

ODONTOLOGIA INTEGRADA
REPORTE DE CASO CLINICO

LUZ ANGELA DIMAS
FRANK ESTUPIÑAN
LEIDY GUEVARA
MARIA DEISY HUESO
CARLOS ALBERTO MENDOZA
JOHANA MIRANDA
DIANA MUÑOZ

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

BOGOTÁ

2004.

ODONTOLOGIA INTEGRADA

REPORTE DE CASO CLINICO

LUZ ANGELA DIMAS 992031

FRANK ESTUPIÑAN 011334

LEIDY GUEVARA 982519

MARIA DEISY HUESO 992029

CARLOS ALBERTO MENDOZA 021318

JOHANA MIRANDA 991034

DIANA MUÑOZ 001023

DRA NERY VILLOTA ZÚÑIGA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

BOGOTÁ

2004.

HISTORIA CLINICA

INFORMACION GENERAL

Nombre: Teresa Gonzalez Cepeda

Género: Femenino.

Edad: 55 años

Ocupación: Ama de Casa.

Motivo de Consulta: "Deseo realizarme un tratamiento general"

ANTECEDENTES MEDICOS

Historia Médica Familiar: Paciente refiere que nadie en la familia ha sufrido de alguna enfermedad o falla sistémica.

Historia Médica Personal: Migraña diagnosticada hace 12 años y tratada con beta bloqueadores o calcioantagonistas, Osteoporosis a nivel cervical diagnosticada hace 6 años, tratada con Calcio Vitaminizado (LEOCAL FORTE).

ANTECEDENTES PSICOLOGICOS

No reporta.

EXAMEN FISICO FISICO GENERAL

Presión Arterial: 130/70 mm Hg

Pulso: 63 Pulsaciones por minuto.

Frecuencia Cardíaca: 63

Peso: 58 Kilogramos.

Temperatura: 37 grados centígrados.

HISTORIA DENTAL

Periodoncia: Terapia Básica Antifecciosa en todos los sextantes.

Exodoncias: 18,11,12,21,22,24,27,28,38,37,36,35,34,45,46,47,48.

Operatoria: Amalgamas:

- ★ 14 MOD
- ★ 17 O
- ★ 26 OMVP
- ★ 44 O

Prostodoncia: Corona:

- ★ 13 Corona Metal Porcelana con cara palatina metálica.

Incrustación:

- ★ 16 Incrustación Onlay

Temporales:

- ★ 23-25 Temporales de Termocurado.

Prótesis Parcial Removible:

- ★ Prótesis Removible Inferior.

FISIOTERAPIA ORAL

Frecuencia de Cepillado: 3 Veces al día.

Técnica de Cepillado: Horizontal.

Tipo de Cepillo: Oral B Cerdas Duras.

Dentífrico: Colgate Total.

Seda Dental: Oral B.

Enjuague Bucal: No utiliza.

Ayudas Interproximales: No utiliza.

EXAMEN CLINICO

EXAMEN CRANEOMANDIBULAR

EVALUACION ESTATICA

- **Clasificación de Angle:** N.A. Derecha , N.A. Izquierda
- **Overbite:** N.A.
- **Overjet:** N.A.

- **Relación Canina:** Clase

EVALUACION DINAMICA

- **Lateralidad Derecha:** 5mm 13/43
- **Lateralidad Izquierda:** 4mm 23/33
- **Protrusión:** 4mm.

EXAMEN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Dolor Muscular: No refiere.

Dolor de ATM: No refiere.

Alteraciones del movimiento: No presenta.

Ruido Articular: No presenta.

Hábitos Orales: No presenta.

Desarmonías Oclusales: Ausencias Dentarias, Restauraciones
Desadaptadas, Extrusión del diente 16.

Facetas de Desgaste: 31,32,33,41,42,43,44.

EXAMEN FISICO ORAL

Labios, Carrilos, Surco Vestibular, Lengua, Paladar Blando, Piso de Boca,
Amígdalas, Glándulas Salivales aparentemente normales.

Paladar Duro: Presencia de Torus Palatino poco prominente.

Mucosa Bucal: Presencia de Lesión rojiazul presente en la zona Retromolar inferior derecha.

Encía: Color, Márgen, Consistencia, Textura, Grosor, Contorno, Papilas, Encía Adherida Anormales.

EXAMEN DENTARIO

ODONTOGRAMA

Ausentes: 18,15,11,12,21,22,24,27,28,38,37,36,35,34,45,46,47,48.

Restauraciones Desadaptadas: (13). Corona completa combinada metal porcelana con cara palatina metálica. (14). Amalgama MOD. (17). Amalgama O. (16). Incrustación Onlay. (23-25). Temporales de Termocurado. (26). Amalgama MOV. (44). Amalgama O. Removable Inferior.

DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS

Generales:

Migraña, osteoporosis.

Migraña

Del latín Hemicrania, de hemi, medio, y Kranion, cráneo.

La edad de presentación es en niños varones en la pubertad; comienza por la mañana en una duración de 24-72 horas y recidivas en intervalos semanales. La localización comienza unilateral o bilateral acentuada en

la parte frontotemporal (cambio de lado). Dolor pulsátil penetrante. Los síntomas que pueden acompañar son náuseas, vómitos, mayor sensibilidad a la luz y ruidos. A veces aura en forma de escotoma fibrilar o signo neurológico focal. Los factores desencadenantes van de diversas comidas (queso, chocolate) o bebidas como vino tinto. Premenstruación, stress, cambios de tiempo y alcohol. El tratamiento medicamentoso se basa en el uso de beta bloqueadores o calcioantagonistas.

Neurología, Meter Berlit, 1995. Pág 100.

Osteoporosis:

En la osteoporosis existe una disminución de la sustancia protéica fundamental del hueso. La disminución de la cantidad de calcio del hueso es debido a la disminución de la sustancia fundamental que lo retiene.

Los huesos osteoporóticos suelen ser de morfología normal pero dada la delgadez de sus trabéculas constitutivas, son muy frágiles. Las consecuencias más importantes de la osteoporosis son las fracturas espontáneas o causadas por traumatismos mínimos y las deformaciones y aplanamientos de las vértebras. También puede aparecer osteoporosis importantes con fracturas a mínimos traumatismos, en sujetos a los que por padecer asma bronquial, artritis reumatoide, etc se les administra fármacos cortisónicos en excesiva cantidad y durante tiempo demasiado prolongado.

Craneomandibulares:

Desorden Craneomandibular de Crecimiento y Desarrollo de tipo Adquirido.

Orales, Tejidos blandos y óseos:

Reborde Residual en Forma de v.

También llamados en filo, el cuál es desfavorable sobre todo para la toma de impresiones y a veces es necesario la remoción del borde superior o el alivio en la base protésica .

Colapso Alveolar tipo I, II y III.

Torus palatino poco prominente.

Lesión congénita en ocasiones hereditaria, localizada generalmente en línea media de paladar, asintomática a la palpación es dura, es una lesión de crecimiento lento. El tratamiento puede ser quirúrgico siempre y cuando al paciente se le vaya a realizar algún tipo de prótesis que comprometa el paladar duro

Lesión rojiazul (Dx Presuntivo Nevus Azul/ Pigmentación por amalgama).

Nevus azul

Lesión proliferativa de los melanocitos que puede ser intradérmica o intramucosa, es de coloración azulosa, de base cesil, no es indurada.

Pigmentación por amalgama

Lesión de tejidos blandos caracterizada por iatrogenia previa a algún tratamiento odontológico, el cuál se haya realizado en presencia de limadura de amalgama. El tejido al quedar en contacto continuo con este material toma una coloración azulosa del mismo. Su tratamiento es mantener la lesión bajo control del especialista.

Periodontales:

Gingivitis Inducida por placa Bacteriana en presencia de factores irritantes locales en un Periodonto disminuido.

Dentales:

Caries Secundaria

Endodónticos:

Hallazgo Radiográfico (Pulpas desvitalizadas)

Oseointegración

La oseointegración en 1994 es definida por el glosario de terminos prostodónticos como la aparente unión directa o conexión de tejido óseo a un material aloplástico inerte sin intervención de tejido conectivo.

Branemark, P:I., Zarb, G., Albrektsson, T. Tissue integrated prostheses, osseointegration in clinical dentistry. 1985. Quintessence. 1st Edition. Pgs 11-77.

Reabsorción Ósea

La reabsorción ósea en los maxilares es una secuela inevitable de la pérdida de dientes, teniendo variaciones individuales extremas en la cantidad y reducción de reborde residual. El Factor único dominante conocido que puede explicar la variabilidad de la pérdida ósea y se acepta hoy que se conoce poco acerca de cuales factores son los más importantes en las variaciones observadas en reabsorción ósea.

Carlsson, G., Haraldson, T. Fundamental aspect of mandibular Atrophy. Cap 8 en advanced osseointegration surgery Worthington.P, Branemark P:I: Quintessence, 1992.

Tallgren,A. The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete dentures wearers, a mixed longitudinal study over 25 years. J: Prothet Dent 1976;27;120-132.

Injertos Alógenos

Hueso desmineralizado seco, congelado (DFDB). Es utilizado en forma mineralizada y desmineralizada. la primera es un material osteoconductor pero no osteoinductor y el segundo tiene características osteoinductivas.

Cuando se coloca en tejido con alto contenido de oxígeno, induce a las células mesenquimales indiferenciadas a formar osteoblastos relacionados con la proteína morfogenética ósea. Se puede combinar con

Hidroxiapatita reabsorbible, aloinjertos, y hidroxiapatita no reabsorbible encontrando nuevos resultados.

Male, AJ., et al. Comparison of onlay autologous and allogenic bone grafos to the maxilla in primates. JOMS. 1983,42;487-499.

Flexicorticotomía

Kaminishi realizó un procedimiento para ampliar el reborde alveolar colapsado que consiste en extraer un injerto óseo de la zona retromolar del maxilar inferior, levantar un colgajo mucoperióstico sobre la zona colapsada y colocar por vestibular o lingual el injerto, se sutura el colgajo y después de un periodo de 6 meses, (tiempo necesario para la cicatrización del hueso), se inicia el movimiento ortodóntico que se efectúa por reabsorción y aposición ósea en el sitio edéntulo. Este método logra por medio de injerto; ampliar el reborde sin que por ello se facilite el movimiento ortodóntico, pues esta forma se conserva la cortical ósea compacta y colapsada sin aumentar la zona medular donde se moverían los dientes.

Descripción del procedimiento:

1. Colocar anestesia troncular o infiltrativa en la zona correspondiente.
2. Efectuar una incisión nítida y profunda hasta llegar al hueso, para cortar la mucosa y el periostio en sentido mesodistal, sobre el vértice del

rebordado alveolar del espacio edéntulo empleando una hoja de bisturí BP y con hoja No 11 y 15.

3. Debridar con sindesmótomo, lecantando el colgajo mucoperióstico hacia vestibular y lingual sin hacer incisiones relajantes, pero extendiéndolas hasta los dientes vecinos.

4. Sobre la cortical del rebordado alveolar hacer perforaciones consecutivas de mesial a distal en sentido apical hasta llegar al hueso esponjoso con fresa redonda o de fisura 700.

5. Unir las perforaciones con brocas refrigeradas o cuello extralargo (Implantes endodónticos) o con fresas 700. Acercándose a las superficies proximales de los dientes adyacentes profundizando el corte y teniendo cuidado de no tocar las raíces de dichos dientes, teniendo cuidado con las innervaciones adyacentes a las estructuras anatómicas.

6. Con el cincel o escoplo recto por medio de golpes suaves con el martillo quirúrgico crear una línea de fractura longitudinal sobre los alveolos de los dientes vecinos por vestibular o lingual, en el área media proximal hacia el espacio desdentado.

7. Separar los anillos óseos de los dientes adyacentes con la ayuda de los cinces curvos y micro-cincales rectos (EMB) por medio de golpes muy suaves con el martillo quirúrgico siguiendo el eje de los dientes

8. Utilizando el instrumento para el ensanchamiento óseo (EMB), separar las tablas óseas flejándolas lentamente hacia vestibular y lingual, hasta lograr la expansión deseada del corredor óseo.

9. El alveolo quirúrgico se llena de sangre y forma el coágulo necesario para la neoformación ósea. comenzando a realizar el movimiento dentario inmediatamente, si la aparatología está colocada o esperando 8 días para colocar el aparato.

Castro R. Hernando A M. "Técnica quirúrgica para corregir colapso de reborde alveolar cuando impide el movimiento dentario como parte de un tratamiento ortodóncico", CIEO UMNG 1994.

Implantes Endóseos

Son elementos metálicos que se ubican quirúrgicamente en los huesos maxilares, debajo de las encías. Una vez colocados en el lugar, el odontólogo puede colocar sobre ellos las coronas o puentes fijos que reemplazarán las piezas dentarias perdidas.

El implante se fusiona con el hueso mandibular, proporcionando un soporte estable para los dientes artificiales. Las prótesis y los puentes

colocados sobre los implantes no se deslizan ni se corren en la boca, lo cual es una ventaja especialmente importante para la masticación y el habla. Esta adaptación ayuda a que las prótesis y los puentes (así como las coronas individuales coladas sobre los implantes) se sientan más naturales que los convencionales.

Los implantes Endóseos se implantan quirúrgicamente en forma directa en los huesos maxilares. Una vez que el tejido circundante ha cicatrizado, se requiere de una segunda cirugía para conectar el poste sobre el implante original. finalmente se coloca un diente artificial sobre el poste, los dientes serán individuales o estarán agrupados en un puente o PPF.

Chiche GJ. Goals of alveolar ridge augmentation for implant restorations. J Oral Maxillofacial Surgery 1998;56 (8):16-28.

PLAN DE TRATAMIENTO

➤ TRATAMIENTO IDEAL

INTERCONSULTAS:

- Ⓢ **Patología Oral:** Lesión rojiazul en región retromolar inferior derecha.

Impresión Diagnóstica: Nevus Azul.

Pigmentación por Amalgama.

PERIODONCIA:

- Ⓢ Motivación y Educación en Salud Oral.
- Ⓢ Eliminación de focos Infecciosos.
- Ⓢ Eliminación de Factores retentivos de Placa Bacteriana.
- Ⓢ Terapia Básica Ant infecciosa.
- Ⓢ Raspado Coronal y alisado Radicular.
- Ⓢ Profilaxis.

CIRUGIA:

- Ⓢ Biopsia de Tipo Excisional de Lesión Rojiazul en región retromolar inferior derecha.
- Ⓢ Flexicorticotomía.
- Ⓢ Exodoncia Método Cerrado del 17 (Microdoncia).

ENDODONCIA:

- Ⓢ No Requiere.

OPERATORIA:

- **Amalgama Oclusal del 44.**

PROSTODONCIA:

- Implantes Endóseos cilíndricos roscados. (35,36,45,46).
- Retenedor Intraradicular Prefabricado de Titanio (25).
- Coronas Metal Cerámica con recubrimiento completo en porcelana sobre implantes (35,36,45,46)
- Prótesis Parcial fija Metal Porcelana Con recubrimiento completo en porcelana. (16-14-13-23-25-26).

TERAPIA DE SOPORTE PERIODONTAL.



➤ TRATAMIENTO ALTERNATIVO

INTERCONSULTAS:

- **Patología Oral:** Lesión rojiazul en región retromolar inferior derecha.

Impresión Diagnóstica: Nevus Azul.

Pigmentación por Amalgama.

PERIODONCIA:

- Motivación y Educación en Salud Oral.
- Eliminación de focos Infecciosos.
- Eliminación de Factores retentivos de Placa Bacteriana.
- Terapia Básica Antinfecciosa.
- Raspado Coronal y alisado Radicular.
- Profilaxis.

CIRUGIA:

- Biopsia de Tipo Excisional de Lesión Rojiazul en región retromolar inferior derecha.
- Exodoncia Método Cerrado del 17 (Microdoncia).

ENDODONCIA:

- No Requiere.

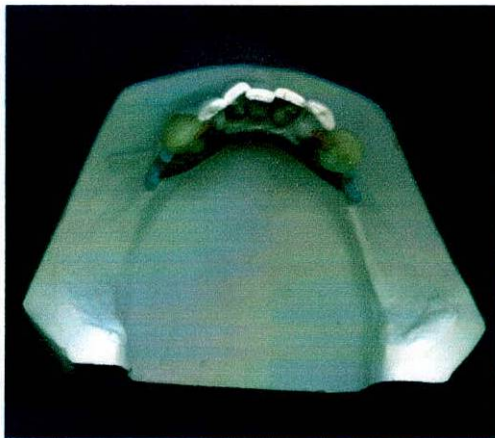
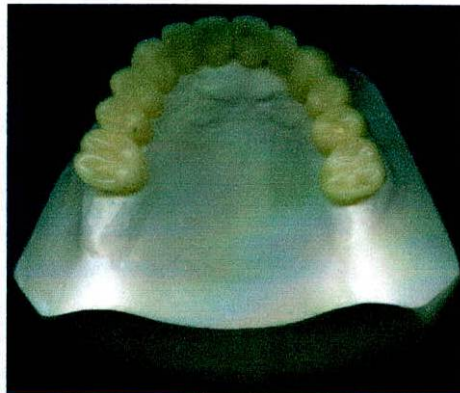
OPERATORIA:

- No Requiere.

PROSTODONCIA:

- Retenedor Intraradicular Prefabricado de Titanio (25).
- Prótesis Parcial fija Metal Porcelana Con recubrimiento completo en porcelana. (16-14-13-23-25-26).
- Coronas Con ajustes Vario-snap (33, 44)
- Prótesis Removible Inferior con ajustes vario-snap

TERAPIA DE SOPORTE PERIODONTAL.



➤ **TRATAMIENTO A REALIZAR:**

INTERCONSULTAS:

- **Patología Oral:** Lesión rojiazul en región retromolar inferior derecha.

Impresión Diagnóstica: Nevus Azul.

Pigmentación por Amalgama.

PERIODONCIA:

- Motivación y Educación en Salud Oral.
- Eliminación de focos Infecciosos.
- Eliminación de Factores retentivos de Placa Bacteriana.
- Terapia Básica Ant infecciosa.
- Raspado Coronal y alisado Radicular.
- Profilaxis.

CIRUGIA:

- Exodoncia Método Cerrado del 17 (Microdoncia).

ENDODONCIA:

- No Requiere.

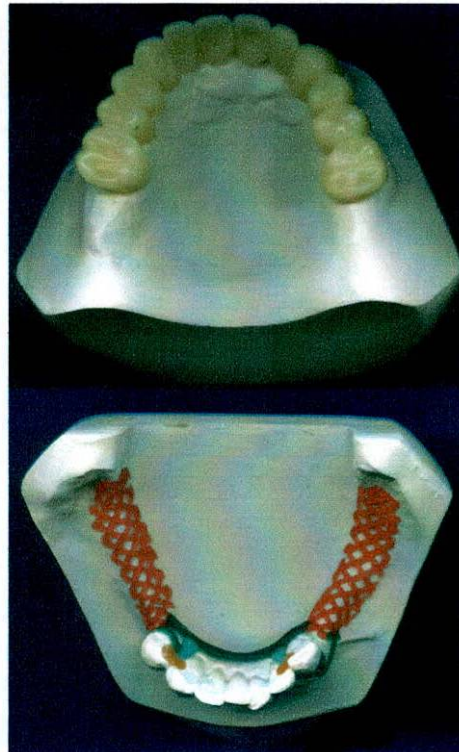
OPERATORIA:

- Amalgama O (44).

PROSTODONCIA:

- Retenedor Intraradicular Colado en Plata-Paladio (25).
- Prótesis Parcial fija Metal Porcelana Con recubrimiento completo en porcelana. (16-14-13-23-25-26).
- Prótesis Removible Inferior Convencional

TERAPIA DE SOPORTE PERIODONTAL.

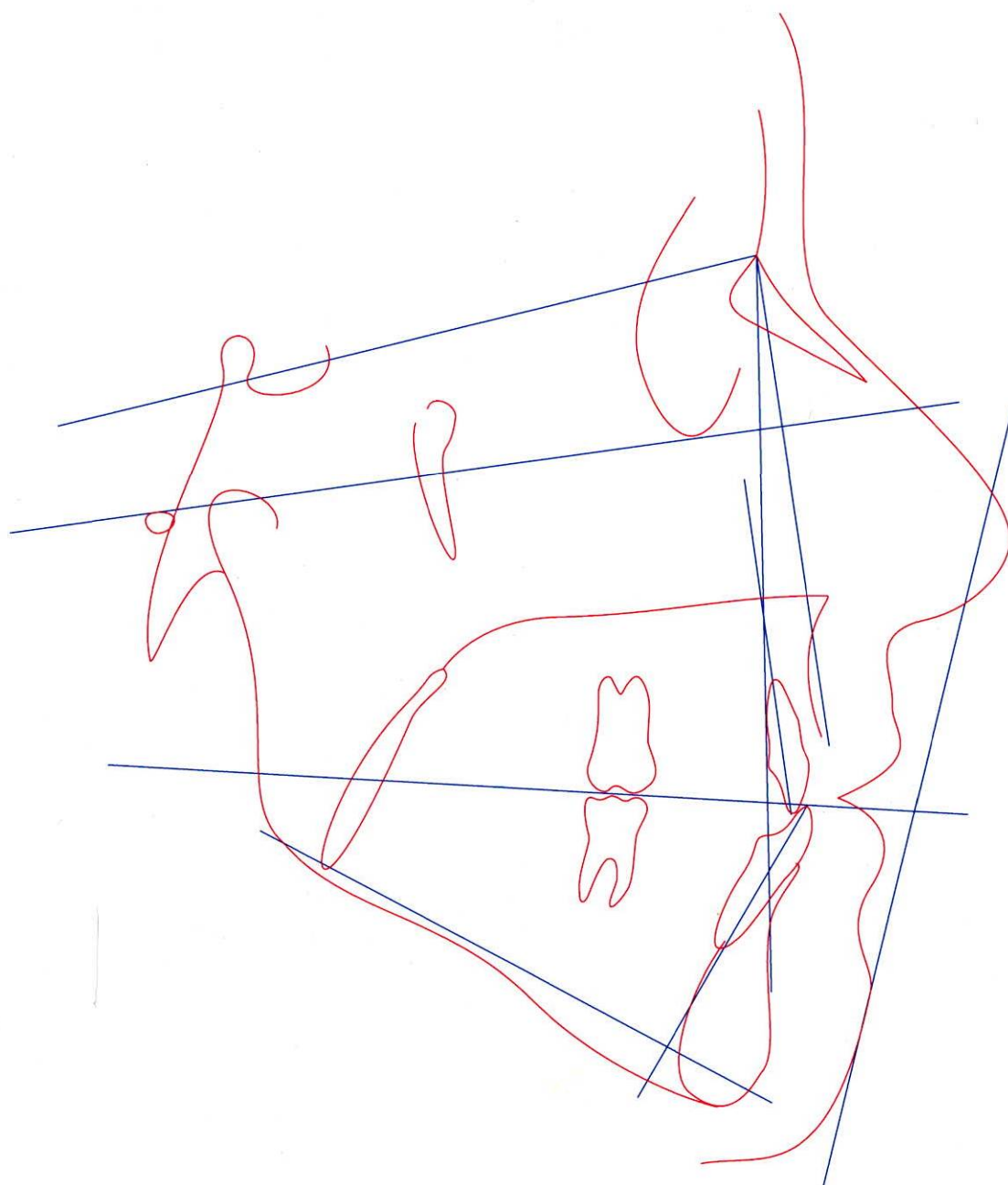


Consultorio Radiológico "Álvaro Delgado Morales" Dres. Álvaro y Gabriel Castro Delgado
Cefalometria Digital
Análisis de Steiner

Paciente: Gonzalez Teresa
Doctor(a): Carlos Mendoza

Edad: 55 años y 11 meses
Fecha: 25/08/2004

Sexo: Femenino



Consultorio Radiológico "Álvaro Delgado Morales" Dres. Álvaro y Gabriel Castro Delgado

Cefalometria Digital

Análisis de Steiner

Paciente: Gonzalez Teresa

Edad: 55 años y 11 meses

Sexo: Femenino

Doctor(a): Carlos Mendoza

Fecha: 25/08/2004

	Factores	Valor	Norma/Classif.	Desvíos
1	S-N.A	84,89 °	82,00	
2	S-N.B	77,58 °	80,00	
3	A-N.B	7,31 °	2,00	
4	S-N.D	74,22 °	76,00	
5	1/.SN	84,36 °	103,00	
6	1/-NA	-6,91 mm	4,00	
7	1/.NA	0,52 °	22,00	
8	/1-NB	5,78 mm	4,00	
9	/1.NB	31,35 °	25,00	
10	Pog-NB	-0,05 mm		
11	Pog e /1-NB	-5,83		
12	IMPA	92,20 °	93,00	
13	1/.1	141,87 °	131,00	
14	Ocl.SN	16,99 °	14,00	
15	Go-Gn.SN	41,56 °	32,00	
16	SE	17,04 mm	22,00	
17	SL	44,25 mm	51,00	
18	Línea de Tejido Blando	-0,16 mm		
19	Discrepancia Cefalométrica	-7,33		
20	Ángulo Facial	83,41 °	88,00	
21	(Línea S)-Ls	-4,11 mm		
22	(Línea S)-Li	-2,72 mm		

Consultorio Radiologico -ALVARO DELGADO MORALES-
Doctores ALVARO Y GABRIEL CASTRO DELGADO
-Odontologos Radiologos-

CARRERA 10 No. 97-23 - TELEFONOS: 2563209 6107147 - BOGOTA, D.E.

=====

FECHA: 08/23/04

CEDULA : 41423486

NOMBRE: Gonzalez Cepeda, Teresa

EDAD: 55

DOCTOR: Carlos Mendoza

Nomenclatura Utilizada Sistema Digito Dos

- 18: Obturacion oclusal; resorcion alveolar; raiz atipica.
- 16: Restauracion coronal; controlar en mesial; resorcion alveolar.
- 14: Obturacion oclusal profunda.
- 13: Restauracion coronal; nucleo; conducto obturado; resorcion alveolar/
- 23: Talla coronal; conducto obturado; resorcion alveolar.
- 25: Talla coronal; conducto obturado en el apice.
- 26: Restauracion proximal parcialmente adaptada en distal; explorar clinicamente; resorcion alveolar.
- 33 a 43: Abrasion; resorcion alveolar; controlar oclusion.
- Condilos asimetricos en su morfologia.

Cordialmente,

