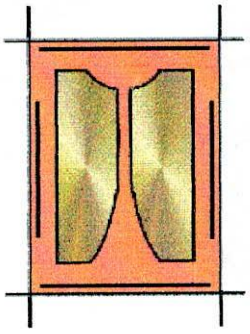
REHABILITACION POST TRAUMA DENTOALVEOLAR
CASO CLINICO



PRESENTADO POR:

JULIANA BARBOSA	981218
PAOLA GRANADOS	981093
MARINELLA ZULUAGA	981267
CINDY MARTELO	981287
AGNELYS MARTINEZ	981077

PRESENTADO A:

DOCTORA DIANA GUZMAN
COORDINADORA X SEMESTRE

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
AREA DE ODONTOLOGIA INTEGRADA
28 DE AGOSTO 2002

AGRADECIMIENTOS

Damos las gracias a los Doctores MARIA CRISTINA SARMIENTO por haber dedicado parte de su tiempo en la elaboración de este trabajo.

INTRODUCCION

Es este trabajo presentamos el caso de un paciente de 19 años y quien sufrió un trauma dentoalveolar con evolución de 1 año a causa de una lipotimia ocasionando la fractura del diente número 11, por lo tanto queremos dar a conocer las diferentes alternativas en cuento al plan de tratamiento para dar así una mejor salud oral.

OBJETIVOS

General

Aplicar los conocimientos adquiridos a través de la carera para así aplicarlos en un diagnóstico y plan de tratamiento a nivel profesional.

Específicos

Presentar diferentes alternativas de plan de tratamiento para así brindar una mejor opción al paciente.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS
INTRODUCCION

1. OBJETIVOS
1.1. Objetivo General
1.2. Objetivo Específico
2. CASO CLINICO "REHABILITACION POST TRAUMA DENTOALVEOLAR"
2.1. Información General
2.2. Historia Médica Familiar
2.3. Historia Personal
2.4. Examen Físico
2.5. Evaluación Psicológica
2.6. Examen Físico Craneomandibular
2.7. Examen Intraoral
2.8. Examen Físico Oral y Periodontal
2.9. Odontograma
2.9.1. Diagnósticos Definitivos
2.9.2. Pronóstico
2.9.3. Plan de Tratamiento a realizar
3. MARCO TEORICO
3.1. Frenillo
3.2. Gingivitis
3.3. Regeneración Tisular guiada
3.4. Ortodoncia Correctiva
3.5. Tracción Ortodóntica
3.6. Implantes Dentales

2. CASO CLINICO

REHABILITACION POST TRAUMA DENTOALVEOLAR

2.1. Información General

- NOMBRE DEL PACIENTE: ANDRES FERNANDO RAMIREZ
- HC: 336792
- EDAD: 19 años
- RAZA: Blanca
- OCUPACIÓN: Estudiante
- MOTIVO DE CONSULTA: Porque se me rompió un diente por un accidente

2.2. *Historia Médica Familiar:* El paciente no reporta ningún antecedente importante.

2.3. Examen Físico:

Presión Arterial: 120/70 mm/hg

Pulso: 74 pul / min

Ritmo cardiaco: Rítmico

2.4. Historia Personal

No presenta ningún compromiso sistemico, alérgico, ni hemorrágico.

2.5. Evaluación Psicológica

Estado de ánimo depresivo, transferencia positiva, contratransferencia positiva.

La actitud frente a el tratamiento es positiva ya que se encuentra de acuerdo con el y esta dispuesto a colaborar.

2.6. Examen Físico Craneomandibular

Examen Facial: Simetría

Tercios de la Cara: Simétricos

Competencia Labial: Presente

Perfil: Recta

2.7. Examen Intraoral

- Clasificación de Angle

  Derecha: Clase III

  Izquierda: No aplicable
- Ober Jet: No aplicable
- Ober Vite: No aplicable

2.8. Examen Físico Oral

Labios: Normales

Colmillos: Normales

Surco Vestibular: Normal

Gingiva: Normal

Reborde Alveolar: Normal

Lengua: Normal

Piso de Boca: Normal

Frenillos: Anormal

Paladar Duro: Normal

Paladar Blando: Normal

Amígdalas: Normales

Glándula Salivares: Normales

Examen Periodontal:

Encía: Rosada Intenso

Margen Iregular

Consistencia: Blanda a la palpación

Textura: Lisa

Grosor: Aumentado

Contorno: Irregular

Papilas: Inflamadas

Cálculos: No presenta

2.9. Odontograma

18 Ausente

17 Sano

16 Amalgama oclusal desadaptada

15 Sano

14 Sano

13 Sano

12 Resina vestíbulodistomesopalatoincisal desadaptada

11 Fractura coronal

21 Resina vestibular y mesopalatoincisal desadaptada

22 Sano

23 Provisional

24 Sano

25 Sano

26 Ausente

27 Sano

28 Ausente

38 Ausente

37 Sano

36 Amalgama oclusal adaptada y caries mesial

35 Sano

34 Sano

33 Sano

32 Sano

31 Sano

41 Sano

42 Sano

43 Sano

44 Sano

45 Sano

46 Caries mesial y oclusal

47 Sano

48 Ausente

2.9.1. Diagnóstico Definitivos

Generales: Paciente sin compromiso sistemico

Craneomandibulares: No presenta

Orales y tejidos blandos: Frenillo vestibular sobre insertado

Periodontales: Gingivitis inducida por placa bacteriana

Dentales:

Caries activa de etiología multifuncional.

Caries recurrente debido a obturaciones desadaptadas.

Endodonticos: No presenta

2.9.2. *Pronóstico:* Bueno debido a que el paciente esta dispuesto a colaborar con el tratamiento y ha mejorado su higiene oral.

2.9.3. Plan de Tratamiento ideal

- Periodoncia: terapia básica periodontal

  Regeneración ósea guiada con injerto y membrana reabsorvible.
- Cirugía:

  Exodoncia método cerrado del 63.

  Exodoncia métodoabierto del 11, 18, 28, 38, 48
- Ortodoncia:

  Tratamiento ortodóntico correctivo

  Tracción ortodóntica del 23
- Implantología:

Implante a nivel del 11

- Prostodoncia:

  Corona completa combinada 22 y 23

- Operatoria:

  Amalgamas: 16 oclusal 46 oclusal

  13 oclusal

  Resinas: 12 vestibulomesodistopalato incisal

  21 vestibular y mesopalato incisal

  36 mesial

  46 mesial

2.9.4. Plan de Tratamiento a realizar

- Periodoncia: Terapia básica

  Regeneración ósea guiada con injerto óseo y membrana reabsorvible

- Cirugía:

  Exodoncia método cerrado del 63.

  Exodoncia método abieeto del 11, 18, 28, 38, 48

- Ortodoncia:

  Tratamiento ortodóntico correctivo

  Tracción ortodontica del 23

- Prostodoncia

  Prostodoncia parcial fija de 3 unidades 12 – 21

  Corona completa combinada 22 y 23

- Operatoria

  Amalgamas: 16 oclusal 46 oclusal

  36 oclusal

  Resinas : 36 mesial

  46 mesial

3. MARCO TEORICO

3.1. Frenillo

Los frenillos se clasifican según su inserción en media cuando se tracciona el labio causa isquemia lo cual significa que esta haciendo tensión muscular y hay que removerlo, alta ya que ocasiona reseción del tejido interproximal a través: es cuando el frenillo pasa a través del área y se inserta en paladar casi en la papila incisiva ocasiona diastema.

3.2. Gingivitis:

Es una inflamación de la encía en la cual no hay compromiso de las estructuras de soporte. Sus características clínicas son edema o enrojecimiento, cambio de contorno y consistencia, sangrado al sondaje.

3.3. Regeneración Tisular Guiada:

Es una nueva formación de fibras (cemento, ligamento periodontal y hueso). En 1996 Kafesi y col dieron el término de regeneración tisular periodontal guiada ya que por medio de membranas guiamos cierto tipo de tejidos para que participen dentro de la cicatrización, para que unos poblen y otros se excluyan, más adelante en este mismo año aparece el término de regeneración ósea guiada comenzando a hablar de cirugía reconstructiva que se utiliza cuando hay rebordes residuales colapsados o vamos a colocar implantes lo que estamos haciendo es guiando la formación ósea de manera vertical u horizontal por medio de la utilización de hueso combinado con membrana.

Procedimiento: Levantamos un colgajo mucoperiostico a nivel del área afectada con incisiones intrasurculares, para conservar el máximo tejido. Se limpia y detóxifica muy bien el área ya sea manualmente o por medio de ultrasonido, luego se toma el hueso iofilizado (el éxito del hueso depende del tamaño de la partícula que debe ser entre 500 y 700 micrones, si es menor se va a reabsorver durante el proceso inflamatorio y serviría para la osteogenesis, si es mayor se encapsula).

El hueso se prepara en un vaso dappen a metálico esterilizado colocando de 5 a 6 gotas de solución anestésica, agua destilada o solución salina para hidratarlo antes de colocarlo, al absorber la solución las partículas crecen quedando en consistencia de masilla, se coloca dentro del defecto con un portaamalgamas milímetro a milímetro en dirección apical y lateral y con una gasa húmeda se condensa no haciendo mucha presión ya que se puede absesar o necrozar, nunca se debe colocar por encima del hueso residual o del defecto porque donde no haya soporte óseo el injerto se perderá por esto siempre se colocará hasta donde vaya el hueso remanente, luego de colocar el injerto se coloca la membrana y se sutura.

Esta regeneración se presenta gracias a que el hueso iofilizado trae lo que se denomina proteína morfogenética ósea y al colocarlo e inducir sangrado el hueso que actúa como huésped activa esta proteína produciendo regeneración.

3.4. Ortodoncia Correctiva:

Se realiza cuando el paciente tiene ya completa su dentadura permanente y esta orientada básicamente con movimientos dentales para formar otro acople funcional y estético entre los2 maxilares y se realiza con aparatos fijos como los brakets.

Este tratamiento dura como mínimo 1 año y en promedio 2 años de duración, una vez terminado este se deben colocar retenedores removibles, los cuales duran en boca el doble de tiempo que los brakets.

3.5. Tracción Ortodóntica:

La erupción ectópica y la implantación de caninos es un problema clínico que frecuentemente encontramos, se presente del 1 al 3% de los casos.

La impactación de caninos puede ser el resultado de factores locales o de factores poligenéticos hereditarios en asociación con otros anomalías dentales.

Existen varias posibles secuelas que van desde la pérdida del espacio en el arco hasta la reabsorción de las raíces de los dientes adyacentes.

Los caninos impactados en el paladar requieren de un manejo combinado de cirugía y ortodoncia.

El advenimiento de los brakets bandeados ha permitido una considerable flexibilidad en las técnicas de exposición. Ya no es necesario la exposición completa de la corona del canino ya que se puede bandear un braket de manera simple a una pequeña superficie expuesta.

La erupción forzada de los caninos superiores impactados, usando un gancho de tracción ortodóntica bien bandeado y una cadena elástica usados en conjunto con un colgajo palatino dan como resultado una erupción ortodóntica predecible y con pocas complicaciones, en esto se debe tener control de la sangre, la saliva y la contaminación de fluidos para obtener un braqueado estable y durable sobre los dientes impactados.

La tracción ortodóntica se realiza por medio de una ventana ubicada a nivel de la posición donde se encuentra el canino donde colocamos un botón en su cara vestibular y se tracciona por medio de elásticos que van alrededor del botón.

3.6. Implantes Dentales:

Implante es una raíz artificial de titanio, material biocompatible con el hueso donde se coloca.

Implante y hueso se unen sólidamente lo cual nos permite colocar un diente artificial reemplazando con mucha estética y naturalidad a la pieza dental pérdida, por enfermedad, accidente o malformaciones.

Se pude colocar una o más implantes dentales en el hueso maxilar, facilitándonos la construcción de prótesis fijas.

Lo más importante en el tratamiento de prótesis implantarias, es un correcto diagnóstico, es decir cual es la cantidad y calidad de hueso disponible y cual es el estado actual del paciente, para esto se deben realizar estudios radiográficos y tomográficos los que darán la cantidad del hueso existente en altura y ancho.

Para el mantenimiento de un implante se requiere de los mismos cuidados que necesita un diente natural mediante el uso correcto de la técnica de cepillado, uso de la seda dental,

cepillos unipenachos especiales para los implantes, única forma de poder eliminar la presencia de la placa bacteriana.

Es muy importante concurrir a las consultas de mantenimiento, el control será más eficaz y el trabajo será más duradero.

BIBLIOGRAFÍA

- Assenza, B.; Gabrielli, T; Leguina, G. Y Sada Moreno, E. Regeneración ósea guiada (GBR) en el aumento localizado o extendido de cresta ósea. Aplicación simultanea de membranas-barrera, implantes y láminas-soporte de titanio. Fundamento científico, casuística, metodos quirúrgicos y resultados de 11 casos tratados. Rev. Esp. Odontoestomat. Implant. 1994; 4: 175-189.

- Bell WH. Surgical orthodontic treatment of interincisal diastemas. J Oral Surg 1982;254: 158-63.

- Bishara SE Clinical management of impacted maxillary canines. Semin Orthod 1998 Jun;4(2):87-98.

- Donado Rodríguez, M. Dientes retenenidos. En cirugía Bucal. Patología y Técnica. M Donado, 1990. Madrid. Pags. 387-398.

- Generson RM. Combined surgical and orthodontic management of anterior open biten using corticotomy. J Oral Surg 1978;36(3):216-9.

- Manrique Mora, M.C; Ostos Garrido, M.J y González Rodríguez C. Prevalencia de la agenesia dentaria en la población andaluza. Rev. Eur. Odontoestomatol. 1991; 1: 49-56.

- Marcela L. Caso clínico: tratamiento ortodóntico-quirúrgico de una clase II esqueletal en adultos. Rv Iberoamer Ortod 1993;12(1): 19-27.

- Mayoral j, Mayoral G. Ortodoncia. Principios fundamentales y prácticos. 4 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1986:382;633-42.

- Pearson MH, Robinson SN, Reed R, Birnie DJ, Zaki GA. Management of palatally impacted canine s: the findings of a collaborative study Eur J Orthod 1997 Oct; 19(5): 511-5

- Yeung H. Oral hygiene for orthodontic patients. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1991;26:206-13.