

**ODONTOLOGÍA INTEGRADA  
CASO CLINICO**

<b>LAURA JOHANA ALEJO HERRERA</b>	<b>COD. 991016</b>
<b>DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR</b>	<b>COD. 991053</b>
<b>LUISA FLOREZ PULIDO</b>	<b>COD. 991058</b>
<b>JOHANNA PALACIOS LEON</b>	<b>COD. 991068</b>
<b>RIQUELMEN CAMACHO AVILA</b>	<b>COD. 991090</b>

**DECIMO SEMESTRE**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
ODONTOLOGÍA INTEGRADA  
SANTAFE DE BOGOTA D.C.  
2003**

**ODONTOLOGÍA INTEGRADA  
CASO CLINICO**

<b>LAURA JOHANA ALEJO HERRERA</b>	<b>COD. 991016</b>
<b>DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR</b>	<b>COD 991053</b>
<b>LUISA FLOREZ PULIDO</b>	<b>COD 991958</b>
<b>JOHANNA PALACIOS LEON</b>	<b>COD. 991068</b>
<b>RIQUELMEN CAMACHO AVILA</b>	<b>COD. 991090</b>

**DECIMO SEMESTRE**

**DRA. NELLY VILLOTA**  
**Especialista en Prostodoncia**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
ODONTOLOGÍA INTEGRADA  
SANTAFE DE BOGOTA D.C.  
20003**

## CONTENIDO

### INTRODUCCIÓN

### OBJETIVOS

#### 1. CASO CLÍNICO

##### 1.1. INFORMACIÓN GENERAL

##### 1.2. MOTIVO CONSULTA

##### 1.3. ANAMNESIS

##### 1.3.1. HISTORIA FAMILIAR

##### 1.3.2. HISTORIA MEDICA PERSONAL

##### 1.4. REVISIÓN POR SISTEMAS

##### 1.5. HISTORIA ESTOMATOLOGICA

##### 1.6. HIGIENE ORAL

##### 1.7. TRATAMIENTOS RECIBIDOS

##### 1.8. TRATAMIENTOS RECIBIDOS EN EL C.O.C.

##### 1.8.1. ASPECTOS GENERALES

##### 1.9. EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR

##### 1.9.1. EXAMEN FACIAL

##### 1.9.2. EXANEN INTRAORAL

##### 1.9.3. EXAMEN DE DIGNACIAS

##### 1.9.3.1. Transversales

##### 1.10. EXAMEN FUNCIONAL

##### 1.11. EXAMEN FISICO ORAL

##### 1.12. EXAMEN PERIODONTAL

##### 1.12.1. Periodontograma

##### 1.13. ODONTOGRAMA

##### 1.14. EXAMEN RADIOGRÁFICO

##### 1.14.1. Sextante I

##### 1.14.2. Sextante II

##### 1.14.3. Sextante III

##### 1.14.4. Sextante IV

##### 1.14.5. Sextante V

##### 1.14.6. Sextante VI

##### 1.15. DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS

##### 1.15.1. Generales

##### 1.15.2. Craneomandibulares

##### 1.15.3. Orales de tejidos blandos y óseos

##### 1.15.4. Periodontales

##### 1.15.5. Dentales

##### 1.15.6. Endodónticos

##### 1.16. PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

##### 1.16.1. Peridontales

##### 1.16.2. Implantología

##### 1.16.3. Operatoria

##### 1.16.4. Prostodoencia

- 1.17. PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR
  - 1.17.1. Periodoencia
  - 1.17.2. Endodoncia
  - 1.17.3. Operatoria
  - 1.17.4. Prótesis parcial fija
- 2. MARCO TEORICO
  - 2.1. ENDODONCIA
    - 2.1.1. Endodoncia profiláptica
  - 2.2. TERAPIA PERIODONTAL QUIRÚRGICA
    - 2.2.1. Técnicas
    - 2.2.2. COLGAJO POSICIONADO APICAL
      - 2.2.2.1. Ventajas
      - 2.2.2.2. Técnicas
      - 2.2.2.3. Cicatrización
    - 2.2.3. COLGAJO POSICIONADO APICAL CIRUGÍA OSEA
      - 2.2.3.1. Osteofomía
      - 2.2.3.2. Osteoplastía
    - 2.2.4. COLGAJO POSICIONADO APICAL DE CIRUGÍA OSEA
      - 2.2.4.1. Indicaciones
      - 2.2.4.2. Técnicas
      - 2.2.4.3. Cicatrización
      - 2.2.4.4. Contraindicaciones
    - 2.2.5. GINGIVECTOMIA
      - 2.2.5.1. Definición
      - 2.2.5.2. Gingivectomía gingivoplastía racional
      - 2.2.5.3. Contraindicaciones
      - 2.2.5.4. Técnica
      - 2.2.5.5. Cicatrización
    - 2.2.6. COLAPSO DE REBORDE ALVEOLAR
      - 2.2.6.1. Clasificación
    - 2.2.7. AUMENTO DEL REBORDE OSEO
  - 2.3. PROSTODONCIA
    - 2.3.1. PROSTODONCIA FIJA
  - 2.4. IMPLANTOLOGIA
    - 2.4.1. Características
    - 2.4.2. Ventajas
    - 2.4.3. Técnica

## INTRODUCCIÓN

La atrofia de los procesos alveolares residuales en zonas anteriores edentulas del maxilar superior, sobretodo cuando se trata de piezas perdidas hace mucho tiempo, representan una complicación en el momento de la rehabilitación.

La reabsorción ósea proviene de un incremento de la actividad de los osteoclastos del periostio, luego de la pérdida prematura de las piezas anteriores superiores y la consiguiente hipertrofia del reborde alveolar.

Es una realidad que en este momento podemos instalar implantes en lugares donde hace algún tiempo era irremplazable por la falta de la calidad y o calidad del hueso que debería soportar.

Con la avanzada tecnología contamos con procesos y procedimientos de bajo costo para rehabilitar ha un paciente, brindándole estética y funcionalidad optima.

Con este trabajo pretendemos concienciar a nuestros compañeros de la parte etica que debemos manejar con nuestra profesión.

## OBJETIVOS

- ❖ Brindarle a los estudiantes conceptos del adecuado manejo Perio-protésico, para que los aplique en los pacientes que lo requieran y beneficiarlos así con unos tratamientos integrales óptimos en lo biológico, funcional y estéticos
- ❖ Actualizar sus conocimientos en la parte quirúrgica periodontal, donde se propone brindar al participante las herramientas necesarias para que de una forma basada en la evidencia científica, pueda solucionar de manera práctica y segura algunas necesidades preprotésicas, incluyendo alternativas de implantes oseointegrados.
- ❖ Preparación y entrenamiento del futuro profesional en áreas de la rehabilitación oral que por medio de la prótesis fija ,implantes dentales, endodoncias y cirugías periodontales para mantener la estética y brindar a la comunidad técnicas de vanguardia para resolver los problemas que se presentan.

## **CASO CLINICO**

### **INFORMACIÓN GENERAL**

APELLIDOS Y NOMBRE: N.N.  
CEDULA: 7696868 de Neiva  
EDAD: 28 Años  
SEXO: Masculino  
ESTADO CIVIL : Casado  
DIRECCION RESIDENCIA: Cra 43 B No 22<sup>a</sup>/50  
TELEFONO:3409105  
ESCOLARIDAD: Primaria  
OCUPACIÓN : Vigilante

**MOTIVO DE CONSULTA:** "Para que me arreglen la fija y me terminen el tratamiento"

### **ANAMNESIS**

#### **HISTORIA FAMILIAR**

El paciente reporta que no hay antecedentes familiares

#### **HISTORIA MEDICA PERSONAL**

El paciente refiere que esta comprometido sistemicamente

#### **REVISIÓN POR SISTEMAS**

Al hacer la revisión por sistemas el paciente no manifiesta ninguna alteración

## **HISTORIA ESTOMATOLOGICA**

	SI	NO
DOLOR MUSCULOS MASTICATORIO		X
DOLOR ATM		X
RUIDO ATM		X
ALTERACIÓN DEL MOVIMIENTO		X
DESARMONIA OCLUSAL		X
HABITO		X
XERESTOMIA		X
ODONTALGIA		X
ARDOR TEJIDOS BLANDOS		X
SENSIBILIDAD	X	
SANGRADO GINGIVAL	X	
HALITOSIS		X

### OBSERVACIONES :

Presenta sensibilidad dentaria diente 13 y 23.  
Presenta sangrado gingival al contacto en el sextante II.

### **HIGIENE ORAL**

Cepillado: dos veces al día  
Técnica: De barrido  
Cepillo: Blando  
Seda Dental: No usa  
Enjuagatorio: Si

## **TRATAMIENTOS RECIBIDOS**

CIRUGÍA\_\_\_\_\_ Exodoncias 16,26,36,46  
ENDODONCIA\_\_\_ Diente 11 y 22  
OPERATORIA\_\_\_ Amalgama de 47  
PERIODONCIA\_\_\_ No  
PROSTODONCIA\_ No  
ORTODONCIA\_\_\_ No  
OCLUSION\_\_\_\_\_ NO  
IMPLANTOLOGIA\_\_ NO

## **TRATAMIENTO RECIBIDO EN EL COLEGIO ODONTOLÓGICO**

CIRUGÍA\_\_\_\_\_ Exodoncia método cerrado del 22 y 47  
ENDODONCIA\_\_\_ Diente 11  
OPERATORIA\_\_\_ Amalgama 18,17,15,14,24,25,27,34,35,37,38,48,44  
Resina 14,32,31,41,25  
PERIODONCIA\_\_\_ Terapia básica con ultrasonido.  
Cirugía periodontal(Aumento de reborde alveolar  
sextante II  
PROSTODONCIA\_ Retenedor intradicular diente 11  
Prostodoncia Parcial Fija del 45 al 47

## **EXAMEN FISICO**

### **ASPECTO GENERAL**

Paciente hombre de contextura delgada, estatura media, que entra a consulta odontológica por sus propios medios

PESO:60 KILOS  
ESTATURA: 1.60 METROS  
TEMPERATURA:37°C  
PULSO :70 pulsaciones por minuto  
PRESION ARTERIAL:110\_70 mmHg

	N	A
OJOS	X	
NARIZ	X	
SENOS PARANASALES	X	
PELO	X	
UÑAS	X	
PIEL	X	
CUELLO	X	
PARES CRANEANOS	X	

### **EVALUACION PSCOLOGICA**

El paciente es perspectivo en cuanto a la evolución del tratamiento, disponibilidad de tiempo, las relaciones personales son buenas, es consecuente con sus ideas, la contrasferencia y transferencia son positivas.

### **EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR**

#### **EXAMEN FACIAL**

Presenta simetría frontal  
 La relación de los tercios de la cara son normales  
 Presenta competencia labial  
 Perfil es recto

#### **EXAMEN INTRAORAL**

CLASIFICACION DE ANGLE: no aplicable ya que presenta ausencia del 16,  
 26, 36, 46  
 OVERJET: no aplicable por ausencia de 12 ,21, 22  
 OBERVITE :no aplicable por ausencia 12,21,22  
 LINEA MEDIA DENTARIA NORMAL  
 NO PRESENTA APIÑAMIENTOS

## **EXAMEN DE DISGNACIAS**

### **TRANSVERSALES:**

Mordida cruzada posterior unilateral derecha

### **EXAMEN FUNCIONAL**

#### **PRIMER CONTACTO DENTARIO**

**EN HABITUAL** 13 CON 43

#### **Movimientos excursivos**

trabajo derecho (13/43) trabajo izquierdo(23 33)

#### **Grado de movimiento mandibular**

Apertura :40 mm

Protusion: 7mm

Lateralidad izquierda :5mm

Lateralidad derecha :5mm

Dimensión vertical postural :75

Dimensión vertical oclusal :70

Espacio libre :5

## EXAMEN FISICO ORAL

	N	A
LABIOS	X	
CARRILLO	X	
SURCO VESTIBULAR	X	
GINGIVA		X
REBORDE ALVEOLAR		X
LENGUA	X	
PISO DE BOCA	X	
FRENILLOS	X	
PALADAR DURO	X	
PALADAR BLANDO	X	
AMIGDALAS	X	
G. SALIVARES	X	

## EVALUACIÓN PERIODONTAL

	N	A
COLOR		X
MARGEN		X
CONSISTENCIA		X
TEXTURA		X
GROSOR		X
CONTORNO		X
PAPILAS		X

	SI	NO
CALCULOS	X	
SANGRADO	X	
EXUDADO		X
MOVILIDAD		X
FREMITO		X

## ODONTOGRAMA

- 18 : Amalgama oclusal adaptada
- 17: Amalgama ocluso disto palatina fracturada
- 16: ausente
- 15: Amalgama oclusal adaptada
- 14: Amalgama oclusal adaptada
- 13: Pilar
- 12: Ausente
- 11: Pilar
- 21: Ausente
- 22: Ausente
- 23: Pilar
- 24: Pilar
- 25: Resina distal desadaptada y amalgama oclusal adaptada
- 26: Ausente
- 27: Amalgama oclusal adaptada
- 28: Caries palatina
- 38: Ausente
- 37: Amalgama oclusal adaptada
- 36: Ausente
- 35: Amalgama oclusal adaptada
- 34: Amalgama oclusal adaptada
- 33: Sano
- 32: Resina vestibular desadaptada
- 31: Resina vestibular desadaptada
- 41: Sano
- 42: Sano
- 43: Sano
- 44: Amalgama oclusal adaptada
- 45: Prostodoncia parcial fija adaptada
- 46: Prostodoncia parcial fija adaptada
- 47: Prostodoncia parcial fija adaptada
- 48: Ausente

Furcaciones

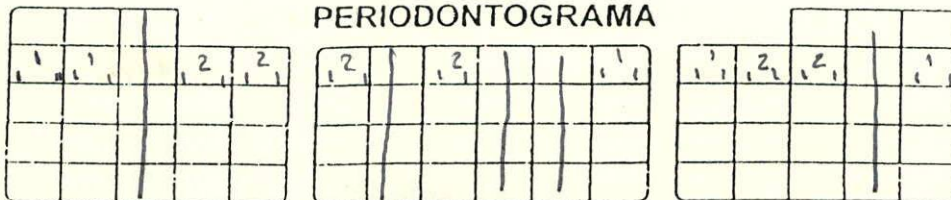
Sondaje inicial

Sondaje Re-aval

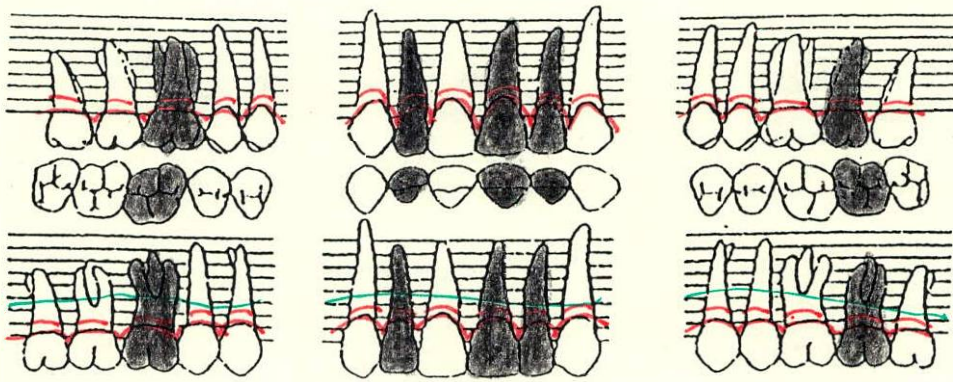
Nivel inserción

Recesión

# PERIODONTOGRAMA



P



Sondaje inicial

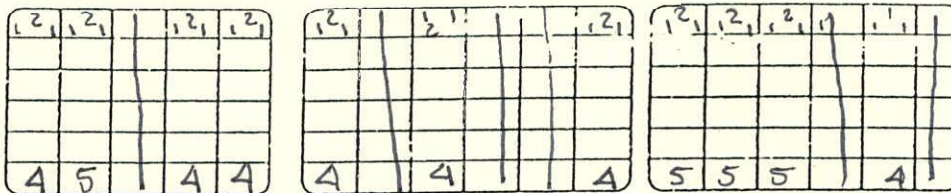
Sondaje Re-aval

Nivel inserción

Recesión

Movilidad

Línea Mucogingival



V

D

Sondaje inicial

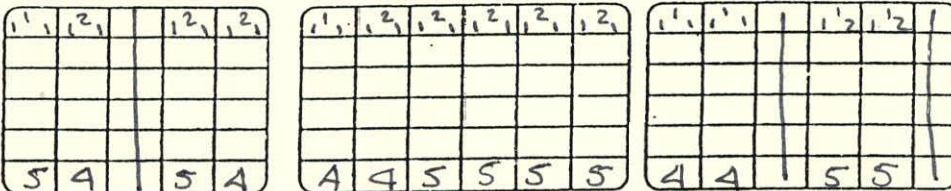
Sondaje Re-aval

Nivel inserción

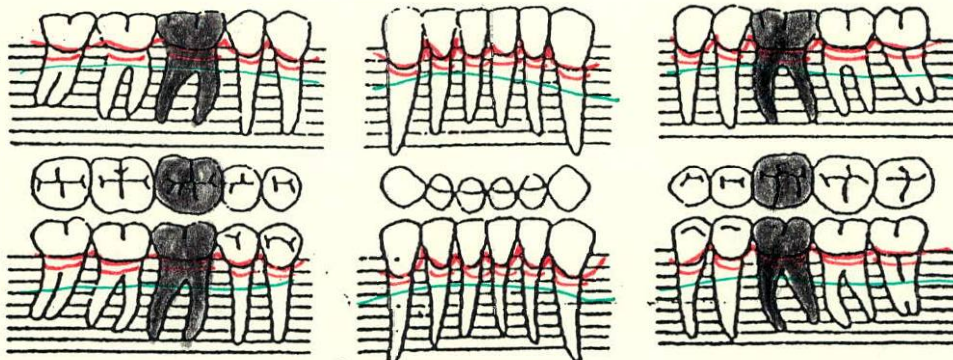
Recesión

Movilidad

Línea Mucogingival



V



Sondaje inicial

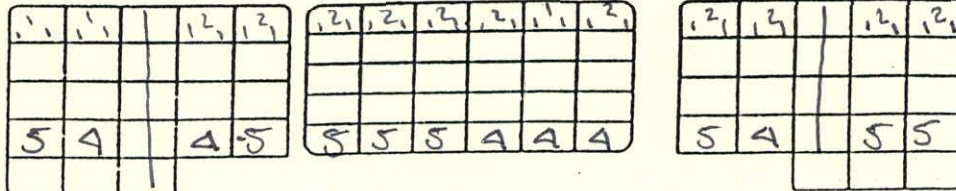
Sondaje Re-aval

Nivel inserción

Recesión

Línea Mucogingival

Furcaciones



## **EXAMEN COMPLEMENTARIOS**

### **EXAMEN RADIOGRÁFICO**

#### **SEXTANTE I**

18,17,15,14: Diente con buen soporte óseo, continuidad del espacio ligamento periodontal, se observa zona radiopaca a nivel coronal compatible con posible obturación.

#### **SEXTANTE II**

12,21, 22 : Ausente

11: Diente con buen soporte óseo, continuidad del espacio del ligamento periodontal, zona radiopaca a nivel del espacio del conducto y a nivel coronal compatible con una obturación endodóntica y retenedor intraradicular.

13,23: Diente con buen soporte óseo, continuidad del espacio del ligamento periodontal, y con preparación dentaria.

#### **SEXTANTE III**

26: Ausente

24: Diente con preparación.

25,27: Diente con buen soporte óseo, continuidad del espacio del ligamento periodontal, zona radiopaca a nivel coronal compatible con una posible obturación.

28: Diente con buen soporte óseo, continuidad del espacio del ligamento periodontal, zona radiolúcida a nivel coronal compatible con caries.

#### **SEXTANTE IV**

38,36: Ausente.

37,35,34: Diente con buen soporte óseo, continuidad del espacio del ligamento periodontal, zona radiopaca a nivel coronal compatible con una posible obturación.

## **SEXTANTE V**

33,41,42,43: Diente con buen soporte óseo, continuidad del espacio del ligamento periodontal.

32,31,41: Diente con soporte óseo, continuidad del espacio del ligamento periodontal, zona radiopaca a nivel coronal compatible con posible obturación.

## **SEXTANTE VI**

48,46: Ausente

44: Diente con buen soporte óseo, continuidad del espacio del ligamento periodontal, zona radiopaca a nivel coronal compatible con una obturación.

45,47: Diente con buen soporte óseo, continuidad del espacio del ligamento periodontal, zona radiopaca a nivel coronal compatible con un posible restauración protodóntica.

## **DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS**

### **GENERALES**

Paciente sistemicamente sano.

### **CRANEOMANDIBULARES**

Mordida cruzada posterior, disgnacia anteroposterior

### **ORALES DE TEJIDO BLANDO Y OSEO**

Colapso alveolar tipo III área anterior superior.

### **PERIODONTALES**

Gingivitis inducida por placa bacteriana.

### **DENTALES:**

Caries activa cavitada del 28P

Caries recurrente de 25 D, 31V, 32V.

Ausencias dentaria de 16,12,21,22,26,36,46.

### **ENDODONTICOS**

Pulpa clínicamente sanas.

## **ETIOLOGÍA**

### **CRANEOMANDIBULARES**

Ninguno

### **ORALES TEJIDO BLANDO Y OSEO**

Exodoncias traumáticas.

### **PERIODONTALES**

Placa bacteriana.

### **DENTALES**

Caries: Steptococo mutans

Caries recurrente: Restauraciones desadaptada.

Ausencia dentarias por exodoncia.

### **ENDODONTICOS:**

Ninguno

## **PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL**

### **PERIODONCIA:**

Terapia básica, raspáje coronal y profilaxis.

Alargamiento de corona clínica, regularización del margen gingival del diente 13, gingivectomia, cirugía ósea cresta ósea mesial del 11, cirugía ósea cresta ósea mesial y distal 23 y 24 reposicionamiento del margen gingival.

### **IMPLANTOLOGIA:**

Implantes intraoseos en los dientes 12, 21, 22.

### **OPERATORIA:**

Amalgama del 17 ODP, resina del 28 P, resina del 25 D, resina del 31 V, resina del 41 V.

### **PROSTODONCIA:**

Corona 13, 12, 11, 21, 22, 23,24.

## **PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR**

### **PERIODONCIA:**

Terapia básica, raspaje coronal, y profilaxis.

Alargamiento de corona clínica, regularización del margen gingival del diente 13, gingivectomia, cirugía ósea cresta ósea mesial del 11, cirugía ósea cresta ósea mesial y distal 23 y 24 reposicionamiento del margen gingival.

### **CIRUGÍA:**

No requiere.

### **ENDODONCIA :**

Tratamiento convencional de conductos de 13 y 23.

### **OPERATORIA:**

Amalgama 17 ODP

Resina 28 P

Resina 25 D

Resina 31V

Resina 32V

### **PROSTODONCIA:**

Prostodoncia Parcial Fija del 13 al 24.

## **MARCO TEORICO**

### **ENDODONCIA**

La causa más frecuente para un tratamiento de conducto son las caries. Por lo general, cuando no es tratada a tiempo esta llega hasta la pulpa.

La vitalidad de un diente está dada por la pulpa (compuesta por células y vasos sanguíneos). Cuando la pulpa ha sido afectada se puede inflamar irreversiblemente y además se puede infectar, entonces será necesario realizar el tratamiento de conducto.

El tratamiento consiste en eliminar cuidadosamente el tejido inflamado, para luego desinfectar el interior del diente, y por último sellar o rellenar los conductos.

La ventaja de esta rama de la odontología es que los dientes que antes tenían que ser extraídos ahora pueden permanecer por años en la boca.

### **ENDODONCIA PROFILÁCTICA**

El calor por fricción se genera siempre que haya una fresa o piedra en contacto con la estructura dental, hasta el decenio de 1950 el método de preparación del esmalte y la dentina se hacía con una torsión pesada a velocidades de rotaciones bajas, pero las fresas de acero no se enfriaban con agua en consecuencia la dentina vital se quemaba y la pulpa se lesionaba por calor nocivo.

La conductividad térmica de la dentina es relativamente baja por esta razón el corte cuidadoso no daña la pulpa a menos que el grosor de la dentina entre la pulpa y la preparación sea menor de 1.0mm .

El calor generado durante la preparación también tiene un efecto desecante al evaporar el líquido de los tubulos dentinarios en la superficie de la dentina.

Se piensa que el calentamiento de la dentina durante la preparación coronal se debe al calor por fricción que causa lesión vascular (hemorragia) en la

pulpa en esta condición la dentina toma una pigmentación sonrojada subyacente poco después del procedimiento de preparación.

En ausencia de infecciones, u otros factores que lo compliquen las pulpas quemadas por lo regular se reparan, no obstante una pulpa que ya está afectada por caries o esta isquemia después de una inyección con un anestésico local que

contenga vasoconstrictor es mas vulnerable a la lesión térmica que una pulpa sana .

La microfiltración es un problema en la odontología restauradora la mayor parte de los materiales no se adaptan a las estructuras dentales lo suficiente como para proporcionar un sellado marginal impermeable, si llega a haber buena adaptación al momento de inserción la contracción debida a los cambios físicos o químicos dentro

Cuando el paciente se queja de hipersensibilidad después de un procedimiento de preparación, el dolor puede ser una señal de alerta de4 que la pulpa esta lesionada, existe una relación entre sensibilidad del diente y inflamación de la pulpa la molestia por lo regular es de corta duración si es persistente o espontánea se puede realizar un tratamiento radical, la sensibilidad es mas frecuente al frío que al calor

## **TERAPIA PERIODONTAL QUIRURGICA**

Técnica quirúrgica realizadas para eliminar o reducir por medio de escisión o amputación los tejidos que conforman la pared de la bolsa. Incluye remoción de tejido gingival, hueso y estructura dentaria.

Se requiere proveer acceso y visibilidad para la instrumentación radicular, permitir acceso a la cresta alveolar, mantener el ancho de encía insertada, minimizar la pérdida de la altura ósea como consecuencia del procedimiento, mantener los niveles de inserción clínica a largo plazo, reducir la profundidad del sondaje clínico a largo plazo, versatilidad de técnicas de acuerdo a las diferentes situaciones clínicas y estéticas y por ultimo la cicatrización rápida de los tejidos.

### **TÉCNICAS**

- Colgajo posicionado apical con cirugía ósea.
- Colgajo posicionado apical sin cirugía ósea.
- Gingivectomia- Gingivoplastia.
- Terapia de seccionamiento radicular.

### **COLGAJO POSICIONADO APICAL**

Colgajo de espesor total o parcial ubicado en una posición apical a la original, mucoperiostico descrito como la desinsercion de la encía y periostio de los dientes y proceso alveolar o también denominado Widman, Neumann o Cieszynsky.

### **VENTAJAS**

- Reducción de bolsa.
- Aumento o mantenimiento del ancho de la encía adherida.
- Reubicación de frenillos.
- Cicatrización por primera intención.
- Máximo recubrimiento óseo.
- Mínima pérdida ósea y resultados estables a largo plazo.

## **TÉCNICA**

1. Anestesia.
2. Diseño de la incisión.
3. Elevación del colgajo ( mucoperiostico ).
4. Debridamiento del área.
5. Osteotomía-Osteoplastia.
6. Posicionamiento apical del colgajo.
7. Sutura.

## **CICATRIZACION**

1. Reacción inicial : Formación coagulo de fibrina banda de PMN en el área y necrosis superficial ósea.
2. Adaptación tisular : Tejido de granulación de margen gingival, LP y espacios medulares.
3. Proliferación celular : Tejido conectivo y epitelial migran a la herida a las 48 horas.
4. Epitelio largo de unión : Adherencia epitelial a los 35 días.
5. Necrosis Ósea Superficial : Inicial a los 5 días
6. Regeneración Ósea : A las 10 semanas.
7. Cicatrización Ósea Completa: A los 6 meses.

## **COLGAJO POSICIONADO APICAL**

### **CIRUGÍA OSEA**

Es parte de la cirugía periodontal la cual modifica el soporte óseo de los dientes, la cantidad de hueso sacrificado es mínima y no deber ser considerada de significancia clínica.

### **OSTEOTOMIA**

Remoción del hueso alveolar a una nueva posición sobre la superficie radicular .

### **OSTEOPLASTIA**

Remodelado del proceso alveolar.

## **COLGAJO POSICIONADO APICAL DE CIRUGÍA OSEA**

### **INDICACIONES:**

1. Recontornear la pared ósea del defecto
2. Prevenir la recurrencia de la enfermedad
3. Remodelar la cresta ósea para facilitar la organización de las fibras y conseguir la recuperación funcional del periodonto aunque disminuido.
4. Mejorar la arquitectura de torus, exostosis y espículas óseas.
5. Favorecer la arquitectura ósea inversa en molares inclinados, defectos infraoseos leves a moderados, defectos interproximales y defectos interradiculares.
6. Devolver el contorno óseo fisiológico.
7. Mejorar la adaptación del colgajo.
8. Remodelar la arquitectura del reborde óseo.

### **TÉCNICA:**

1. Anestesia
2. Determinar mediante sondaje y hondaje la morfología del defecto.
3. Diseño de la incisión.
4. Colgajo mucoperiotico
5. Debridamiento del defecto.
6. Osteotomía y osteoplastia.

### **CICATRIZACION:**

1. Necrosis superficial: Pérdida inicial de la altura ósea.
2. Pérdida de inserción: De tejido conectivo 0.5 mm.
3. Actividad osteoblástica: A los 12 meses, reducción de la altura ósea insignificante de 2.8mm a 8mm.
4. Remodelación: Del hueso alveolar a los 6 meses de la cirugía ósea.

### **CONTRAINDICACIONES:**

1. Aberrantes anatómicos.
2. Poca relación corona-raíz 2:1
3. Consideraciones estéticas
4. Tronco radicular corto. Área de la furca cercana al margen gingival.
5. Movilidad excesiva
6. Ancho de encía insuficiente
7. Pérdida ósea avanzada

## **GINGIVECTOMIA**

### **DEFINICIÓN:**

Es definida como la excisión de la pared blanda de la bolsa periodontal, lo cual se logra mediante una incisión a bisel externo o interno.

La Gingivoplastia es el procedimiento quirúrgico mediante la cual la encía es remodelada en forma y función.

### **GINGIVECTOMIA – GINGIVOPLASTIA RACIONAL**

- Eliminación de la bolsa para permitir la instrumentación de la superficie radicular.
- La creación de un medio ambiente oral, fácil de mantener por el paciente.
- Restaurar el contorno y la forma de la encía.
- Manejo de defectos supraoseo- Pérdida ósea horizontal.
- Manejo de defectos supraoseos donde no se permite acceso para restaurar el diente.
- Manejo de agrandamiento gingivales moderados
- Eliminación de la topografía gingival asimétrica
- Manejo de defectos supraoseos leves mediante incisión externa.
- Retirar mediante gingivectomía a bisel externo tejidos sobre dientes no erupcionados.

### **CONTRAINDICACIONES:**

- Defectos infraoseos.
- Bolsas que se extiende de la línea mucogingival.
- Mínima presencia de encía queratinizada.
- Inflamación severa de tejidos.
- Aberrantes anatómicos.
- Estética.

### **TÉCNICA:**

- Determinar la morfología del defecto y presencia de encía queratinizada.
- Anestesia.
- Diseño de la incisión a bisel externo mediante la demarcación de puntos sangrantes en el fondo de la bolsa.
- Excisión del tejido blando desde el fondo de la bolsa sin exponer hueso subyacente, 1 mm apical a los puntos sangrantes.
- Instrumentación de la superficie radicular infectada.

- Curetaje del tejido conectivo gingival.
- Remodelado interproximal o marginal del tejido gingival remanente.
- Protección de la herida- Colocación de cemento quirúrgico.
- Analgésico por 3 días- Ibuprofeno 400 mg.

## **CICATRIZACION**

- DIA 0: "Polyband" Es una barrera de defensa sobre el tejido conectivo expuesto compuesta por coagulo sanguíneo y PMN.
- DIA 2: Inflamación aguda sobre el tejido conectivo expuesto y migración de células epiteliales del estrato espinoso del margen de la herida sobre el Tejido conectivo, 5mm, por día.
- DIA 8: Migración coronal sobre la superficie radicular de la células o epiteliales.
- DIA 15-21: Epitelialización de la herida periodontal.
- DIA 35: Formación del epitelio largo de unión.

## **COLAPSO DEL REBORDE ALVEOLAR**

El defecto de reborde alveolar localizado es definido por studer, en 1997 como un déficit volumétrico de extensión limitada de hueso y tejido blando del proceso alveolar el cual ocasiona un problema funcional y estético que no favorece la rehabilitación, la causa primaria de los defectos de rebordes residuales localizados es la perdida del hueso antes o durante la remoción de un diente, exodoncias traumáticas, enfermedad periodontal avanzada formación de abscesos y trauma quirúrgico en la extirpación de tumores.

Un reborde parcial o totalmente edentulo puede conservar la forma de la apófisis alveolar. A ese reborde se le llama reborde normal, a un cuando ese reborde normal haya conservado sus dimensiones vestibulo-linguales y apico-coronarias, no es normal en muchos; en un prótesis fija y en los ponticos. En otras palabras en presencia de una cresta normal puede ser difícil o imposible producir una prótesis fija que realmente restaure la estética y la función de la dentición natural.

El reborde deformado puede ser consecuencia de fisuras por defectos de nacimiento, traumatismo, tumores, extracciones, enfermedad periodontal avanzada, formación de abscesos. La deformidad existente esta directamente relacionada con el volumen de la estructura radicular y el hueso asociado que esta ausente o que fue destruido. ( Seibert 1983 )

## **CLASIFICACION DEL REBORDE ALVEOLAR**

CLASE I : Se presenta perdida vestibulo-lingual con altura normal de reborde en dimensión apico-coronal.

CLASE II : Se presenta perdida apico-coronal de tejido, con ancho normal de reborde en dirección vestibulo-lingual.

CLASE III : Se presenta una combinación de perdida de tejido vestibulo- lingual y apico-coronal que resulta en perdida de altura y anchura normal. Cuando un diente es superior es extraído la pared vestibular se reabsorbe aunque haya nueva formación ósea cerca del hueso palatino.

Sin embargo los mecanismos biológicos de la cicatrización del alveolo no han sido descritos en detalle, varios reportes muestran como resultado que la biosíntesis activa y la fibrologenesis de colágeno óseo , producen el complemento del hueso lamelar , el proceso biológico de la cicatrización que se lleva a cabo posteriormente a la exodoncia de un diente ha sido estudio como una secuencia de eventos que ocurren en el hueso alveolar ; en el cual se forma y la extensión de este hueso van a determinar el remodelado óseo .

La resorción de la cresta residual después de la perdida de los dientes es un problema oral multifactorial. Progresiva y acumulativa enfermedad del hueso remodelado. La cantidad y proporción de resorción de la cresta residual varia entre los pacientes y se da en diferentes tiempos. Ambos son afectados por múltiple factores. Una cresta residual severamente reducida, constituye una serie de problema s complicando la rehabilitación protésica para la construcción de la dentadura removible o el uso de implantes protésicos.

Los factores asociados con la resorción de la cresta son clasificados en dos grupos, locales y sistémicos. Los factores locales consisten en la condición de los procesos alveolares después de la extracción de los dientes (Cualidad, tamaño y forma de la cresta), la duración de la edentualidad, la mordedura estresante sobre la cresta alveolar edentula transmitida por la dentadura posiblemente resultado de la resorción de la cresta residual entre los pacientes edentulos. Los factores sistémicos, la edad avanzada, el genero, el bajo consumo de calcio y la osteoporosis han sido relacionados con la atrofia mandibular.

La resorción de la cresta mandibular se ha encontrado en mujeres edentulas que en hombres. La resorción de la cresta puede progresar sin aparente síntomas hasta que la dentadura del paciente presente movilidad. Sin embargo la capacidad de predecir de cuales paciente perderán posiblemente una gran cantidad de hueso es importante para la prevención y el diseño de un plan de restauración o rehabilitación. Sin embargo, hay poco conocimiento disponible acerca de los

efectos de fumar tabaco, el consumo de alcohol y enfermedades sistémicas sobre la resorción de la cresta residual.

En las áreas del reborde alveolar parcialmente reabsorbido, el volumen óseo es a menudo y suficiente para contener un implante. Por lo tanto, con frecuencia es necesario agrandar el reborde alveolar antes de insertar un implante.

En contra posición al efecto óseo maxilar autocontenido que garantiza el mantenimiento del espacio cerrado hacia el cual exclusivamente podrán proliferar células osteogénicas, en el caso de las crestas alveolares atróficas se deberá crear el espacio para el agrandamiento.

### **MANTENIMIENTO DEL AGRANDAMIENTO DE REBORDE OSEO**

En la mayoría de los casos, el mantenimiento de la morfología del reborde alveolar tras las extracciones dentales en una medida preventiva muy beneficiosa, y permite al paciente conseguir un reborde con una forma, una altura y una anatomía que facilita y favorece la fabricación de la dentadura y al odontólogo fabricar unos ponticos fijos más realistas, limpios y cómodos. Además, si se van a insertar implantes, se puede conseguir unos emplazamientos más amplios y generosos para su colocación.

### **AUMENTO DEL REBORDE OSEO**

Aun cuando no se halla mantenido el reborde con materiales de injerto en el momento de las extracciones y se comprueba que ha sido reabsorbido, es posible aumentarlo con un biomaterial natural o sintético. Para los rebordes lisos, atrofiados o afilados se pueden utilizar distintos materiales reabsorbibles y no biodegradables. Estos materiales se presentan en dos

Formas: Partículas (Cargadas en una jeringa) y bloques porosos. Para una inserción se pueden emplear técnicas "cerradas" (Tunelización) o "abiertas" (Incisión, colgajo, reflexión).

Cada una de estas técnicas y de estos biomateriales (bloque o partículas) tiene sus partidarios defensores.

Desde el punto de vista quirúrgico, la tunelización parece menos invasiva y evidentemente es más rápida. Se necesita menos suturas e incisiones mucho más pequeñas, y no hay que cerrar el aloinjerto implantado. Sin embargo existe otros factores que pueden influir en la elección del abordaje quirúrgico.

Si en la radiografía se observa una posible dehiscencia del conducto mandibular o el agujero mentonero se encuentra a una distancia del reborde inferior a la altura de la hoja del elevador periostio, se corre el riesgo potencial de provocar una neuropatía iatrogénica si se opta por la tunelización. En tales casos son más

seguros las intervenciones abiertas, ya que se pueden visualizar y evitar las estructuras vitales.

## ***PROSTODONCIA***

### **DEFINICIÓN**

La prostodoncia es aquella disciplina de la odontología relacionada con la rehabilitación de la función oral, con la comodidad, apariencia y salud, por medio de la restauración de los tejidos orales y maxilofaciales contiguos, por sustitutos artificiales.

### **PROSTODONCIA FIJA**

Se relaciona con la restauración o reemplazo de los dientes por medios sustitutos artificiales que son adheridos a los dientes naturales, a las raíces o a implantes y que no se puede remover con facilidad.

## ***IMPLANTOLOGIA***

Qué son los implantes dentales?

- Son sustitutos artificiales de las raíces de los dientes naturales. Son pequeños tornillos cilíndricos que se colocan en los maxilares. Los dientes que se reemplazan son adheridos a la parte del implante que sobresale de la encía.

### **CARACTERÍSTICAS**

- Pueden reemplazar a los dientes que no se renuevan.
- Pueden servir de apoyo a una dentadura completa, haciéndola más segura y confortable.
- Pueden sostener un puente fijo, eliminando 2 problemas: no usar dentadura removible y/o no tallar dientes vecinos.
- Pueden ayudar en el reemplazo de un solo diente, sin alterar los vecinos.

A pesar que todos los implantes dentales hayan brindado confort y aportado confianza a los pacientes para sonreír, comer, hablar, etc., no son para todos. El paciente ideal debe tener un buen estado de salud y hueso adecuado en principio, para poder soportar el implante.

## **VENTAJAS**

- Los implantes dentales pueden reemplazar los dientes en la misma forma que lo hacen las raíces con los dientes naturales.
- Son una alternativa para las dentaduras que se "mueven" o causan dolor.
- Se pueden prevenir situaciones incómodas por falta de algunas piezas dentarias.
- Los implantes con un buen cuidado oral pueden durar mas de 20 años
- El implante dental requiere una inversión de dinero mayor que una dentadura removible o un puente fijo convencional.

## **TECNICA**

1. La instalación de los implantes dentarios en el maxilar.
2. Luego de una espera de 3 a 4 meses, se colocan unos intermediarios a través de la encía, que son los que sostendrán la futura prótesis.
3. Es la colocación del sistema protésico elegido, sobre los intermediarios colocados en el segundo paso, en forma firme y precisa.

Después de finalizado el tratamiento, cepillado, hilo dental, control de placa bacteriana y visitas periódicas al dentista son necesarias, para el éxito de los implantes dentales.

## **CONCLUSIONES**

- ❖ Tener nuevas modalidades de tratamientos con técnicas restaurativas de alta calidad brindando estética y funcionalidad.
- ❖ Brindar al paciente la posibilidad de nuevos tratamientos para evitar mas daños de los ya causados.
- ❖ Se aplicaron conceptos de la odontología básica aplicándolos en situaciones diarias.

## BIBLIOGRAFIA

- ❖ FLEMMIG, Thomas. Compendio de periodoncia, Masso, Barcelona. 1995.
- ❖ LINDHE, Sam. Periodoncia clinica e implantologia odontológica. Editorial Panamericana. Tercera Edición. España.
- ❖ Guia de oclusion y articulacion Temporomandibular ,Gallo Jose.1999
- ❖ [www.geogle.com](http://www.geogle.com)