor provista durante la fase II (conexión de contrafuerte), para mejorar la estética mucogingival.

La regeneración ósea guiada puede ser también usada para corregir un defecto localizado del borde alveolar. Esta técnica es usada con una membrana de barrera solamente o en combinación con hueso o materiales sustitutos óseos. La regeneración ósea guiada es preferida sobre el aumento del tejido blando durante la operación de la fase I de la colocación del implante. El implante es colocado en la posición óptima estéticamente, y las dehiscencias óseas y fenestraciones son corregidas por procedimientos de regeneración ósea guiada. En contraste, cuando las prótesis convencionales o adheridas son planas, el

aumento del defecto del borde por tejido blando es preferido, sin embargo tal defecto podría ser corregido por trasplante óseo en combinación con regeneración ósea guiada o con materiales aloplásticos. En la presencia de una mucosa delgada, sin embargo, estas partículas podrían llevar a perforaciones o luego transmigrar a través de la cubierta epitelial. Los defectos del borde aumentos en esta forma pueden complicar la implantación posterior.

En resumen, el aumento de tejidos blandos es usado para proveer un suplemento mucogingival estético cuando las reconstrucciones protésicas son planeadas y durante las operaciones de la fase II con implantes. Regeneración ósea guiada con hueso o sustitutos óseos es preferido. En la presencia de defectos del borde extensos, trasplantación con sínfisis mandíbula o hueso de cresta iliaca es favorecida.

Una variedad de métodos de aumento usando tejidos blandos ha sido descrita. En principio, estos pueden ser clasificados dentro de tres grupos: la técnica de colgajo enrollado con una modificación, la técnica de trasplante onlay con modificaciones, la técnica de trasplante de tejido conectivo subepitelial con modificaciones. Trasplantes de tejido blando libre son tomados ya sea de paladar duro entre el primer premolar y el canino o de la región de la tuberosidad. La técnica de colgajo enrollado (colgajo pediculado de tejido conectivo sin epitelio), en la superficie gingival palatina del defecto del borde es separados en un trapecioide. El tejido epitelial es completamente removido con una fresa de diamante gingival o un bisturí #15, y un colgajo de aproximadamente 0.75 mm en espesor es reflectado en una dirección palatina. Esto expone el tejido conectivo que liberado del hueso para formar un colgajo pediculado trapecioide; las papilas adyacentes son incluidas en el colgajo. Un bolsillo de tejido blando suprapariosteal es creado sobre la

superficie vestibular del borde. El colgajo de tejido conectivo sin epitelio es colocado en este bolsillo y mantenido en su lugar en la encía queratinizada con una o dos suturas de colchón. El sitio de tejido donador sana por segunda intención.

La técnica de colgajo enrollado provee un color y textura de tejido blando estéticamente superior. El procedimiento es relativamente no traumático para el paciente ya que solo es involucrado un simple sitio operativo. Además, solamente pueden ser tratados defectos Clase I de mediana severidad en esta forma, ya que solo una cantidad limitada de tejido donador es disponible. Por la misma razón, esta técnica quirúrgica es contraindicada cuando el tejido gingival palatino sea delgado (2mm o menos), o cuando haya sido perforado previamente, como ocurre algunas veces durante una operación de implantes fase II.

La técnica de implante onlay (injerto onlay de espesor completo libre), el epitelio de la encía queratinizada es removido en un espesor de aproximadamente 0.75 mm de región receptora así que una herida ligeramente sangrante permanece. Un colgajo suprapariosteal es preparado en la región de la mucosa alveolar movable, tejido muscular siendo separado del periostio. El trasplante es tomado desde la región del paladar duro. La raíz palatina distal del primer molar no debe ser socavada en este proceso, para mantener la hemorragia al mínimo. En este contraste con el injerto autógeno gingival, el cual tiene un espesor de aproximadamente 14 mm, la técnica de injerto onlay de espesor total libre requiere un colgajo con un espesor de 6 a 7 mm y debe ser tomado del paladar. En esta forma, el injerto onlay contiene tejido graso, el cual es deliberadamente incluido en el aumento.

El trasplante es cortado al tamaño exacto de la región receptora, y las márgenes delgadas son removidas y arregladas para las márgenes de los ángulos rectos. Adaptación firme del trasplante, sin formación de espacios cóncavos y sin tensión desde el labio o la mejilla,

son necesarias para la sanación. Por esta razón, el trasplante debe ser fijado en su lugar con varias suturas de colchón sencillas. Las suturas perióstias son colocadas vestibularmente al trasplante onlay, en el cual un implante onlay es suturado dentro de un bolsillo en forma de cuña.

Es una ventaja que la intervención para una técnica de injerto onlay pueda ser combinada con medidas para corregir otros problemas estéticos mucogingivales, por ejemplo, aplicación de la encía queratinizada, la eliminación de alta inserción del frenillo de labio y mejilla, corrección de los tatuajes gingivales y contornos gingivales no estéticos.

La desventaja de esta técnica es el algo inseguro de su pronóstico en ganar volumen. La extensión del aumento depende no solo del espesor del injerto, sino también de la cantidad de tejido conectivo que permanece vital cuando la sanación es completa. La sanación postoperatoria y la circulación del trasplante onlay es crítica ya que ocurre sobre solo un lado. Una desventaja adicional puede ser la ocurrencia de un tono estéticamente insatisfactorio y adaptación de textura al tejido circundante. Corrección de defectos Clase I, Clase II y Clase III, cubriendo de tatuajes gingivales y corrección de contornos gingivales no estéticos son las indicaciones para el uso del procedimiento.

Injerto de tejido conectivo subepitelial: el lecho receptor es preparado por la elevación de un colgajo trapecoidal sin perforaciones. El colgajo es definido por una incisión horizontal paracrestal desplazada palatinamente y por dos incisiones verticales ligeramente divergentes que no incluyen la papila. El colgajo de tejido conectivo es tomado desde el techo de paladar, la región de la tuberosidad, desde un colgajo movilizado durante una intervención quirúrgica periodontal. El método original lleva una banda epitelial de 2 a 4 mm de ancho. El implante es cortado al tamaño del lecho receptor, los ángulos rectos son

formados, y esto es fijado con suturas reabsorbibles. El colgajo trapecoidal es dividido apicalmente, desplazando coralmente y suturado en un lugar de tensiones como sea posible. El así llamado procedimiento de bolsa es modificado del proceso de injerto de tejido conectivo subepitelial, en el cual el colgajo es envuelto dentro de un bolsillo de tejido blando previamente preparado sobre el defecto del borde.

La ventaja de la técnica de transplante de tejido conectivo subepitelial es la adaptación estética de color y la textura al tejido adyacente. La extensión estrecha del tejido gingival, causado por el desplazamiento coronal de la margen mucogingival, podría ser una desventaja. El procedimiento es inapropiado para la corrección defecto Clase I, Clase II y Clase III, con la limitación que una encía queratinizada estrecha preoperativamente existente no puede ser corregida durante la misma intervención.

Selección del método de aumento de tejido blando: si otros problemas estéticos mucogingivales, por ejemplo, encía estrecha queratinizada, frenillo labial o mejilla alta, tatuaje gingival, o encía no estética, contorno coexistente con el defecto localizado del borde, todos los problemas pueden ser corregidos con una simple intervención quirúrgica con el defecto onlay de espesor total. Sin embargo, el riesgo de desarrollar solo un éxito volumétrico parcial existe con este método. En este evento una segunda intervención con un injerto de tejido subepitelial, podría ser requerida. Donde tales problemas estéticos mucogingivales adicionales están ausentes, y solo existe un defecto volumétrico, el transplante onlay es preferido ya que provee un pronóstico más certero en términos del volumen aumentado. La técnica de colgajo enrollado puede ser usada para defectos menores (más pequeños de 3 mm), para tomar ventaja de su sitio operativo favorable. Para defectos aún más severos para los cuales la técnica de colgajo enrollado es inadecuada, y

para defectos moderados a severos (en por lo menos de 4 mm), el trasplante subepitelial debe ser usado, ya que más tejido puede ser obtenido desde el techo del paladar que es posible con el procedimiento de colgajo enrollado.

El aumento de tejido blando es un procedimiento de cirugía plástica en el cual el resultado deseado no puede ser siempre obtenido en la primera aproximación. Cuando Grandes defectos del borde y formas de defectos técnicamente difíciles están presentes, la corrección completa puede ser obtenida solamente paso a paso. Además la cirugía puede ser requerida dos veces, en intervalos de por lo menos tres meses. El paciente con tales defectos debe ser informado de acuerdo antes de comenzar el tratamiento.

Antes de iniciar los procedimientos quirúrgicos, se fabrica una prótesis provisional de acuerdo a los dictados del reborde deformado. Se coloca en la boca y se usa como una guía para determinar la cantidad y localización del tejido que debe cortarse o añadirse. Durante la cirugía se corrige y adaptan al nuevo reborde la restauración provisional con su forma de tronera aberrante y su forma de pónico deformada, el largo, ancho y la inclinación. Si persiste el problema después de la cirugía, se puede ajustar posteriormente la restauración provisional (o el tejido blando se reduce o aumenta después).

La restauración provisional también es valiosa en el tratamiento que involucra la extracción de un diente. La colocación inmediata de una restauración provisional bien diseñada como una guía en la cicatrización y reformación de los tejidos, da como resultado un reborde de forma cóncava evitando la necesidad de una futura cirugía correctiva.

El periodonto tiene una gran capacidad para adaptarse a la fuerza excesiva por medio de movimiento de dientes a nuevas posiciones a través de la reparación o regeneración, que se observan comúnmente por signos radiográficos de hiperfunción y aumento en la densidad

de la lámina dura. Sin embargo, la aplicación repetida de fuerzas excesivas por interferencias oclusales, fuerzas fuera del eje y hábitos parafuncionales pueden conducir a fuerzas que excedan la capacidad adaptativa de los tejidos ensanchando el espacio de ligamento periodontal, provocando la movilidad dentaria y con frecuencia resorción radicular. Esta destrucción distrófica del aparato de inserción se conoce como traumatismo de la oclusión. El daño a los soportes periodontales da como resultado cambios cualitativos y cuantitativos en el tejido que puede observarse de manera histológica como hemorragia, trombosis de los vasos sanguíneos, necrosis, hialinización del tejido conectivo del ligamento periodontal y resorción de la pared ósea del alveolo. La evidencia radiológica del traumatismo de la oclusión en el aparato de inserción abarca ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, fracturas radiculares y resorción radicular y ósea. Las manifestaciones clínicas del traumatismo de la oclusión son el incremento de la movilidad dentaria y con el tiempo, movilidad dentaria visible, frémito (movilidad dentaria palpable a la función) y migración dentaria. Puede existir sintomatología dolorosa, aunque las lesiones por traumatismo de la oclusión pueden ser asintomáticas. Cuando se conserva una cantidad adecuada de estructura periodontal para soportar las fuerzas normales de la oclusión pero existen fuerzas excesivas parafuncionales que rebasan la capacidad adaptativa del aparato de inserción, el proceso patológico se conoce como ***traumatismo oclusal primario***. Cuando la cantidad de aparato de inserción remanente intacto ha sido afectado por enfermedad periodontal y no puede soportar las fuerzas normales de la oclusión, el proceso patológico se conoce como ***traumatismo oclusal secundario***. En los casos con traumatismo oclusal primario con gingivitis, el tratamiento que se requiere es simple y conservador. El traumatismo oclusal con gingivitis y el traumatismo oclusal con

periodontitis son enfermedades separadas, y ambas pueden ser reversibles con una terapéutica menor. El tratamiento periodontal engloba el raspado y alisado radicular y el establecimiento de higiene bucal para controlar la inflamación. Esto se realiza primero, y puede reducir la movilidad. Si la movilidad aumenta de manera progresiva, o existen otros síntomas y signos de traumatismo de la oclusión, se justifica la terapéutica oclusal. La terapéutica oclusal incluye el desgaste selectivo para eliminar interferencias y a veces el uso de una guarda nocturna para controlar la actividad nocturna parafuncional. La movilidad dentaria puede relacionarse con enfermedad inflamatoria: gingivitis, periodontitis incipiente, moderada o pulpitis. La movilidad dentaria también puede vincularse a una causa oclusal identificable: interferencia o parafunción, como bruxismo nocturno o un hábito oclusal como morder una pipa u otro objeto duro. El tratamiento para ambas condiciones, inflamatoria y oclusal, a veces es necesario para reducir la movilidad y otros signos y síntomas del traumatismo oclusal primario. (Genco, Goldman, Cohen, 1994).

Movilidad progresiva.

La inflamación del tejido blando se controla de manera rutinaria junto con la terapéutica oclusal. Si la movilidad es generalizada y vinculada a enfermedad periodontal inflamatoria, el cuidado del tejido blando da como resultado reducción en la movilidad y no se necesita ningún tratamiento posterior. Pero si la movilidad persiste o se torna más grave, se examina la oclusión con cuidado para observar cambios en la posición dentaria provocados por enfermedad periodontal. Si no se descubren interferencias, puede existir un bruxismo nocturno que no ha sido detectado y se colocará una guarda nocturna.

Cuando un paciente manifiesta signos de desgaste o un espacio del ligamento periodontal ensanchado o tiene síntomas de dolor o debilitamiento de la función por una parafunción

diente a diente relacionada con movilidad progresiva, el tratamiento de elección será una guarda nocturna. Si la movilidad progresiva se vincula con pérdida de dientes, la restauración de la continuidad y la estabilidad del arco con una prótesis fija se utiliza cuando sea posible. (Genco, Goldman, Cohen, 1994).

Traumatismo oclusal secundario. El traumatismo oclusal secundario combinado con periodontitis casi siempre requiere de un tratamiento restaurativo extenso junto con la terapéutica periodontal. Con el traumatismo oclusal secundario puede estar disminuida la cantidad de aparato de inserción y los dientes no podrán soportar la fuerza resultante aún durante una función normal. Con frecuencia la movilidad es progresiva, empeorando durante varios meses a un año, a pesar de un buen raspaje y alisado radicular y el establecimiento de un buen control de placa. La terapéutica con un plano de mordida de Hawley puede ser útil después de la reducción de las fuerzas oclusales sobre los dientes posteriores en la valoración de una terapéutica oclusal más definitiva. Primero, todos los dientes en el traumatismo oclusal secundario pueden necesitar estabilización. Esta puede resultar difícil debido a la excesiva movilidad, a la longitud excesiva de corona clínica, a la pérdida de continuidad de arco, a aberraciones en la forma oclusal como una maloclusión. También redirige las fuerzas oclusales a los dientes anteriores, desarticula los dientes posteriores y ayuda a controlar la parafunción. Además, los dientes posteriores pueden erupcionar, eliminando interferencias, facilitando el ajuste oclusal.

La ferulización es un auxiliar útil en el tratamiento de movilidad dentaria progresiva por el traumatismo secundario. Se usa junto con la corrección del esquema oclusal y no como un sustituto para las relaciones oclusales pobres. La ferulización también puede estabilizar dientes débiles, mantener la posición dentaria y las relaciones después de un tratamiento

ortodóntico, prevenir la erupción de dientes sin antagonista y prevenir contactos abiertos y la resultante impactación de alimentos. (Genco, Goldman, Cohen, 1994).

Con frecuencia, puede requerirse ortodoncia auxiliar para corregir inclinaciones axiales para que las fuerzas se dirijan verticalmente a lo largo de los ejes de los dientes. El tratamiento exitoso del traumatismo oclusal se observa clínicamente por disminución en la movilidad y frémito y radiográficamente por un espacio de ligamento periodontal más delgado y una lámina dura más continua. Estos cambios ocurren porque el daño actual al aparato de inserción, causado por el traumatismo oclusal primario o secundario, es reversible cuando se trata. (Genco, Goldman, Cohen, 1994).

1.5 OBJETIVO GENERAL

Describir el mantenimiento del contorno gingival por medio de la utilización de Pónticos Ovais Post-exodoncia.

2. MÉTODO

2.1 .TIPO DE ESTUDIO

Caso Clínico.

2.2. SUJETO ESTUDIO

Paciente atendida en la Clínica Integral de Pregrado del Colegio Odontológico Colombiano, género Femenino y 29 años de edad, seleccionado bajo los siguientes criterios de inclusión:

Con consentimiento voluntario (Anexo 1)

Periodontalmente sano

Exodoncias indicadas de los dientes 12 y 22

Necesita tratamiento de Prostodoncia Parcial Fija

2.3. RECOLECCION DE DATOS

2.3.1 INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue la Historia Clínica del paciente, formato del Colegio Odontológico Colombiano. (Anexo 2).

2.3.2. PROCEDIMIENTO

Inicialmente se valoró al paciente con un Periodoncista y un Prostodoncista,(Anexo 3) éstos analizaron en que condiciones se encontraba el paciente, se diligenció la historia clínica (Anexo 4), se tomaron impresiones en alginato para obtener los modelos de diagnóstico, se ordenó un juego de radiografías periapicales completo. Luego de realizar el diagnóstico general del paciente, se aprobó el plan de tratamiento.

Posteriormente se realizó la fase de periodoncia en la cual se motivó al paciente, haciendo control de placa bacteriana, enseñanza de higiene oral, raspaje y alisado radicular, profilaxis y aplicación de flúor, luego se realizó la fase operatoria donde se hizo la eliminación de caries. Amalgamas de los dientes 17 (OMD), 15 (O). 14 (OM), 27 (OM), 25 (O), 35 (O) (Anexo 5). En la fase de cirugía se realizaron exodoncias de los dientes 12, 22, 18 y 28, fase de prostodoncia incrustaciones de los dientes 45 (OM) y del 47 (O), núcleo del diente 24 y se temporalizó.

Se prepararon los dientes pilares 11, 13, 21, 23; para tomar impresión preliminar del maxilar superior. (Anexo 6,Foto 16 - 17)

Se temporalizaron individualmente los dientes pilares, con el modelo preliminar se diseñaron las preparaciones con extensión radicular de 1 mm de los dientes 12 y 22 para crear la circunferencia del pónico oval.

Fase de laboratorio: se elaboraron temporales de termocurado de los dientes 13 al 23.

Fase Quirúrgica 1: exodoncias atraumáticas de los dientes 12 y 22 realizadas por el periodoncista, se adaptaron las temporales de termocurado con ayuda de la prostodoncista.

(Anexo 6, Foto 18 a la 32)

Fase Quirúrgica 2: alargamiento coronal del diente 24. (Anexo 6,Foto 33 a la 43)

Periodo de cicatrización: 4 meses. (Anexo 6,Foto 44)

Fase Quirúrgica 3: gingivectomía de los dientes 13 al 23 dejando las temporales con cemento quirúrgico. (Anexo 6,Foto 45- 46 -47)

Fase Prostodóntica 1: después de este procedimiento se hicieron correcciones de las preparaciones a los dientes pilares, y se tomó impresión definitiva; de ésta se obtiene el

modelo definitivo en el cuál se realizó la prostodoncia fija con las especificaciones para pónicos ovals. (Anexo 6, Foto 48 al 51)

Fase Prostodóntica 2: se realizaron las pruebas de metal, prueba de porcelana, se hicieron correcciones correspondientes, y cementación definitiva de Prostodoncia Parcial Fija del 11 al 13 y del 21 al 23. (Anexo 6, Foto 52 al 54)

Se le dieron recomendaciones al paciente y se le realizaron controles periódicos cada mes.

3. RESULTADOS

Paciente atendido en la Clínica Integral de Pregrado del Colegio Odontológico Colombiano, Historia Clínica numero: 325926. (Anexo 4)

I. INFORMACIÓN GENERAL

Género: Femenino

Edad: 29 años

II. MOTIVO DE CONSULTA

Revisión General

III. ANAMNESIS

Historia familiar: ningún antecedente

Historia médico personal: hospitalización por parto (hace 3 años, en Agosto), cirugía por histerectomía (3 años) duró 8 días en recuperación.

Revisión por sistemas: cefaleas constantes por el no uso de gafas.

Trastorno de visión: miopía y astigmatismo (uso de gafas permanentes, hace 3 años)

Historia Estomatológica: desarmonías oclusales; amalgamas desadaptadas, resinas desadaptadas, espacios edéntulos, facetas de desgaste, diastemas, sensibilidad dentaria: al frío – diente 17, sangrado gingival: al cepillado.

Dieta: equilibrada

Higiene oral: cepillado tres veces al día, técnica arriba, abajo y circular. Seda dental se utiliza, pero se le dificulta los dientes de atrás.

Uso de palillos: después del almuerzo

Enguatorios: cada tres días.

Tratamientos recibidos:

Cirugía Oral: alargamiento de corona clínica del diente 22

Operatoria: amalgamas del 14 –15-16-24-25-26-27; resinas del 11-21.

Endodoncia: diente 21

Periodoncia: profilaxis, terapia básica

Prostodoncia: temporales de los dientes 12 y 22

IV. EXAMEN FISICO

Aspecto General: contextura delgada, estatura media alta, rozagante, el paciente se presentó a consulta por sus propios medios.

Peso: 50 Kg.

Estatura: 1. 60 cms

Temperatura: 36°. C

Pulso: 77 pulsaciones / segundo

Presión arterial: 101/71 Mm/ Hg

Frecuencia cardiaca: 77 / minuto

Ritmo cardiaco: rítmico

Ojos, nariz, senos paranasales, pelo, uñas, piel, cuello – Normales.

Pares Craneanos: II por craneano alteración de visión (miopía y astigmatismo)

Evaluación psicológica: estado de ánimo alegre, funciones cognoscitivas normales, buena transferencia y cotransferencia.

Actitud frente al tratamiento odontológico: es positiva, consciente del grado de complejidad del tratamiento.

V. EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR (Anexo 6,Foto 1 -2)

Presenta simetría, relación de tercios de la cara normal, presenta competencia labial, clasificación de Angle no aplicable por ausencia de los dientes 16-26-36-46, presenta diastemas a nivel del 32-33-42-43-33-34-44.

Resalte overjet (3 mm.). Entrecruzamiento obervite (2 mm)., Línea media dentaria desviada a la derecha – superior.

Examen funcional: en R.C. 24 – 25 –34

Trabajo derecho: 13-43

Trabajo izquierdo: 23-33

Protrusión: 12-43

Grado de Movimiento mandibular:

Apertura: 37 mm.

Protrusión: 6 mm.

Lateralidad izquierda: 3 mm.

Lateralidad derecha: 3 mm.

Dimension vertical postural: 37 mm.

Dimension vertical oclusal: 35 mm.

Espacio libre: 2 mm.

Ruidos articulares: ATM derecha tipo chasquido en los 2/3 del movimiento de apertura, ruido articular ATM izquierdo tipo chasquido en el 1/3 movimiento de apertura.

VI. EXAMEN FISICO ORAL

Gingiva anormal, sangra al cepillado color rojo intenso, textura lisa, consistencia blanda.

Evaluación Periodontal:

Color: rojo

Márgen: discontinuo

Consistencia: blanda

Textura: lisa, brillante

Grosor: aumentado

Contorno: irregular

Papilas: agrandadas

Sangrado: al cepillado

VII. ODONTOGRAMA (Anexo 6,Foto 3- 4- 5 – 9- 10)

- 18 - cavidad, caries activa oclusal
- 17- amalgama oclusal Mesodistal desadaptada
- 16- ausente
- 15- amalgama oclusal desadaptada. Giroversión Meso Vestibular
- 14- amalgama oclusal meso desadaptada. Giroversión Meso Vestibular
- 13- sano
- 12- temporal. Fractura por palatino
- 11- resina vestibular incisopalatino desadaptada
- 21- resina mesovestibulopalatina desadaptada. Resina distopalatina desadaptada
- 22- temporal . Fractura por palatino
- 23- sano
- 24- amalgama ocluso vestibulomesial desadaptada.
- 25- amalgama oclusal desadaptada

- 26- ausente
- 27- amalgama ocluso mesial desadaptada
- 28- amalgama oclusal desadaptada
- 38- ausente
- 37- ausente
- 36- ausente
- 35- amalgama oclusal desadaptada
- 34- surcos pigmentados. Giroversión distolingual
- 33- sano . Faceta de desgaste
- 32- sano . Faceta de desgaste
- 31- sano . Faceta de desgaste
- 41- sano . Faceta de desgaste
- 42- sano . Faceta de desgaste
- 43- sano
- 44- sano
- 45- amalgama ocluso mesial desadaptada. Giroversión mesolingual
- 46- ausente
- 47- amalgama oclusal desadaptada
- 48- ausente

VIII. EXAMENES RADIOGRAFICOS (Anexo 6,Foto 6 – 7 – 8)

Estructuras dentarias:

Maxilar Superior: 18 estructuras anatómicas normales aparentemente sanos. 17-15-

14. zona radiopaca coronal aparentemente restauración metálica, 13 zona

radiolúcida coronal aparentemente caries mesial, 12 zona radiopaca coronalmente intraradicular aparentemente núcleo, 11 zona radiopaca intraradicular aparentemente obturación de conductos, 21 zona radiopaca coronal aparentemente restauración plástica y zona radiolúcida distal aparentemente caries distal. 22 zona radiopaca coronal e intraradicular aparentemente núcleo, 23 aparentemente sano, 24,25,27,28, zona radiopaca coronal aparentemente restauración amalgama, 26 ausente.

Maxilar Inferior: 38,37,36 ausentes, 35 zona radiopaca coronal aparentemente amalgama; 34,33,32,31,41,42,43,44 aparentemente sanos, 45, 47 zona radiopaca coronal aparentemente restauración metálica, amalgama.

Radiográficamente se observa iatrogenia del 22 por debilitamiento de paredes internas radiculares. Del diente 22 lesión lateral por fractura radicular a nivel del tercio medio ocasionado por iatrogenia.

IX. EVALUACIÓN ESTATICA (Anexo 6,Foto 11 -12- 13 -14 -15)

Configuración arco superior: ovalado

Configuración arco inferior: triangular

X. DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

Generales: miopía

Craneomandibulares: presenta ruido articular ATM derecho de tipo chasquido 2/3 en el movimiento de apertura; y ruido articular ATM izquierdo tipo chasquido 1/3 en el movimiento de apertura.

Periodontales: gingivitis asociada a placa bacteriana.

Dentales: caries activa del 18, caries recurrente del 17,15,14,12,11,21,22,24, 25,27, 28,35,45,47.

Facetas de desgaste: 31, 32, 33, 41, 42

Giroversiones: 14, 15, 34, 45.

Espacios edéntulos: 16, 26, 46, 48, 37, 38.

Dientes fuera de oclusión: 18 y 28

Endodónticos: Caries con compromiso pulpar del 21 y 24.

XI. PRONOSTICO

Malo. Se realizaron exodoncias de los dientes 12 y 22.

Bueno. Se le ofreció una nueva alternativa en restauración estética.

XII. SECUENCIA DEL PLAN DE TRATAMIENTO

Periodoncia: motivación al paciente, control de placa bacteriana, enseñanza de cepillado, terapia básica, profilaxis, eliminación de focos infecciosos de acumulo de placa, raspaje y alisado coronal, terapia de mantenimiento.

Cirugía: exodoncias indicadas método cerrado de los dientes 12, 22, 18 y 28.

Endodoncia: profiláctica de los dientes 21 y 24

Operatoria: amalgamas de los dientes 17, 15, 14, 27, 35

Prostodoncia: núcleo del 11

núcleo del 21

incrustaciones del 45 y 47

prostodoncia Parcial Fija de tres unidades del 11 - 13

prostodoncia Parcial Fija de tres unidades del 21 – 23

Con aplicación de pónicos ovals del 12 y 22, con preparación para

Collar Less

núcleo del 24 Corona completa combinada del 24.

Periodoncia: Terapia de mantenimiento- Reevaluación.

XIII. EVOLUCIÓN

La respuesta del tejido ante la restauración con porcelana fué buena, se encontró un contorno gingival regular, encía color rosado pálido, consistencia firme, presencia de punteado gingival, ausencia de sangrado. Se observó buena cicatrización del área circundante a las cirugías realizadas. Se tomó radiografías periapicales en donde se observó que la adaptación de la prostodoncia parcial fja fue ideal.

Respecto al comportamiento del contorno gingival después de realizados los procedimientos clínicos las medidas se comportaron de la siguiente manera:

Partiendo de las medidas iniciales de las papilas por mesial por distal del área circundante a las cirugías (exodoncias de los dientes 12 y 22) las medidas de las papilas adyacentes fueron Papila M13 4mm PD11 3 PD21 3 mm PM23 3mm. Se pudo observar claramente la ganancia y pérdida del contorno gingival, en los controles a 2 y 5 meses; observando que en la PM13 hubo pérdida de 1mm en la PD11 se ganó 0,5mm, la PD21 se mantuvo estable y la PM23 perdió 0,25mm.

Estos cambios se observan en las siguientes tablas:

**Medida del contorno gingival
Inicial (Nov)**

Medida (mm)	PM 13	PD 11	PD 21	PM 23
	4	3	3	3

PM	Papila Mesial
PD	Papila Distal



**Medida del contorno gingival
a los 2 meses (Enero)**

	PM 13	PD 11	PD 21	PM 23
Medida (mm)	3	3.1	3	2

**Medida del contorno gingival
a los 5 meses (Abril)**

	PM 13	PD 11	PD 21	PM 23
Medida (mm)	3	3	3	2.5

PROMEDIO

	PM 13	PD 11	PD 21	PM 23
Medida (mm)	3	3,5	3	2.25

DIFERENCIA

	PM 13	PD 11	PD 21	PM 23
Medida (mm)	- 1mm	+ 0,5	0	- 0,25

Aunque las cirugías se hicieron con el mínimo de trauma posible, el comportamiento se puede deber a varios factores, la respuesta del tejido y la presión que ejercían las temporales puesto que ésta debía existir para crear la concavidad que albergara la porcelana de los pónicos, en una medida de 1 a 3 mm.

XIV. CONTROLES

Clínicos Mensuales : Periódicamente se observó que el margen de la encía describe un curso ondulado alrededor de las superficies de los dientes, se encontró una encía

firme resistente, color rosado pálido, ausencia de sangrado y sin disminución clínica del margen gingival.

La respuesta del tejido ante la restauración con porcelana fué positiva. La adaptación de la prostodoncia parcial fija, fué buena; ya que al pasar el explorador en su contorno, éste no se interpone entre la restauración del diente.

Radiográficos Mensuales: Se tomó radiografías periapicales en donde se observó que la adaptación de la prostodoncia fija fué precisa.

4. RECOMENDACIONES

Los investigadores recomiendan:

- Implementar el uso de p nticos ovales post-exodoncia en pacientes que requieran tratamiento restaurativo para mejorar estética y función.
- Realizar un estudio descriptivo clínico y radiográfico de seguimiento a largo plazo de los casos de pacientes a quienes se les ha realizado tratamientos con p nticos ovales post-exodoncia.

BIBLIOGRAFÍA

- Abrams H, Kotczyk R., and Koplan AI. Incidencia Deformación de puentes Anteriores en Pacientes Edéntulos Parciales. *Journal Prostodontic*: 57 – 191. 1987.
- Abrams L. Argumentado de Deformidad Residual en Pacientes Edéntulos con Prótesis. *Comped Contin Educ Dent*: 1-205. 1985.
- Dewey K-W. Y Zugsmith, R: An Experimental Study of Tissue Reactions About Porcelain Roots for fixed Bridgework. *J. Dent Research* 13: 459-472. 1933.
- Genco. Golman. Cohen. Periodoncia. Mc GrawHill, Interamericana: 680-685. 1994.
- Jonanovic- SA. The Management of Peri- implant Breakdown Around Fuctioning Osseointegrated Dental Implants. 1993.
- Jonanovic- SA, Paul –SJ; Nishimura –RD. Anterior Implant-supported Reconstructions: A Surgical Challenge. 1999.
- Stanley D. Tylman. Prótesis de Coronas y Puentes. Unión Tipográfica Editores. Hispanoamérica. México. 1956.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

- **Caso de cirugía periodontal en el maxilar superior**
<http://www.dent.ucla.edu/pic/visitors/pfs/pfshome.html>
- **Cómo llenar una historia de terapia periodontal**
<http://www.dent.ucla.edu/pic/visitors/rpe/rpe/home.html>
- **Especificaciones y uso del instrumental para periodoncia**
<Http://www.dent.ucla.edu/pic/visitors/scaling/index.html>
- **Periodonto sano y Pónticos**
<Http://www.infomed.es/uvd/prótesissobreimplantes/actual/casjul3.html>
- **Sascha A. Jovanovic**
Sjovanov@dentnet.dent.ucla.edu
- [www.educar.org/guias/salud/preguntas 9in.html](http://www.educar.org/guias/salud/preguntas9in.html)

LISTA ESPECIAL
(Material Complementario)

ANEXO 1

Consentimiento voluntario del paciente

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA CLINICA
CLINICA DE ADULTOS**

HOJA DE ACEPTACION VOLUNTARIA

**Que, el (la) suscrito (a) Nubia Emilsen Lleras Lopez
con C.C. N° 52'097.165 de Bogotá D.C. paciente del
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO, manifiesta haber sido
informado de la enfermedad que padece, así como también de
los riesgos que conlleva el tratamiento quirúrgico, anestésico, y
restaurador al que será sometido.**

**De acuerdo con este conocimiento declara estar conforme con
el tratamiento propuesto y acepta los riesgos inherentes al
desarrollo del procedimiento bajo su propia responsabilidad.**

Atentamente

Nubia Emilsen Lleras Lopez

**C.C. N° 52'097.167 de Bogotá D.C.
Bogotá D.C. _____**

ANEXO 2

Historia Clínica
Formato Colegio Odontológico Colombiano

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO HISTORIA CLÍNICA



I. INFORMACIÓN GENERAL

APELLIDOS Y NOMBRES ESTUDIANTE		CODIGO	SEM.	TELEFONO	HISTORIA CLINICA		
APELLIDOS Y NOMBRES DOCENTE		PISO	TURNO	R. MINS.	DIA	MES	AÑO
APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE		CEDULA TARJETA ID OTRA	NUMERO		EXPEDIDA EN		
DIRECCION RESIDENCIA		CIUDAD	TELEFONO	DIRECCION LABORAL		CIUDAD	TELEFONO
EDAD	SEXO	RAZA	EST. CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION	EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: TELEFONO	
NOMBRE MEDICO		TELEFONO	TIENE HISTORIA CLINICA EN OTRA INSTITUCION		SI NO	NOMBRE INSTITUCION TELEFONO	
ULTIMA VISITA MEDICA (Fecha y Razón)		ULTIMA VISITA ODONTOLÓGICA (Fecha y Razón)		POR QUE ESCOGIO AL COC PARA SU TRATAMIENTO?			

II. MOTIVO DE CONSULTA

--	--

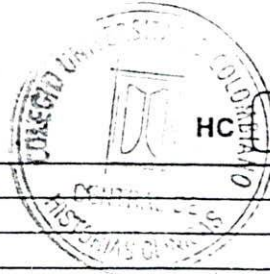
III. ANAMNESIS

HISTORIA FAMILIAR		SI	NO	HISTORIA MED. PERSONAL		SI	NO			SI	NO
1. Diabetes				11. Hospitalizaciones				21. Enf. dermatológicas			
2. Cáncer				12. Traumas				22. Enf. Gastrointestinales			
3. Enf. Cardiovasculares				13. Cirugías				23. Enf. Venéreas			
4. Enf. Hemorrágicas				14. Cardiopatías				24. Inmunodeficiencias			
5. Artritis				15. Hipertensión				25. Epilepsia			
6. T.B.C.				16. Cáncer				26. Enf. respiratorias			
7. Alergias				17. Enf. Hepáticas				27. Enf. Endocrinas			
8. Enf. Dermatológicas				18. Alergias				28. Fármaco dependencia			
9. Anomalías Congénitas				19. Fiebre Reumática				29. Trastornos Mentales			
10. Enf. Mentales				20. Artritis Reumatoidea				30. Prótesis			

REVISION POR SISTEMAS		SI	NO			SI	NO			SI	NO
31. Cefalea				44. Disfagia				57. Trast. Articulares			
32. Fiebre				45. Hábitos Digestivos				58. Trast. de Piel			
33. Dolor Facial				46. Anorexia				59. Ictericia			
34. Hiperhidrosis				47. Expectoración				60. Diaurias			
35. Convulsiones				48. Hemoptisis				61. Cambio de Peso			
36. Vértigos				49. Tos				62. Polidipsia			
37. Lipotimias				50. Disnea				63. Trast. Gusto			
38. Parestesias				51. Taquicardia				64. Trast. Olfato			
39. Vómitos				52. Edema				65. Trast. Visión			
40. Diarreas				53. Palidez				66. Trast. Lenguaje			
41. Náuseas				54. Dolor Precordial				67. Trast. Audición			
42. Melenas				55. Discracias Sanguíneas				68. Trast. Musculo-esqueléticos			
43. Pirosis				56. Linfadenopatía				69. Trast. Mentales			

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS										SI	NO
M.	AÑOS	C.	UR.	G.	P.	A.	UP.	70. Planificación			

TRATAMIENTO ACTUAL	



OBSERVACIONES (Historia Médica)

Interconsulta Médica SI NO REMITIDO A:

HISTORIA ESTOMATOLOGICA

SI NO

SI NO

SI NO

1. Dolor Músculos Masticadores

5. Desarmonías Oclusales

9. Dolor/Ardor T. Blandos

2. Dolor A.T.M.

6. Hábitos

10. Sensibilidad Dentaria

3. Ruido A.T.M.

7. Xerostomía

11. Sangrado Gingival

4. Alteración en el Movimiento

8. Odontalgia

12. Halitosis

OBSERVACIONES:

DIETA

Equilibrada

Hipo Calórica
HiperHipo Protéica
HiperHipo Lipídica
Hiper

Citrícos

Otros

OBSERVACIONES:

HIGIENE
ORAL

Cepillado: Frecuencia 1 2 3 Técnica:

1. Cepillo Duro

Blando

Dentifrico:

Seda Dental SI

NO

2. Palillos SI

NO

4. Enjuagatorios SI

NO

5. Fluorización SI

NO

Otras Ayudas SI

NO

OBSERVACIONES:

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

SI NO

SI NO

SI NO

1. Cirugía Oral

4. Periodoncia

7. Oclusión y A.T.M.

2. Operatoria Dental

5. Prostodoncia

8. Implantología

3. Endodoncia

6. Ortodoncia/Ortopedia

9. Medicina Oral

OBSERVACIONES:

IV. EXAMEN FISICO

HC



Aspecto General

Peso	Estatura	Temperatura	Pulso
Presión Arterial	Frecuencia Cardiaca	Ritmo Cardiaco	

		N	A		N	A		N	A
1 OJOS	Alineación			Posición			Pupilas		
	Conjuntivas			Movimientos			Visión		
2 NARIZ SENOS PARANASALES	Simetria			Sensibilidad			Olfato		
3 PELO	Cantidad			Grosor			Distribución		
4 UÑAS	Color			Forma			Textura		
	Fisuras			Fragilidad					
5 PIEL	Color			Textura			Vascularización		
	Lesiones								
6 CUELLO	Triangulo Anterior			Porción Lateral Derecha			Porción Lateral Izquierda		
	Porción Posterior								
7 PARES CRANEANOS	I N A			II N A			III N A		
	VII N A			VIII N A			IX N A		
							X N A		
							XI N A		
							XII N A		

OBSERVACIONES:

Interconsulta SI NO Remitido a:

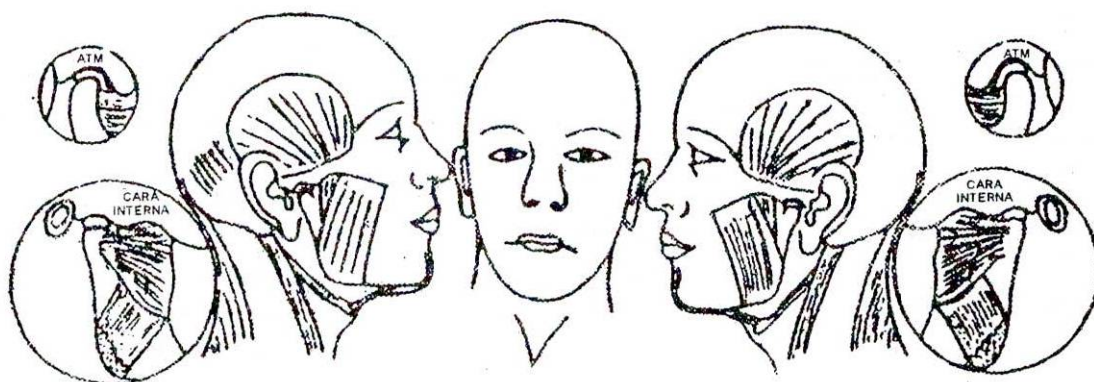
EVALUACION PSICOLOGICA (Estado de ánimo, pensamiento, percepciones, funciones cognitivas, relaciones interpersonales, transferencia, contratransferencia.)

Interconsulta Psicológica SI NO Remitido a:

Actitud ante el tratamiento Odontológico

EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR

HC



EXAMEN FACIAL	Relación de los tercios de la cara		Competencia Labial	Surco Labio Mentoniano	Perfil
FRONTAL	N	A	Presente	Normal	Recto
Simetria	Superior	_____	Ausente	Ausente	Cón cavo
Asimetria	Me dio	_____		Aumentado	Convexo
	Inferior	_____			

EXAMEN INTRA ORAL	Resalte (Overjel)	Entrecruzamiento (Obervite)	Línea Media Dentaria		Análisis de Espacios	
Clasificación de Angle	Normal _____ mm	Normal _____ mm	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Clase I _____	Aumentado _____ mm	Aumentado _____ mm	Normal	_____	Apiñamientos	_____
II _____	Borde a borde _____ mm	Borde a borde _____ mm	Izquierda	_____	Diastemas	_____
III _____	Invertido _____ mm	Invertido _____ mm	Derecha	_____	Facetas de	_____
					Desgaste	_____

EXAMEN DE DISGNACIAS	SAGITALES	VERTICALES
TRANSVERSALES	Prognatismo del Maxilar Superior _____	Mordida Abierta
Compresión Superior _____ Inferior _____	Normorelación _____ Distorelación _____	Anterior _____ Posterior _____
Mordida Cruzada Posteior	Mordida Cruzada Anterior _____	Bilateral _____ Unilateral _____
Bilateral _____ Unilateral _____	Verdadera _____ Falsa _____ Pseudo _____	Derecha _____ Izquierda _____
Derecha _____ Izquierda _____	Biprotusión _____	

EXAMEN FUNCIONAL	Movimientos Excursivos	Grado de Movimiento Mandibular	Ruidos Articulares
Primer Contacto Dentario	Trabajo Derecho Balanza Izquierda	Apertura _____ mm	ATM Derecha
En Habitual _____ En RC _____	_____	Protrusión _____ mm	Chasquido Crepitación
	Balanza Derecha Trabajo Izquierdo	Lateralidad Izquierda _____ mm	1/3 _____ 2/3 _____ 3/3 _____
	_____	Lateralidad Derecha _____ mm	Movimiento _____
Desplazamiento (RC - PM)		Desviación en el Movimiento	
Anterior _____ Posterior _____ mm	Anterior Protrusión Posterior	Apertura _____ Desviación _____	ATM Izquierda
Izquierda _____ Derecha _____ mm	_____	Protrusión _____ Línea Media _____	Chasquido Crepitación
Superior _____ mm		Dimensión Vertical	1/3 _____ 2/3 _____ 3/3 _____
		DVP _____ DVO _____	Movimiento _____
		Libre _____	

PALPACION ARTICULAR Y MUSCULAR	Masetero	Derecho	Izquierdo	Contracción	Estiramiento	Reposo
ATM Derecha _____ Lateral _____ Posterior _____	Temporal	_____	_____	_____	_____	_____
Reposo _____ Movimiento _____ PMI _____	Pterig Interno	_____	_____	_____	_____	_____
ATM Izquierda _____ Lateral _____ Posterior _____	Pterig Externo	_____	_____	_____	_____	_____
Reposo _____ Movimiento _____ PMI _____	Otros	_____	_____	_____	_____	_____

OBSERVACIONES:

EXAMEN FISICO ORAL

HC



EVALUACION DE TEJIDOS BLANDO Y OSEO															
		N	A			N	A			N	A			N	A
1. Labios				4. Gingiva				7. Piso de Boca				10. Paladar Blando			
2. Carrillos				5. Reborde Alveolar				8. Frenillos				11. Amígdalas/Orofaringe			
3. Surco Vestibular				6. Lengua				9. Paladar Duro				12. Glandulas Salivares			

OBSERVACIONES: Descripción de lesiones (localización, color, forma, tamaño, consistencia, textura, síntomas y tiempo de evolución)

EVALUACION PERIODONTAL

ENCIA		N	A			N	A
1. Color				5. Grosor			
2. Margen				6. Contorno			
3. Consistencia				7. Papilas			
4. Textura				8. Encia Adherida			

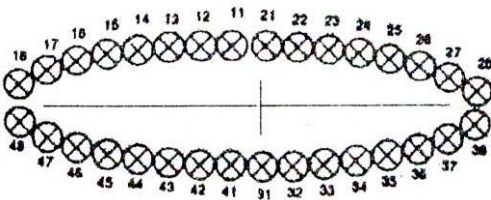
	SI	NO
9. Cálculos		
10. Sangrado		
11. Supuración/Exudado		
12. Movilidad Dentaria		
13. Frémito		

OBSERVACIONES: _____

EVALUACION DE HIGIENE ORAL

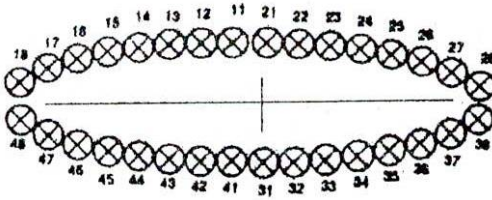
Indice Inicial

Fecha: _____



Re-evaluación 1

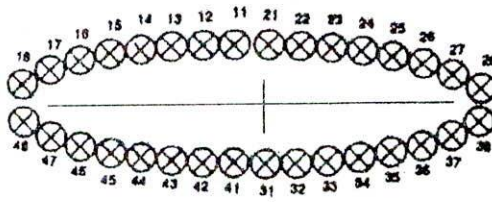
Fecha: _____



INDICE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA			
	Diente		
	Grado		
Max. Inf.	0	Blanda	Calcificada
	1		
	2		
	3		
Max. Sup.	0		
	1		
	2		
	3		

Re-evaluación 2

Fecha: _____



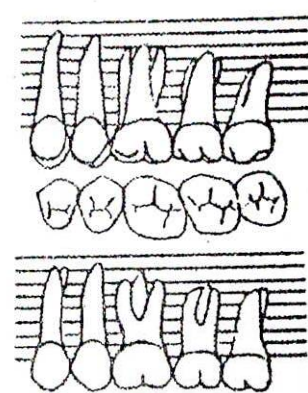
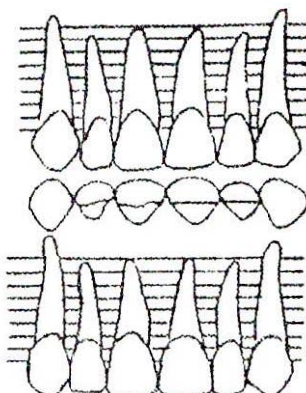
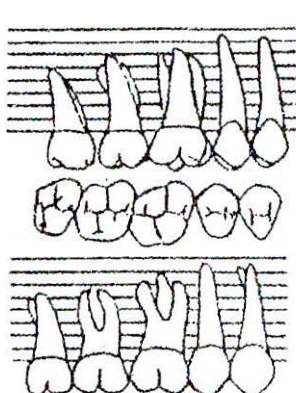
PERIODONTOGRAMA

Furcaciones



Sondaje Inicial
Sondaje Re-eval.
Nivel Inserción
Recesión

P



Sondeo Inicial
Sondeo Re-eval.
Nivel Inserción
Recesión
Movilidad
Línea Mucogingival

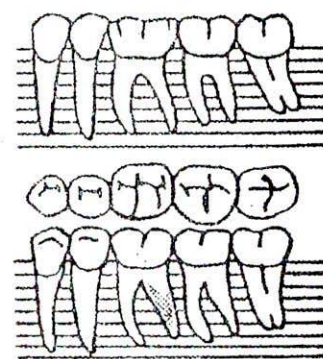
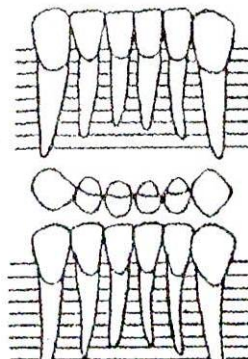
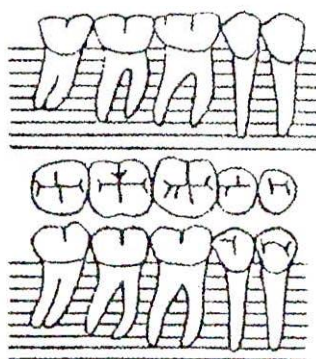
V

D

Sondeo Inicial
Sondeo Re-eval.
Recesión
Nivel Inserción
Movilidad
Línea Mucogingival

V

I



Sondaje Inicial
Sondaje Re-eval.
Nivel Inserción
Recesión
Línea Mucogingival

L

Furcaciones



Convenciones:

Contactos Abiertos
Restauraciones Inadecuadas
Sobrecontornos
Vitalidad Negativa
Empaquetamiento Alimenticio

Corona Puente
Rotación Extrusión
Furca (1 2 3)
Dientes Ausentes (Negro)

Sensibilidad a la Percusión
Tensión Frenillo
Sensibilidad
Fremito

EVALUACION DENTAL

HC

7

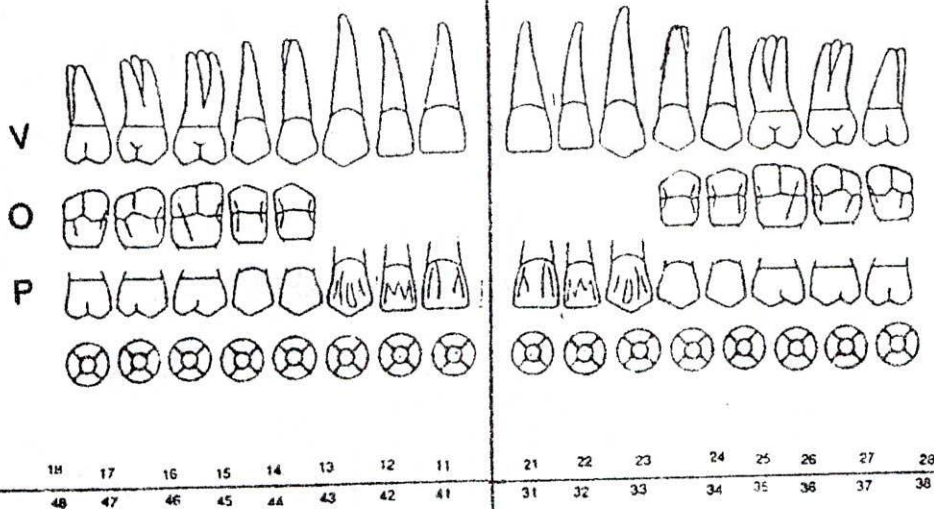
ODONTOGRAMA

Convenciones
Caries: Rojo
Ausentes: Negro
Vitalidad: (+) (-)

Restauraciones

Resina/tonómetro: Amarillo
Amalgama: Gris
Incrustación/Corona: Dorado
Temporal: Verde

Cambio de Color: Naranja
Erosión: Café
Malposiciones: $\nwarrow$ $\nearrow$ $\downarrow$ $\uparrow$ $\rightarrow$ $\leftarrow$
Fracturas: Línea
Dolor: Δ Rojo



18	
17	
16	
15	
14	
13	
12	
11	

28	
27	
26	
25	
24	
23	
22	
21	

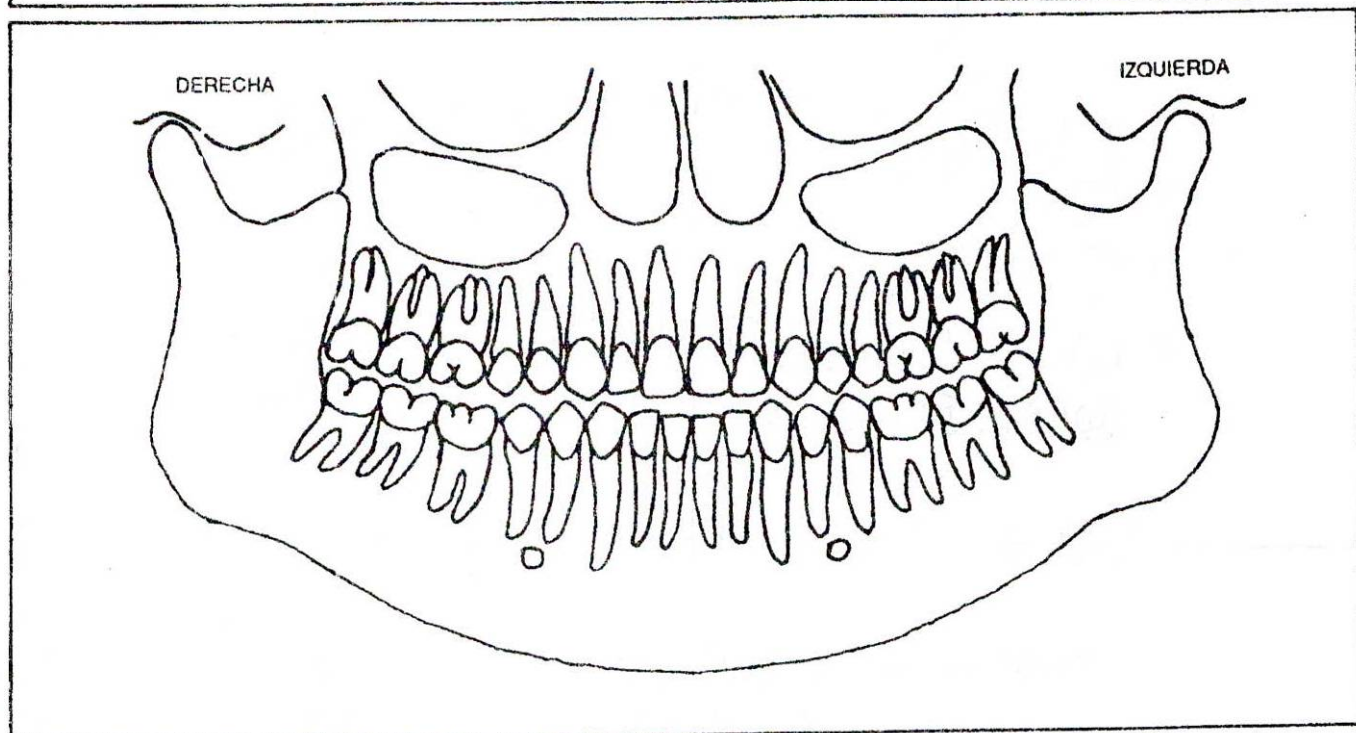
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	

31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	

HC

2015-2016

Panorámica _____ Periapicales _____ Coronales _____ Oclusales _____ Otras _____

[illegible]

EXAMENES DE LABORATORIO

HC

9

Laboratorio Clínico (Exámenes Solicitados y Resultados)

Laboratorio Histopatológico

Biopsia

Citología

Región

Diagnósticos

ESTUDIO DE MODELOS ARTICULADOS

Ajuste del Articulador

Distancia Intercondilar

S

M

L

Guía Condilar Vertical

DER.

IZQ.

Guía Condilar Lateral

DER.

IZQ.

Evaluación Estática (Articulador Abierto)

Configuración Arco Superior

Inferior

Limitación y Longitud

Espacios edentulos

Diastemas (II)

Apiñamiento (*)

Malposiciones

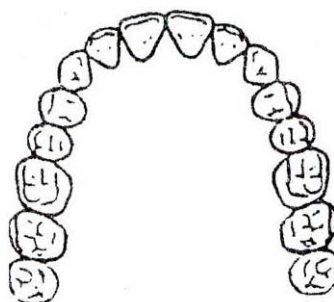
M

V

L

V

Facetas de desgaste



Evaluación Estática (Articulador Cerrado)

Clasificación de Angle

Sobremordida Vertical

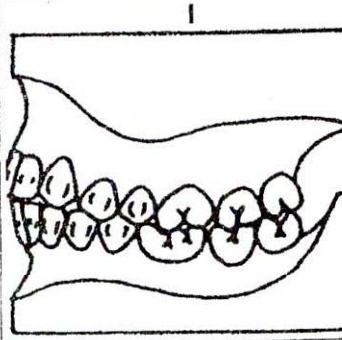
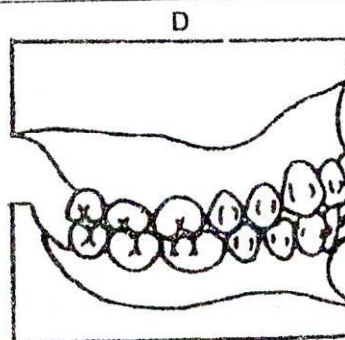
Sobremordida Horizontal

Relación Intermaxilar

Relación Dentaria

Planos Oclusales

Extrusiones () Intrusiones ()



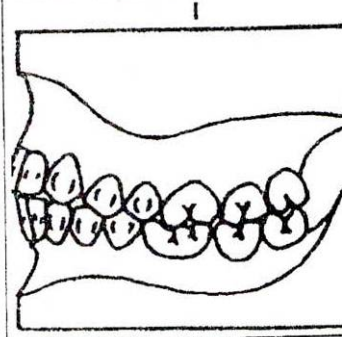
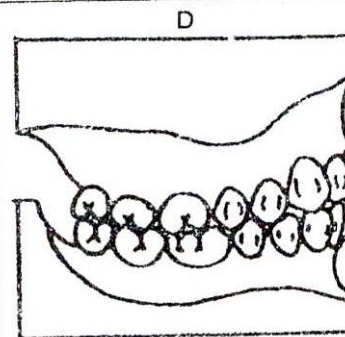
Evaluación Dinámica

Relación Céntrica

Trabajo Derecho / Balanza Izquierda

Balanza Derecha / Trabajo Izquierdo

Protrusión



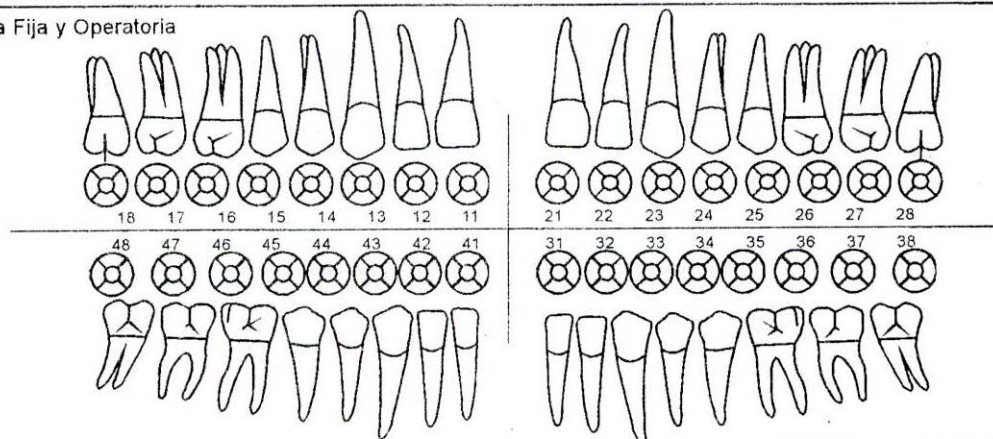


IX. PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

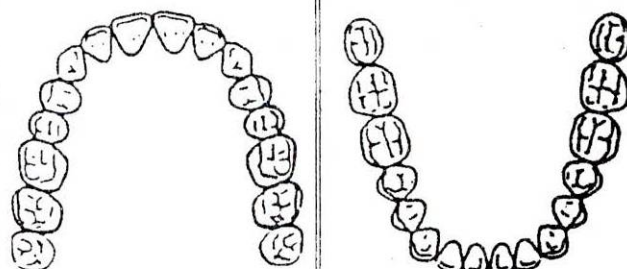
HC

Urgencia
Interconsultas
Medicina Oral
Prevención
Periodoncia
Endodoncia
Cirugía Oral y Maxilofacial
Oclusión y ATM
Ortodoncia
Implantología

Prostodoncia Fija y Operatoria



Prostodoncia Removible



IX. PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

HC

Urgencia

Interconsultas

Medicina Oral

Prevención

Periodoncia

Endodoncia

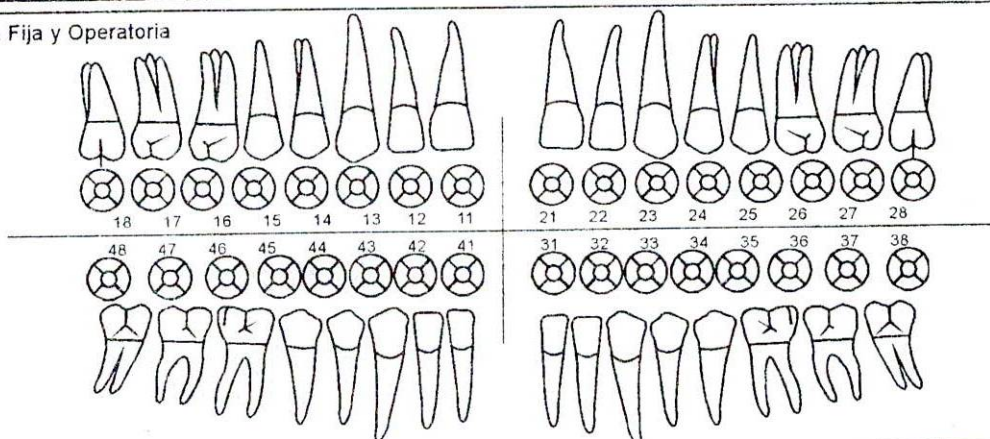
Cirugía Oral y Maxilofacial

Oclusión y ATM

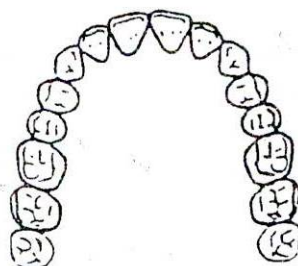
Ortodoncia

Implantología

Prostodoncia Fija y Operatoria



Prostodoncia Removible



HC

[illegible]

HC

[illegible]

H.C.

--

FIRMA PACIENTE, _____

Firma Padre y/o Acudiente, _____

C. C. _____



HUELLA INDICE
DERECHO

[illegible]

EVOLUCION CRONOLOGICA DEL TRATAMIENTO

HC

[illegible]

A N E X O 3

**Hojas de Especialistas
Prostodoncista y Periodoncista**



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS CLÍNICAS
INTERCONSULTA ESPECIALIZADA

NOMBRE ALUMNO _____ CODIGO _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ H.C. _____

NOMBRE DEL DOCENTE _____ FECHA _____

OBSERVACIONES CLÍNICAS DE LA REMISION _____

FIRMA DEL DOCENTE CLÍNICO

VALORACION DEL ESPECIALISTA _____

ND

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FECHA



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS CLÍNICAS
INTERCONSULTA ESPECIALIZADA

NOMBRE ALUMNO Astrid Eliana Niño Rojas CODIGO 972225
NOMBRE DEL PACIENTE Nubia Lievano H.C. 325926
NOMBRE DEL DOCENTE Marcela Díaz Morentes FECHA _____

OBSERVACIONES CLÍNICAS DE LA REMISIÓN Radiográficamente se observa iatrogenia del 22 por debilitamiento de paredes internas radiculares, núcleo muy grande.
Del diente 12 lesión lateral por fractura radicular a nivel del tercio medio ocasionado por iatrogenia.

Soley MDM

FIRMA DEL DOCENTE CLÍNICO

VALORACIÓN DEL ESPECIALISTA Se decidió realizar exodoncias indicadas del 12 y 22 ya que ~~se~~ no se ven bien.
También se realizaron alargamiento de corona clínica del diente 24.

José M. Peña y J.

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FECHA _____



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS CLÍNICAS
INTERCONSULTA ESPECIALIZADA

NOMBRE ALUMNO Astrid Eliana Niño Rojas CODIGO 972225
NOMBRE DEL PACIENTE Nubia Lievano H.C. 325926
NOMBRE DEL DOCENTE Marcelo Díaz Marentes FECHA _____

OBSERVACIONES CLÍNICAS DE LA REMISIÓN Del diente 22 se observa iatrogenia por debilitamiento de paredes internas radiculares.
Del diente 12 lesión lateral por fractura radicular a nivel del tercio medio ocasionado por iatrogenia.

FIRMA DEL DOCENTE CLÍNICO

VALORACIÓN DEL ESPECIALISTA Se decidió realizar P.P.F. de 11-13 con modificación postica oval del 12. y P.P.F. del 21-23 con modificación postica oval del 22. Corona completa combinada del 24 con el objetivo de poder devolver perfiles de emergencia y estética mayor.

07.27.2001

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FECHA

ANEXO 4

Historia Clínica diligenciada

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO HISTORIA CLINICA



I. INFORMACION GENERAL

APELLIDOS Y NOMBRES ESTUDIANTE Astrid Niño		CODIGO 97 2 2 2 5 18	SEM. IX	TELEFONO 4 3 6 5 2 6 1	HISTORIA CLINICA 325926	
APELLIDOS Y NOMBRES DOCENTE Díaz Mavella		PISO 6	TURNO 1pm	R. MINS.	DIA 10 Jul	AÑO 2001
APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE Lievaro Lopez Nubia E.		CEDULA TARJETA ID OTRA	X NUMERO 52'097.165		EXPEDIDA EN Bogotá	
DIRECCION RESIDENCIA cra 93 # 94-16		CIUDAD Bta	TELEFONO 2764151	DIRECCION LABORAL		CIUDAD TELEFONO
EDAD 29 años	SEXO F	RAZA Baucaz	EST. CIVIL casada	ESCOLARIDAD 7º bach.	Ocupacion Ventas	EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: TELEFONO Marta Marino 2764151
NOMBRE MEDICO Patricia Reyes		TELEFONO	TIENE HISTORIA CLINICA EN OTRA INSTITUCION		X NO NOMBRE INSTITUCION TELEFONO Cami Quiroga	
ULTIMA VISITA MEDICA (Fecha y Razón) hace 15 días dolor de espalda		ULTIMA VISITA ODONTOLÓGICA (Fecha y Razón) hace 15 días Pegaron los dientes		POR QUE ESCOGIO AL COC PARA SU TRATAMIENTO? Experiencia de la vida y es buena.		

II. MOTIVO DE CONSULTA

Revisión General.

III. ANAMNESIS

HISTORIA FAMILIAR	SI	NO	HISTORIA MED. PERSONAL	SI	NO	SI	NO
1. Diabetes		X	11. Hospitalizaciones	X		21. Enf. dermatológicas	X
2. Cáncer		X	12. Traumas		X	22. Enf. Gastrointestinales	X
3. Enf. Cardiovasculares		X	13. Cirugías	X		23. Enf. Venéreas	X
4. Enf. Hemorrágicas		X	14. Cardiopatías		X	24. Inmunodeficiencias	X
5. Artritis		X	15. Hipertensión		X	25. Epilepsia	X
6. T.B.C.		X	16. Cáncer		X	26. Enf. respiratorias	X
7. Alergias		X	17. Enf. Hepáticas		X	27. Enf. Endocrinas	X
8. Enf. Dermatológicas		X	18. Alergias		X	28. Fármaco dependencia	X
9. Anomalías Congénitas		X	19. Fiebre Reumática		X	29. Trastornos Mentales	X
10. Enf. Mentales		X	20. Artritis Reumatoidea		X	30. Prótesis	X

REVISION POR SISTEMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO
31. Cefalea	X		44. Disfagia	X	57. Trast. Articulares	X
32. Fiebre		X	45. Hábitos Digestivos	X	58. Trast. de Piel	X
33. Dolor Facial		X	46. Anorexia	X	59. Ictericia	X
34. Hiperhidrosis		X	47. Expectoración	X	60. Disurias	X
35. Convulsiones		X	48. Hemoptisis	X	61. Cambio de Peso	X
36. Vértigos		X	49. Tos	X	62. Polidipcia	X
37. Lipotimias		X	50. Disnea	X	63. Trast. Gusto	X
38. Parestesias		X	51. Taquicardia	X	64. Trast. Olfato	X
39. Vómitos		X	52. Edema	X	65. Trast. Visión	X
40. Diarreas		X	53. Palidez	X	66. Trast. Lenguaje	X
41. Náuseas		X	54. Dolor Precordial	X	67. Trast. Audición	X
42. Melenas		X	55. Discracias Sanguíneas	X	68. trast. Musculo-esqueléticos	X
43. Pírosis		X	56. Linfadenopatía	X	69. Trast. Mentales	X

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS						SI	NO
M: 15 años	AÑOS	C 4/30	UR: 25 Jun/2001	G 3	P 3	A -	UP: 11 Ag/98
						70. Planificación	X

TRATAMIENTO ACTUAL: Cirugía de Hiperplasia de Trenchard.



HC

325926

OBSERVACIONES (Historia Médica)

- 11- Por parto (hace 3 años en Agosto).
 Por ex ligadura de trompas (3 años). Duró 8 días hospital.
 13- Por ex ligadura de trompas (3 años)
 31- Constantes x no usar gafas.
 65- Miopia y astigmatismo (usa gafas permanent) 3 años.

Netidibond 922
 C.C. 52.097.165.B.T.G.

Interconsulta Médica SI ☐ NO ☒ REMITIDO A: no requieren

HISTORIA ESTOMATOLOGICA

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1. Dolor Músculos Masticadores		☒	5. Desarmonias Oclusales	☒		9. Dolor/Ardor T. Blandos		☒
2. Dolor A.T.M.		☒	6. Hábitos		☒	10. Sensibilidad Dentaria	☒	
3. Ruido A.T.M.		☒	7. Xerostomía		☒	11. Sangrado Gingival	☒	
4. Alteración en el Movimiento		☒	8. Odontalgia		☒	12. Halitosis		☒

OBSERVACIONES: 5- amalg. durlop. Resin. durlop. copos edéntulos, resacas de desgaste, dentonias
 10- Al frío (17)
 11- al apillado.

DIETA

Equilibrada ☒ Hipo Calórica ☒ Hipo Protéica ☒ Hipo Lipídica ☒ Citricos ☒ Otros ☐

OBSERVACIONES: ninguna

HIGIENE ORAL

Cepillado: SI Frecuencia 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ Técnica: ambos lados y circular
 1. Cepillo Duro ☒ Blando ☐ Dentífrico: SI Seda Dental SI ☒ NO ☐
 2. Palillos SI ☒ NO ☐ 4. Enjuagatorios SI ☒ NO ☐ 5. Fluorización SI ☐ NO ☒ Otras Ayudas SI ☐ NO ☒

OBSERVACIONES: seda se le dificulta diente de otros. 2- después de almuerzo 4- de c/3 días

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1. Cirugía Oral	☒		4. Periodoncia	☒		7. Oclusión y A.T.M.		☒
2. Operatoria Dental	☒		5. Prostodoncia	☒		8. Implantología		☒
3. Endodoncia	☒		6. Ortodoncia/Ortopedia		☒	9. Medicina Oral		☒

OBSERVACIONES: 1- alarg. coron. del 22 2- amalg. del 14-15-16-24-25-26-27-
 Resin. de 11-21.
 3- T.O. del 21
 4- coronas del 12 y 22 Temporales.

IV. EXAMEN FISICO

HC

325926

Aspecto General contextura delgada, estatura media alta, rozagante, el paciente se presentó a consulta por sus propios medios.

Peso 50 kg. Estatura 1.60 cmto. Temperatura 36°C. Pulso 77 puls. x mto.
 Presión Arterial 101/71 mm/Hg. Frecuencia Cardíaca 77 x minuto Ritmo Cardíaco Ritmico

		N	A		N	A		N	A
1	OJOS	Alineación	X		Posición	X		Pupilas	X
		Conjuntivas	X		Movimientos	X		Visión	X
2	NARIZ SENOS PARANASALES	Simetría	X		Sensibilidad	X		Olfato	X
3	PELO	Cantidad	X		Grosor	X		Distribución	X
4	UÑAS	Color	X		Forma	X		Textura	X
		Fisuras	X		Fragilidad	X			
5	PIEL	Color	X		Textura	X		Vasculación	X
		Lesiones	ninguna						
6	CUELLO	Triangulo Anterior	X		Porción Lateral Derecha	X		Porción Lateral Izquierda	X
		Porción Posterior	X						
7	PARES CRANEANOS	I N X A		II N	A X	III N X A		IV N X A	
		VII N X A		VIII N X A		IX N X A		X N X A	
								XI N X A	
								XII N X A	

OBSERVACIONES: I- Visión Miopia, astigmatismo (uso de gafas).
II por craneano → alteración de visión.

Interconsulta SI ☐ NO ☒ Remitido a: no requiere.

EVALUACION PSICOLOGICA (Estado de ánimo, pensamiento, percepciones, funciones cognitivas, relaciones interpersonales, transferencia, contratransferencia.)

Estado de ánimo alegre, funciones cognitivas normales, relaciones interpersonales buenas, transferencia y contratransferencia.

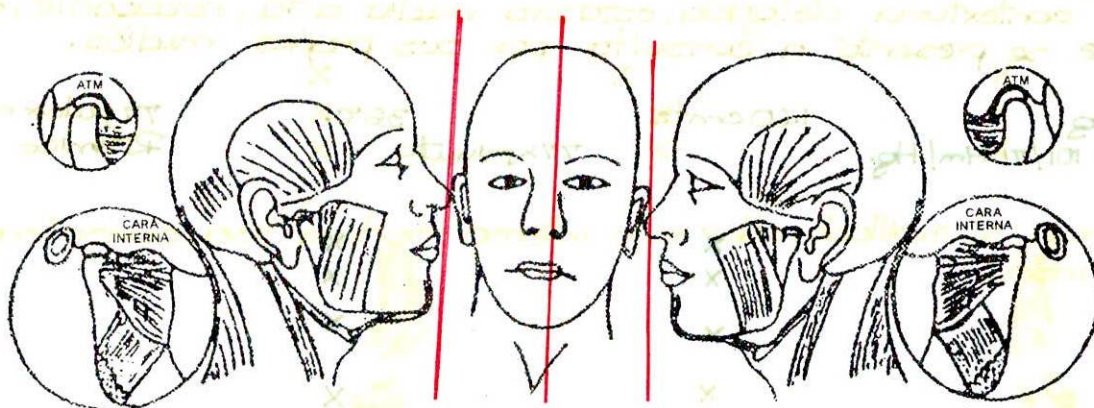
Interconsulta Psicológica SI ☐ NO ☒ Remitido a: no requiere.

Actitud ante el tratamiento Odontológico es positiva, la paciente es consciente del grado de complejidad del tratamiento y ha aceptado todo el plan del tratamiento.

EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR

HC

325926



EXAMEN FACIAL	Relación de los tercios de la cara		Competencia Labial	Surco Labio Mentoniano	Perfil
FRONTAL	N	A	Presente	Normal	Recto
Simetria ☒	Superior ☒	—	Ausente	Ausente	Cón cavo
Asimetria	Me dio ☒	—		Aumentado	Convexo
	Inferior ☒	—			

EXAMEN INTRA ORAL	Resalte (Overjel)	Entrecruzamiento (Obervite)	Línea Media Dentaria		Análisis de Espacios	
Clasificación de Angle	Normal <u>3</u> mm	Normal <u>2</u> mm	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Clase I	Aumentado — mm	Aumentado — mm	Normal	—	Apiñamientos	—
Clase II	Borde a borde — mm	Borde a borde — mm	Izquierda	—	Diastemas	☒
Clase III	Invertido — mm	Invertido — mm	Derecha	☒	Facetas de	—
					Desgaste	☒

EXAMEN DE DISGNACIAS	SAGITALES	VERTICALES
TRANSVERSALES	Prognatismo del Maxilar Superior	Mordida Abierta
Compresión Superior — Inferior —	Normorelación — Distorelación —	Anterior — Posterior —
Mordida Cruzada Posteior	Mordida Cruzada Anterior	Bilateral — Unilateral —
Bilateral — Unilateral —	Verdadera — Falsa — Pseudo —	Derecha — Izquierda —
Derecha — Izquierda —	Biprotusión —	

EXAMEN FUNCIONAL	Movimientos Excursivos	Grado de Movimiento Mandibular	Ruidos Articulares
Primer Contacto Dentario	Trabajo Derecho Balanza Izquierda	Apertura <u>37</u> mm	ATM Derecha
En Habitual — En RC ☒	<u>13</u> —	Protrusión <u>6</u> mm	Chasquido Crepitación
<u>24-25</u>	<u>43</u> —	Lateralidad Izquierda <u>3</u> mm	1/3 — 2/3 ☒ 3/3 —
<u>34</u>	Balanza Derecha Trabajo Izquierdo	Lateralidad Derecha <u>3</u> mm	Movimiento <u>apertura</u>
Desplazamiento (RC - PM)	<u>23</u>	Desviación en el Movimiento	ATM Izquierda
Anterior — Posterior — mm	<u>33</u>	Apertura — Desviación —	Chasquido Crepitación
Izquierda — Derecha — mm	Anterior Protrusión Posterior	Protrusión — Línea Media —	1/3 ☒ 2/3 — 3/3 —
Superior — mm	<u>12</u> —	Dimensión Vertical Espacio	Movimiento <u>apertura</u>
	<u>43</u> —	DVP <u>37</u> mm DVO <u>35</u> mm Libre <u>2</u> mm	

PALPACION ARTICULAR Y MUSCULAR	Masetero	Derecho	Izquierdo	Contracción	Estiramiento	Reposo
ATM Derecha — Lateral — Posterior —	Temporal	—	—	—	—	—
Reposo — Movimiento — PMI —	Pterig Interno	—	—	—	—	—
ATM Izquierda — Lateral — Posterior —	Pterig Externo	—	—	—	—	—
Reposo — Movimiento — PMI —	Otros	—	—	—	—	—

OBSERVACIONES: Clasif. de Angle no aplicable x ausencia de 16-26-36-46, presenta diastemas a nivel del 32-33-42-43-33-34-44. Facetas de desgaste de 31-32-33-41-42. Presenta ruido articular ATM derecho tipo chasquido, en los 2/3 del movimiento de apertura. Ruido articular ATM izquierdo tipo chasquido en el movimiento de apertura.

EXAMEN FISICO ORAL

HC

325926

EVALUACION DE TEJIDOS BLANDO Y OSEO

	N	A		N	A		N	A		N	A
1. Labios	X		4. Gingiva	X		7. Piso de Boca	X		10. Paladar Blando	X	
2. Carrillos	X		5. Reborde Alveolar	X		8. Frenillos	X		11. Amígdalas/Orofaringe	X	
3. Surco Vestibular	X		6. Lengua	X		9. Paladar Duro	X		12. Glandulas Salivares	X	

OBSERVACIONES: Descripción de lesiones (localización, color, forma, tamaño, consistencia, textura, síntomas y tiempo de evolución)

4- Sangra al cepillado, color rojo intenso; textura lisa, consistencia blanda.

EVALUACION PERIODONTAL

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

OBSERVACIONES: 1- Rojo intenso.

2- discontinuo.

3- blanda.

4- lisa, brillante.

5- aumentado.

6- irregular.

7- agrandadas.

10- Al cepillado y al sondaje.

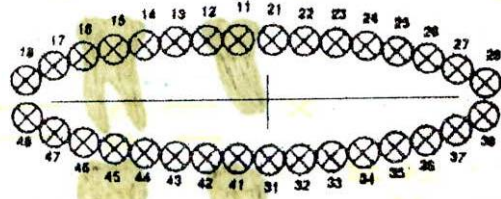
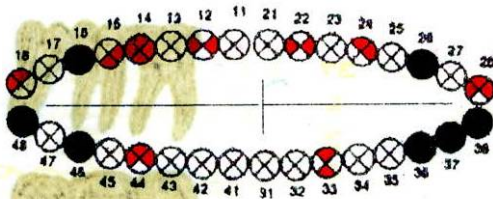
EVALUACION DE HIGIENE ORAL

Indice Inicial

Fecha: 10-07/2001

Re-evaluación 1

Fecha:

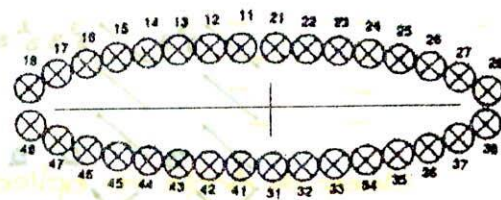


INDICE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

	Diente	Blanda	Calcificada
Max. Inf.	Grado		
	0		
	1		
	2		
Max. Sup.	0		
	1		
	2		
	3		

Re-evaluación 2

Fecha:



PERIODONTOGRAMA

Furcaciones



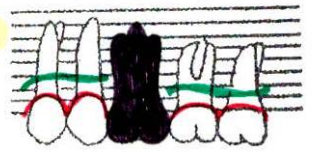
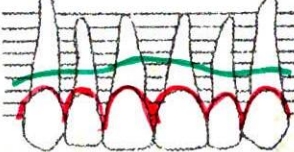
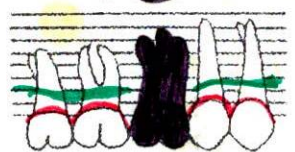
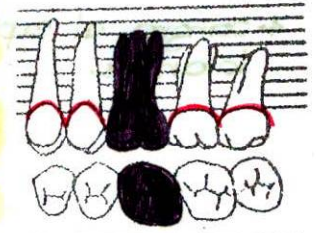
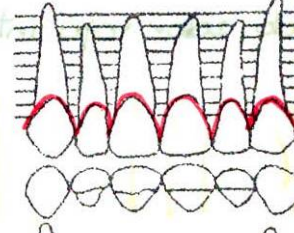
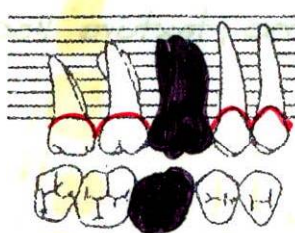
Sondaje Inicial
Sondaje Re-eval.
Nivel Inserción
Recesión

3	3	3	2	3	4

2	3	2	2	2	3	3	2	2

2	2	3	2	2	2	3	3

P



Sondaje Inicial
Sondaje Re-eval.
Nivel Inserción
Recesión
Movilidad
Línea Mucogingival

2	2	2	2	2	3	2	3

2	2	2	2	2	2	2	2	2

2	3	2	2	2	2	2	2

V

D

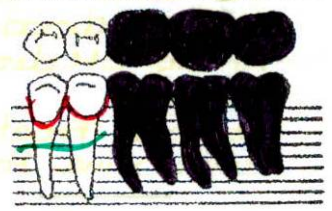
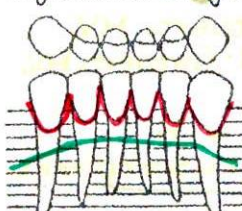
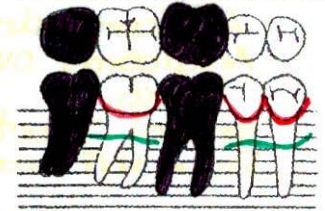
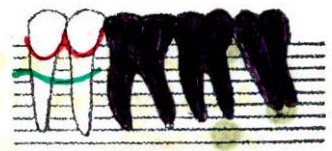
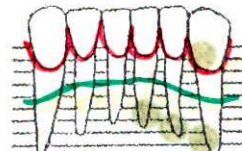
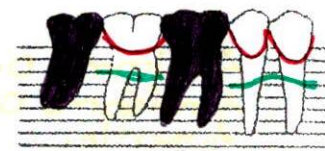
Sondaje Inicial
Sondaje Re-eval.
Recesión
Nivel Inserción
Movilidad
Línea Mucogingival

2	2	2	2	2	2	2	2

2	2	2	2	2	2	2	2

2	2	2	2	2	2	2	2

V



Sondaje Inicial
Sondaje Re-eval.
Nivel Inserción
Recesión
Línea Mucogingival

3	3	3	3	3	3	3	3

3	2	2	2	2	2	2	3

3	2	4	2	2	2	2	2

L

Furcaciones



Convenciones:

Contactos Abiertos
Restauraciones Inadecuadas
Sobrecontornos
Vitalidad Negativa
Empaquetamiento Alimenticio

Corona Puente
Rotación Extrusión
Furca (1 2 3)
Dientes Ausentes (Negro)

Sensibilidad a la Percusión
Tensión Frenillo
Sensibilidad
Frémito

ODONTOGRAMA

Conveniones
 Caries: Rojo
 Ausentes: Negro
 Vitalidad: (+) (-)

Restauraciones
 Resina/Inómero: Amarillo
 Amalgama: Gris
 Incrustación/Corona: Dorado
 Temporal: Verde

Cambio de Color: Naranja
 Erosión: Café
 Malposiciones:
 Fracturas: Línea
 Dolor: Rojo

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

L
 O
 V (+) (+) (+) (+) (+) (+) (+) (+)

L
 O
 V (+) (+) (+) (+) (+) (+) (+) (+)

18	Cavidad. C.A. Celulosa.
17	Amalgama O.M. desadaptada.
16	Ausente.
15	Amalg. O. disad. Girovers. M.V.
14	Amalg. O.M. desadpt. Girovers. M.V.
13	Sano.
12	Temporal. Fractura x P.
11	Resina V. in. Palat. desadaptada.

28	Amalgama O. desadaptada.
27	Amalgama O.M. desadpt.
26	Ausente.
25	Amalgama desadpt. O.
24	Amalgama O.M. desadpt.
23	Sano.
22	Temporal. Fractura por P.
21	Resina M.V.P. desadpt. Resina P. desadpt.

41	Sano. presenta faceta desgastada.
42	Sano. Faceta desgastada.
43	Sano.
44	Sano.
45	Amalg. dis. O.M. Giroversión M.L.
46	Ausente.
47	Amalgama O. desadaptada
48	Ausente.

31	Sano presenta faceta desgastada.
32	Sano Faceta de desgastada.
33	Sano. Faceta de desgastada.
34	Sucos pigmentados. Girov. D.L.
35	Amalg. O. desadaptada.
36	Ausente.
37	Ausente.
38	Ausente.

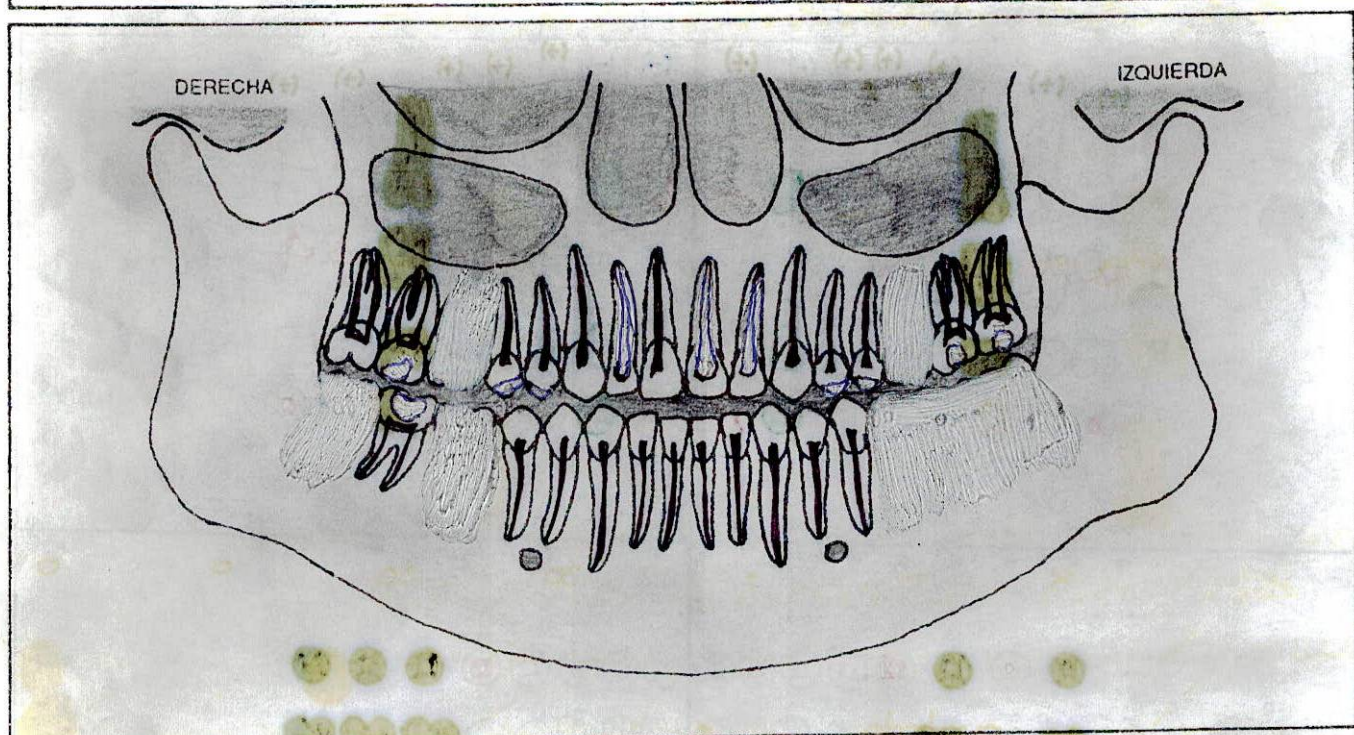
V. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

HC

325926

Examen Radiográfico

Panorámica ☐ Periapicales ☒ Coronales ☐ Oclusales ☐ Otras ☐



Radiolúcido (negro)	Radiopaco (gris)	Mixto (negro y gris)
REGION	Descripción, Hallazgo Radiográfico (Impresión Diagnóstica)	
Maxilar Superior.	Estructuras anatómicas: área Radiopaca espacio del seno maxilar, área Radiopaca corresponde al piso del seno maxilar, área Radiopaca piso de fosas nasales, área Radiopaca "U" del maxilar, área Radiopaca espina nasal anterior, área Radiopaca "Y" invertida.	
Maxilar Inferior.	Área Radiopaca agujero mentonero, área Radiopaca línea oblicua externa e interna, área Radiopaca espacio del conducto dentario, superior, área Radiopaca agujero lingual.	
	Estructuras dentarias:	
Maxilar Superior.	18 estruct. anatómicas normales aparente/sano, 17, 15, 14 zona Radiopaca coronal aparent/restaur. metálica, 16 zona Radiopaca coronal aparent/caries H, 12 zona Radiop. coronal e intrarad. aparent/núcleo, 11 zona Radiop. intrarad. aparent/obstrucc. de conducto, 21 Radiop. coronal aparente restaurac. plástico, y R. L. distal, aparent/caries D. 22 zona Radiop. coronal e intrarad. aparente núcleo, 23 aparent/sano, 24, 25, 27, 28 zona Radiop. aparent rest. en amalgama.	
Maxilar Inferior	38, 37, 36 ausentes, 35 zona Radiopaca coronal aparent/Ag., 34-33 32-31 aparent/sano, 41-42-43-44 aparent/sanos, 45-47 zona Radiopaca coronal aparente restaurac. metálica. Anélg. Rx. se observa intragenia del 22 por debilitamiento de paredes internas radiculares. Del diente 12 lesión lateral por fractura radicular a nivel del tercio medio ocasionando intragenia.	

EXAMENES DE LABORATORIO

HC

325926

9

Laboratorio Clínico (Exámenes Solicitados y Resultados) no requiere.

Laboratorio Histopatológico

Biopsia



Citología



Región

Diagnósticos ninguno.

ESTUDIO DE MODELOS ARTICULADOS

Ajuste del
Articulador

Distancia Intercondilar

S



M



L



Guía Condilar Vertical

DER.

30

IZQ.

30

Guía Condilar Lateral

DER.

0

IZQ.

0

Evaluación Estática (Articulador Abierto)

Configuración Arco Superior

avalado

Inferior

triangular.

Limitación y Longitud

Espacios edentulos 15-17-25-27-35-36-37-45-47-48.

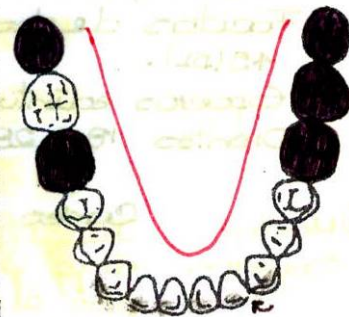
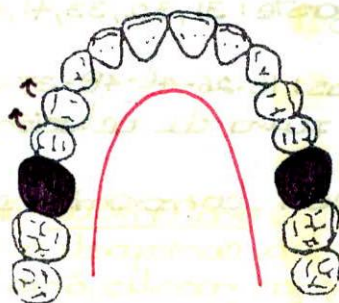
Diastemas (II)

Apiñamiento (*)

Malposiciones

M V L V

Facetas de desgaste



Evaluación Estática (Articulador Cerrado)

Clasificación de Angle

no aplicable.

Sobremordida Vertical

2mm

Sobremordida Horizontal

3mm.

Relación Intermaxilar

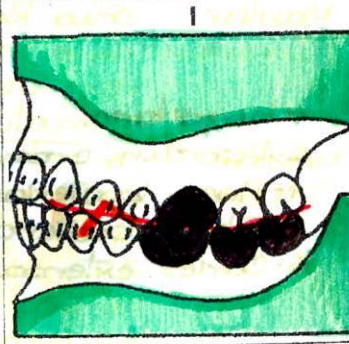
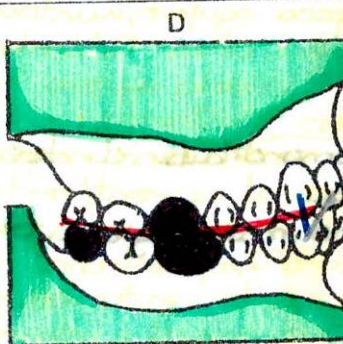
adecuada

Relación Dentaria

uno a dos dientes.

Planos Ocluales

Extrusiones () Intrusiones ()



Evaluación Dinámica

Relación Céntrica

24-25
34

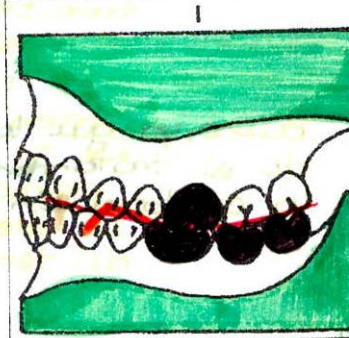
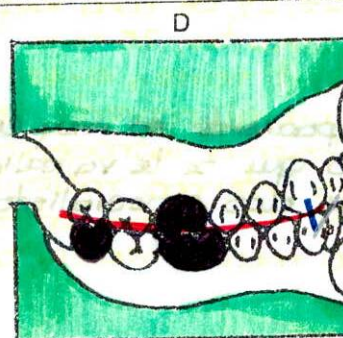
Trabajo Derecho / Balanza Izquierda

13
43

Balanza Derecha / Trabajo Izquierdo

23
33

Protrusión

12
43

IV. DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

HC

325926

- ① Generales Hipertrofia
- ② Craneomandibulares Presenta ruido articular ATM derecho tipo chasquido 2/2 en el movimiento de apertura. Presenta ruido articular ATM izquierdo tipo chasquido 1/2 en el movimiento de apertura.
- ③ Orales
Tejidos Blando y Oseo ninguno
- ④ Periodontales Gingivitis asociada a placa bacteriana.
- ⑤ Dentales Caries activa 18 (O), caries recurrente: 17 (OH), 15 (O), 14 (OH), 12 (P), 11 (VIP), 21 (MVP), (DP), 22 (P), 24 (OVH), 25 (O), 27 (OH), 28 (O), 35 (O), 45 (OH), 47 (O).
Fracturas de diagnóstico: 31, 32, 33, 41, 42. Giroveros: 14 (HV), 15 (HV), 34 (DL), 45 (DL).
Espacios edéntulos: 16-26-46-48-37-38.
Dientes 18 y 28 punto de oclusión.
- ⑥ Endodónticos Caries con compromiso pulpar del 21 y 24

VII. ETIOLOGIA

- 1- Hereditaria.
- 2- Desorden craneomandibular de tipo adquirido.
- 4- Placa bacteriana.
- 5- Placa bacteriana, mala higiene, streptococos mutans.
- 6- Caries extensa.

VII. PRONOSTICO

Buena, ya que la paciente es muy colaboradora, puntual y conoce todo el tratamiento que se le va a realizar. Además vamos a tener la colaboración de dos especialistas. Protodonista y Periodonista.

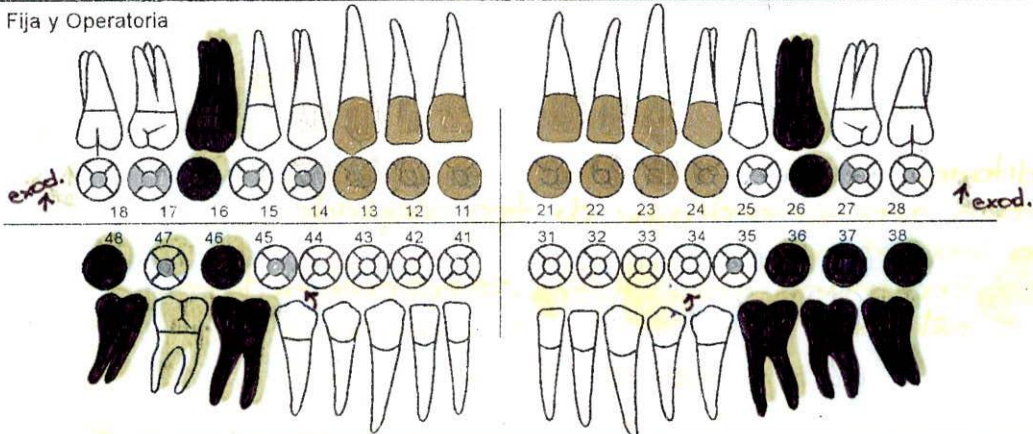
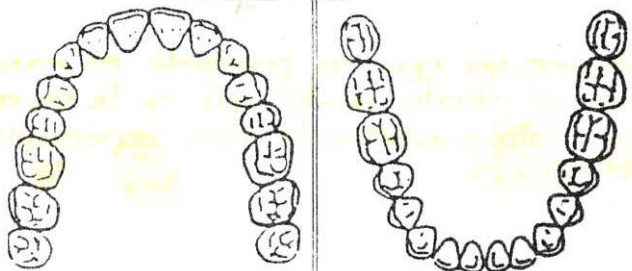
IX. PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

HC

325926

Urgencia no requiere.Interconsultas con Periodoncista y Prostodoncista.Medicina Oral no requiere.Prevención Fluorización, Sellantes.Periodoncia Restauración al paciente, instrucción de cepillado, control de placa bacteriana, profilaxis, terapia básica, eliminar de focos infecciosos, raspaje y alisado coronal, terapia de mantenimiento.Endodoncia Profiláctica del 21 y 24Cirugía Oral y Maxilofacial Cirugía mitada curado del 12-22-18 y 28.Oclusión y ATM no requiere.Ortodoncia no requiere.Implantología de dientes 16, 26, 36, 37, 38, 46, 48.

Prostodoncia Fija y Operatoria

Prostodoncia Removable no requiere.

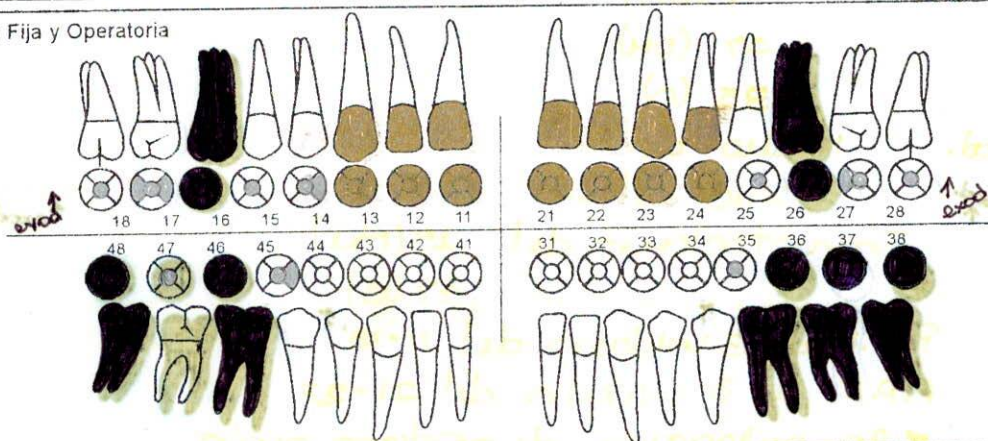
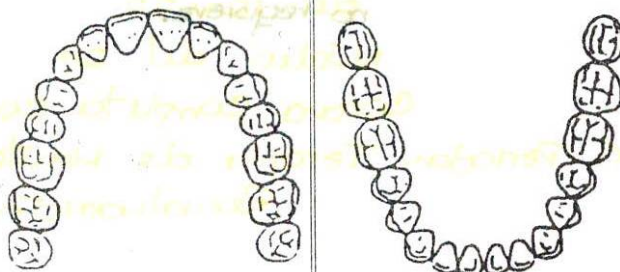
IX. PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

HC

325926

Urgencia no requiere.Interconsultas con Periodonista y Protoponista.Medicina Oral no requiere.Prevención Fluorización, sellantes.Periodoncia Motivación al paciente, instrucción de cepillado, control de placa bacteriana, profilaxis, terapia básica, eliminación de focos infecciosos, raspado y alisado coronal, terapia de mantenimiento.Endodoncia Profiláctica del 21 y 24Cirugía Oral y Maxilofacial Cirugía método cerrado del 12-22-18 y 28.Oclusión y ATM no requiere.Ortodoncia no requiereImplantología de dientes 16, 26, 36, 27, 38, 46, 48

Prostodoncia Fija y Operatoria

Prostodoncia Removible no requiere.

SECUENCIA DEL PLAN DE TRATAMIENTO

HC

325926

13

Paso	Area	Procedimiento	Tratamiento Realizar	
			Docente Nombre / Firma	Fecha
1	Periodoncia	Motivación al paciente, control de P.B., enseñanza de cepillado, terapia básica profilaxis, elim. de focos infecciosos de acu- mulo de placa, raspaje y alisado radicular, lav. Terapia de mantenimiento.		
2	Cirugia	Exodoncias indicadas Aut. Curado		
		12		
		22		
		18		
		28		
3	Endodon.	Profiláctica del.		
		21		
		24		
4	Operatona	Amalgamas		
		17 (OMD)		
		15 (O)		
		14 (OM)		
		27 (OM)		
		35 (O)		
5	Restad.	Núcleo del 12		
		núcleo del 21		
		Incrustaciones del 25 (OM)		
		47 (O)		
		P.P.F. de 3 unidades del 11-13		
		P.P.F. de 3 unidades del 21-23		
		* con aplicación de puentes oclusales		
		del 12 y 22		
		Núcleo del 24		
		Corona completa combinada del 24		
6	Periodon.	Terapia de Mantenimiento		
		Reevaluación		

SECUENCIA DEL PLAN DE TRATAMIENTO

HC

325926

[illegible]

H.C.

325926

Yo, Hubla Emilsen Llerena c.c. 100211021 declaro que conozco en su totalidad el plan de tratamiento a realizar y lo acepto, además soy consciente que en el transcurso del mismo se podrán presentar modificaciones de las cuales estaré plenamente informado. Aclaro que el tratamiento me fue explicado por parte del Alumno y Docente y lo he entendido a cabalidad.

FIRMA PACIENTE, Nidia Emiliiano.

Firma Padre y/o Acudiente, 52'097165.

C.C. 27/10/2025

HUELLA INDICE
DERECHO

ANEXO 5

**Hoja de laboratorio
Formato Colegio Odontológico Colombiano**



COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ODONTOLOGICAS CLINICAS
PROCEDIMIENTOS CLINICOS Y DE LABORATORIO

1. IDENTIFICACION:

ESTUDIANTE _____ CODIGO _____ FECHA _____
PACIENTE _____ H.C. _____
DOCENTE _____ SEMESTRE _____ TURNO _____

1. PLAN DE TRATAMIENTO

PROSTODONCIA FIJA _____

RETENEDOR INTRARRADICULAR: _____

CORONAS: _____

INCRUSTACIONES: _____

PROSTODONCIA REMOVIBLE: _____

PROSTODONCIA TOTAL: _____

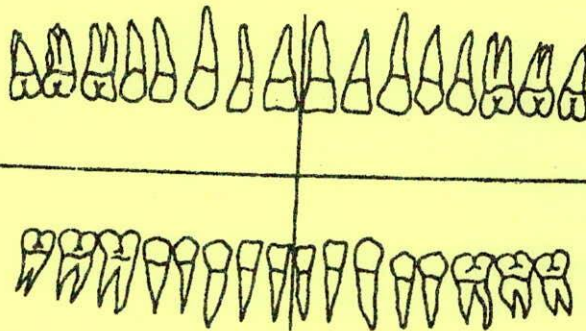
PLACA OCLUSAL: _____

MUCOSOPORTADA TRANSICIONAL: _____

MODELOS DX CLINICO: _____ MONTAJE DX: _____ ENCERRADO DX LB: _____

INTERCONSULTAS SUGERIDAS: _____ (VER ANEXO)

APROBACION JEFE DE LABORATORIO _____ JEFE DE SEMESTRE _____



2. PROSTODONCIA FIJA

IMPRESION PRELIMINAR _____ MODELO PRELIMINAR _____

CORRECCIONES _____

PROVISIONALES DE TERMOCURADO ACADEMICO _____ COMERCIAL _____

CUBETA INDIVIDUAL: _____

IMPRESIONES DEFINITIVAS: _____ MODELOS DEFINITIVOS: _____

REGISTRO CLINICO: _____ REGISTRO LAB. ACADEMICO: _____

PRUEBA ESTRUCTURA METALICA: _____ PORCELANA Y OCLUSION: _____

ACEPTACION PACIENTE: _____ CEMENTACION: _____

CONTROL: _____ FECHA: _____

3. PROCEDIMIENTO DE COLADOS LABORATORIO ACADEMICO

INCRUSTACIONES IMPRESION DEFINITIVA: _____

MODELO DEFINITIVO: _____ TROQUEL: _____ ENCERADO: _____

COLADO: _____ ADAPTACION Y PULIDO: _____

COLADO: _____ ADAPTACION Y PULIDO: _____

OBSERVACIONES: _____

ACEPTACION JEFATURA LABORATORIO ACADEMICO: _____

CEMENTACION CLINICA: _____

REVESTIDO _____

PATRON NUCLEO _____ COLADO _____ PULIDO _____ CEMENTACION _____

PATRON NUCLEO _____ COLADO _____ PULIDO _____ CEMENTACION _____

PATRON NUCLEO _____ COLADO _____ PULIDO _____ CEMENTACION _____

4. PROSTODONCIA REMOVIBLE

MONTAJE _____ DISEÑO _____ APROBACION LAB. ACADE. _____

IMPRESION PRELIMINAR _____ MODELO PRELIMINAR _____

IMPRESION DEFINITIVA _____ MODELOS DEFINITIVOS _____ REGISTRO _____

ENVIO LAB. COMERCIAL _____ FECHA _____

PRUEBA ESTRUCTURA METALICA _____ ENFILADO LAB. COMER. _____ ACADE _____

PRUEBA ENFILADO _____ AUTORIZACION CLINICA ACRILADO _____ ACADE _____

ENTREGA _____ ACEPTACION PACIENTE _____

CONTROL _____ C.C. _____ FECHA _____

5. PROSTODONCIA TOTAL

IMPRESION PRELIMINAR _____ APROBACION LAB. ACADEMICO DE MODELOS PRELIMINARES _____

CUBETA _____ IMPRESION DEFINITIVA _____ MODELO DEFINITIVOS _____

BASES PROTESICOS-RODETE _____ ORIENTACION CLINICO RODETE _____

REGISTRO _____ ENFILADO LAB. COMER. _____ LAB. ACADE _____

PRUEBA CLINICA ENFILADO _____ FONETICA _____ ACRILADO _____

AUTORIZACION ACRILADO LAB. ACADE. _____

ACEPTACION PACIENTE _____ ENTREGA TRATAMIENTO _____

CONTROL _____ C.C. _____ FECHA _____

6. PRESCRIPCION

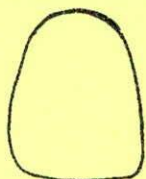
LABORATORIO COMERCIAL _____ FECHA _____

PROSTODONCIA FIJA _____ CORONAS _____

RETENEDOR INTRARADICULAR _____ INCRUSTACIONES _____

SUPERFICIES OCLUSALES METALICAS _____ PORCELANA _____

COLOR _____ DIENTES ANTERIORES COLOR: _____



OBSERVACIONES: _____

FIRMA JEFE LABORATORIO

FIRMA JEFE SEMESTRE

7. APROBACION DE TRATAMIENTO TERMINADO

JEFE SEMESTRE

JEFE LABORATORIO

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ODONTOLÓGICA CLÍNICAS
PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO

180

8

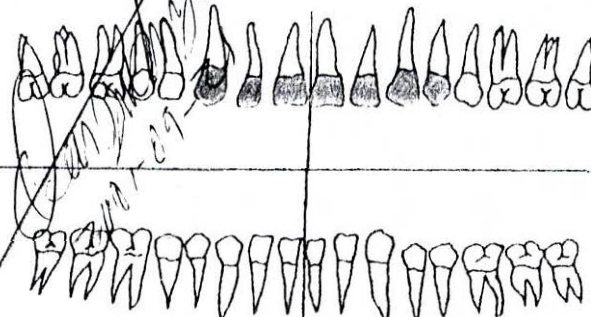
1. IDENTIFICACIÓN:

FECHA: 24 de Ago/01 H.C.N. 325926 NOMBRE PACIENTE: Huber Carsten Jarama
ESTUDIANTE: Astrid Eliana Nino CÓDIGO: 978225 TURNO: Mañana Viernes
SEMESTRE: IX DOCENTE: Mareela Diaz 1-7pm

2. PLAN DE TRATAMIENTO:

PROSTODONCIA PARCIAL FIJA:

Alveolo y curvas del 24-21
Incrementos del 45 (L) y 47 (L)
P.P.F. del 11-13 y P.P.F. del 21-23
Soloy M.D.M. Agosto 24/01
PROSTODONCIA PARCIAL Y/O TOTAL REMOVIBLE:



ENCERADOS DE DIAGNOSTICOS. DOCENTE LABORATORIO

Enc TPF 11-13 y 21-23 del 24 a 25/01/01

TRATAMIENTO APROBADO. JEFE DE SEMESTRE

250801

FECHA

25-01

2. PROCEDIMIENTO LABORATORIO PROSTODONCIA PARCIAL FIJA.

IMPRESIÓN PRELIMINAR: DOCENTE CLÍNICA Soloy M.D.M. 25-01 FECHA

PROVISIONAL TERMOCURADO N. DE UNIDADES Unidades FECHA 10-26-2001

PROCEDIMIENTO DE LABORATORIO Docente JEFE LABORATORIO J. J. ACADEMICO

CUBETA INDIVIDUAL: Lot 11-28-09-01

CORRECCIONES: 18 Paso retención de pared axio mesial y definir línea de terminación
11- Retirar petena pared Axio (L), 21 definir línea de terminación
P. 23 definir línea de terminación Palatina

IMPRESIÓN DEFINITIVA: Soloy M.D.M. 25-01 REGISTROS: Soloy M.D.M.

APROBACIÓN DOCENTE CLÍNICA: Soloy M.D.M. FECHA 24-01-01

PRESCRIPCIÓN LABORATORIO:

NOMBRE LABORATORIO:

TIPO DE TRABAJO:

OBSERVACIONES:

JEFE SEMESTRE

JEFE LABORATORIO

FECHA

3. PROCEDIMIENTO DE COLADOS:

PATRÓN NÚCLEO 24-01-01 COLADO [Signature] PULIDO [Signature] FECHA 02-11-01

PATRÓN NÚCLEO COLADO PULIDO FECHA

PATRÓN NÚCLEO COLADO PULIDO FECHA

CEMENTACIÓN DOCENTE CLÍNICA: Soloy M.D.M. FECHA

OBSERVACIONES:

Aceptado

INCRUSTACIÓN DIENTES 45 (O.R.) 47 (O)
MODELO 47 (O) 45 (O) TROQUEL 45 ENCERADO 45
COLADO 45 ADAPTACIÓN Y PULIDO 45 FECHA 2001-10-31
COLADO 45 ADAPTACIÓN Y PULIDO 45 FECHA 45
COLADO 45 ADAPTACIÓN Y PULIDO 45 FECHA 45
ACEPTACIÓN JEFATURA LABORATORIO 45 FECHA 2001-10-31
CEMENTACIÓN DOCENTE CLÍNICA: 45 FECHA 02/01
control 1/28 22-11/01 La paciente acepta a esta prótesis del

4. PROCEDIMIENTO PROSTODONCIA REMOVIBLE TOTAL _____ PARCIAL _____

IMPRESIÓN PRELIMINAR _____ CUBETA _____

IMPRESIÓN DEFINITIVA _____ FECHA _____ MOLDE _____ COLOR _____

MODELO DEFINITIVO _____ MONTAJE _____ FECHA _____

ENFILADO PRÓTESIS TOTAL SUPERIOR _____ INFERIOR _____ FECHA _____

ENFILADO PRÓTESIS PARCIAL SUPERIOR _____ INFERIOR _____ FECHA _____

OBSERVACIONES _____

JEFE LABORATORIO _____ FECHA _____

5. PRUEBAS CLÍNICAS

PROSTODONCIA FIJA

ESTRUCTURA METÁLICA _____ FECHA _____ COLOR PORCELANA _____

PORCELANA Y OCLUSIÓN _____ FECHA _____

CEMENTACIÓN _____ FECHA _____

FIRMA ACEPTACIÓN PACIENTE _____

CONTROL _____ FECHA _____

PROSTODONCIA PARCIAL:

ESTRUCTURA METÁLICA _____ FECHA _____

ENFILADO _____ FECHA _____

ENTREGA _____ FECHA _____

ACEPTACIÓN PACIENTE _____

CONTROL _____ FECHA _____

PROSTODONCIA TOTAL:

BASES PROTESICAS Y ORIENTACIÓN DE RODETE _____ FECHA _____

PRUEBA DE DIENTES _____ FONÉTICA _____ FECHA _____

AUTORIZACIÓN CLÍNICA DE ACRILADO _____ FECHA _____

OBSERVACIONES _____

AUTORIZACIÓN ACRILADO JEFE LABORATORIO _____ FECHA _____

ENTREGA TRATAMIENTO _____ FECHA _____

ACEPTACIÓN PACIENTE _____

CONTROL _____ FECHA _____

APROBACIÓN JEFE DE SEMESTRE _____

JEFE LABORATORIO _____

ANEXO 6

**Fotos de Seguimiento -Caso clínico
(1 al 54)**

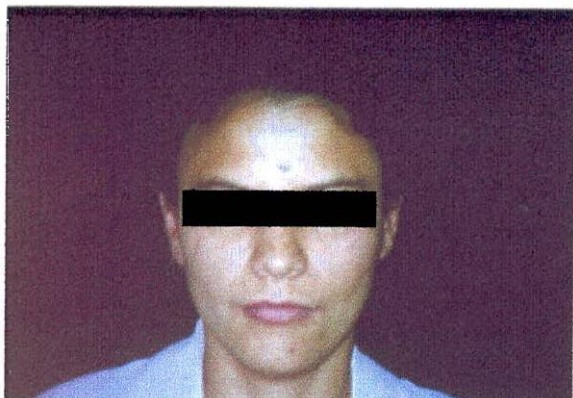


Foto 1
Examen Físico craneomandibular



Foto 2
Examen Físico craneomandibular



Foto 3
Examen intraoral



Foto 4
Examen intraoral



Foto 5
Examen intraoral



Foto 6
Examen radiográfico

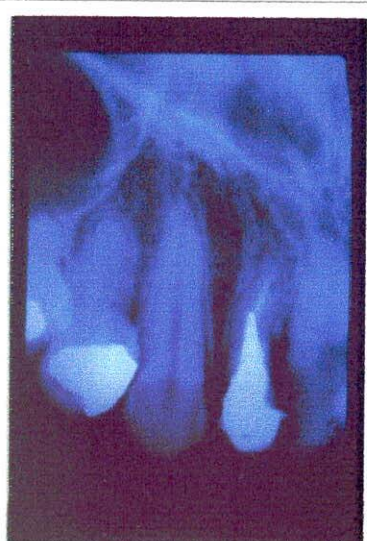


Foto 7
Examen radiográfico



Foto 8
Examen radiográfico



Foto 9
Examen intraoral



Foto 10
Examen intraoral



Foto 11
Análisis de modelos



Foto 12
Análisis de modelos



Foto 13
Análisis de modelos

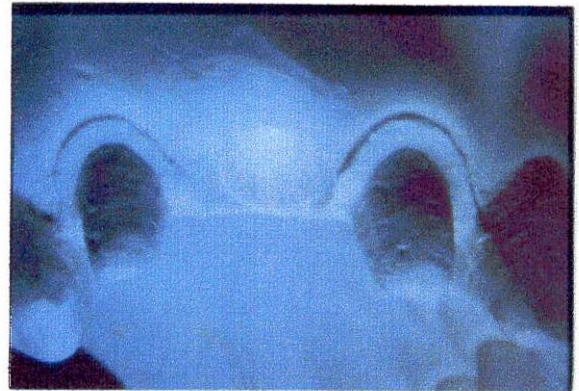


Foto 14
Análisis de modelos



Foto 15
Análisis de modelos



Foto 16
Fase Quirúrgica 1

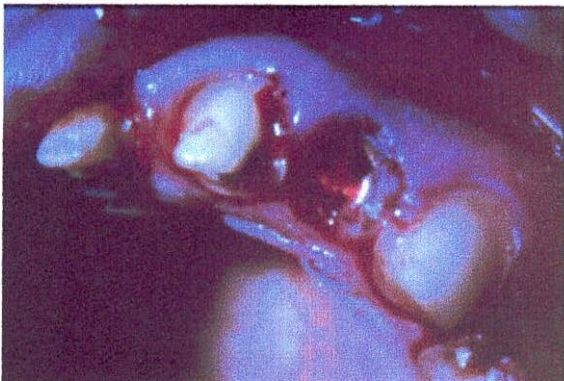


Foto 17
Fase Quirúrgica 1



Foto 18
Fase Quirúrgica 1

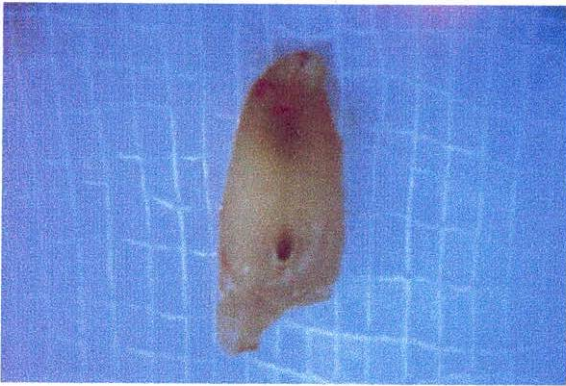


Foto 19
Fase de Quirúrgica 1

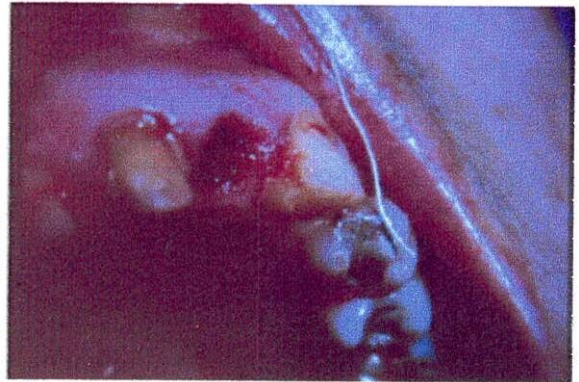


Foto 20
Fase de Quirúrgica 1

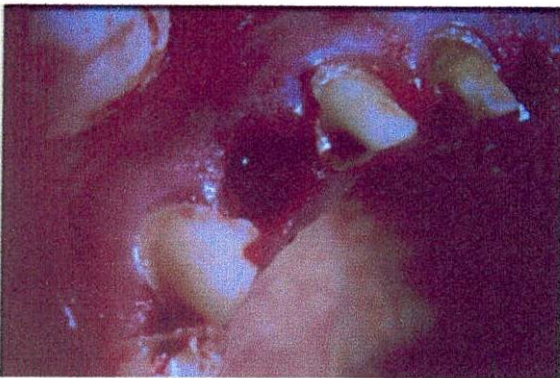


Foto 21
Fase Quirúrgica 1



Foto 22
Fase Quirúrgica 1



Foto 23
Fase Quirúrgica 1

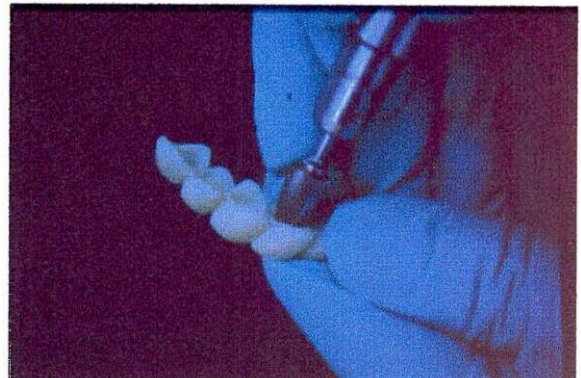


Foto 24
Fase de Laboratorio



Foto 25
Fase de Laboratorio

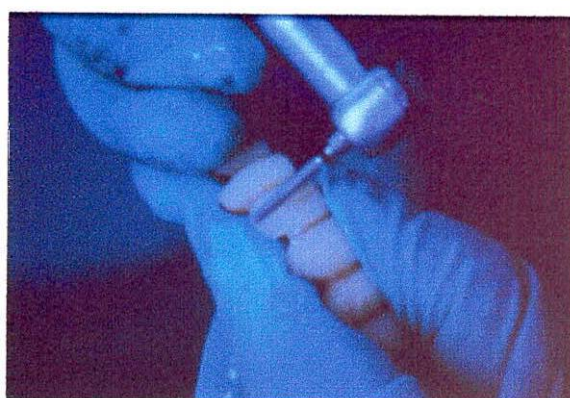


Foto 26
Fase de Laboratorio

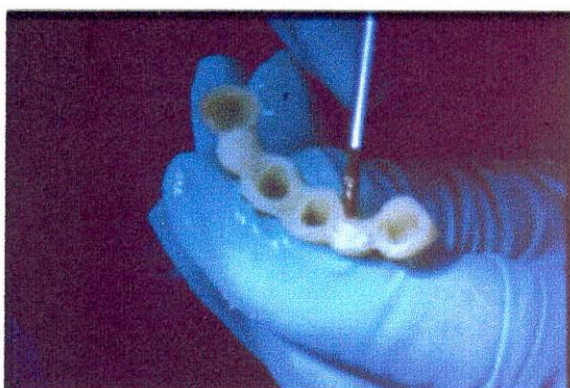


Foto 27
Fase de Laboratorio

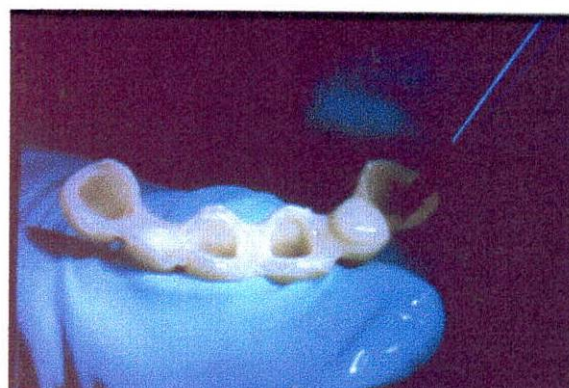


Foto 28
Fase de Laboratorio

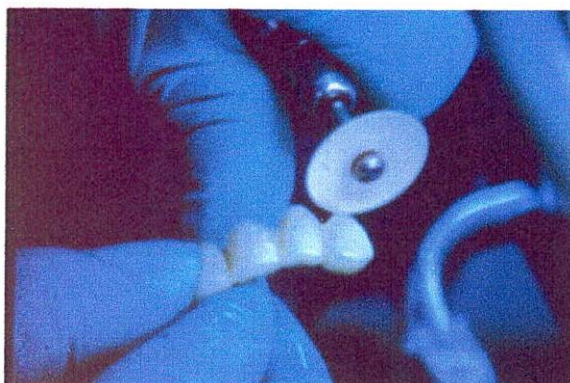


Foto 29
Fase de Laboratorio



Foto 30
Fase de Laboratorio

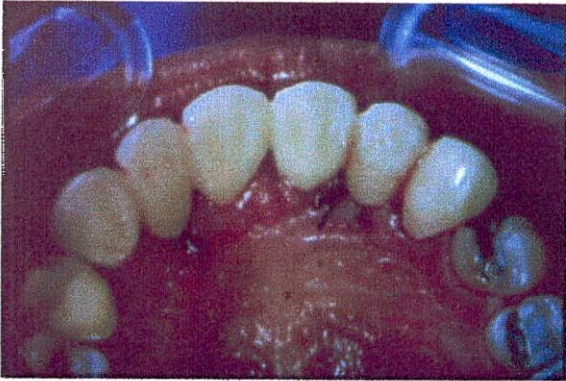


Foto 31
Fase de Laboratorio



Foto 32
Fase de Laboratorio



Foto 33
Fase Quirúrgica 2

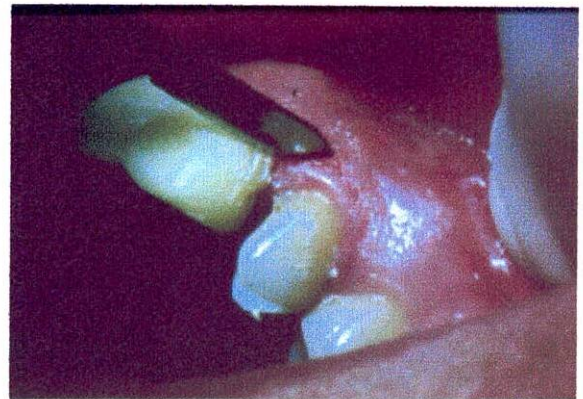


Foto 34
Fase Quirúrgica 2



Foto 35
Fase Quirúrgica 2



Foto 36
Fase Quirúrgica 2

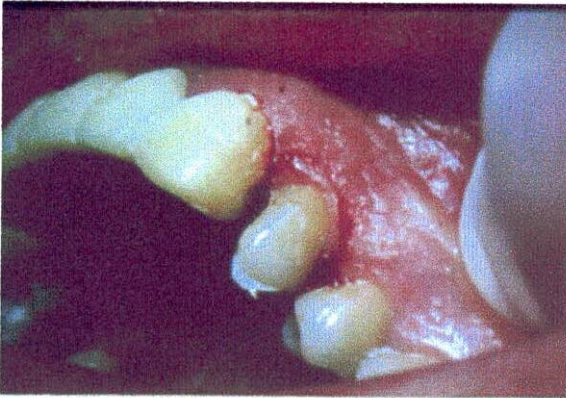


Foto 37
Fase Quirúrgica 2

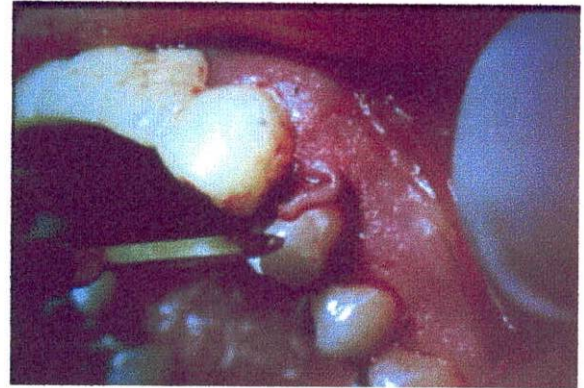


Foto 38
Fase Quirúrgica 2

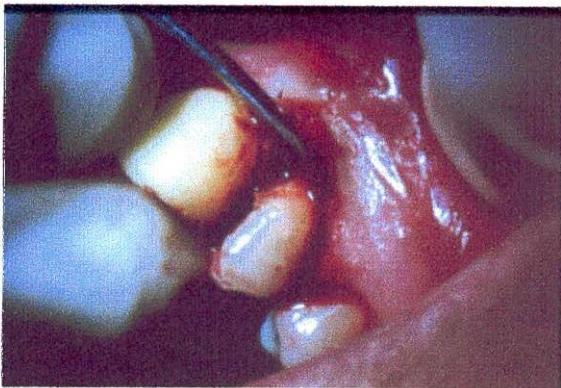


Foto 39
Fase Quirúrgica 2

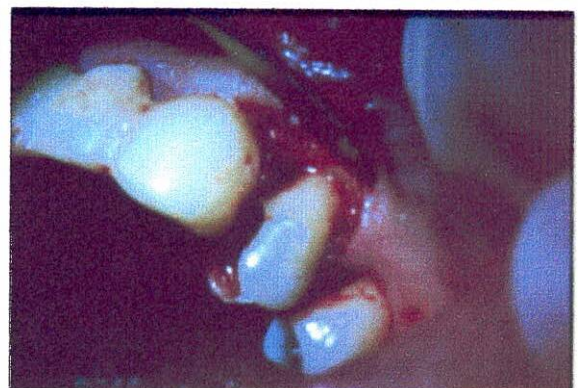


Foto 40
Fase Quirúrgica 2



Foto 41
Fase Quirúrgica 2

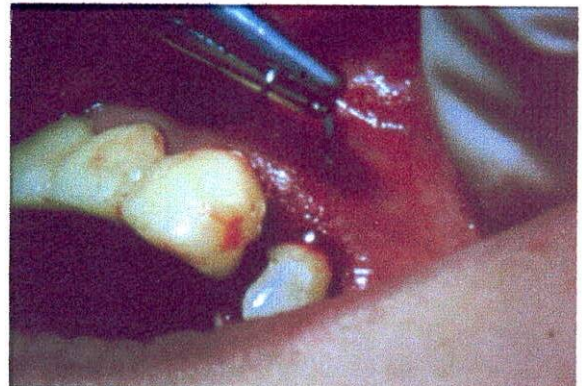


Foto 42
Fase Quirúrgica 2

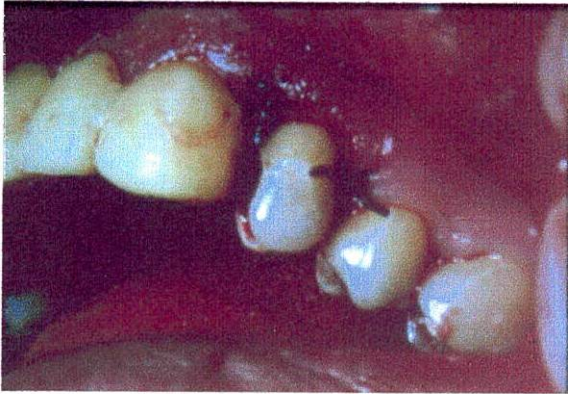


Foto 43
Fase Quirúrgica 2



Foto 44
Periodo de cicatrización (4 meses)

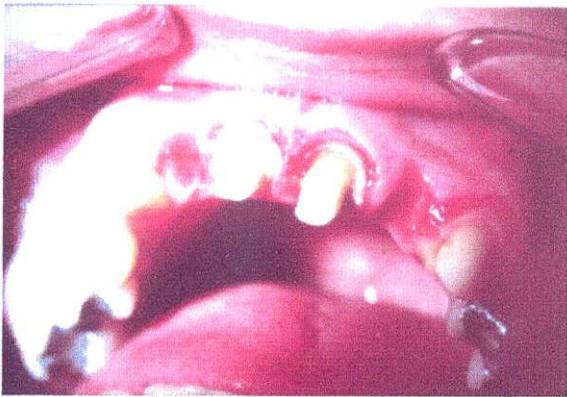


Foto 45
Fase Quirúrgica 3

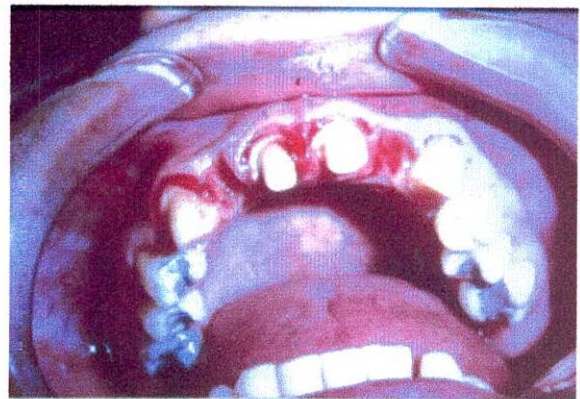


Foto 46
Fase Quirúrgica 3

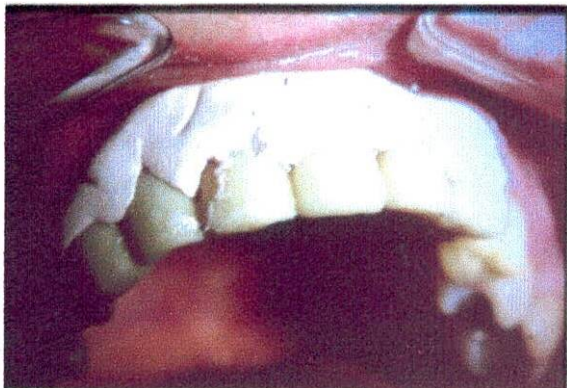


Foto 47
Fase de cirugía 3

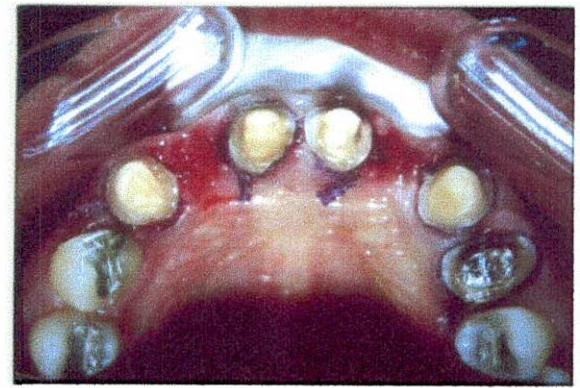


Foto 48
Fase de Prostodóntica 1



Foto 49
Fase de Prostodóntica 1



Foto 50
Fase de Prostodóntica 1



Foto 51
Fase de Prostodóntica 1

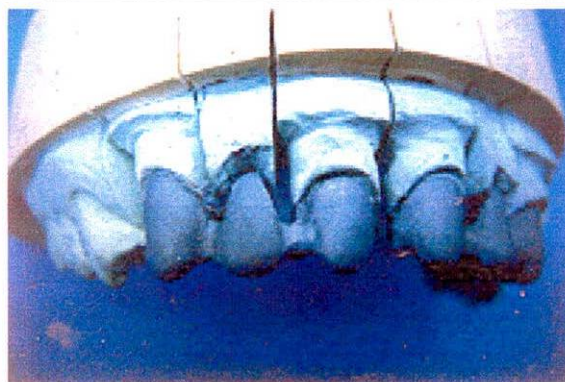


Foto 52
Fase de Prostodóntica 2



Foto 53
Fase de Prostodóntica 2



Foto 54
Fase de Prostodóntica 2

