

ODONTOLOGÍA INTEGRADA

CASO CLINICO

INTEGRANTES:

YANETH TIBAQUICHA

991073

VICTORIA CARDENAS

991019

CLAUDIA CORTES

021345

PATRICIA ANGEL

021344

KENNY GIL

021103

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

BOGOTA

2004

ODONTOLOGÍA INTEGRADA

CASO CLINICO

INTEGRANTES:

YANETH TIBAQUICHA

VICTORIA CARDENAS

CLAUDIA CORTES

PATRICIA ANGEL

KENNY GIL

DECIMO SEMESTRE

PRESENTADO A:

DR. NERY VILLOTA

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

BOGOTA

2004

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE: FORERO BAUTISTA JOSE AURELIO
EDAD: 34 Años
SEXO: MASCULINO
RAZA: MESTIZA
OCUPACION: VIGILANCIA PRIVADA

MOTIVO DE CONSULTA:

“Continuación con el tratamiento pendiente del semestre anterior”

ASPECTO GENERAL:

Paciente aparentemente sano, entra a la consulta odontológica por sus propios medios, afebril y en buen estado general.

PESO: 85 Kg.
RH: O +
ESTATURA: 1.82 Cm
TEMPERATURA: 36 C
PRESION ARTERIAL: 130\88 mmHg.
FRECUENCIA CARDIACA: 65ppm.
ALERTA MEDICA: Ninguna

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

Paciente no reporta antecedentes de salud familiar.

HISTORIA MEDICA PERSONAL

Paciente no reporta antecedentes de historia de salud

No refiere ni manifiesta problemas o antecedentes psicológicos, ni sistémicos

HISTORIA ESTOMATOLOGÍCA

EXAMEN EXTRAORAL:

TERCIOS DE LA CARA: tercio inferior aumentado

PERFIL: Convejo

FACIES: Asimetría facial por el tercio inferior aumentado

EXAMEN INTRAORAL:

- Higiene oral irregular
- Sensibilidad dentaria
- Sangrado gingival
- Placa bacteriana
- Encía enrojecida
- Papilas inflamadas
- Reborde alveolar irregular
- Desarmonias oclusales

- **Obturaciones en amalgama:** a nivel de los dientes: 15 (o), 17 (o)

- **Obturacion en resina:** a nivel del diente: 22(mvp), desadaptada

- **Temporal desadaptado:** de los dientes numero 25,24,23, 21, 11,12,13.

- **Ausencias dentarias:** 12, 14, 16, 18, 24, 26, 27, 28, 34, 35, 36, 37,38, 44, 45, 46,47, 48
- **Malposiciones:** Giroversión del diente 15 , 42,18
Extrusión del 15,25
Inclinación 41 M, 31 D

EXAMEN CRANEOMANDIBULAR

EXAMEN DENTARIO

- **Clasificación de Angle:** no aplicable
- **Overbite:** 4 mm
- **Overjet:** 3 mm
- **Línea media dentaria:** Inferior desviada a la derecha con respecto al maxilar superior
- **Facetas de desgaste:** en el 32,42,33,43,41
- **Malposiciones dentarias:** giroversión en el diente 15
- **Ausencias dentarias:** 12, 14, 16, 18, 24, 26, 27, 28, 34, 35, 36, 37,38, 44, 45, 46,47, 48

EXAMEN PERIODONTAL

- Higiene oral deficiente
- Presencia de placa blanda
- Encía enrojecida, lacerada a nivel del 11, papilas inflamadas y de consistencia blanda, contorno del margen anormal a nivel anterior superior
- Gingivorragia por contacto.

EXAMEN RADIOGRAFICO

- Presenta reabsorción ósea horizontal
- **Ausencia dentaria de:** 12, 14, 16, 18, 24, 26, 27, 28, 34, 35, 36, 37,38, 44, 45, 46,47, 48
- Se observa un área radiopaca a nivel radicular del diente 21, correspondiente a TCC.

DIAGNOSTICOS

GENERALES:

- Paciente ASA tipo I

CRANEOMANDIBULARES:

Disgnacias transversal del maxilar inferior

TEJIDOS BLANDOS Y OSEO

- Colapso
- Pérdida ósea vertical y horizontal superior e inferior

PERIODONTALES

- Gingivitis leve generalizada asociada a placa bacteriana.

DENTALES

- Ausencias dentarías 12, 14, 16, 18, 24, 26, 27, 28, 34, 35, 36, 37,38, 44, 45, 46,47, 48
- Caries activa en el 41 (MV), 42 (D)
- Caries secundaria del 22 (MPv)
- Giroversión del diente 15
- apiñamiento dientes anteriores inferiores
- Malposiciones dentarias: Giroversió del 15, 42, 18
Extrusión 15, 25
Inclinación 42 M, 41 M, 31 D

ENDODONTICOS

Pulpa clínicamente sana, pero tiene antecedentes de tratamiento convencional de conductos del diente 21 con evolución de seis meses, sin sintomatología el cual presenta un retenedor intrarradicular del mismo, clínica y radiográficamente adaptado.

ETIOLOGIA

CRANEOMANDIBULARES

Desarmonias oclusales por ausencia dental

Dignacia transversal del maxilar inferior por apiñamiento anterior inferior

TEJIDOS BLANDOS Y OSEO

Ausencia dental

PERIODONTALES

Higiene oral deficiente, presencia de placa blanda con factores retentivos

DENTAL

Estreptococo mutans, restauraciones desadaptadas

PRONOSTICO: Regular

TRATAMIENTO IDEAL

1. *Terapia básica periodontal de apoyo*

- Motivación y educación del paciente
- Instrucción en higiene oral
- Raspaje coronal y alisado radicular
- Adaptación de provisionales y cambio de obturaciones desadaptada

2. *Prostodoncia Parcial Fija:*

- Prótesis parcial fija del 11 al 13 con preparación para removible
- Prótesis parcial fija 23 al 25 con preparación para removible
- Coronas con preparación para removible 15, 21

3. *Prostodoncia Parcial Removible*

- Prostodoncia removible superior
- Prostodoncia removible posterior inferior
- Apoyos PPR superior 17(m), 15(m), 13(m), 12(d), 23(m), 24(d), 25(m).
- Apoyos PPR inferior 33(m), 43(m)

4. *Ortodoncia*

5. *Cirugía periodontal, injertos óseos, colopsos.*

6. *Implantes combinada con prótesis parcial fija superior*

TRATAMIENTO ALTERNATIVO

1. *Terapia básica periodontal de apoyo*

- Motivación y educación del paciente.
- Instrucción en higiene oral.
- Raspaje coronal y alisado radicular.
- Adaptación de provisionales y cambio de obturaciones desadaptadas.

2. *Prostodoncia Parcial Fija*

- Prótesis parcial fija del 11 al 13 con preparación para removible
- Prótesis parcial fija del 23 al 25 con preparación
- Coronas con preparación para removible 15, 21

3. *Prostodoncia Parcial Removible*

- Prostodoncia removible superior
- Prostodoncia removible posterior inferior
- Apoyos PPR superior 17(m), 15(m), 13(m), 12(d), 23(m), 24(d), 25(m).
- Apoyos PPR inferior 33(m), 43(m)

4. *Cirugía periodontal, Injertos, Colapsos*

TRATAMIENTO A REALIZAR

1. *Terapia básica periodontal de apoyo*

- Motivación y educación del paciente
- Instrucción en higiene oral
- Raspaje coronal y alisado radicular
- Adaptación de provisionales y cambio de obturaciones desadaptadas

2. *Prótesis Parcial Fija*

- Prótesis parcial fija del 11 al 13.
- Prótesis parcial fija del 23 al 25
- Coronas con preparación para removible 15, 13, 25.

3. *Prostodoncia Parcial Removable*

- Prostodoncia removable superior
- Prostodoncia removable posterior inferior
- Apoyos PPR superior 17(m), 15(m), 13(m), 12(d), 23(m), 24(d), 25(m).
- Apoyos PPR inferior 33(m), 43(m),

FASE HIGIENICA

- **MOTIVACION DEL PACIENTE:** Escuchar al paciente , explicar y concientizarlo del problema que presenta en boca.
- **INSTRUCCION DE HIGIENE ORAL:** Recomendar el dentífrico dependiendo del problema, así como el cepillo que debe usar (suave, extrasuave y duro) y el uso de seda dental mínimo 2 veces al día.

FASE REEVALUATIVA

- Raspaje coronal y alisado radicular, profilaxis, eliminación de tejido periodontal alterado y granulomatoso.
- Eliminación de factores retentivos de placa e infecciosos, (caries y obturaciones desbordantes)

FASE CORRECTIVA INICIAL

- Corrección de defectos
- Rehabilitación (preparación y adaptación de provisionales)

FASE DE MANTENIMIENTO

- Se realizan controles mensual, trimestral y semestral
- Supervisión de los resultados obtenidos en los tratamiento realizados
- Remotivación del paciente

FOOGRAFIAS EXTRAORALES



**FOTO INTRAORAL,
ARCADA SUPERIOR**



**FOTOGRAFIA
INTRAORAL, ARCADA
INFERIOR**



**LATERALIDAD
IZQUIERDA**



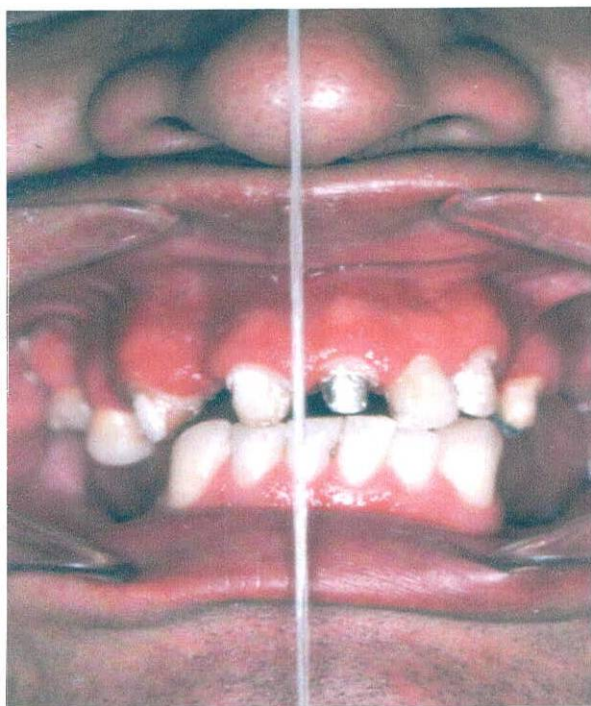
**LATERALIDAD
DERECHA**



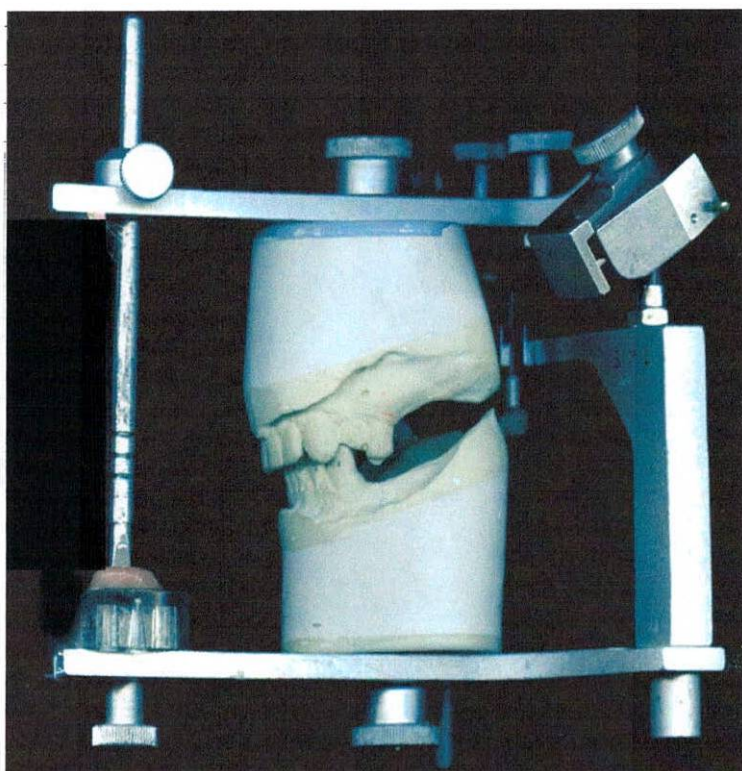
**FOTO DE FRENTE SIN
TEMPORALES**



**FOTO DE FRENTE
CON TEMPORALES**

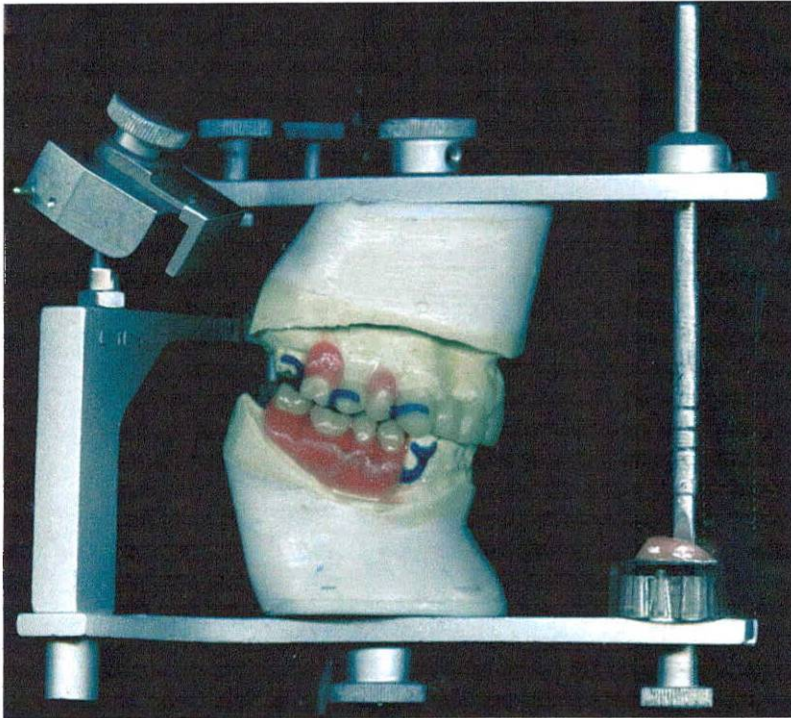


LINEA MEDIA DENTARIA

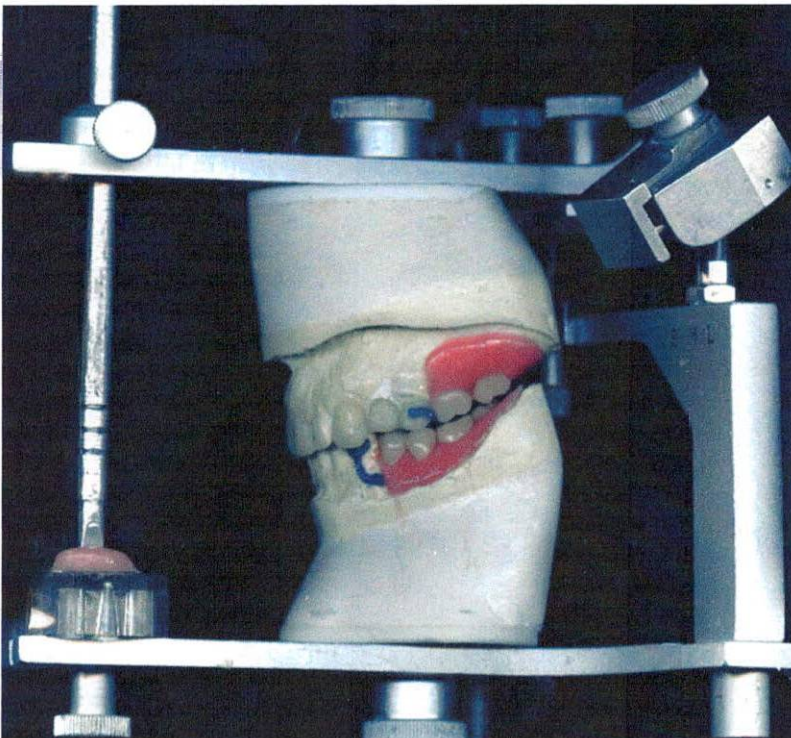


**MODELOS
DIAGNOSTICOS**

SET - UP



**LATERALIDAD
DERECHA**



**LATERALIDAD
IZQUIERDA**



ARCADA SUPERIOR

BARRA PATALINA
ANTERO-POSTERIOR

RETENEDORES:
13, 15, 25
SEMICIRCUNFERENCIAL.

17, ACKER SIMPLE

24, BRAZO
ESTABILIZADOR
PALATINO

APOYOS:
12 D, 13 M, 15 M, 24 D, 25
M, 23 M, 17 M.



ARCADA INFERIOR

BARRA LINGUAL

RETENEDORES:
33, 43, RPI

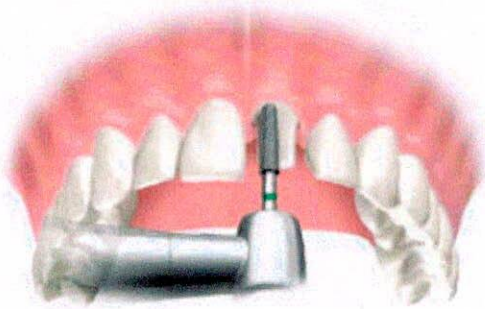
APOYOS: 33 Y 43
MESIAL

PROSTODONCIA

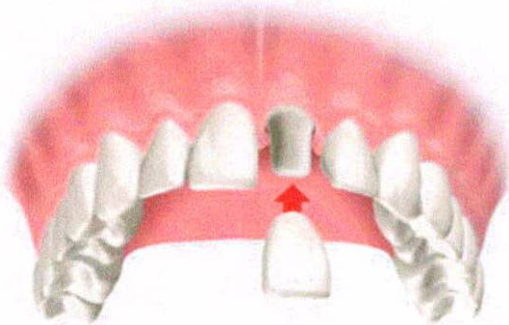
TALLADO DENTAL PARA PRÓTESIS CERAMOMETÁLICA

Cuando se inicia un tallado dental para prótesis ámicametal cer hay que tener en cuenta la cantidad de tejido dental a eliminar; debido a que este tipo de prótesis necesita un espesor mínimo para cumplir su función masticatoria y estética.

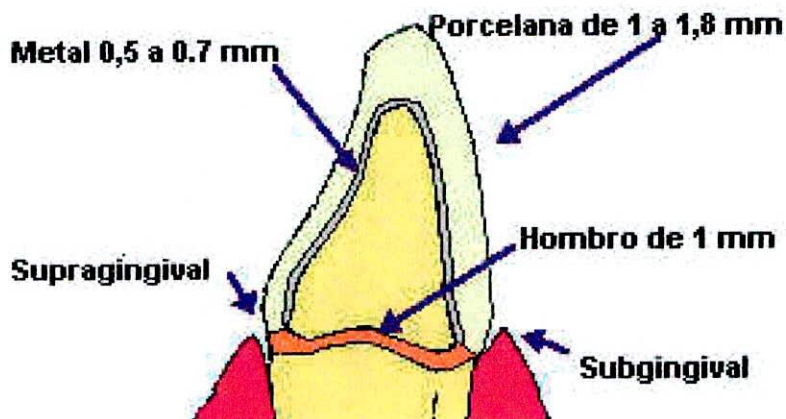
En el gráfico siguiente se muestra los espesores necesarios para lograr el éxito de la restauración.



Tallado de un muñón dentario



Corona de porcelana



LOS ERRORES MÁS COMUNES EN PRÓTESIS PARCIAL FIJA.

Dr. Armando Dorantes

La tendencia de la odontología moderna desde hace diez años o más, es muy clara: Prevención.

Sin embargo la gran mayoría de nosotros nos enfrentamos diariamente a la necesidad de restaurar dientes que no fueron agraciados por esta tendencia.

La prótesis dental es una disciplina que poco a poco se convertirá en innecesaria, pero da muestras de resistirse a desaparecer rápidamente. Nos quedan aún muchas generaciones de odontólogos que la practicarán, antes de que las medidas preventivas eviten la necesidad de restaurar.

El número de pacientes que requieren ser rehabilitados con el uso de prótesis es muy abundante, mucho mas en países como el nuestro en el que el grado y la calidad de la educación son muy deficientes en comparación con las naciones desarrolladas. Un tratamiento exitoso le devuelve al paciente muchas de sus capacidades y características funcionales correctas en ámbitos tan diferentes como el emocional o el funcional, por nombrar solamente los extremos.

Nos hemos enfrentado a casos en los que la prótesis ha causado mayores daños que los que ha resuelto.

En términos generales, el ser humano incorpora conocimientos a su haber más fácilmente y de mejor calidad cuando aprende de sus errores, de manera que ahora pretendo hacer un diagnóstico muy general de las causas más comunes de fracaso cuando elaboramos prótesis parciales fijas.

Para comenzar, me parece necesario ordenar la abundante lista de posibles errores en tres rubros generales:

Ø El Diagnóstico.

Ø Las Expectativas del Paciente.

Ø Las Técnicas.

El Diagnóstico.

De todas las causas de error a las que nos podemos ver expuestos cuando realizamos prótesis en nuestros pacientes, las que se refieren a un diagnóstico inadecuado son las mas graves e importantes.

La base de un tratamiento exitoso es en mayor medida un diagnóstico adecuado, en el que interviene siempre la experiencia de quien lo realiza, sin embargo contamos con elementos de ayuda para limitar las posibilidades de error que no debemos pasar por alto.

Los siguientes auxiliares son de vital importancia:

° Radiografías, con cuya ayuda podemos evitar:

- No practicar tratamiento de endodoncia cuando la pulpa está involucrada con caries.

- No practicar tratamiento de endodoncia cuando el desgaste que es necesario para la confección de la prótesis comprometerá a la pulpa. (Los derechos de la pulpa acaban donde comienzan los de la prótesis).
- No detectar dientes tratados endodónticamente que no cuenten con postes intracanales cuando sea necesario
- No sustentar prótesis sobre dientes pilares que no cuentan con la necesaria salud parodontal.
- No conservar objetos o estructuras extrañas en las zonas aledañas. (Restos radiculares, limas fracturadas, endodoncias mal practicadas, etc.).

° Modelos de estudio, que nos evitarán:

- Planear restauraciones que resulten muy voluminosas o por el contrario, dientes demasiado pequeños para el espacio a restaurar.
- Iniciar tratamientos sin una idea mas o menos real del resultado final. (Set-up).

¿Cuántas veces solo imaginamos el resultado final, pero no lo vemos?.

° Examen clínico minucioso, sin el que podríamos:

- No realizar tratamientos quirúrgicos previos indispensables para la fase protésica. (Alargamientos coroneles, frenilectomías, etc.).
- Equivocar la elección del tipo de restauración en virtud del tipo de sonrisa del paciente.
- Fracasos a causa de fuerzas de masticación excesiva o parafunciones no detectadas.
- No detectar y corregir a tiempo hábitos de higiene incorrectos.

- Realizar prótesis en presencia de cálculo y placa.

- Sobre todo y mucho mas importante que los puntos que anteceden a este es la observación detallada de la cara del paciente. Cómo habla, cómo se ríe, qué longitud de los dientes se ven con los movimientos de los labios, la forma de la cara, el color de los ojos, de la tez, en fin, la observación a conciencia.

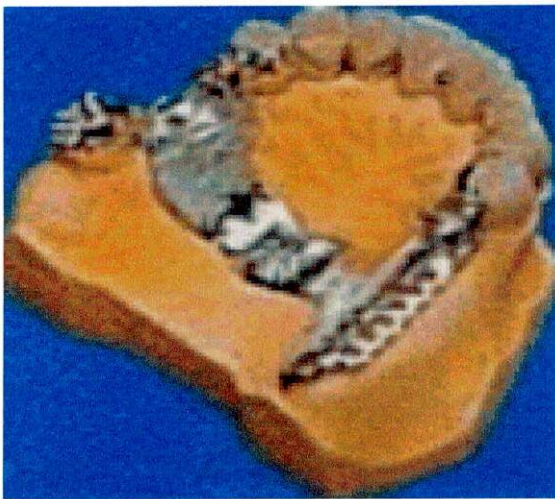
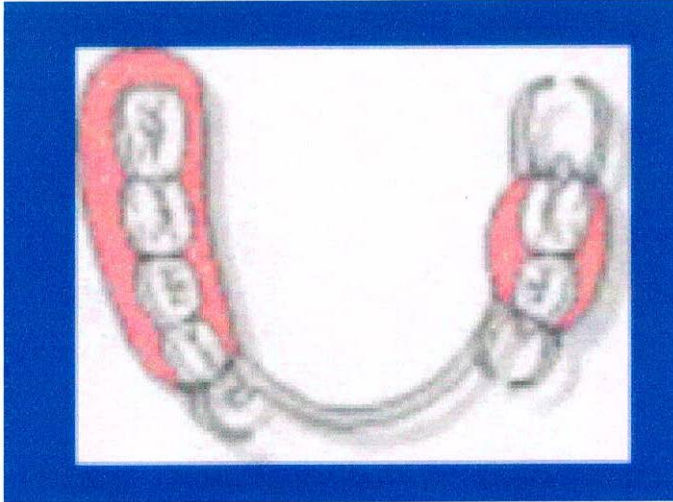
° Elección del tipo de restauración.

- Cada una de las posibilidades y materiales tiene sus particulares aplicaciones y restricciones. Resulta muy común que nos limitemos al uso de los que conocemos mas ampliamente, pero que no son convenientes para todos los casos. Todos hemos visto restauraciones cerámicas en caras oclusales de pacientes con bruxismos acentuados, que si no terminan fracturándose, desgastan desmesuradamente los dientes naturales antagonistas y dañan las articulaciones temporomandibulares en el largo plazo.

PROTESIS REMOVIBLE

Especialidad que rehabilita a un paciente desdentado (faltan varios dientes) mediante un aparato protésico removible (placa), con el fin de recuperar las piezas dentarias perdidas.

Estas prótesis pueden ser totales, si faltan todos los dientes, o parciales si faltan solo algunos y acrílicas o metálicas de acuerdo al caso clínico y a la indicación del odontólogo.



Nueva obra del **Dr. Mallat**, uno de los especialistas más reconocidos en prótesis, en la que se trata exhaustivamente la Prótesis parcial removible (PPR) y las sobredentaduras. Se trata de un tema de gran interés e importancia en Odontología, ya que no todos los pacientes pueden acceder a las modernas técnicas de implantes, bien por razones económicas o por motivos de salud - gingivitis, periodontitis, pacientes con problemas para la cirugía, etc.-, y sigue siendo una técnica muy frecuente y demandada en las consultas odontológicas (en España es el segundo tipo de tratamiento protésico más utilizado después de la prótesis fija convencional). . La PPR es, por tanto, una respuesta terapéutica preferente a muchos problemas odontológicos. La dificultad radica en realizar una PPR correctamente, por la complejidad inherente a la misma. Según datos de la British Dental Association, aproximadamente un 70% de las

PPR tienen algún error en su diseño o construcción, por lo que el objetivo de esta obra es definir y plasmar claramente los principios que deben regir la realización de una buena PPR. . Esta obra supone una revisión de la bibliografía publicada a nivel mundial en los últimos ocho años y tiene un enfoque muy didáctico, con ideas muy esquemáticas, tablas y diagramas con el fin de facilitar la labor pedagógica y el aprendizaje de los estudiantes y más de 1000 magníficas fotografías clínicas a todo color en las que se muestra el problema y sus posibles.

RETENEDORES DIRECTOS

DEFINICIÓN: Son los elementos diseñados en la prótesis parcial removible que la mantienen y retienen en la boca evitando que se separen de los dientes y de las bases mucosas durante el acto masticatorio.

CLASIFICACIÓN DE LOS AJUSTES

A. INTRACORONALES:

- Precisión: Prefabricados.
- Semiprecisión: Elaborados en el laboratorio dental (rompefuerzas).

B. EXTRACORONALES

- Rígidos: No permiten movimiento.
- Resilentes: Permiten movimiento.

Retenedores Intracoronarios

Los retenedores intracoronarios son dispositivos mecánicos empleados para la fijación, retención y estabilización de una prótesis dental. Son una alternativa estética a los retenedores circunferenciales. Están formados por dos partes, un

receptor o componente hembra ubicado en la corona dentaria, raíz dentaria o implante y por otro lado una clavija o componente macho la cual es parte de la estructura metálica de la prótesis parcial cuya función principal es otorgar a la prótesis retención directa.

Existen dos tipos de retenedores indirectos: los prefabricados o también llamados de precisión y los fabricados en el laboratorio o también llamados de semi-precisión.

Como el obtener un balance entre la función y la estética es la meta para los odontólogos, estas se pueden lograr con la utilización de este tipo de aditamentos ya que pueden utilizarse como retenedores en prótesis parciales removibles tanto clase I como II de Kennedy.

Clasificación de los retenedores intracoronarios según Sossamon.

Clase I rígidos. Estos diseños evitan el movimiento que ocurre en los aditamentos, ya que existen tensiones primarias que se originan por las fuerzas oclusales en los dientes pilares. Se indican en prótesis dentosoportadas.

Clase II. Permite solo movimiento en sentido vertical.

Clase III. Los aditamentos en forma de bisagra permiten rotación en el sentido antero-posterior, pudiendo ser situados en la porción distogingival de un diente pilar.

Clase IV. Permiten movimientos tanto de bisagra como verticales originando un mayor alivio al diente pilar.

Clase V. Permiten movimientos de bisagra, verticales, así como también rotación buco lingual, minimizando de esta forma el estrés sobre los dientes pilares.

Ventajas del uso de retenedores intracoronarios

- Favorecen la comodidad del paciente.
- Eliminan el componente retentivo y de soporte visible, originando gran superioridad estética a través de un lecho para apoyo localizado más favorablemente.
- No existe la impactación de alimentos que se genera alrededor de los ganchos.
- Brindan excelente estabilidad horizontal, soporte y reciprocación. También producen menor tensión sobre los dientes pilares que los ganchos convencionales.
- Eliminan el sobrecontorno, reduciendo la impactación alimenticia, siendo así este tipo de prótesis mejor toleradas por el paciente; favorecen la salud gingival y preservan el soporte periodontal de los dientes pilares.
- Se eliminan, las fuerzas laterales que se generan en los dientes pilares, originando una distribución más favorable de la carga vertical, no sólo cuando está asentada o bajo
- Función, sino durante la inserción y remisión de la prótesis, minimizando las fuerzas laterales sobre los dientes pilares a diferencia de las prótesis con retenedores convencionales.
- Favorecen considerablemente la estética del paciente.

Desventajas del uso de retenedores intracoronarios

- En general la utilización de prótesis con aditamentos de precisión y semiprecisión aumenta el tiempo de tratamiento para las dentaduras parciales removibles, y elevan el costo de las mismas.
- La utilización de retenedores intracoronarios requieren de procedimientos clínicos y de laboratorio más complejos.

- El uso de aditamentos de precisión son efectivos en relación a la longitud del diente, siendo así menos apropiados en dientes cortos. Los dientes pilares deben ser desgastados excesivamente para obtener espacio suficiente para colocación del aditamento. Si se presentan cámaras pulpares amplias se hace necesario la terapia endodóntica previa.
- Los aditamentos son difíciles de colocar enteramente dentro del perímetro dentario, si éste crea sobrecontorno cerca del borde gingival, puede originar irritación gingival con la subsecuente inflamación. La prominencia creada en la corona, puede eliminar el masaje acostumbrado de los alimentos sobre los tejidos y producir pérdida ósea.

Contraindicaciones de los aditamentos intracoronarios

Coronas cortas contraindican el uso de aditamentos intracoronarios, ya que es necesario un mínimo de 4 mm de espacio vertical para su utilización, ameritando coronas clínicas con una altura de 6 mm, para así evitar sobrecontorno, de igual forma la utilización de este tipo de aditamento en los dientes anteriores puede ser complicado, por el espesor buco lingual de algunos caninos e incisivos.

Están contraindicados en pacientes con alta incidencia de caries.

Los aditamentos de precisión no deben usarse en las prótesis a extensión distal, especialmente las inferiores, ya que la base posee cierto movimiento sobre la mucosa desplazable, a diferencia del mecanismo macho y hembra del aditamento que sólo permite un movimiento en sentido vertical paralelo al eje longitudinal del diente, transmitiendo gran parte de la carga masticatoria directamente al diente pilar en forma de torque; sin embargo, pueden hacerse excepciones para el maxilar superior donde el soporte es mayor y de mejor calidad.

RETENEDORES EXTRACORONARIOS

Ajuste deslizante, rígido, activable a fricción.

Se consigue un óptimo funcionamiento del ajuste si:

- Se reduce al mínimo posible las piezas de la prótesis.
- Los conectores son de base amplia en forma de placa.
- Las sillas se extienden lo más posible hacia distal.

CONSIDERACIONES PARA LA ELECCION DE AJUSTES:

ESTADO DE SOPORTE PERIODONTAL

Cuando los dientes son fuertes, o se pueden reforzar por medio de una férula, los conectores de diseño rígido son el diseño de elección.

ESTADO DE CRESTA REMANENTE Y OTROS TEJIDOS BLANDOS DE SOPORTE:

Una cresta remanente que muestra señales evidentes de reabsorción generalizada es contraindicación para un ajuste flexible.

ARCO ANTAGONISTA:

En general, no deben oponerse dos prótesis flexibles, ya que dos planos oclusales ovoides tienden a deteriorar la eficacia de la masticación.

DIMENSIÓN VERTICAL

(medida de la papila a la superficie oclusal):

Cada ajuste tiene una altura mínima requerida por ejemplo, casi todos los diseños intracoronaes exigen al menos 3.5 mm, o mas, preferiblemente.

TAMAÑO DE PILARES:

Una cámara pulpar muy grande, o una dimensión meso distal muy pequeña pueden ser contraindicaciones para diseños intracoronales.

FUERZA DE MORDIDA:

Prácticamente todos los ajustes pueden aguantar una mordida normal, pero cuando tenga que hacerle frente a un bruxismo fuerte evite los diseños delicados.

NUMERO DE PILARES:

Siempre será una buena idea usar pilares dobles en las extensiones distales, sin embargo, cuando esto no sea posible se prefieren los diseños flexibles para reducir las fuerzas sobre los pilares.

POSICION DE LOS PILARES:

Los ajustes con una acción de bisagra restringida como los Dalbon, tienen que ser aproximadamente paralelos, no solo en lo vertical, si no sobre la cresta para que las bisagras puedan trabajar al unísono. Si desea un diseño abisagrado, pero la posición de los pilares impiden en el paralelismo sobre la cresta es preferible una junta horizontal como la ERA Stern.

DESTREZA DEL PACIENTE:

Los ajustes extracoronales son un poco más fáciles de insertar que los intracoronales. De los diseños intracoronales, los ajustes en cuña son más fáciles de insertar que los de paredes paralelas.

ALEACIÓN QUE SE USARA EN LA CORONA DEL PILAR:

Algunos ajustes deben usarse solo con metales preciosos, y otros únicamente con metales no preciosos.

ORTODONCIA

La ortodoncia es la especialidad de la odontología que se dedica al diagnóstico, prevención y tratamiento de las anomalías dento-faciales. Su labor es buscar el reequilibrio facial a través del correcto alineamiento dental, el reposicionamiento de los huesos maxilares y la readaptación muscular.

Partes de un aparato de ortodoncia fijo

BRACKETS: Pueden ser cementados o adheridos directamente a la superficie de los dientes. Estos pueden ser de metal, cerámicos o plásticos. Los brackets sostienen el arco ortodóntico.

ARCOS DE ALAMBRES: Estos actúan como guía del movimiento dental.

LIGADURAS: Estas dan fuerza para que los dientes se muevan, por lo general utilizando un arco o un grupo de dientes como apoyo.

BANDAS: Son bandas delgadas de metal que se ajustan al diente y son cementadas en ellos. Tienen unos tubos donde se insertan y apoyan los arcos.

Toda la movilización de los dientes debe hacerse con fuerzas constantes y suaves, respetando la salud de los tejidos.

Lo indicado es hacer movimientos dentales no mas de un milímetro por mes.

En el tratamiento de nuestra paciente solo se requiere disminuir tres milímetros entre el 12 y el 21, a demás de nivelar y alinear los dientes presentes, por tal motivo su tratamiento tendría una duración entre ocho y diez meses.

CIRUGIA

INJERTO: Accion de trasladar un fragmento de un sitio a otro dentro de un mismo individuo o de un ser a otro.

OBJETIVOS:

- Reducir la profundidad de la bolsa
- Ganar inserción clínica
- Rellenar los defectos óseos
- Regenerar el hueso, el cemento y el ligamento periodontal

CIRUGIA OSEA REGENERATIVA

Pretende regenerar el hueso alveolar perdido como secuela de la enfermedad periodontal. Con este fin se ha desarrollado diferentes técnicas encaminadas a rellenar los defectos óseos con materiales que induzcan a :

OSTEOGENESIS: Formación ósea a partir de los odontoblastos.

OSTEOINDUCCIÓN: inducción de diferenciación de células mesenquimales indiferenciadas en condroblastos y osteoblastos que generen crecimiento óseo.

OSTEOCONDUCCIÓN aposición ósea a partir de células mesenquimales diferenciadas.

CLASIFICACIÓN DE INJERTOS OSEOS:

Se clasifican de acuerdo a la naturaleza del material y a la afinidad entre el ser donante y el ser receptor de la siguiente manera:

- AUTOINJERTOS: Coagulo óseo
Hueso cortical y medular
Cresta ilíaca.
- HOMOINJERTOS: Hueso desecado congelado desmineralizado
Hueso desecado congelado mineralizado
Hueso ilíaco cancelar, congelado
- HETEROINJERTO: Hueso de Kiel.
- ALOPLÁSTICOS: Yeso de parís
Polímeros
Carbonato de calcio
Cerámicos reabsorvibles: Fosfato tricalcico
Hidroxiapatita reabsorbible
Cerámicos no reabsorvibles. Hidroxiapatita densa
Hidroxiapatita porosa
Bioglass

INJERTO ÓSEO AUTOGENICO

Se realiza cuando un fragmento de tejido es trasladado dentro del mismo individuo de un sitio a otro. A nivel periodontal estos los dividimos en:

AUTO INJERTO DE ORIGEN INTRAORAL:

El coagulo óseo se obtiene a partir de la mezcla de sangre con pequeñas partículas óseas removidas de exostosis o repisa con la ayuda de instrumental rotatorio de baja velocidad o cinceles óseos. Este es empacado en los defectos de dos y tres paredes hasta sobreobturarlos. A pesar de esto se le atribuye poca capacidad osteogenica.

El injerto de hueso cortical y medular se obtiene de sitios como alvéolos de exodoncias recientes rebordes edentulos, mentón o tuberosidad del maxilar entre otros, donde con la ayuda de un trepano se retira un fragmento de hueso que incluye cortical y medula. Dicho fragmento es triturado en partículas de 100 a 200 nm. Y empacado en el sitio elegido hasta sobreobturarlo. Los resultados no han mostrado éxito de relleno en los defectos óseos en mas de un 50%.

AUTOINJERTO EXTRAORAL:

El autoinjerto de cresta ilíaca tiene un gran potencial de regeneración ósea. Sin embargo, requiere un equipo interdisciplinario para la obtención del material y una doble intervención, hace que este procedimiento sea poco practicable.

COMPLICACIONES:

INFECCIÓN: El procedimiento expone superficies óseas y cavidades las cuales se constituyen en habitat ideal para las bacterias que producen osteomielitis. Por lo tanto, la asepsia y la cobertura antibiótica son importantes para reducir el riesgo de infección.

SECUESTRACIÓN: es la complicación mas común. Puede ocurrir durante las primeras semanas o en periodos tardíos de cicatrización como respuesta al rechazo a partículas grandes del material de injerto.

ANQUILOSIS: Complicación poco común en la cual la superficie dentaria se adhiere al hueso neoformado. Ocurre cuando el epitelio largo de unión no se forma en la interfase diente-hueso.

INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO

REBORDE NORMAL:

Un reborde total o parcialmente edentulo puede conservar la forma general de la apofisis alveolar, a ese reborde, tradicionalmente se le llama reborde normal.

Clasificación de los defectos de reborde según Seibert (1983):

Clase I: Perdida de tejidos en dirección vestíbulo lingual, altura normal en sentido apico coronaria.

Clase II: Perdida de tejido en la dirección apico coronaria, anchura normal en la dirección vestíbulo lingual .

Clase III: Convinación de las clases I y II, es decir perdida de espesor y altura.

Con el fin de alcanzar un resultado estético optimo. Se deben determinar los siguientes factores en la etapa prequirurgica:

- Volumen del tejido necesario para corregir la deformidad del reborde.
- El tipo de implante o injerto que se va a utilizar
- La ubicación de las zonas donantes para los injertos.
- La cantidad de pasos terapéuticos y su momento oportuno.
- El diseño del puente provisional.
- El diseño del molde quirúrgico.
- Los posibles problemas de cambios de color, y de compatibilidad de color de los tejidos.

TECNICAS QUIRURGICAS

1.PROCEDIMIENTO EN ROLLO:

Consiste en la preparación de un pedículo de tejido conectivo desepitelizado que será colocado en una bolsa subepitelial. Este procedimiento se utiliza para tratar los defectos de los rebordes de pequeños a moderados de la clase I.

7. INJERTOS INTERPUESTOS:

Los injertos interpuestos se utilizan para corregir los defectos de clase I y también los pequeños y moderados de clase II. No hay necesidad de eliminar el epitelio de la superficie del tejido donante.

8. INJERTOS SUPERPUESTOS:

Fue creado para agrandar los defectos de los rebordes en el plano apico coronario, es decir para aumentarla altura del reborde (Meltzer 1979, Seibert 1980, 1983).

Indicaciones:

Se usan para tratamientos de defectos grandes de clase II y III. No son muy apropiados en áreas donde el aporte vascular en el lecho receptor esta alterado por la formación de tejido cicatrizal de una herida anterior.

Técnica:

Se debe intentar retener lo más posible la lamina propia del lecho receptor. La solución anestésica debe ser colocada bien alta en el fornix vestibular y en el paladar, para mantener la vasoconstricción del sitio receptor al mínimo. Se utiliza un escalpelo para eliminar el epitelio. Se mueve con golpes cortos a través del sitio receptor aproximadamente a 1 mm de la superficie externa del epitelio, se debe escindir la menor cantidad posible de tejido conectivo, los márgenes del sitio receptor pueden ser preparados con unión de borde con

borde o con margen biselado. El sitio receptor preparado debe ser cubierto con una gasa quirúrgica humedecida con solución fisiológica, mientras se diseca el tejido donante.

Se pueden realizar una serie de cortes paralelos (estriaciones) profundos en la lamina propia expuesta del sitio receptor, para seccionar vasos sanguíneos grandes. Se recomienda este paso del procedimiento si existe tejido cicatrizal en el sitio receptor. Las estriaciones se hacen con dos milímetros de separación y perpendiculares a la superficie del reborde. Se cree que esta lesión del tejido estimula a un mayor número de vasos sanguíneos para que cure con formación de asa capilares extensas que protruyan hacia el injerto.

Es usual observar que el volumen del injerto aumenta un 15 a 20% durante la cicatrización inicial. Cuatro semanas después de la cirugía el injerto se reduce al tamaño que tenía en el momento de la cirugía. Se cree que la causa de la tumefacción observada en la fase inicial de la cicatrización se debe al flujo de plasma hacia el injerto durante las dos primeras semanas de la curación.

Selección del sitio donante:

La bóveda palatina de la región de los premolares y primeros molares entre el margen gingival y el rafe medio, es por regla general la única zona del manillar superior que contiene el volumen necesario de tejido requerido para agrandar los defectos de gran tamaño.

El injerto debe ser unos pocos milímetros más ancho y largo que las dimensiones requeridas por el sitio receptor.

Disección del tejido donante:

La base del injerto debe tener forma en V o U, compatible con la forma del defecto del reborde, una vez extraído el tejido donante se debe tener en todo momento en gasa quirúrgica humedecida con solución fisiológica.

Tratamiento del sitio donante:

Antes de la cirugía hay que fabricar un sostén de acrílico, que será colocado para proteger la zona de donde se extrajo el tejido donante.

En el vacío dejado se introducirá un hemostático adecuado y se unirán los bordes de la herida con suturas, después se aplicará el sostén.

Se suele requerir 20 a 30 minutos para suturar el injerto en posición y para ajustar bien el puente provisional. Se instruye al paciente para que deje el dispositivo de acrílico en posición de 2 a 3 días antes de reanudar las medidas de control de la placa.

Curación de la herida en el sitio donante:

Un tejido de granulación llenará gradualmente el sitio donante. La curación inicial suele terminar tres a cuatro semanas después de la eliminación de un injerto de 4 a 5 milímetros de espesor.

Los pacientes deberán el soporte de acrílico unas dos semanas para proteger la herida después del tercer día de cicatrización de la herida, se puede quitar el soporte para permitir la higiene bucal correcta. El paladar vuelve a sus contornos prequirúrgicos en tres meses.

Prueba y estabilización del injerto:

Se traslada el injerto mediante pinzas para tejidos, al sitio receptor para probarlo se recorta el injerto de acuerdo a la forma deseada y se adapta en la superficie del tejido conectivo del reborde preparado tras lo cual se lo devuelve a su lugar para guardarlo temporalmente, se hacen las preparaciones finales para la sutura. En ese momento se efectúan las estrías en el tejido conectivo del sitio receptor. Las suturas deben ser colocadas cerca de los bordes del sitio receptor y del injerto.

Cicatrización de la herida en el sitio receptor:

Es común que se produzca una tumefacción considerable postoperatoria en la primera semana después de la superposición del injerto. El epitelio del injerto se esfacelara durante la primera semana. Las células epiteliales junto con la fibrina forman una película blanca sobre la superficie del injerto. A los pacientes se les debe informar de que:

1. Es normal que el área agrandada pase por una etapa blanca de 4 a 7 días de duración
2. Deben enjuagarse 2 a 4 veces al día con un colutorio antimicrobiano durante este periodo.
3. No deben hacer la limpieza mecánica hasta que se haya formado un nuevo recubrimiento epitelial sobre el injerto.

El epitelio no recubrirá el tejido injertado hasta que se haya restablecido una circulación capilar circular, 4 a 7 días después de la cirugía. En este momento el injerto estará en su etapa roja. El tejido injertado asumirá un color normal al completarse la epitelización y engrosarse el epitelio por estratificación. Al ceder la tumefacción el injerto revierte gradualmente a su

volumen original o queda ligeramente agrandado. La forma del tejido suele ser estable hasta los tres meses, pero puede ocurrir una ligera contracción entre el 3 y 4 mes postoperatorio. No se debe iniciar procedimientos restauradores definitivos antes de los 4 a 6 meses.

4. INJERTOS CONVINADOS SUPERPUESTOS- INTERPUESTOS:

Esta indicado en defecto de los rebordes clase III. La combinación del injerto superpuesto-interpuesto fue creada para convinar las ventajas del superpuesto

con las del interpuesto y los injertos de tejido conectivo sub epitelial.(Seibert 1995, Seibert y louis, 1996)

- La sección de tejido conectivo sumergido ayuda a la revascularización de la sección superpuesta del injerto, con lo cual se gana una proporción mayor de incorporación del injerto total.

- queda una herida postoperatoria menor en el sitio donante.

- la curación es mas rápida en el sitio donante del paladar con menos molestias para el paciente.

- hay mayor amplitud o capacidad para controlar el grado de agrandamiento vestibuloligual y apicocoronario en un solo procedimiento.

- no se reduce la profundidad del vestíbulo y no se desplaza coronariamente la unión mucogingival, con lo cual, se elimina la necesidad de realizar procedimientos correctores posteriores.

OJO

BIBLIOGRAFIA

- **Prostodoncia removible de Mc Craken**
- **Prostodoncia Remivible Mallat**
- **Afregosini@yahoo.com.ar**
- **Clínicas odontológicas de Norteamérica" Prostodoncia Fija
Integral,Volumen 3 / 1992**
-