

## **CASO CLÍNICO**

**Paola Contreras**

**Ximena Gallego**

**María del Rosario Sáiz**

**Dayana Vasquez**

**Edward Zapata**

**X SEMESTRE**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO**

**BOGOTÁ, D.C.**

**SEPTIEMBRE 3 DE 2003**

## **TABLA DE CONTENIDO**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **1. CASO CLÍNICO**

- 1.1. Información General
- 1.2. Examen Físico
- 1.3. Anamnesis
- 1.4. Historia Odontológica
- 1.5. Historia Estomatológica
- 1.6. Examen Radiográfico
- 1.7. Análisis Facial
- 1.8. Exámenes Complementarios
- 1.9. Diagnósticos
- 1.10. Plan de Tratamiento

#### **2. MARCO TEÓRICO**

### **BIBLIOGRAFÍA**

## INTRODUCCIÓN

En el diagnóstico de pacientes edéntulos totales, el examen deberá ser visual, paliatorio, radiográfico, seguido de un interrogatorio preliminar que realiza el odontólogo. Este interrogatorio deberá estar enfocado a la salud oral, dental y general del paciente; generalmente este interrogatorio revela los problemas que el paciente tiene con sus actuales prótesis totales, esto nos ayuda a los profesionales de la salud a no cometer los mismos errores que la actual prótesis tiene y también nos ayudan a evaluar el perfil psicológico de nuestros pacientes.

Dentro de las principales causas del fracaso en el tratamiento del paciente desdentado total, tenemos la falta de análisis y estudio individual del caso, pues cada paciente presenta características especiales tanto biológicas, anatómicas, físicas y psicológicas las cuales determinan un diagnóstico específico y sobre el cual debemos elaborar un plan de tratamiento que cumpla con cada una de las necesidades del paciente.

En la prostodoncia total debemos tener en cuenta que es un tratamiento complejo y de mucha exigencia; pues esta va a estar expuesta al medio oral, que es un medio muy dinámico, con bases no muy estables, y aumentando esta complejidad tenemos que tener en cuenta que va a estar rodeada de estructuras anatómicas móviles como son los músculos que rodean la cavidad oral, la lengua; existen además de estos factores negativos, los positivos, que se deben aprovechar al máximo para poder realizar

tratamientos exitosos, y pacientes contentos; algunos de estos factores son estructuras que nos ofrecen estabilidad, soporte, retención.

Cualquiera de estos factores negativos o positivos debemos consignarlos en la Historia Clínica, con todo esto podemos lograr un buen diagnóstico; ya que este se determina en la combinación de todos estos factores.

En la primera cita se debe iniciar una relación paciente-profesional; ya que es importante tanto para el paciente como para el profesional porque aquí no solo se conoce y se evalúa al paciente sino que él también nos conoce como profesionales; en esta cifra se debe entrevistar al paciente, pero también se debe dejar que el paciente exprese sus ideas, sus sentimientos ante el tratamiento para nosotros como profesionales poder conocerlo y poder actuar en una situación determinada.

## 1. CASO CLÍNICO

### 1.1. Información General

Nombre: Nirza Sánchez

Dirección: Avenida 1 # 18A-35

Teléfono: 246 3069

Edad: 63 Años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Unión Libre

Ocupación: Hogar

Motivo de consulta: cambio de cajas.

### 1.2. Examen Físico

Aspecto General: Bueno

Peso: 60 Kg

Estatura: 1.63 m

Presión Arterial: 135/90 mm/hg

Frecuencia Cardiaca: 75ppm.

### 1.3. Anamnesis

- Antecedentes Familiares  
Hermano: tenía diabetes.

- Antecedentes Personales

Reporta no tener ningún compromiso sistémico relevante.

#### 1.4. Historia Odontológica

- Antecedentes Odontológicos.

Exodoncias.

Prostodoncia Total, superior e inferior

- Antecedentes Psicológicos

El perfil del paciente es Indiferente (según la clasificación del Doctor Miles House)

#### 1.5. Historia Estomatológica: Análisis de tejidos blandos

Se observa normalidad en los tejidos orales como labios, carrillos, surco vestibular, gíngiva, lengua, piso de la boca, frenillos.

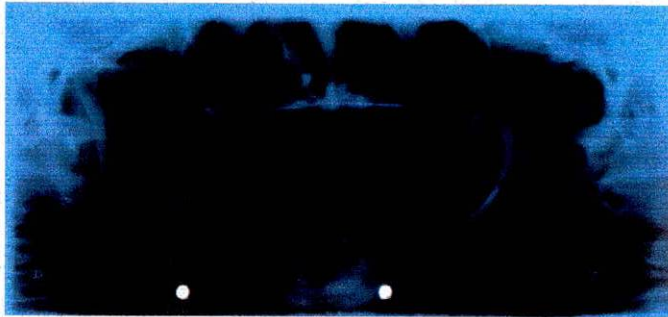
En el paladar duro se observa una lesión ubicada en la zona de caninos, de color rosado pálido, redondeada y aplanada, pediculada, de consistencia blanda, de textura lisa y su tamaño aproximado es de 2cm x 2cm. El tiempo de evolución no recuerda cuantos años pero aproximadamente 10 años.

La mucosa palatina se observa que el tejido está más delgado de lo normal, de textura lisa y de color rojo brillante.



## 1.6. Examen Radiográfico

Tipo de radiografía: Panorámica



### Análisis de tejidos duros:

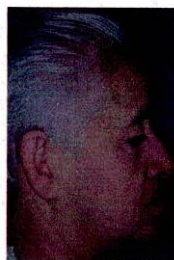
Se puede observar, tanto clínica como radiográficamente, que el paciente presenta colapso del reborde alveolar tipo III que es el tipo que tiene pérdida de hueso en sentido horizontal y vertical y se ubica en los sextantes II, IV, VI.

## 1.7. Análisis Facial

Línea media coincide

Paciente clase III.

Perfil con perfil cóncavo.



## 1.8. Exámenes Complementarios

PT 11.9 seg.

PTT 42 seg.

Glicemia Basal: 95 mg/dl

#### Cuadro Hemático:

Hemoglobina: 20 mg%

Hematocrito: 62%

RTO Blancos: 11600

Neutrófilos: 77%

Linfocitos: 23%

Los glóbulos blancos se encontraban un poco aumentados, preguntamos a la paciente, quien refirió un poco de dolor de garganta; posteriormente tuvo gripa.

Los glóbulos blancos están un poco aumentados, la paciente “presenta” dolor de garganta

#### Biopsia exisional:

##### Resultados de la Biopsia:

Descripción macroscópica: se recibe en formol un fragmento de tejido de consistencia blanda cauchosa de color blanco lechoso con un tamaño de 2.5x2.0x1.0cm

Descripción Microscópica: al examen histológico con coloración de hematoxilina y eosin los cortes muestran: un epitelio superficial escamoso, estratificado hiperparaqueratinizado con presencia de edema intracelular y en algunos sitios se aprecia acantosis, atrofia y displasia epitelial moderada. Debajo del epitelio se aprecia tejido conectivo fibroso formado por grandes fascículos de fibras colágenas con fibroblastos y vasos sanguíneos. En algunas áreas se ve intenso infiltrado inflamatorio crónico formado por linfocitos y células plasmáticas.

– DIAGNÓSTICO: PÓLIPO FIBRO EPITELIAL

### 1.9. Diagnóstico

Oral: Pólipo fibroepitelial

Candidiasis atrófica

Colapso tipo II.



### 1.10. Plan de Tratamiento

- Tratamiento del pólipo fibro epitelial:
  - Cirugía método abierto de tejidos blandos.
  - Biopsia excisional.
  
- Tratamiento para candidiásis atrófica:
  - Ketokonazol Oral (Nizoral ®).
  - Cepillar la mucosa y la prótesis, por las noches, con Nitrato de Miconazol al 2% (Daktarin Gel ®).
  
- Tratamiento definitivo:
  - Prostodoncia total superior e inferior.

## 2. MARCO TEÓRICO

Pólipo Fibroepitelial: es una proliferación de tejido conectivo fibroso, con posible inflamación crónica asociada, generalmente está ubicada bajo prótesis dentales desadaptadas.

Algunas prótesis totales desadaptadas, desencadenan una respuesta hiperplásica del tejido del paladar, sobre todo de la bóveda palatina. El tejido del paladar reacciona produciendo un pólipo fibro epitelial.

Este pólipo fibro epitelial es pediculado en la mayoría de los casos, está recubierto de tejido aparentemente sano, textura lisa, consistencia blanda y forma aplanada.

Histopatológicamente aspecto polipoide, con múltiples nódulos redondeados y lisos, recubiertos por epitelio plano; el tejido generalmente nos muestra acantosis e hiperplasia.

Pero lo más importante es que la reacción hiperplásica no se limita al tejido conectivo sino que también involucra el epitelio que lo recubre (por esto su nombre fibro epitelial).

El pólipo es sostenido por núcleo de tejido conectivo fibroso rodeado de capilares y sobre todo, el tejido conectivo se encuentran células inflamatorias monocelulares, aunque este componente inflamatoria varía mucho.

Candidiasis atrófica: está formada por la *Cándida Albicans* en la cual la mucosa reacciona adelgazándose, con una textura lisa y de color rojo intenso y brillante, los

pacientes refieren ardor y sensibilidad, generalmente se encuentra debajo de una prótesis total aunque también se ve en la lengua.

Cuando los pacientes no están inmunosuprimidos, es común que desarrollen la candidiasis atrófica los pacientes que usan prótesis total, se presenta en el 65% de los pacientes geriátricos que usan prótesis total superior, otra causa por la cual se desarrolla la candidiásis atrófica, es por la falta de limpieza de la prótesis y los pacientes que duermen con ellas puestas.

Cuando la lesión empieza a manifestarse, o con la existencia de zonas de erosión superficial y múltiples pelequias; una de las principales molestias es la sensación de quemazón continua.

La reducción de este trastorno en un período de 1 a 2 semanas para poder confirmar el diagnóstico, si se quiere una cura prolongada es preciso identificar y corregir los factores predisponentes y tratar la infección existente en forma tópica o sistémica.

En los pacientes edentulos totales debemos conocer lo más que se puede a nuestros pacientes ya que cada punto de vista es importante, para poder determinar qué tipo de paciente es el que nos consulta, algunos datos importantes son la edad del paciente y su experiencia protésica y cuántas prótesis ha tenido desde que quedó desdentado, cual ha sido el motivo del cambio de las prótesis, cuáles son las expectativas que tiene con respecto al tratamiento que nosotros vamos a realizarle.

Probablemente no obtendremos buenos resultados con un paciente que en corto plazo ha cambiado muchas veces su prótesis y lo mismo con un paciente que ha tenido sus prótesis por 15 o 20 años, pues esto nos indica que el paciente es poco conforme y descuidado no solo por tener una prótesis desgastada y en mal estado sino que ha tenido una imagen por mucho tiempo y el profesional no la puede cambiar abruptamente.

De acuerdo con esto, existe una clasificación. Primitivos: son pacientes que nunca han usado prótesis total. Tratados: son pacientes que ya han usado prótesis. Futuro: son pacientes a los que se les va a realizar una prótesis inmediata.

También los pacientes edéntulos son:

**Monomaxilar:** Si el paciente es desdentado en un solo maxilar.

**Bimaxilar:** Si el paciente es desdentado de los dos maxilares.

**Receptivo:** Es aquel paciente que ha llevado prótesis satisfactoriamente, goza de buena salud, posee una mente equilibrada y acepta el tratamiento confiado en que le será rehabilitado, con eficacia y para su bienestar.

**Escéptico:** Es el paciente el cual ha tenido prótesis que no le satisfacen, ni estética, ni funcionalmente y dudan por esto de la habilidad del odontólogo; pero al cual se logra llegar y obtener buen resultado, confianza y seguridad.

**Histórico:** Paciente fracasado en sus varios intentos por adaptarse a usar prótesis total por lo cual está completamente desanimado, es nervioso y exigente y espera que su prótesis sea la mejor; hay que tratarlo con mucho cuidado en cuanto a las expectativas de tratamiento y no ofrecer más de lo que se puede lograr, pero ante todo cumplir con lo ofrecido.

**Indiferente o pasivo:** Este es el despreocupado en lo que se refiere a su aspecto y siente poca o ninguna necesidad de masticar pues así se siente bien. Es poco perseverante y de difícil manejo. Hay que trabajar, estos pacientes sobre todo en motivación y hacer una prótesis, confortable o de lo contrario este no la va a usar y buscar que el no sienta que las usa por obligación sino por gusto.

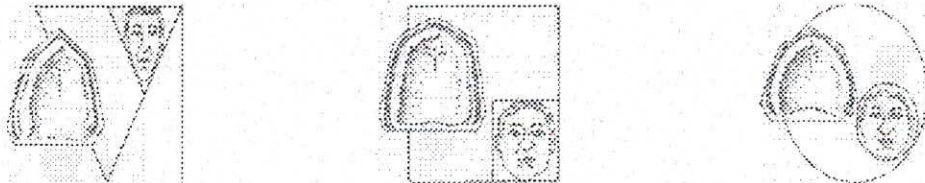
**Negativo:** Generalmente es llevado por familiares a la consulta pues el no siente ningún interés, ni necesidad. Es neurótico, intransigente e impositivo, poco colaborador y por lo general no le gusta lo que le hacen, por lo tanto es aconsejable no tratar de convencerlo, de lo contrario; pues si no se logra lo mejor, él se va a sentir satisfecho y se le dará la razón de que las dentaduras no son necesarias.

En el aspecto del examen extra oral tenemos que observar unos parámetros: perfil: Lo primero es observar si el paciente, tiene disminuido o aumentada la dimensión vertical, la quilosis puede ser el primer síntoma de la existencia de la disminución de la dimensión vertical. Otro aspecto que se debe tener en cuenta es el labio superior y el inferior; y por ultimo lo que se debe evaluar es el perfil del paciente si es recto, cóncavo o convexo.



Fasias: Estas evalúan la mitad inferior de la cara, y esta depende totalmente de los dientes inferiores y se debe observar al paciente de frente para poder determinar si tiene asimetrías faciales, desviaciones de línea media, y formas de la cara.

Williams las clasifica así: según las líneas externas de la cara, si estas paralelas, el paciente presenta cara cuadrada; si converge hacia abajo la forma es triangular, si diverge es ovoide y si es indefinido se denomina mixta



Los musculos periorales pueden estar flácidos, tensos, o normales; al estar tensos desalojan las prótesis, al estar flácidos nos pueden permitir sobre extensión de las prótesis por eso debemos mucho cuidado.

En el examen intraoral: se debe examinar tanto visual como digital ya que esto proporciona información importante, de tejidos de la cavidad oral como la faringe; debemos observar color, tejido, contorno, continuidad, ya que cualquier anomalía puede indicarnos una patología, la cual podemos tratar a tiempo.

En este examen podemos encontrar mucosas tensas, resilentes, y blandas; las resilentes son las que nos ayudan a la adopción de las prótesis; La tensa se hace sensible al mas mínimo defecto de la prótesis, por esto debemos tener un trabajo mas preciso. Los blandos son complicados ya que nos dificultan el trabajo de los profesionales de la salud, ya que es complicado tomar impresiones y que estas copien perfectamente estos tejidos, y tienen una mala resistencia a las fuerzas masticatorias.

En los maxilares observamos el tamaño del arco, los rebordes grandes nos dan mejor retención de la prótesis ya que la retención de la prótesis es directamente proporcional al área de soporte, debemos tener en cuenta que debe existir una armonía entre el reborde y la cara del paciente, el tamaño del arco nos da una idea del tamaño de los dientes a seleccionar.

Existen cuatro formas de arcos según los rebordes alveolares laterales:

Cuadrado: este se forma cuando existe un paralelismo entre los dos rebordes laterales.

Ovoide: este se da cuando los rebordes laterales convergen en la zona anterior, en la que existe buen reborde remanente.

Triangular: este está cuando los rebordes laterales convergen en anterior, pero a diferencia del ovoide, en la zona anterior no queda reborde, entonces se forma un triángulo.

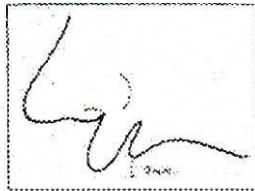
Mixto: en este es la combinación de las tres formas anteriormente explicadas, claro que debe coincidir con la forma de la cara y la forma del reborde superior debe ser parecida al inferior.

En cuanto al tamaño de reborde residual puede variar y existen cuatro clases: prominente, normal, escaso y atrófico.

Lo ideal en un arco es que sea igual en toda su extensión, para poder obtener una mejor retención y estabilidad a la prótesis. Pero dentro de las variaciones, se puede encontrar arcos que en su parte posterior son prominentes y en la porción anterior

escasos; o ser tan retentivos que no podemos tomar todo el reborde, sino que se toma hasta la zona ecuatorial de la prominencia, pero se disminuye así el área de soporte.

Otra relación importante a tener en cuenta del reborde con el labio que varía según sea el tamaño, tanto del reborde como del labio. Se dice que una relación normal es aquella en que la distancia de la cima del reborde al borde inferior del labio es la adecuada al tamaño cérico-incisal de los dientes anteriores aproximadamente de 8-12mm .



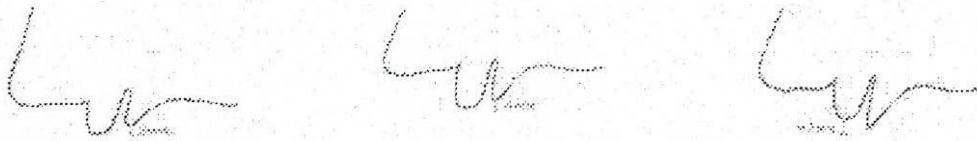
Esta relación se halla aumentada cuando es mayor y puede deberse a una exagerada absorción alveolar con el tamaño labial normal, o a un reborde normal con un labio demasiado largo, nacido o una combinación de los dos. Esto dificulta el tratamiento en el aspecto estético pues los dientes a colocar deberán ser más grandes de lo normal para poder darle apoyo al labio en toda su extensión, la base protésica quedará muy gruesa lo cual hace pesada la prótesis actuando con más facilidad la fuerza la gravedad y haciendo desfavorable el pronóstico.

En casos en que la relación este disminuida o sea cuando la distancia es menor debido a que el reborde es más largo que el labio, a un prominente reborde con tamaño normal del labio, o a un reborde alveolar normal con un labio corto a una combinación de los dos estéticamente estos casos son un problema que hay que resolver por medios quirúrgicos, disminuyendo el reborde o aplicando la técnica de colocación de los dientes ceñidos.

*Forma de rebordes residuales.* Esta se determina por la posición de las tablas óseas tanto vestibular como lingual y pueden ser:

En forma de U: la más favorable pues tienen bastante área de soporte y se opone al desplazamiento vertical y horizontal de la prótesis.

En forma de V o angulados también llamados en filo, el cual es desfavorable sobre todo para toma de impresiones y a veces es necesario la remoción del borde superior o el alivio en la base prótesis.



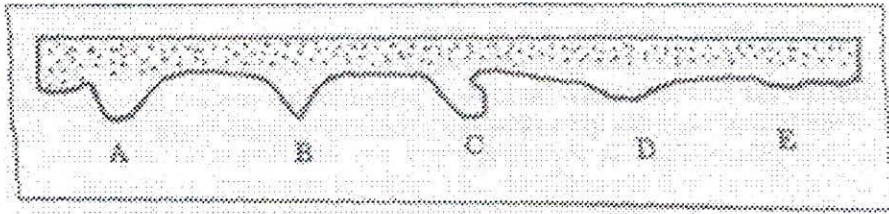
**Retentivos:** generalmente producidos por exótesis óseas o torus linguales; en algunos casos hay necesidad hacer recesión quirúrgica antes del tratamiento protésico.

**Expulsivos:** aunque todavía hay volumen óseo, este se dispone de forma como redondeada expulsando la prótesis con facilidad.

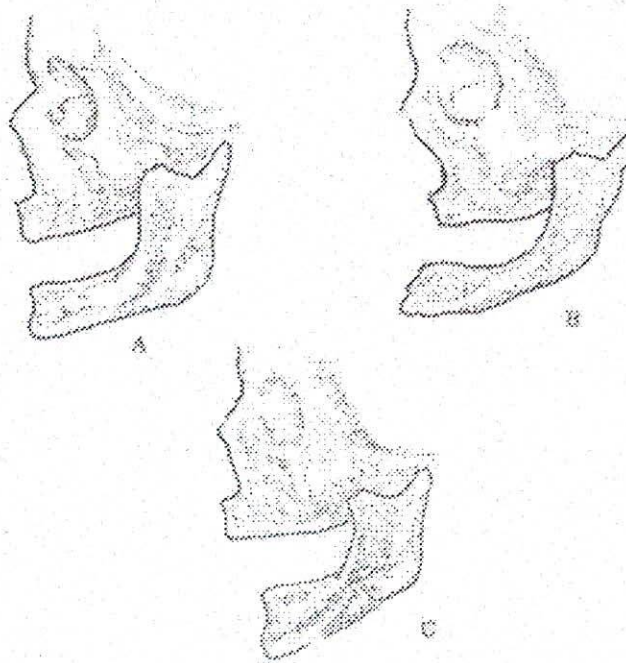
**Planos:** en el caso en que ya no hay apófisis alveolar sino el hueso basal del maxilar.

*Relación Intermaxilar o Máxilo Mandibular.* Esto nos indica la disposición de los Maxilares en un plano frontal sagital o antero posterior; en posición de reposo se observa fácilmente la verdadera relación.

En relación normal o clase I esquelética las apófisis deben hallarse frente a frente debido al patrón de reabsorción del maxilar superior.

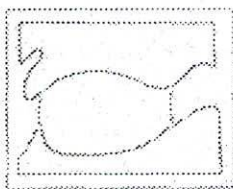


Apófisis Alveolares. A; en U; B: en V; C: Retentiva; D: Expulsiva; E: Plana.



*Espacio Intermaxilar.* Estando el paciente en posición de reposo se mira la distancia en sentido vertical de la cima del reborde superior al inferior: es el espacio a rehabilitar o que van a ocupar las prótesis. Este se ve más claramente luego del montaje de modelos en el articulador. Debemos tener una idea, por si es muy pequeño tratar de aumentarlo con cirugía porque generalmente en la región posterior es donde se enfrentan las tuberosidades maxilares prominentes con las almohadillas retromolares también prominentes y no hay espacio para colocar los dientes posteriores.

*Forma del paladar o Bóveda Palatina.* Dentro de estos tenemos:



Espacio intermaxilar.

Arqueado, es el más favorable para nuestro tratamiento con una gran área de soporte y su forma ideal para soportar las fuerzas de la masticación en todas las direcciones

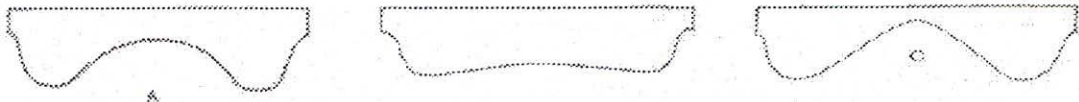
Ojival, es también arqueado pero mucho más profundo o alto generalmente en la zona anterior.

En forma de V, es el menos favorable, el menor movimiento de la dentadura durante la función logra romper el sellado ya que no existe una zona de soporte horizontal. También presenta una gran caída palatina en la región de la línea de vibración que se localiza en dirección más anterior dejando un menor espacio para el sellado palatino posterior.

Plano, resiste el desplazamiento vertical utilizando mejor las fuerzas de adherencia y cohesión que son consecuencia de la superficie de contacto casi paralela entre la dentadura y la mucosa, pero proporciona muy poca resistencia al desplazamiento lateral siendo por esto poco favorable para nuestro propósito.

Fisurado, cualquiera de las formas anteriores puede estar combinada con una solución de continuidad en su superficie o falla en el cierre de la sutura medio palatina o de la premaxilar. Estos son tipos de malformación congénita.

Perforada, son paladares con soluciones de continuidad, localizadas en cualquier zona del paladar son adquiridas ya sean por accidentes patológicos, etc.



*Zona de cierre palatino posterior o postdamming.* Esta puede ser ancha, siendo la más favorable, mediana o delgada y se determina por el grado de movimiento vertical del paladar blando. El de mayor movimiento nos ofrece una zona de cierre más delgado y cuanto menos movimiento presente pues mayor será la zona de cierre posterior. Así mismo esta zona puede ser poco, medianamente o muy depresible.

*Papilas retromolares o almohadillas retromolares.* Localizadas en la parte posterior del reborde residual inferior esta puede ser prominente, mediana y escasa y nos sirve como zona de sellado posterior de la prótesis inferior y como amortiguadores de fuerza en sentido vertical y lateral de la oclusión.

*Bolsillo Retromolar.* Es el espacio localizado hacia la región posterior del maxilar inferior casi a nivel del ángulo goniaco por su cara lingual constituido por la inserción de la base de la lengua. Este debe medirse como el dedo índice introduciendo suavemente hacia el ángulo y pidiendo al paciente que lleve la lengua a su posición funcional más anterior. Este bolsillo puede ser profundo el cual nos ofrece más área de retención para la prótesis, mediano y superficial que es el menos favorable, pues la extensión del flanco lingual de la prótesis se hace muy pobre.

*Líneas oblicuas externas e internas.* Cuando el paciente durante su vida ha-tenido hiperfunción muscular tanto del bucinador como del músculo Milohiideo, estas líneas oblicuas se hacen muy prominentes lo que dificulta el tratamiento, hay cosas en las cuales se encuentran por encima del nivel del reborde en cuyo caso debemos aprovecharlo como área de soporte para aumentar la retención de la prótesis.

Cuando la posición de la lengua es baja en relación a la cresta del reborde mandibular la retención es mala, una lengua en posición anterior, ya sea por costumbre o por falta

de dientes anteriores o por problemas de amígdalas hipertrópicas, debe tratar de eliminarse la causa del adelantamiento lingual pues esto es desfavorable para el pronóstico de la prótesis.

*Piso de Boca.* Especialmente tendremos en cuenta su forma, elasticidad y posición con relación a la cresta del reborde, la cual es distinta en posición de reposo y en movimiento.

Lo ideal es un piso alejado de la cresta del reborde y que ofrezca cambios mínimos de elevación y forma durante el movimiento para poder asegurar retención y estabilidad a la prótesis.

Un pliegue sublingual bien desarrollado con un espado de pliegue sublingual elástico son favorables.

## **BIBLIOGRAFÍA**

REGUEZI, Joseph A., SCIUBBA, James J. Patología Bucal Correlación Clínico Patológica. Tercera Edición. McGraw Hill Interamericana. México. 2002.

Direcciones Electrónicas:

<http://www.elcov.org/TRABPUB55-5.htm>

[http://www.geocities.com/protesis\\_total/Valoracion\\_Del\\_Paciente\\_Para\\_Protesis\\_Total.htm](http://www.geocities.com/protesis_total/Valoracion_Del_Paciente_Para_Protesis_Total.htm)

<http://www.odontologos.com.co/pt/geria.html>

<http://www.odontocat.com/odontocatca.html>