

**PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO
ODONTOLOGÍA INTEGRADA IV**

**Integrantes:
Jaime Andrés Espejo
Adriana Andrea Murillo
Alberto Luis Omaña**

**Presentado A:
Dra. Nery Villota.**

**Colegio Odontológico Colombiano
Bogotá, 15 de Octubre de 2003**

CASO CLÍNICO

1.- Información General:

- Apellidos: García Cuellar.
- Nombres: Isabel Cristina.
- Edad: 45 años.
- Sexo: Femenino.
- Raza: Trigueña.
- Motivo de Consulta: "Iniciar Arreglo de Dientes".

2.- Examen Físico:

- Aspecto General: paciente sana, que llega por sus propios medios a la consulta odontológica.
- Peso: 52 Kg.
- R.H.: O+.
- Estatura: 1,57 metros.
- Temperatura: 37°C.
- Presión Arterial: 120/60 mmHg.
- Frecuencia Cardíaca: 82 pulsaciones por minuto.

3.- Anamnesis:

- Historia Médica Familiar: Hermana con Ca de seno, se le realizó la extirpación de ambos.

- Historia Médica Personal: La paciente refiere que hace diez (10) años le diagnosticaron Diabetes; aunque reporta nunca haber tomado algún medicamento. Así mismo, afirma que ella misma se toma los exámenes de sangre y reporta que sus valores de glicemia llegan hasta 280; su único tratamiento es la dieta baja en azúcar. Se recomendó realizarse pruebas reales de laboratorio e interconsulta con el especialista.

4.- Historia Odontológica Previa:

- Antecedentes Odontológicos:

Se le formularon las siguientes preguntas:

- Le Han Aplicado Anestesia Local?: Si, sin complicaciones.
- Le Han Practicado Anestesia General?: No.
- Hemorragia Post – Exodoncia?: No.

La paciente fue atendida anteriormente en “Famisanar”; prestándosele tratamiento de prevención, periodoncia, operatoria y cirugía.

- Higiene Oral: Regular.
- Frecuencia de Cepillado: 3 veces al día.
- Elementos Utilizados: Cepillo y dentífrico.
- Cepillo: Cerdas duras.
- Dentífrico: Colgate.
- Técnica de Cepillado: Barrido.

- Antecedentes Psicológicos:

- Actitud Ante Tratamientos Realizados Anteriormente: Positiva.
- Actitud Ante Este Tratamiento: Positiva.
- Estado de Animo: Bueno.
- Transferencia: Buena.
- Cotransferencia: Buena.

5.- Historia Estomatológica:

Se le formularon las siguientes preguntas y se realizó examen exploratorio:

- Dolor en Músculos Masticadores: No.
- Dolor A.T.M.: No.
- Ruido A.T.M.: No.
- Alteración en el Movimiento: No.
- Desarmonías Oclusales: Si.
- Hábitos: No.
- Xerostomia: No.
- Odontalgia: Si.
- Dolor / Ardor en Tejidos Blandos: No.
- Sensibilidad Dentaria: Si.
- Sangrado Gingival: Si.
- Halitosis: No.

6.- Examen Físico Oral:

- Labios: Normal

- Carrillos: Normal.
- Surco Vestibular: Normal.
- Gingiva: Anormal. Inflamada y enrojecida
- Reborde Alveolar: Anormal.
- Lengua: Normal.
- Piso de Boca: Normal.
- Frenillos: Normal.
- Paladar Duro: Normal.
- Paladar Blando: Normal.
- Amígdalas / Orofaringe: Normal.
- Glándulas Salivares: Normal.

7.- Examen Físico Craneomandibular:

- Clase de Angle: No aplicable.
- Overbite: No aplicable.
- Overjet: No aplicable.
- Relación Canina: No aplicable.
- Contacto Dentario en Relación Céntrica: 14 / 45.
- Lateralidad Derecha: No aplicable.
- Lateralidad Izquierda: No aplicable.
- Protusión: No aplicable.

8.- Odontograma (COP):

18: Caries O	41: Perdido
17: Caries O	42: Perdido
16: Perdido	43: Perdido
15: Perdido	44: Perdido
14: Caries M–Caries recurrente O	45: Caries OM
13: Perdido	46: Caries OM
12: Perdido	47: Perdido
11: Perdido	48: Perdido
28: Perdido	31: Perdido
27: Caries OM	32: Perdido
26: Perdido	33: Perdido
25: Perdido	34: Perdido
24: Caries MOD	35: Caries OD
23: Perdido	36: Caries OM - V
22: Perdido	37: Perdido
21: Obturación M	38: Perdido

9.- Diagnóstico

	Diagnósticos definitivos	Etiología	Pronóstico
Generales	Diabetes	Idiopática	Bueno
Craneomandibulares			Bueno
Orales tejidos blandos Y óseos	No Presenta		
Periodontales	Periodontitis del adulto asociada a factores secundarios	Placa Bacteriana, Cálculos dentales	Bueno
Dentales	Ausencia dentaria, caries dental.	Multifactorial	Bueno
Endodónticos	No Presenta		

9.- Plan de Tratamiento Ideal:

- Periodoncia: Terapia básica periodontal, educación en salud oral, enseñanza de cepillado y uso de seda dental.
- Cirugía: Exodoncia método cerrado de 37.
- Endodoncia: Tratamiento convencional de conductos 27, 45
- Operatoria: Amalgamas en 14 OD, 17 O, 18 O, 24 OD, 27 OD, 35 OD, 45 O, 46 O. Resinas en 21 D-M.
- Prostodoncia: Prótesis parcial removible superior y prótesis parcial removible inferior.
- Mantenimiento: Terapia de soporte.

11.- Diabetes mellitus:

Es un síndrome caracterizado por hiperglicemia, como resultado de la debilitación absoluta o relativa la secreción de la insulina y/o acción de la insulina.

Hay tres tipos importantes de diabetes:

- Diabetes tipo I (Insulino dependiente): resultado de la falta del cuerpo de producir la insulina, la hormona que "abre" las células del cuerpo, permitiendo que la glucosa las incorpore y que aprovisione de combustible. Se estima que 5-10% de los americanos que se diagnostican con diabetes tenga diabetes del tipo I.
- Diabetes tipo II (No insulino dependiente): resultado de la resistencia a la insulina, una condición en la cual el cuerpo no puede utilizar correctamente la insulina, combinada con deficiencia relativa de la insulina.

Aproximadamente 90-95% (16 millones) de los americanos que se diagnostican con diabetes, tiene diabetes del tipo II.

- Pre-diabetes: la Pre-diabetes es una condición que ocurre cuando los niveles de la glucosa de la sangre de una persona son más altos de lo normal (70 – 110 mg/dl), pero no lo suficientemente alta como para un diagnostico de la diabetes del tipo II. Se estima que por lo menos 16 millones de americanos tienen pre-diabetes, además de los 17 millones con diabetes.

- Diabetes Gestacional: Afecta cerca del 4% de todas las mujeres embarazadas; cerca de 135.000 casos en los Estados Unidos cada año.

Criterios de diagnóstico de Diabetes Mellitus:

La Diabetes Mellitus se puede diagnosticar por tres métodos distintos, y cada una de ellos debe confirmarse en los días subsiguientes por cualquiera de los tres métodos:

- Glicemia basal en plasma venoso igual o superior a 126 mg/dl .
- Glicemia al azar en plasma venoso igual o superior a 200 mg/dl en presencia de síndrome diabético (poliuria, polifagia, polidipsia, pérdida inexplicable de peso).
- Glicemia en plasma venoso igual o superior a 200 mg/dl a las 2 horas tras Sobrecarga Oral de 75 gramos de Glucosa.

Nota:

- Glicemia basal es la glicemia en ayunas (no ingesta calórica en al menos las 8 horas previas)

- Glicemia al azar es la glicemia en cualquier momento del día, independientemente de la hora de la última comida.

Las tres formas son posibles para diagnosticar la Diabetes, y cada una de ellas debe ser confirmada en los días siguientes por cualquiera de los 3 métodos.

Cuidados del Paciente Diabético en Odontología:

Es fundamental el mejor control glicémico posible para favorecer la cicatrización de las heridas. Para indicar el tratamiento correcto lo mejor que se puede hacer es contactar con el especialista, que tras valorar los factores causantes (falta de vascularización, afección neuropática, resequead de la piel, infección...) es el que puede indicar el tratamiento correcto y conducta a seguir.

12.- Prótesis Parcial Removable:

-Objetivo Principal:

Restituir y mantener la salud local y general del paciente parcialmente desdentado a la vez que prevenir una mayor destrucción de los tejidos y estructuras bucales a causa de la construcción y/o diseño inadecuado de la prótesis parcial removable.

Partes de la PPR:

- Conector Mayor
- Conector menor
- Apoyos
- Retenedores directos

- Retenedores indirectos
- Una o más base de acrílico y dientes artificiales
- Conector Mayor: Une las partes de la prótesis removible localizadas a un lado de la arcada con las del otro lado. Todos los componentes de la prótesis se unen directa o indirectamente a ella.

Todo conector mayor debe:

- Ser rígido.
- Dar soporte vertical y proteger los tejidos blandos.
- Proveer los medios para obtener retención indirecta en donde estuviese indicado.
- Otorgar la oportunidad para colocar las bases de acrílico en donde se necesiten.
- Mantener la comodidad del paciente.
- Conectores menores: Su función principal es unir los componentes de la prótesis, tales como ganchos, topes, retenedores indirectos y bases, al conector mayor. También es responsable de distribuir las fuerzas de masticación.
- Apoyos: Sirven fundamentalmente para transmitir las fuerzas que se producen en la prótesis a lo largo del eje longitudinal del diente pilar son denominados topes, y descanso es la superficie que se prepara en el diente o en una restauración para recibir al tope.
- Retenedores directos: Es el componente que contacta el diente pilar y resiste las fuerzas que se aplican evitando que la prótesis parcial removible se separe. Existen dos tipos:

- Retenedores intracoronales: Desarrollado por el Dr. Herman Chayes en 1906; consiste en dos unidades, en donde una de ellas es un receptáculo que se construye dentro de la corona del diente pilar. La segunda unidad sirve para insertarse y va unida a la prótesis parcial removible.
- Retenedores extracoronales: Opera bajo el principio de la resistencia del metal a la deformación. Está diseñado de tal forma que la parte terminal sea localizada en una superficie externa del diente que converja apicalmente para producir una retención. Existen dos tipos de retenedores extracoronales:
 - Circunferenciales o de Ackers.
 - De barra, de proyección vertical o de Roach.

El retenedor circunferencial presenta dos brazos que parcialmente circundan al diente pilar los cuales con excepción de la punta terminal del brazo retentivo, están localizados oclusal a la altura del contorno dental. Por lo tanto, la punta retentiva llega a su sitio desde arriba del mayor contorno del diente. Esta es la principal diferencia entre estos (circunferenciales) y los retenedores de barra, cuya retención llega desde debajo de la altura de contorno. Constan de las siguientes partes:

- Apoyo o Tope: Parte del retenedor que descansa en la superficie oclusal, lingual o incisal del diente y resiste el movimiento que va hacia los tejidos y asegura que la parte terminal del brazo retentivo permanezca en el sitio deseado.

- Cuerpo: Parte del retenedor que conecta el tope y hombros de los brazos al conector menor.
- Hombro: Parte del retenedor que conecta el cuerpo a los brazos; debe estar por encima de la altura de contorno y provee estabilidad contra el desplazamiento horizontal.
- Brazo Recíproco: Brazo rígido que se coloca por encima de la altura de contorno del lado opuesto al brazo retentivo. Su propósito principal es resistir las fuerzas de inclinación que se generan en el brazo retentivo.
- Brazo Retentivo: Parte del retenedor que comprende el hombro, que no es flexible y localizado por encima de la línea de contorno y el terminal retentivo.
- Terminal Retentivo: Es el tercio distal del brazo retentivo, es el único componente de la prótesis parcial removible que descansa en la zona de la superficie dentaria que esta cervical a la altura de contorno.
- Conector menor: Parte del retenedor que une el cuerpo de él al resto de la estructura. Siempre es rígido.
- Brazo de aproximación: componente exclusivo del retenedor en barra, el cual llega al área retentiva por debajo de la altura de contorno.

Los requerimientos de un retenedor extracoronal:

- Retención.
 - Soporte.
 - Estabilidad.
 - Reciprocidad.
 - Circunscripción.
 - Pasividad.
-
- Retenedores Indirectos: Son componentes opcionales de la prótesis parcial removible, se usan en casos en los cuales los retenedores directos no son suficientes para resistir las fuerzas. Se deben colocar en descansos para que transmitan las fuerzas aplicadas, a través del eje longitudinal del diente.

 - Bases de la dentadura: Pueden ser plásticas o metálicas siendo mas usadas las acrílicas y es la parte de la prótesis que lleva los dientes (pónticos) que van a ser reemplazados.

BIBLIOGRAFÍA

- STEWART, RUDD, KUEBKER, prostodoncia parcial removible segunda edición, actualidades medico odontológicas Latinoamérica.
- DAVENPORT, BASKER, HEATH, prostodoncia parcial removible, primera edición, mosby.
- PHILIPS, SAPP, LEWIS, EVERSOL, WYSOCKI, patología general, primera edición, brace