

CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO

INTEGRANTES:

ANGELICA BUITRAGO COD: 972028

SANDRA PACHECO COD: 992348

PAOLA CRISTO COD: 992363

PATRICIA GARCIA COD: 992305

DIEGO RODRÍGUEZ COD: 982206

HUGO MARTINEZ COD: 982243

PRESENTADO:

Dra. DIANA GUZMÁN

COLEGIO ODNTOLOGICO COLOMBIANO

BOGOTA, FEBRERO 19 DE 2003

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	4
CASO CLINICO	5
1. HISTORIA CLINICA	5
1.1 INFORMACIÓN GENERAL	5
1.2 MOTIVO CONSULTA	5
1.3 ANAMNESIS	5
1.4 EXAMEN FISICO	6
1.5 EXAMEN ESTOMATOLOGICO	6
1.6 EXAMEN FISICO ORAL	6
1.7 EXAMEN CRANEO MANDIBULAR	7
1.8 EXAMEN PERIODONTAL	7
1.9 EXAMEN RADIOGRÁFICO	8
1.10 ODONTOGRAMA	9
1.11 DIAGNOSTICOS GENERALES	9
1.12 DIAGNOSTICOS CRANEO MANDIBULARES	10
1.13 DIAGNOSTICO PERIODONTALES	10
1.14 DIAGNOSTICO DENTALES	10
1.15 DIASNOSTICO ENDODONTICOS	10
1.16 ETIOLOGIA	11
1.17 PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL	11
1.18 PLAN DE TRATAMIENTO REAL	12
2. MARCO TEORICO – RESTAURACIÓN UNIDENTAL	14
2.1 CORONA IN-CERAM	14

2.2 TECNICA CON COMPONENTES PREFABRICADOS	19
2.3 HIPERPLASIA CONDILAR	24
2.4 TIPOS DE RUIDO ARTICULAR	30
2.5 PLACA NEUROMIORELAJANTE	31
2.6 MORDIDA CRUZADA POSTERIOR	35
2.7 BRUXISMO	37
2.8 RECESIÓN GINGIVAL	39
2.9 GINGIVITIS	40
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFIA	42

INTRODUCCIÓN

La realización y presentación de este caso clínico es de gran importancia para nosotros ya que con este trabajo hemos descubierto la importancia que tiene el saber diagnosticar las diversas patologías, para así calorar interdisciplinariamente a nuestros pacientes y ofrecerle diversidad de tratamientos de acuerdo a sus necesidades.

Para esto es necesario recopilar información tanto personal como de antecedentes del paciente, para así realizar un plan de tratamiento ideal, teniendo en cuenta bibliografía y avances de estudios de las diversas especialidades (Prostodoncia, Cirugía, Ortodoncia, Periodoncia, Endodoncia).

Esperamos cumplir con las expectativas del auditorio y crear controversia para así lograr una verdadera interpretación multidisciplinaria de nuestro caso clínico

CASO CLINICO X SEMESTRE

1. HISTORIA CLINICA

1.1 INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: CLARA INES CASALLAS PEREZ

Cédula: 51.821.871 Bogotá

Edad: 37 años

Raza: Blanca

Estado Ocupa: Soltera

Escolaridad: Bachiller

Ocupación: Vendedora

Ultima Visita al Médico: Julio 2 – Control General

Ultima visita al Odontólogo: Hace 2 años para cambio de coronas.

1.2 MOTIVO DE CONSULTA

“Para revisión de una corona que se Cayó”

1.3 ANAMNESIS

- Antecedentes Familiares: No refiere ningún antecedente familiar
- Antecedentes Personales: La paciente refiere que fue hospitalizado por 3 partos naturales. No refiere ninguna alteración sistemática alérgica o hemorrágica que impida realizar el tratamiento a seguir.

1.4 EXAMEN FISICO

- Aspecto general: paciente de estatura media, contextura delgada, tes blanca, cabello negro, ojos café y presenta buen semblante.
- Peso: 53 Kg.
- Estatura: 1.60 cm
- Temperatura: 36.5°C
- Presión Arterial: 120/80 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 72 ppm
- Alerta médica: Ninguna

1.5 EXAMEN ESTOMATOLOGICO

- Dolor Articular: Si presenta
- Dolor Muscular: Si presenta
- Ruido Articular: Tipo clicking ATM izquierda
- Desarmonias Oclusales: presente
- Odontalgias: No presenta.

1.6 EXAMEN FISICO ORAL

- Labios: Normales
- Carillos: Normales
- Surco Vestibular: Normal
- Gingiva: Normal
- Lengua: Normal
- Frenillo: Normales
- Paladar duro y blanco: Normal
- Amígdalas: Normal

1.7 EXAMEN CRANEOMANDIBULAR

- Perfil: Recto
- Clasificación de Angle: (Izq. NA) (Dere II)
- Simetría Facial: Presente
- Overjet: 1 mm
- Overbite: 2 mm
- Apiñamiento: No presenta
- Diastemas: No presenta
- Facetas de desgaste: Anteriores inferiores
- Lateralidad derecha: 17-16-15/17,16
- Interferencia izquierda: 24-25/35-36
- Lateralidad derecha: 18/30
- Apertura: 50 mm
- Protusión: 3 mm
- Lateralidad Izquierda: 4 mm
- Lateralidad derecha: 5 mm
- Oclusión cruzada posterior: Unilateral derecha

1.8 EXAMEN PERIODONTAL

- Color: Rosado pálido
- Margen: Regular
- Consistencia: dura
- Textura: Punteado
- Grosor: Normal
- Contorno: Regular
- Papilas: Normal
- Cálculos: No presenta

1.9 EXAMEN RADIOGRÁFICO

18	Ausente
17	Área radiopaca a nivel coronal posible obturación
16	Área radiopaca a nivel coronal posible obturación
15	Aparentemente sano
14	Área radiopaca a nivel coronal posible obturación
13	Aparentemente sano
12	Área radiopaca a nivel corono-radicular posible núcleo y corona
11	Área radiopaca a nivel corono-radicular posible núcleo y corona
21	Área radiopaca a nivel corono-radicular posible núcleo y corona
22	Sano
23	Aparentemente sano
24	Sano
25	Sano
26	Presenta área radiolucida corona-radicular y radiopaca coronal posiblemente destrucción coronal
27	Área Ro coronal posible obturación
28	Área Ro coronal posible obturación
38	Ausente
37	Ausente
36	Área Ro coronal posible obturación
35	Área radiopaca posible obturación plástica
34	Área radiopaca posible obturación plástica
33	Aparentemente sano
32	Aparentemente sano
31	Aparentemente sano
41	Aparentemente sano
42	Aparentemente sano
43	Aparentemente sano
44	Aparentemente sano
45	Aparentemente sano
46	Área radiopaca coronal posible obturación
47	Área radiopaca coronal posible obturación
48	Área radiopaca coronal posible obturación

1.10 ODONTOGRAMA

18	Ausente
17	Amalgama o desadaptada
16	Amalgama o desadaptada
15	Caries distal
14	Resina o adaptada
13	Sano
12	Sano pigmentaciòn palatina
11	Corona adaptada
21	Destrucciòn coronal
22	Corona adaptada
23	Sano
24	Pigmentaciòn o sano
25	Sano
26	Destrucciòn coronal
27	Amalgama o adaptada
28	Amalgama o adaptada
38	Ausente
37	Ausente
36	Amalgama o desadaptada
35	Resina o adaptada
34	Resina o adaptada
33	Sano
32	Sano
31	Sano
41	Sano
42	Sano
43	Sano
44	Sano – pigmantaciòn o
45	Caries incipiente
46	Amalgama o adaptada
47	Amalgama o desadaptada
48	Amalgama o adaptada

1.11 DIAGNOSTICOS GENERALES

Paciente sin compromiso sistémico

1.12 DIAGNOSTICO CRANEOMANDIBULARES

- a. Desorden del disco articular temporomandibular de posición y función (desplazamiento del disco con reducción " cliking A.T.M. izq ").
- b. Desorden maxilo – dentarios dignacias trasversales (mordida cruzada posterior derecha)
- c. Desorden de crecimiento y desarrollo de tipo adquirido (broxismo).
- d. Desorden inflamatorio hiperplasia condilar.

1.13 DIAGNOSTICOS PERIODONTALES

- a. Gingivitis inducida por placa dental
-asociada a placa dental solamente con factores contribuyentes.

1.14 DIAGNOSTICOS DENTALES

- a. Caries recurrentes : 37 (o) , 36 (o) , 47 (o)
 - Caries incipiente : 45 (o)
 - Caries activa : 15 (o)
- b. Destrucción coronal: 21 y 26
- c. Pigmentación : 12 (p) , 24 (o) , 44 (o)
- d. Facetas desgaste : 33 – 43.

1.15 DIAGNOSTICO ENDODONTICO

21 : T.C.C. Sobreobturado

26 : T.C.C. Parcialmente obturado.

1.16 ETIOLOGIA

- a. Hiperactividad muscular mas estrés emocional
- b. Desviación mandibular.
- c. Estímulos, factores de naturaleza hormonal y crecimiento de trauma
- d. Trauma
- e. Placa bacteriana
- f. Multifactorial
- g. Yatrogenia

1.17 PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

1.17.1 PREVENCIÓN

- Educación en higiene oral
- Técnica de cepillado
- Fluorización.

1.17.2 PERIODONCIA

- Motivación al paciente
- Control de placa.
- Raspaje coronal.
- Profilaxis

1.17.3 ENDODONTICOS

- Retratamiento del 21 - 26

1.17.3 OCLUSION Y ATM

- Placa neuromiorelajante.

1.17.4 DENTALES

- Resinas fotopolimerizacion 15(o) , 45 (o) .

1.17.5 ORTODONCIA PREQUIRURGICA

- Alinear arcadas.
- Establecer posición anteroposterior y vertical de los incisivos.

1.17.6 CIRUGÍA

- Condilectomía
- Osteotomía de mandíbula sagital bilateral.

1.17.7 ORTODONCIA POST - QUIRURGICA

1.17.8 PROSTODONCIA FIJA

- Incrustaciones in-ceram : 17 (o) , 36 (o) , 47 (o) .
- Retenedor intraradicular en fibra de vidrio.
- Coronas inceram : 21 – 26.

1.17.9 MANTENIMIENTO

- Terapia periodontal de soporte.

1.18 PLAN DE TRATAMIENTO REAL

1.18.1 PREVENCIÓN

- Educación y técnica de cepillado

1.18.2 PERIODONCIA

- Motivación paciente.
- Control de placa bacteriana.
- Raspaje y alisado radicular.
- Profilaxis.

1.18.3 ENDODONTICOS

Retratamiento 21 y 26.

1.18.4 OCLUSION Y ATM

- Placa neuromiorelajante.

1.18.4 DENTALES

- Retenedor intrarradicular plata – paladio del 21 y 26.
- Coronas completa metal – cerámica del 21 y 26.

1.18.5 MANTENIMIENTO

- Terapia periodontal de soporte.

2. MARCO TEORICO

RESTAURACIÓN UNIDENTAL

2.1 CORONAS IN – CERAM

Hoy nos encontramos en una situación parecida en cuanto a la valoración de prótesis sin metal In-ceram. Teniendo aplicaciones en coronas de dientes anteriores y posteriores y las construcciones de prótesis diversas, teniendo en cuenta su respectiva composición y sus indicaciones.

Las In-ceram Vitadur Alpha la que su matiz o estructura es a base de aluminio es indicada en coronas parcial fija en posteriores hasta de 3 unidades y coronas posteriores.

Los excelentes valores físicos de las restauraciones de In-ceram se consiguen mediante una cerámica de oxido de aluminio infiltrada con cristales de leucita que refuerzan la matriz vitrea. En ensayos sobre la resistencia a la torsión, In-ceram da valores que se aproximan a los puentes de cerámica sobre estructura de metal noble, posee una resistencia mayor 300 mpa para soportar las fuerzas masticatorias.

Se comprueba que los valores de resistencia de las masas In-Ceram son tres veces superiores a las masas de cerámica convencional. Las coronas reconstruidas con Vitradur sobre un núcleo de In-Ceram alcanza la capacidad de carga de las coronas de cerámica sobre estructura de metal noble.

El elevado ajuste de las coronas In-Ceam se basa en el hecho de que este método no se trata de la sinterización humedad de partículas de cerámica. Se trata más bien de una sinterización en el límite de las partículas, con lo que las

mínimas oscilaciones se ven compensadas por la escasa expansión del yeso.

El In-ceram ha sido desarrollado por la VITA es a base de oxido de aluminio de grano fino, con un tamaño de partícula de 2.5 um. Al mezclarse con un liquido especial se forma una suspensión que se aplica sobre el muñón de yeso. A continuación se sintetiza en un horno desarrollado para ello. Mediante una segunda cocción, la estructura de oxido de aluminio sintetizada se infiltra con el vidrio, obteniendo así su extraordinaria resistencia.

En el pasado, las reestructuraciones colada macizas y las de revestimiento cerámico se convirtieron en las de revestimiento cerámico se convirtieron en la prostodoncia estándar en cuanto a coronas y fijas. Ello se debe fundamentalmente al muy amplio espectro de aplicaciones clínicas, a los procesos protésicos estandarizados, así como a la eficacia comparada a largo plazo.

Sin embargo, en el trabajo clínico práctico, también estos tipos de prótesis muestran carencias o puntos débiles típicos. Estos se refiere a:

2.1.1 PROBLEMAS ESTÉTICOS Y PERIOPROTÉSICOS

- Borde metálico visible que molesta, sobre todo si los dientes se ven mucho cuando la persona se ríe.
- Efecto estético reducido de la restauración (conducción de la luz poco favorable/el metal forma una capa de separación que no deja pasar a la luz).
- Retracción la gingiva.

2.1.2 CORROSION / INTOLERANCIA A LOS METALES

Provocada por:

- Multiplicidad innecesaria de aleaciones y selecciones equivocadas de aleaciones.
- Calidad insuficiente de las aleaciones.
- Mala higiene bucal.

En los últimos años ha cambiado sobre todo la valoración subjetiva de estas carencias potenciales por parte de los pacientes, algo que se debe fundamentalmente a la estética.

2.1.3 LA CERÁMICA DE INFILTRACIÓN IN-CERAM

Con las cerámicas de infiltración In-Ceram disponemos por primera vez de una tecnología que puede considerarse una alternativa seria a las restauraciones de VMK.

Esta perspectiva clínica se basa en la mejora decisiva de la resistencia que se ha multiplicado en comparación con las tecnologías convencionales.

Los procedimientos que debe llevar a cabo el especialista son:

- Aplicación de la suspensión de Al₂O₃ (barbotina), suspensión del armazón modelado.
- Infiltración de vidrio.
- Acabado del armazón infiltrado
- Revestimiento del armazón (Vitradur Alpha)

Además de las coronas anteriores y posteriores, también se puede confeccionar prótesis fija. Actualmente encontramos dos cerámicas de infiltración modificadas, SPINELL, y una cerámica reforzada con óxido de zirconio.

2.1.4 REGLAS DE PREPARACIÓN

La técnica de preparación reviste una importancia clave en el desarrollo del tratamiento clínico.

- Límite de la preparación en forma de hombro con ángulo inferior redondeado.
- También es posible la preparación de un chanfer, siempre que se consiga un apoyo mecánico; aplicación con una oferta reducida de sustancia.
- Profundidad de corte marginal definida: 0.6 – 1.2 mm

- Profundidad incisal u oclusal: 1.5 – 2mm
- Fondo de preparación circulante uniforme, sin ondas ni pliegues.
- Rebajado de capas anatoforme que tiene en cuenta los contornos anatómicos.
- Chanferes planos, las preparaciones tangenciales y biseles contraindicados.

2.1.5 ERRORES DE PREPARACIÓN

Los errores relacionado en las preparaciones de coronas cerámicas libres de metal están relacionadas con:

1. La ejecución insuficiente del limite de preparación.
 - Fondo de preparación no uniforme (la llamada preparación de canalón) (irregularidades verticales).
 - Rebajado marginal no uniforme (irregularidades horizontales).
 - Forma equivocada del limite de preparación.
 - Preparación subgingival más profunda de lo necesario.
 - Preparación de la dentina radicular.
2. Rebajamiento incontrolado de copas
 - Rebajamiento excesivo pro vestibular en dientes anteriormente superiores y por proximal de premolares.
 - Rebajamiento incisal/oclusal excesivo con restricción de la retención y estabilidad.
 - Angulo de convergencia excesivo.

2.1.6 CEMENTADO

La fijación de las coronas y puentes de In-Ceram se suele efectuar de manera convencional con cementos de fosfato o de ionómero de vidrio.

En casos clínicos de decoloraciones oscuras o si simultáneamente se utilizan pernos colados, esta indicada la utilización de cementos de fosfato, debido a la

opacidad.

Los cementos de ionómero de vidrio son más traslucidos que los de fosfato, por lo que se recomienda para coronas sin decoloraciones del muñón – clínicamente relevantes, así como para las coronas In-ceram SPINELL.

La fijación adhesiva se centra en inlays y coronas parciales: materiales recomendados Panavia 21 Tc / Variolink Percolite. El acondicionamiento de la superficie para el cementado adhesivo se debería hacer solamente por medio del arenado con oxido de aluminio.

La restauración arenada debe limpiarse por ultrasonidos de un disolvente orgánico. El grabado ácido fluorhídrico está contraindicado porque provoca desintegraciones del conjunto. Se recomienda utilizar un adhesivo de dentina (All-Bond –Z)

2.1.7 VENTAJAS IN-CERAM

- Gran resistencia funcional
- Estetica claramente mejorada
- Alto valor perioprotésico
- Relación calidad-precio favorable
- Buena acogida por pacientes.

2.1.8 INCONVENIENTES DE IN-CERAM

- Aplicaciones limitadas si la oferta de sustancia dura es reducida.
- Mayor pérdida de sustancias por la preparación.

2.1.9 PROPIEDADES DE LAS CORONAS IN-CERAM

- Importante aumento de la resistencia a la fractura
- Optimo cierre marginal cervical.

- Efecto cromático idéntico al diente natural.
- Material biocompatible no produce alergia
- Baja conductividad térmica

2.2 TÉCNICAS CON COMPONENTES PREFABRICADOS

Según Shiingburg los postes prefabricados es el sistema más aislado.

Existen siete diseños de postes fabricados:

• Cónica	• Paralela Ruboga
• Paralela lisa	• Paralela con la punta apical cónica
• Cónica Rugosa	• Cónica atornillada
	• Paralela atornillada

2.2.1 VENTAJAS DE LOS POSTES PREFABRICADOS:

- Relativa facilidad de uso y disponibilidad inmediata.
- Algunos sistemas (Whaledent), proporcionan canales de escape para disminuir la presión hidráulica (OH cemento).
- Diversos tamaños y posibilidad de combinar el poste con pines.
- En conductos delgados su adaptación es buena.
- Menor tiempo clínico
- Posibilidad de utilizarlos en Urgencias.
- Costo es menor.
- Son marcadamente resistentes

2.2.2 DESVENTAJAS

- La aplicación es limitada cuando una cantidad de diente ha perdido.
- No existe un diseño adecuado para todo tipo de conductos.

- Falta de adaptabilidad en la totalidad de los casos. El conducto debe adaptarse a la forma de poste y no el poste adaptarlo a la forma del conducto.
- La gran cantidad de materiales dificulta la selección adecuada.

Sistema de poste prefabricado consta de tres componentes:

- El poste prefabricado: - Cónica lisa, - Paralela lisa, - Cónica rugosa
- El material del muñón: - Ionómetro vidrio, - Resina compuesta, - Amalgama.
- El cemento para el poste: - Ionómetro de vidrio, - Policarboxilato, Fosfato de zinc, - Resina compuesta.

La elección de los materiales dentales para su uso clínico esta basado en:

1. Biocompatibilidad.
2. Propiedades fisicoquímicas
3. Manipulación
4. Estética
5. Economía

El éxito o fracaso dependen de la biocompatibilidad, propiedades fisicoquímicas y manipulación de esta.

Los postes prefabricados pueden ser clasificados en base a su geometría o por su método de retención.

2.2.3 USO ACTUAL DE POSTES Y NÚCLEOS

- La razón principal para el uso de postes, es la de conectar la estructura radicular al núcleo no tiene como propósito "reforzar" al diente.
- Los postes y núcleos prefabricados pueden ser tan fuertes o más fuertes que los postes y núcleos colados.
- La mayoría de los postes o núcleos hoy en días son prefabricados.
- Paradost (Coltene-Whaledent) y flexipost (Essential Dental Systems)) son los postes más populares.

- Las aleaciones de titanio y acero inoxidable son las más utilizadas para postes.
- La resina compuesta con adhesiones es el material que con mayor frecuencia se utiliza para construir el núcleo.
- La aspereza de la superficie del poste mejora la retención.
- La fractura vertical ocasional de la raíz, provocada por tensión o trauma sobre el diente con postes rígidos, conduce a la extracción del diente.
- El poste de diámetro repudio es tan exitoso como el de diámetro grande.
- Un poste puede no ser necesario si hay 2 mm o más de estructura coronal remanente y si la oclusión no es muy fuerte.
- Los dientes con menos de 3mm, de obturación endodóntica remanente en el ápice han aumentado la frecuencia de casos de translucidez apical postoperatoria.

2.2.4 POSTES DE CIRCONIO

Cosmopost (Ivoclar) y Cerapost (brasseler) son dos ejemplos de postes de Dióxido de Zirconio.

En la actualidad los sistemas de espigas metálicas utilizadas en el pasado, se consideran críticos por razones de estética y Biocompatibilidad. La consecuencia puede ser pigmentaciones de los tejidos duros y blandos, así como irritaciones de la gingiva.

La estética de la encía y del tejido dental gana en importancia, sobretodo en restauraciones estéticas anteriores con sistemas de cerámica sin metal (p.ej. IPS Empress).

Para la reconstrucción de muñones individuales, sobre la espiga radicular endodóntica de zirconio una solución ideal nos ofrece la cerámica de inyección con oxido de zirconio IPS Empress Cosmopost.

2.2.5 POSTES DE FIBRA DE CARBONO

Los postes de fibra de carbono, introducidos hace algunos años, están a al disposición del profesional como alternativa a los postes de aleaciones metálicas. Estos postes están compuestos de un material composite cuyas fibras de carbono unidireccionales, conocidas como de “alta resistencia”, representan el soporte y de una matriz orgánica de tipo epoxi o éster de vinilo.

✓ VENTAJAS DE LOS POSTES DE FIBRA DE CARBONO

1. Reconstrucción completa corno-radicular asociada a un composite en una sola sesión clínica.
2. Ausencia de fenómenos de corrosión que pueden conllevar filtraciones y alteraciones de dentina radicular, producidos por los postes metálicos.
3. Homogeneidad mecánica y química de los diferentes componentes de la reconstrucción (poste, cemento de composite, material restaurador).
4. comportamiento mecánico que limita los riesgos de fractura.

2.2.6 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE VARIOS TIPOS DE POSTES

Tipo de poste marca y compañía	Color	Radiopacidad	Remoción	Ventajas	Desventajas
ACERO INOXIDABLE Colténe/Whaledent	Gris	Alta	Difícil	Costo Doblaje con esfuerzo Resistente Buena Opacidad	Color Niquel Potencialmente alergénico
ALEACIÓN DE TITANIO Parapost Colténe/Whaledent		Ligera moderada	Difícil	Costo Doblaje Biocompatible Menos rígido que el niquel	Color Chispea cuando se corta
TITANIO PURO	Gris	Ligera moderada	Difícil	Costo Doblaje Biocompatible Menos rígido que el niquel	Color Chispea cuando se corta. La radiopacidad es ligera como la gutapercha

CARBON	Negro	Ligera	Fácil con punta de diamante	Costo fácil de cortar Facil de quitar si se requiere Biocompatible flexible	Color Difícil de observar Radiográficamente No se puede doblar
CERMICA (DIÓXIDO DE ZIRCONIO)	Blanco	Alta	Muy difícil	Color blanco Biocompatible Buena Radiopacidad	Costo Chispea cuando se corta No se puede doblar Difícil de cortar La rigidez puede ser negativa.
RESINA COMPUESTA REFORZADA CON FIBRA	Blanco	ligera	Fácil con punta de diamante	Color blanco Fácil de cortar Fácil de quitar Flexible Se adapta bien al canal radicular Es ventajoso en canales asimétricos grandes	Técnica más bien difícil Requiere tijeras especiales Menos fuerte que otros.

2.2.7 PINES INTRADENTINARIOS

Se utilizan los pines intradentarios solos o bien en combinación con la espiga para proporcionar la retención al material del muñón. En algunos casos no se puede utilizar un poste intraradicular para la retención del muñón, (curvas radiculares extremas, peligro de perforación, materiales de obturación radicular no removible etcétera) y el uso de pines puede ser la única alternativa para proporcionar la necesaria retención.

2.2.8 MUÑONES

El propósito de un muñón es proporcionar a la corona dentaria dañada la resistencia, retención y forma geométrica más adecuadas para la restauración final. Entre otros de los materiales aceptados hoy para la estructura del muñón están las resinas compuestas reforzadas y la amalgama de plata. Pueden o no utilizarse conjuntamente con un poste.

2.2.9 RECONSTRUCCIÓN DE DIENTES TRATADOS ENDODONTICAMENTE

Antes de iniciar los procedimientos restauradores de un diente tratado endodónticamente debe ser evaluado para determinar su pronóstico clínico. Si alguno de los cinco determinantes está presente, la restauración no debe ser iniciada sino que alguna de las acciones siguientes deberá considerarse:

Retratamiento ya sea endodóntico o periodontal en cuyo caso el diente probablemente requiera también estabilización.

Revisiones de control dando el tiempo suficiente para evaluar la cicatrización progresiva.

Extracción del diente en los casos cuando no sea restaurable.

La guía para restauración de los dientes anteriores y posteriores varía debido a la morfología y función.

En los dientes anteriores, la corona total es aconsejable colocar también un poste o perno intrarradicular. Los dientes muy decolorados pueden considerarse también las coronas totales o carillas veneer.

2.3 HIPERPLASIA CONDILAR

Es una alteración caracterizada por crecimiento excesivo y progresivo, que afecta el condilo, cuello, cuerpo y rama mandibular. Es una enfermedad autolimitante y deformante, porque el crecimiento es desproporcionado desde antes de terminar el crecimiento general del individuo y continúa cuando aquel ha terminado.

La deformidad facial y la alteración de la oclusión secundarias a la hiperplasia condilar, obedecen básicamente a que el crecimiento mandibular ocurre en los tres planos del espacio pero con predominio por alguno de ellos.

El crecimiento se presenta normalmente en sentido vertical, horizontal y trasversal relacionándose armónicamente una mitad con la otra, de esta forma el crecimiento excesivo unilateral puede predominar en cualquiera de los tres sentidos. La posición normal del condilo es oblicua hacia delante y abajo ósea que combina un vector horizontal con otro vertical y se relaciona en el plano horizontal con el lado opuesto.

Al considerar el crecimiento excesivo, puede predominar la dirección vertical u horizontal, aunque también se pueden presentar formas mixtas y según su tasa de crecimiento se relacionan transversalmente y afecta al lado opuesto. Lo que equivale a pensar que hay un componente vertical de condilo, cuello y rama mandibular, un horizontal observable en cuerpo mandibular, mentón y el componente trasversal que se detecta por los cambios por sobre el lado opuesto y en la oclusión. El patrón de predominio vertical llamado también hiperplasia Hemimandibular nos presenta crecimiento del condilo, cuello y rama mas pronunciados en dirección vertical y volumetricamente, con convexidad pronunciada de la rama y del ángulo mandibular.

A nivel del cuerpo se aprecia crecimiento vertical con desviación que llega hasta la línea media, la cual se va desviando de manera oblicua de la cresta alveolar hasta el borde inferior, hacia el contralateral y su vector trasversal produce en el lado opuesto con cavidad externa de la rama y rotación externa del cuerpo mandibular. Se presenta tendencia o mordida abierta al lado afectado, inclinación de los incisivos con las raíces hacia el lado opuesto y sobreclusión de premolares y molares contralaterales.

El borde inferior del lado afectado está notoriamente mucho mas abajo que el lado no afectado, situación que llega hasta la línea media mandibular y todo esto implica una inclinación en la línea bicomisural.

Las compensaciones en el tercio medio se observan como alargamiento el proceso alveolar, inclinación hacia debajo del plano oclusal, hacia el lado afectado e inclusive del nivel del plano orbitario.

El patrón de predominio horizontal es llamado Elongación Hemimandibular, la cual presenta un alargamiento del condilo, cuello, rama y cuerpo mandibular con desviación del mentón hacia el lado opuesto y su vector transversal desplaza el lado opuesto en sentido externo. El ángulo mandibular presenta menos alteración que cuando hay crecimiento vertical. La oclusión se observa con mordida cruzada contralateral, mientras el lado afectado general se observa un desplazamiento en sentido Mesial clase III de Angle. El eje longitudinal de los incisivos se halla desolazado hacia el lado opuesto, el borde inferior se mantiene sensiblemente igual y los cambios compensatorios del tercer medio son ligeros aunque puede haber un leve desnivel que se manifieste en el piso de la orbita. Cuando la elongación es bilateral se presenta un franco prognatismo.

Hay cosas de combinación de crecimiento tipo elongación con hiperplasia hemimandibular, donde todas las manifestaciones se presentan combinadas con descenso del borde inferior del lado afectado es evidente desviación de línea media hacia el lado opuesto. Se manifiesta de manera predominante en adolescentes durante el periodo de crecimiento y adultos jóvenes que ya han terminado su crecimiento.

2.3.1 ETIOPATOGENIA:

Debemos considerar que este crecimiento es de naturaleza hiperplásica y en tal virtud es un proceso reactivo ante un estímulo que no conocemos con exactitud, sin embargo, podemos suponer que hay factores de naturaleza hormonal (Somatomedina, factores de crecimiento como el IGF1) así como biomecánica (trauma) y neoplásica (Osteoma, Osteocondroma y Condroma).

Esta condición anormal debe diferenciarse de otros procesos que causan asimetría facial como la microsomía hemifacial, atrofia hemifacial, anquilosis y tumores oséos .

2.3.2 FISIOPATOGENIA:

La fisiopatogenia de la hiperplasia condilar, parece radicar en un estado de multiplicación aumentada en la capa mesenquimal del cóndilo afectado, causando una hiperactividad de la capa proliferativa del cartílago articular (Fibrocartílago) probablemente conducido por una sobreproducción de reguladores del crecimiento no determinados hasta el momento, con interrupción de la placa oséa y penetración marcada por las condroblastos hipertróficos hasta la medular y aumento de la vascularidad de esta, como ocurre durante el proceso normal de crecimiento endocondial del condilo mandibular. La producción de factores de crecimiento a este nivel debe afectar zonas adyacentes para estimular los procesos osteogénicos de modelación ósea a nivel subpreiostico y endóstico hasta la sínfisis.

2.3.3 HISTOLÓGICAMENTE

La hiperplasia condilar básicamente tiene dos patrones histológicos, si corresponde a: El estado activo exhibe una superficie articular continua y una amplia zona de proliferación, la capa de cartílago hipertrófico muestra un espesor medio, la placa ósea subcondral no está cerrada y puede haber restos de cartílago en el hueso.

El estado inactivo se caracteriza por una superficie articular discontinua y una zona de proliferación, la capa hipertrófica presenta una espesor variable y un gran numero de condorcitos hipertróficos agrupado en algunas áreas.

2.3.4 GAMAGRAFIA OSEA.

Las gamagrafías se usan con frecuencia para evaluar a los pacientes, pues muestra mayor sensibilidad al cambio óseo que la radiografía, indicando modificaciones a los pocos días del proceso.

Sin embargo la gamagrafía es inespecífica pues un resultado positivo puede producirse por cualquier clase de aumento en el metabolismo óseo, sea de carácter infeccioso, inflamatorio, traumático o neoplásico y aún en procesos de crecimiento normal.

La gamagrafía Ósea tiene tres fases:

1. La primera es la angiografía donde se detecta el nivel de vascularización de la zona por medio de imágenes rápidas (2 a 5 seg/imagen) al inyectar el radiotrazador.
2. La segunda es la fase tisular tomada aproximadamente los tejidos blandos adyacentes.
3. La tercera es la fase ósea o tardía, se toma entre las primeras 2 y 4 horas.

El radiaisotopo más utilizado es el Tecnesio 99, el cual emite radiación gamma de 140 Kev (Kiloelectrovoltios), de tal manera que siendo un emisor gamma puro da una excelente imagen con dosis de radiación muy bajas con una vida media aproximada de 6 horas. Los transportadores de la sustancia trazadora son productos solubles para inyección intravenosa como el Metilendifosfonato o el Medronato bisódico. En el caso de la Gamagrafía Ósea los fosfatos son metabolizados por las células óseas en un periodo aproximado de 2 horas y son incorporados en las zonas donde se esta realizando oposición ósea.

La evaluación por medio de la gamagrafía en el caso de la hiperplasia condilar se hace de dos maneras:

1. Detectando el porcentaje de captación entre los dos cóndilos comparativamente cualquier diferencia entre las dos ATM mayor del 10% es indicativa de anormalidad.
2. Relacionando la captación de las dos articulaciones con la cuarta vértebra lumbar que se usa como referencia por su fácil ubicación y por su captación simétrica.

$$\text{Relación de Captación} = \frac{\text{Captación regiona estudio} - \text{Radiación de fondo}}{\text{Captación de 14} - \text{Radiación de Fondo}}$$

La radiación de fondo es la que la gamacámara detecta proveniente del resto del organismo, esta debe separarse de la emitida por los órganos blancos del trazador, lo cual es realizado por un computador, los resultados se comparan con la tasa de Captación de Radionúclido en cóndilos de pacientes normales.

2.3.5 TRATAMIENTO: CIRUGÍA ORTOGNATICA

La cirugía Ortognatica son aquellos técnicas de la cirugía maxilofacial que tienen como objetivo la corrección de las deformidades de la forma, tamaño y posición de los huesos maxilares y de sus estructuras anexas, donde intervienen varios especialista, pero con mayor importancia el ortodoncista y el cirujano maxilofacial. El papel de la ortodoncia en el tratamiento es básico, la nivelación de las arcadas dentarias, la eliminación de compensaciones dentales o extracciones terapéuticas son condiciones para el exilo del tratamiento.

Idealmente el tratamiento a seguir es:

- Ortodoncia prequirúrgica: 2-12 meses
- Cirugía/hospitalización: 3-7 días.
- Posoperatorio: 3-8 semanas
- Ortodoncia Posquirúrgica: 3 –6 meses.

- Ortodoncia prequirúrgica: El objetivo fundamental es alinear las arcadas, establecer la posición enteroposterior y vertical de los incisivos.
- Cirugía Ortognatica: Luego del tratamiento dental restaurador necesario se realiza la preparación prequirúrgica, el paciente es reevaluado y se confirma la técnica quirúrgica a seguir en este caso.
- Condilectomia (para eliminar todo el cartílago de crecimiento), que en algunos casos resuelve todo el problema.
- Osteotomía de rama contralateral para corregir la asimetría.
- Osteotomía de le Fort I, en casos de alteración del plano oclusal.
- Ortodoncia posquirúrgica. Luego de varias semanas transcurridas la osteotomía el paciente es remitido nuevamente al ortodoncista para completar el tratamiento.

2.4 TIPOS DE RUIDO ARTICULAR

- a. **CLIKING.** Golpe seco en la articulación, daño funcional de la ATM, encontramos el disco articular adelantado y el condilo en una posición atrasada. En los movimientos el condilo recaptura al disco y en el cierre se devuelve solo.
- b. **CREPITACIÓN.** Es una trauma oclusal excesivo o en pacientes adultos con osteoartritis, el condilo nunca encuentra el disco articular, por una elongación en la lámina retrodiscal y se produce un roce de hueso temporal y condilo mandibular.

Dentro del Cliking, existe un popping que es audible mientras que el anterior es auscultable únicamente.

2.5 PLACA NEURO-MIO-RELAJANTES O REPOSICIONADORES MANDIBULARES.

DEFINICIÓN

Es un dispositivo confeccionado en acrílico de auto polimerización que se coloca sobre las superficies oclusales e incisales de los dientes de un arco dentario, creando un contacto estable y uniforme con los demás dientes del maxilar antagonista.

Se puede confeccionar tanto para el maxilar superior como para el inferior. Es importante anotar que la confección de la placa oclusal en el maxilar difiere en la confección de la misma en el maxilar inferior.

OBJETIVOS

- Estabilizar o incrementar la función de la ATM o dar una posición estable y más funcional.
- Dar una condición oclusal óptima.
- Reorganizar la actividad neuromuscular.
- Reducir la actividad para-funcional (bruxismo).
- Proteger los dientes y estructuras de soporte de fuerzas anormales que puedan hacerles daño.

CLASIFICACIÓN

- Placa Desprogramadora anterior
- Placa Pivoteante o Desprogramadora posterior
- Placa Reposicionadora o Protusiva
- Placa Atlética

- Placa estabilizadora, mío relajante.

INDICACIONES

- En pacientes con hiperactividad muscular.
- En pacientes con desordenes musculares.
- En ATM inflamada o traumatizada.
- En pacientes con abrasión patológica.

CONTRAINDICACIONES

- Mordida cruzada severa.
- Retrognatismo severo.
- Mordida abierta
- Mordida borde a borde.

Estas indicaciones están determinadas de acuerdo al criterio clínico del operador.

CONFECCIÓN

- Obtener un modelo maxilar superior o inferior. Delimitar los modelos por vestibular a nivel de la papila interdental, hasta el ultimo molar presente en boca y totalmente erupcionado. El limite posterior por palatino esta determinado entre la unión del paladar duro y el paladar bando.
- Prensar los modelos con placas de acetato de 1mm o de 0.8mm de calibre en el Sta-Vac.
- Recortar el exceso de acetato a nivel de la delimitación que se realizo anteriormente sobre el modelo, esto se realiza con disco de carburo o de metal y motor de baja velocidad.
- Pulir y redondear todos los bordes de la placa para no dejar fillos ni excesos que puedan lacerar los tejidos blandos del paciente; al mismo tiempo, se debe reducir el acetato de la placa por vestibular en posteriores hasta el tercio medio

y en anteriores hasta el tercio incisal.

- Verificación de la adaptación y extensión en la boca del acetato, este no debe presentar balanceo, ni moverse en los diferentes movimientos mandibulares, debe ser retentivo y adaptarse adecuadamente a todos los dientes del maxilar.

ESTABILIZACIÓN DE LA PLAZA SUPERIOR

La estabilización de la placa se divide en dos segmentos:

- Segmento anterior que comprende la guía anterior o sea de canino a canino.
- Segmento posterior que compromete de primer premolar al último molar totalmente erupcionado.

ESTABILIZACIÓN DEL SEGMENTO ANTERIOR

- Se agrega una meseta de acrílico de auto polimerización sobre la placa de canino a canino con el grosor necesario para obtener una desoclusión posterior mínima de 2mm o máxima de 5mm.
- El paciente muerde respetando dicha desoclusión y debe dejar las huellas del segmento anterior inferior sobre la meseta. (es importante refrigerar el acrílico mientras su polimerización). Una vez registrado se marca con un lápiz el fondo de la huella.
- A partir de dichas huellas se debe confeccionar las dos rampas; una oblicua y otra horizontal, la rampa horizontal debe dejar perpendicular a los dientes anteriores inferiores. Es importante verificar que la Angulación es la correcta para proporcionar la desoclusión necesaria en todos los movimientos excursivos.
- Después de haber confeccionado las rampas con la fresa pimpollo y verificar la desoclusión posterior se debe continuar con la marcación de los puntos de relación céntrica que deben ser registrados por los ángulos meso incisales de los incisivos inferiores y por los vértices cúspides de los caninos, sobre la rampa horizontal.
- Cuando ya se han obtenido los puntos se continúa con las

protrusiones y posteriormente con las lateralidades estos deben registrar en la rampa oblicua.

- Se debe dejar por detrás de los puntos mínimos 3mm de espacio a expensas de la rampa horizontal.
- En conclusión la rampa horizontal debe medir aproximadamente 5mm, y sobre ella ir registrados los puntos de relación céntrica, la rampa oblicua debe medir mínimo 3mm y sobre ella deben registrar los movimientos de lateralidad a expensas de los caninos y las protrusiones a expensas de los incisivos.
- Después de verificar los diferentes movimientos se debe verificar que no existan interferencias y que los trazos obtenidos sean simultáneos. Bilatrales, continuos y de igual intensidad.
- Por ultimo debe pulir y brillar por estética y comodidad del paciente.
- Lo indicado es dejar este segmento por ocho días y después de esto realizar el segmento posterior.

ESTABILIZACIÓN DEL SEGMENTO POSTERIOR

- Se coloca de auto polimerización haciendo unas mesetas de canino hacia atrás abarcando todos los dientes posteriores inferiores del paciente, se le dice que cierre y debe quedar todas las huellas de las cúspides especialmente las funcionales en este caso las vestibulares inferiores; antes que polimerice debe retirar la placa de la boca y recortar todos los excesos de acrílico teniendo en cuenta volver a colocar la placa en la boca para evitar distorsiones. Es importante aclarar que cuando el paciente muerde sobre el acrílico posterior se debe verificar que los ángulos meso incisales de los dientes anteriores ósea los puntos de relación céntrica coincidan es decir que los dientes anteriores inferiores estén tocando el acrílico exactamente donde se registraron los puntos de relación céntrica. Debe refrigerarse el acrílico.
- Una vez polimerizado el acrílico se debe marcar con lápiz el fondo de las huellas de las cúspides funcionales en este caso las vestibulares inferiores. A partir de allí se retira todos los excesos con la fresa pimpillo dejando las

superficies de izquierda a derecha totalmente lisas y horizontales, pero respetando el fondo de las huellas vestibulares.

- Se coloca varias veces la placa en noca con papel de articular de forma bilateral para hacer coincidir los puntos a lápiz anteriormente marcados con los registrados con el papel de articular a expensas de los vértices cúspides de las cúspides funcionales.
- Cuando ya observamos una superficie lisa y sin huellas y sean obtenidos todos los puntos de los vértices cúspides de las cúspides funcionales de forma bilateral, simultanea y de igual intensidad empezamos a verificar que no existan interferencias en el segmento posterior en las trayectorias de protrusión ni lateralidad. Solamente deben quedar registrados los puntos de los vértices de las cúspides funcionales.
- Inmediatamente se verifica el segmento anterior, este no debe haber sufrido ninguna modificación, debe registrar las mismas trayectorias obtenidas en el momento de su elaboración.
- Por ultimo se debe pulir y brillar para estética y comodidad del paciente.

2.6 MORDIDA CRUZADA POSTERIOR

Es diferente por el plano en el que se desarrolla. Es un problema transversal y existen diferentes grados de gravedad. Su etiología es multifactorial: componente genético, hábitos deletéreos, etc. La frecuencia es de un 8-16%. Debemos tratarla precozmente pero sin carácter de urgencia. Hay que esperar a que estén los 4 centrales erupcionados. Nosotros tomaremos como referencia cuando los 1º molares estén en boca completamente erupcionados. La situación ideal es cuando premolares y caninos no han comenzado a reabsorber las raíces de los molares temporales.

Los condilos en una mordida cruzada están asimétricos, no situados en la cavidad glenoidea. Tan bien se pueden presentar hipertrofias musculares y esqueléticas (asimétricas faciales). El paciente adecua la posición condilar para lograr

los máximos puntos de contacto posible en oclusión.

El mecanismo de formación es el siguiente:

- Se produce una constricción leve.
- Como consecuencia de esta se provoca una interferencia dentaria.
- Esto conlleva a un desvío de la mandíbula por parte del paciente.
- Se produce mordida cruzada posterior en máxima intercuspidación.

La mordida cruzada posterior de causa dentaria normalmente es unilateral, aunque se produce una constricción del maxilar superior. Existe una desviación mandibular al cierre. Si la mordida cruzada posterior de causa dentaria no se trata se transformará en una mordida cruzada posterior esquelética.

El tratamiento varía dependiendo si es de causa dentaria o de causa esquelética. Para el caso de la causa dentaria el tratamiento de elección es expansión lenta. Se puede realizar con aparatología removible (placas activas de acrílico) o con aparatología fija (arco de Porter, bihelix, quadhelix). Por el contrario en la de causa esquelética el tratamiento de elección es la expansión rápida. Para ello se utilizan dos aparatos, uno en dentición temporal Hyraz (aparato removible) y otro en dentición permanente llamado Haas (aparato fijo). El objetivo de la expansión rápida es romper la sutura media palatina (disyunción ósea). Esto sólo es posible hasta los 16-17 años.

En el caso del Haas obtendremos dos efectos en la expansión rápida:

2.6.1 EFECTO ORTODÓNCICO

- Comprensión del ligamento periodontal.
- Inclinação del proceso alveolar.
- Vestibulación de dientes posteriores.
- Alteración del eje longitudinal (de molares e incisivos).

2.6.2 EFECTO ORTOPÉDICO

- Ruptura de la sutura media palatina
- Al romper la sutura creamos dos triángulos: uno de base anterior que divide a los incisivos centrales y otro de base inferior que se ve de frente al paciente.
- Separación nítida del maxilar.
- Diastema interincisivo.

Periodo de activación del aparato entre 7-14 días (fase activa). Primero se coloca el aparato, a las 24 horas se realiza la primera activación $\frac{1}{4}$ de vuelta. Los días sucesivos se debe activar $\frac{2}{4}$ por la mañana y $\frac{2}{4}$ por la noche, es decir 1mm, al día aproximadamente. Luego una vez obtenido el efecto ortopédico deseado debemos mantener el aparato en boca de forma pasiva 2-3 meses (fase de contención). Recordar que siempre debemos sobre corregir. En esta caso las cúspide palatinas superiores deben estar sobre las cúspides vestibulares inferiores.

2.7 BRUXISMO

El bruxismo es un trastorno caracterizado por apretar y/o frotar innecesariamente los dientes y desgastarlos, lo que puede producir dolor facial, perdida o atricción de los dientes, disfunciones temporomandibulares, trastornos en sueños.

Las personas que padecen de bruxismo a menudo no se dan cuenta de que han desarrollado este hábito.

2.7.1 ETIOLOGÍA DEL BRUXISMO

Existen dos modelos etiológicos:

1. El modelo estructural que atribuye al bruxismo a una alteración de la oclusión causada por maloclusión, trauma, perdida de dientes, restauraciones inadecuadas, etc.

Estas interferencias oclusales desencadenarían movimientos mandibulares inadecuados que generarían el bruxismo.

2. El modelo funcional: Sugiere que el bruxismo puede ser secundario a un trastorno psíquico o manifestaciones de tipo psicológicos como depresión, ansiedad (Pierce y Col, 1984). Además parece haber predisposición hereditaria la bruxismo en ciertos individuos.

2.7.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL BRUXISMO

- Dolor dental
- Dientes demasiados sensibles
- Alineación dental anormal
- Crujido o chasquido de la articulación temporomandibular y dolor.
- Dolor en la mandíbula o dolor de oído (dolor referido causado por violentas contracciones).
- Erosión cervical.
- Movilidad dentaria real, inflamación.
- Hipertonicidad.

2.7.3 DIAGNOSTICO

Una historia medica detallada puede revelar estrés o tensión anormales, a menudo un indicio es la apariencia plana de la punta de los dientes.

2.7.4 CONSECUENCIAS DEL BRUXISMO

- a. Problemas odontológicos 8desgaste anormal de los dientes, pérdida prematura de dientes, hipermotilidad de los dientes, gingivitis.
- b. Síndromes dolorosos de la articulación temporomandibular.
- c. Cefalea crónica.
- d. Fatiga y dolor muscular
- e. Trastornos del sueño

2.7.5 TRATAMIENTO:

El bruxismo ha sido tratado con técnicas diferentes algunas provenientes del campo médico – odontológico y otras investigaciones realizada por psicólogos.

Algunos tratamientos son:

- Modificación de la conducta: Enseñar al paciente a descansar la lengua, los dientes y los labios de manera adecuada.
- Placa neuromiorelajante.
- Hipnosis y autosugestión.
- Biofeedback (retroalimentación): se basa en el uso de un instrumento electrónico que mide la cantidad de actividad muscular ocurre demasiada actividad de los músculos de modo que cambie su conducta.
- Tallado selectivo.

2.8 RECESIÓN GINGIVAL

La recesión gingival, es decir, el desplazamiento del tejido gingival marginal hacia la zona apical del limite cementada mantinos, con exposición de la superficie radicular (Serino y Cols, 1994).

Las más comunes son las recesiones vestibualres y están más avanzadas en dientes uniradiculares que en los molares. Los factores con más frecuencia asociados a recesión son el traumatismo causado pro un cepillado vigoroso y la mala posición dentoria (Khocht y Cols, 1993).

Otros factores que han sido asociados a la recesión gingival son deshiscencias de hueso alveolar, dimensiones gingivales frenillos, factores y atrogénicos relacionados con tratamientos restauradores.

Pueden existir por lo menos tres tipos diferentes de recesiones del tejido gingival:

1. Recesiones asociados a factores mecánicos, predominantemente trauma por cepillado dental: en este caso las encías son clínicamente sanas y donde la raíz expuesta tiene un defecto en forma de cuña, cuya superficie es limpia, lisa y pulida.
2. Recesiones asociadas con lesiones inflamatorias localizadas inducida por placa: esto es común en dientes con hueso alveolar delgado o ausente (deshiscencia ósea) y además tejido gingiva fino. Una lesión inflamatoria que se desarrolla en respuesta a la placa subgingival, hacia el tejido conectivo fino y degradado puede generar un hundimiento de la superficie epitelial, lo que clínicamente se manifiesta como recesión del tejido marginal.
3. Recesiones asociadas a formas generalizadas de enfermedad periodontal destructiva: la pérdida de sostén periodontal en los sitios proximales puede generar un remodelado compensatorio de sostén por la cara vestibular/lingual de los dientes que conducen a un desplazamiento apical del margen de tejido blando.

2.10 GINGIVITIS

De acuerdo a la nueva clasificación de enfermedades gingivales y periodontales de la Academia Americana de Periodontología (AAP), publicada en Diciembre de 1999, nuestro paciente de caso clínico presenta:

- Enfermedad Gingival
 - ✓ Incluida por placa dental
 - ✓ Gingivitis asociada a placa dental solamente con factores contribuyentes.

CONCLUSIONES

- ✓ IN-CERAM es un método que ha sido desarrollado por VITA es a base de oxido de aluminio de grano fino, con un tamaño de partícula de 2.5 um.
- ✓ Los postes prefabricados ofrecen alternativa de facilidad de uso y disponibilidad inmediata, algunos de forma cilíndrica requieren gran profundidad de conductos cónicos.
- ✓ La hiperplasia condilar es caracterizada por el crecimiento excesivo y progresivo que afecta el condilo, cuello, cuerpo y rama mandibular.
- ✓ La gamagrafía se usa para evaluar al paciente con problemas óseos, ya que muestra mas sensibilidad al cambio óseo.
- ✓ La recesión del tejido gingival es el desplazamiento del tejido hacia la zona apical del limite cementoamantinos, exponiendo la superficie radicular.
- ✓ La cirugía ortognatica son aquellas técnicas de cirugía maxilofacial que tienen como objetivo corregir deformidades de forma, tamaño, posición de los maxilares y estructuras anexas.
- ✓ El bruxismo puede ser causado por maloclusión trauma por perdida de dientes, restauración inadecuadas, además se puede asociar a un transtorno psíquico o manifestaciones como depresión y ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

A. – Huls, Gotinga. Prótesis cerámicas sin metal en In-ceram. Breve compendio. Alemania. Pág. 8-26.

GOMEZ RESTREPO, Carlos. Bruxismo. Confluencia de la psiquiatría y de la odontología.

MOYERS, Robert. E. Manual de Ortodoncia. DDS Editorial Panamericana 1998, 4 edición.

JEFFREY, Md. Tratamiento de oclusión y afecciones. Editorial Harcourt. 1999. 4ta edición.

JOZO DE ARAUJO, Rua. Dr. Coronas In-Ceram. Ivodar Vivadent. Sao Pablo (Brasil), 2001.

GALLO ROMERO, Alonso. Manual Teórico – práctico de oclusión y A.T.M. Colegio Odontológico Colombiano.

American Association of Endodontists. Restoration of endodontically treated teeth. Endodontics. Colleagues for Excellence. 1997.

Traben, K.C., Cooney, J.P. El diente tratado endodónticamente. Conceptos rsaturadores y técnicas. Clinicas odontológicas de Norteamérica. Interamericana. México 1987. pags. 917-946