

**ODONTOLOGÍA INTEGRADA
CASO CLÍNICO MESODIENTE**

Dra. NERY VILLOTA
Odontóloga y Especialista en Prostodoncia

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
Bogotá, Abril 21 de 2004

**ODONTOLOGÍA INTEGRADA
CASO CLÍNICO MESODIENTE**

YOMAIRA PATRICIA LÓPEZ

Cód. 992009

TERESA ISABEL ARÉVALO

Cód. 992016

EIDER ALONSO ALVAREZ

Cód. 992020

LADY JOHANA GONZÁLEZ

Cód. 992041

LINA JIBE NIÑO

Cód.972055

Dra. NERY VILLOTA

Odontóloga y Especialista en Prostodoncia

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

Bogotá, Abril 21 de 200

INTRODUCCION

Las anomalías dentales de desarrollo constituyen una frecuente alteración en la erupción de los dientes tanto temporales como permanentes muchas de estas, están relacionadas con dientes impactados, forma, tamaño, número y estructura de dichos dientes.

Dentro de las anomalías en número es común encontrar los mesodens, tipo de alteración ubicada en la línea media del paladar entre los incisivos centrales superiores, estos mesodens pueden causar alteraciones en la erupción dentaria normal. Por falta de espacio, ocasionando problemas en la arcada.

El propósito de este trabajo es mostrar mediante un caso clínico la etiología características clínicas y tratamiento del mesodens asociado a la alteración en la erupción de los incisivos centrales superiores.

1.OBJETIVOS

1.1 Objetivo General

Mostrar mediante un caso clínico, la etiología y el tratamiento, su relación con la falta de erupción dentaria, de los incisivos centrales superiores.

1.2Objetivos Específicos

Conocer la etiología del mesodens.

Identificar la relación que puede tener el mesodens con la falta de erupción de los incisivos centrales superiores.

Mostrar el tratamiento quirúrgico relacionado a la exodoncia del mesodens.

Describir el tratamiento adecuado para la tracción ortodóntica de los centrales superiores incluidos debido a la presencia del mesodens en la vía de erupción.

Los mesodientes son por definición dientes extra o supernumerarios. Estos dientes son el resultado de la proliferación continua de la lámina dental

permanente o primaria para formar un tercer germen dental. La morfología de los mesodientes es variable, pueden imitar la forma de dientes normales o tener una forma similar a los dientes contiguos, cónica o tuberculada pueden estar relacionados a la herencia o formar parte de un síndrome acompañante (síndrome de Gardner o displasia cleido craneal). Los dientes supernumerarios son mas frecuentes en la dentición permanente que en la dentición decidua y más en el maxilar que en la mandíbula (10:1). La línea media anterior en el maxilar es el más común. El mesiodiente puede aparecer aislado o en pares, erupcionado, invertido o fusionado con un incisivo central. Su corona puede tener forma cónica y su raíz es más corta que lo normal. La importancia de los dientes mesodens radica en que ocupan espacio, tiene importancia patológica ya que puede ocasionar un diastema entre los incisivos centrales o una giroversión de uno o ambos dientes. También puede fusionarse con uno de los incisivos dando lugar a que el diente sea anormalmente ancho y en forma de "pala". Cuando son retenidos pueden bloquear la erupción de otros dientes o retardarla u ocasionar mala erupción de los dientes adyacentes, también puede erupcionar lingual o palatinamente produciendo reabsorción, igualmente, pueden causar mala alineación dental y algunas veces son inaceptables desde el punto de vista estético. (1)

En la etiología como la mayoría de los dientes supernumerarios ellos tiene relación con factores tales como (2)

- Hiperplasia o por segmentación del germen dental
- Factores genéticos y defectos en el desarrollo mental
- Paladar hendido y Disostosis Cleidocraneal.
- Síndrome de Down

Otros factores pueden ser los problemas clínicos entre ellos tenemos

- Alteración en el tiempo de exfoliación de la dentición primaria
- Diastema en la línea media
- Retardo en la erupción dental
- Impacto dental
- Desplazamiento de los incisivos permanentes
- Complicación periodontal
- A menudo afecta la apariencia estética
- Reabsorción radicular de dientes adyacentes
- Destrucción ósea
- Patología pulpar
- Desarrollo de quistes

Clínicamente se observa diastema y falta de espacio por ausencia dentaria y crecimiento por vestibular de la encía, en la inspección y palpación se encuentran una deformidad de la tabla ósea. (1)

Histológicamente los mesodientes son el resultado de la proliferación continua de la lámina dental permanente o primaria para formar un tercer germe dental. (1)

Radiográficamente se observa zona radio opaca con halo radio lúcido a nivel de línea media. (2)

El tratamiento del mesodiente es la remoción quirúrgica inmediata si la erupción del diente permanente ha sido impedida, si el supernumerario aparece rudimentario o invertido o si está asociado con alguna patología y posteriormente tracción ortodóntica del diente en ausencia de erupción espontánea. (3).

SEGUIMIENTO DEL CASO CLINICO

Paciente género femenino de 10 años de edad, quien se presenta a consulta en el Colegio Odontológico Colombiano llevada por la madre quien manifiesta como motivo de consulta "preocupación por la ausencia de un diente".

Al realizar la anamnesis no reporta antecedentes prenatales, neonatales ni posnatales. En cuanto a los antecedentes familiares la madre reporta diabetes controlada en abuelos paternos e hipertensión controlada en la abuela materna.

Su dieta es de consistencia mixta, encontrándose 1.66 de momentos de azúcar; el esquema de vacunación con excepción de la hepatitis B está completo.

La frecuencia de Cepillado es de tres veces al día utilizando la técnica de barrido; cepillo dental colgate junior; como dentífrico colgate y entre otras ayudas seda dental. Sin presencia de hábitos parafuncionales.

Al examen físico presenta, peso de 31 Kg, estatura de 1,36 cm, pulso de 62 pulsaciones por minuto, temperatura de 36 grados centígrados y presión arterial de 110 – 80 mm Hg.

Al examen físico craneomandibular se observa una relación proporcional de los tercios de la cara, con simetría facial y competencia labial. Al explorar intraoralmente se reporta línea media dentaria no aplicable debido a la ausencia del diente 21; con presencia de dentición permanente, relación molar clase II derecha y clase I izquierda, sobremordida vertical (3mm) y horizontal (4mm) adecuada. Funcionalmente presenta un grado de apertura de 40 mm, Protrusión

de 3mm, lateralidad izquierda de 4mm, y derecha de 5 mm, sin presentar ruidos articulares.

El frenillo vestibular superior medio anterior anormal en el análisis del sistema bucal.

En cuanto al sistema periodontal en el Sextante 1,2,3,4,5,6 al sondaje inicial presentaron sangrado por vestibular los dientes 16,15,14,13,12,11, 21,22,23,24,25,26,36,35,34,33,32,31,41,42,43,44,45,46, la profundidad de surco se encuentra dentro de los límites normales, hay presencia de inflamación gingival generalizada leve a nivel de todos los sextantes; se observa la encía enrojecida, brillante, lisa; al sondaje inicial presentó sangrado por vestibular, la profundidad de surco se encuentra entre los límites normales.

Deficiencia leve de tejido en sentido vestíbulo palatino.

Como examen complementario se toma una radiografía panorámica en la que se clasificó los estadios de calcificación dentaria de la siguiente manera:

- 18- Estadio de Nolla 4
- 17- Estadio de Nolla 7
- 16- Estadio de Nolla 9
- 15- Estadio de Nolla 8
- 14- Estadio de Nolla 8
- 13- Estadio de Nolla 9
- 12- Estadio de Nolla 10
- 11- Estadio de Nolla 10
- 21- Estadio de Nolla 9
- 22- Estadio de Nolla 10
- 23- Estadio de Nolla 9

- 24- Estadío de Nolla 8
- 25- Estadío de Nolla 8
- 26- Estadío de Nolla 9
- 27- Estadío de Nolla 7
- 28- Estadío de Nolla 4
- 38- Estadío de Nolla 5
- 37- Estadío de Nolla 8
- 36- Estadío de Nolla 10
- 35- Estadío de Nolla 8
- 34- Estadío de Nolla 8
- 33- Estadío de Nolla 9
- 32- Estadío de Nolla 10
- 31- Estadío de Nolla 10
- 41- Estadío de Nolla 10
- 42- Estadío de Nolla 10
- 43- Estadío de Nolla 9
- 44- Estadío de Nolla 8
- 45- Estadío de Nolla 8
- 46- Estadío de Nolla 10
- 47- Estadío de Nolla 8
- 48- Estadío de Nolla 5

Se toma una radiografía periapical de la zona de incisivos superiores en donde se observa zona radio opaca con halo radio lúcido a nivel de línea media cuyo diagnostico presuntivo posible diente incluido, con transposición del diente 21.

Finalmente con todos estos estudios se dan los diagnósticos respectivos a cada área :

Diagnósticos Generales: Paciente sistémicamente sana

Diagnósticos Craneomandibulares:

Facial: Perfil Recto.

Esquelético: Clase I esquelético

Dental: Relación molar clase I Izquierda

Relación molar clase II Derecha

Relación canina clase I,

Over bite de 3mm, over jet de 4mm,

Curva de Spee normal,

Relación Molar o Clasificación de Angle: Determina la relación anteroposterior en el plano sagital de los molares, para analizar esta relación , se toma como referencia el primer molar superior (Específicamente en la cúspide mesovestibular) con respecto al primer molar inferior. La resultante es:

Clase I de Angle es denominada Normo-oclusión; hace referencia a que la cúspide mesovestibular del primer molar superior se enfrenta al surco que separa la cúspide mesovestibular de la centro vestibular del primer molar inferior.

Clase II de Angle: Se puede presentar en personas que tienen un maxilar superior muy grande o avanzado hacia adelante o una mandíbula muy pequeña o posicionada hacia atrás o distal.

Es denominada disto-oclusión hace referencia a que la cúspide mesovestibular del primer molar superior ocluye en el área de contacto entre el primer premolar y primer molar inferior.

Clase III de Angle: Es denominada meso-oclusión; hace referencia a que la cúspide mesovestibular del primer molar superior ocluya en el área de contacto entre el primer y segundo molar inferior ; se da en personas con un crecimiento exagerado del maxilar inferior o falta de crecimiento del maxilar superior. (5)

Diagnóstico Bucal: Frenillo vestibular superior medio sobreinsertado.

Frenillo vestibular superior medio sobreinsertado: Los frenillos labiales son pliegues sagitales de la mucosa alveolar, en forma de una hoja de cuchillo, están insertados por un lado en la superficie interna del labio y, por otro lado, en la encía, en la línea media de los maxilares entre los incisivos centrales.(6)

Diagnóstico Periodontal: Gingivitis inducida por Placa Bacteriana sin factores locales contribuyentes.

Deformidades y condiciones mucogingivales del reborde alveolar (Colapso del reborde alveolar tipo I)

La gingivitis inducida por placa es definida como la inflamación de la encía.

Características clínicas: está caracterizada por la presencia de los siguientes signos clínicos enrojecimiento y edema del tejido gingival, sangrado al contacto, cambios en el contorno y en su consistencia, presencia de placas y cálculos y radiográficamente no hay evidencia de la pérdida de la cresta ósea.(7)

Criterio para la clasificación	Nomenclatura De Seibert	Nomenclatura de Allen
Perdida horizontal de tejido bucal con altura ósea normal	clase I	tipo B
Perdida ósea en sentido vertical o apico-coronal con altura de hueso normal	clase II	tipo A
combinación horizontal y vertical con pérdida ósea	clase III	tipo C

(8)

Diagnóstico del sistema Dentario: Diente incluido supernumerario (Mesodiente)

Diente Supernumerario: Son términos que describen la cantidad excesiva de dientes que pueden presentarse en las denticiones primarias y secundarias, el mas usual es el Mesiodens es una anomalía de desarrollo que se presenta en la línea media palatina y adopta una variedad de formas y posiciones en relación con los dientes contiguos;son factores asociados paladar hendido y disostosis cleidocraneal. Y síndrome de Down Entre las complicaciones relacionadas con dientes supernumerarios se encuentra formación de quiste dentígero, osificación del espacio pericoronar y resección de la corona. (9)

Disostosis Cleidocraneal: Es un síndrome caracterizado por presencia de clavículas aplicas, hipoplasia hemifacial, anomalías dentales que incluyen el retraso en la erupción de dientes permanentes, dientes supernumerarios, caries mas frecuentes, anodoncia parcial o dientes o raíces con formación deficiente. Hay aumento en la incidencia de fracturas, estatura reducida con macrocefalia, pérdida de la audición, alteraciones en el aspecto físico (frente alta y amplia, con giba; con el paso de los años las anomalías dentales son las que mas alteran el aspecto físico y los hábitos de alimentación.(9)

Síndrome de Down: Síndrome cuyas características clínicas son muy reconocibles como el retraso mental moderado, estatura corta, hipotonía, disposición amigable, conducta terca ocasional, y anomalías congénitas; entre las características odontológicas incluye lengua prominente, lengua con surcos profundos, índice bajo de caries, esmalte displásico, e incidencia elevada de enfermedad periodontal y maloclusiones y además formación de dientes supernumerarios.(9)

Labio y Paladar Hendido: Es una enfermedad poligenética multifactorial, donde se asocia a muchos síndromes y en cavidad oral además puede producir exceso o

deficiencia en el complemento normal de los dientes lo cual presenta un ejemplo claro de desorganización física de la lámina dental; siendo factor etiológico de dientes supernumerarios.(9)

Diente 21 impactado

Impactación: Es aquel diente que no ha erupcionado total o parcialmente en la arcada dentario en el intervalo de tiempo esperado. El saco pericoronario puede estar, o no abierto en la boca, pero el trayecto normal de erupción del diente se haya interferido o bloqueado por un obstáculo mecánico (otros dientes, hueso de recubrimiento excesivamente denso o fibrosis o exceso de tejidos blandos). Se sospecha clínicamente cuando el diente antagonista esta presente y cuando el mismo diente de la arcada contralateral esta erupcionado. (10)

Caries Activa Cavitada oclusal del diente 46

Asociada factores locales, biológicos y sociales la caries dental es una enfermedad localizada sobre la superficie dura del diente, de naturaleza infecciosa, caracterizada por la pérdida de minerales causada por la acción intermitente de ácidos orgánicos resultantes del metabolismo bacteriano de los carbohidratos de la dieta. El ácido láctico es uno de ellos, capaz de producir rápidamente caídas del Ph al valor crítico de 5.4 requerido par causar la pérdida de minerales de la superficie del esmalte.(11)

PLAN TRATAMIENTO IDEAL Y REAL

Educación En Salud Oral

Motivación y educación a los padres y a la paciente en salud oral

Prevención

Aplicación tópica de fluoruro de sodio acidulado al 1,23%

Periodoncia

Control de Placa Bacteriana

Profilaxis

Operatoria

Resina Preventiva diente numero 46.

Cirugía Oral Primera Fase

Cirugía método abierto en zona antero-superior por mesiodiente.

Ortodoncia

Mantener perfil facial

Mantener perfil clase I esquelética

Disminuir proinclinación de incisivos superiores e inferiores

Obtener adecuada guía anterior

Alineación y nivelación superior e inferior

Alineación y nivelación final

Una vez conseguido expansión tracción quirúrgica del diente 21

Ajuste y finalización.

Aparatología

Dental: Niti utilitario 0.16

Arcos termoactivados 19x25 flexible

19x25 acero, con resorte abierto entre 12 y 1

Botón

Cirugía Oral Segunda Fase

Cirugía método abierto para colocación de botón quirúrgico.

DESCRIPCION PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Fase I

1. Asepsia y antisepsia con isodine solución en el lugar de la punción
1. Anestesia infiltrativa a nivel de dentarios anteriores y troncular a nervio nasopalatino.
2. Incisión gingivomarginal supracrestal con relajante mesial y distal
3. Elevación de colgajo mucoperiostico de forma trapezoidal
4. Osteotomía
5. Localización del mesodiente
6. Luxación
7. Aprehensión
8. Tracción
9. Exodoncia propiamente dicha
10. Lavado de la cavidad
11. Reposición de colgajo
12. Sutura punto simple
13. Recomendaciones

Fase 2

1. Asepsia y antisepsia con isodine solución en el lugar de la punción
2. Anestesia infiltrativa a nivel de dentarios anteriores y troncular a nervio nasopalatino.
3. Incisión intrasurcular, supracrestal con relajante mesial vestibular hacia el 11
4. Elevación de colgajo mucoperiostico triangular

5. Visualización de cara vestibular diente 21
6. Irrigación con suero fisiológico
7. Control de sangrado
8. Desmineralización de la cara vestibular del diente con ácido ortofosfórico al 37%
9. Lavado y secado
10. Colocación de adhesivo.
11. Colocación de resina de autopolimerización de un solo paso.
12. Colocación del botón quirúrgico
13. Reposición de colgajo
14. Sutura punto simple
15. Recomendaciones

Colgajo Quirúrgico (Mucoperióstico): Es un colgajo de tejido blando que se incide y retrae de manera que el hueso subyacente pueda ser removido para exponer los dientes, las raíces y el tejido patológico. (12)

La elevación del colgajo mucoperióstico se inicia en la componente vertical donde la inserción perióstica no es fuerte. El delgado periostio que recubre el hueso debe incluirse en el colgajo. (12)

CONCLUSIÓN

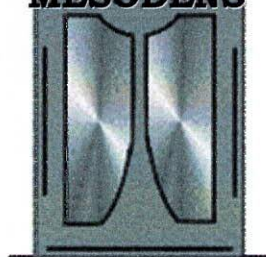
Para realizar el tratamiento del mesodiente es importante hacer interconsultas con los especialistas indicados para cada caso. Por lo tanto es necesario contar con un buen equipo interdisciplinario en donde exista buena comunicación y se aporte tratamientos adecuados para el éxito integral del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDREASEN JENS O. MOSBY Texbook and color at las of Tooth impations,Diagnosis, Treatment Prevention, 1997.
2. IVAN ORLANDO JARAMILLO,Universitas Odontológicas, vol 9 Num 18 Pág 61-67, 1999
3. ADRIANI JHON Manejo Quirúrgico del Mesodiente, 2000
4. ANDREASEN JENS O. MOSBY Texbook and color at las of Tooth impations,Diagnosis, Treatment Prevention, 1997.
5. MIGUEL JOSE GALLO , Oclusión y ATM,1998.
6. DARIO CARDENAS JARAMILLO, Fundamentos de Odontología Pediátrica, Edición 2 , 2000.
7. JOURNAL PERIODONTOLOGY 2000
8. QUINTESSENCE INTERNATIONAL Vol 28, Num 12, 1997
9. PINKHAM, Odontología Pediátrica, Edición 3 , 2001
10. GUILLERMO RASPALL, Cirugía Oral, 2002
11. CONVENIO ISS-ACFO 2003
12. KRUGER, Cirugía Bucomaxilofacial 2001

ANEXOS

CASO CLINICO
MESODENS



X SEMESTRE

MOTIVO DE CONSULTA

**“ MADRE PREOCUPADA POR LA
AUSENCIA DEL DIENTE DE
ADELANTE”**



Patricio T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.

INTEGRANTES

**TERESA AREVALO
EIDER ALVAREZ
LADY GONZALEZ
YOMAIRA LOPEZ
LINA NIÑO**



EXAMEN FISICO



Patricio T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.

ANAMNESIS

EDAD: 10 AÑOS

SEXO: FEMENINO

OCUPACION: ESTUDIANTE



Patricio T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.

PRESION ARTERIAL: 110/68mmHg.

PULSO: 62 PUL/min.

TEMPERATURA: 37.°C



Patricio T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.

ANALISIS FACIAL



Andrés T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.



Andrés T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.



Andrés T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.

EXAMEN INTRAORAL



Andrés T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.

ANALISIS FACIAL



Andrés T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.

EXAMEN INTRAORAL



Andrés T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.

LINEA MEDIA DENTARIA:

•SUPERIOR: N.A.

•INFERIOR: NORMAL.

CLASIFICACION DE ANGLE:

IZQUIERDO: CLASE I

DERECHO: CLASE II

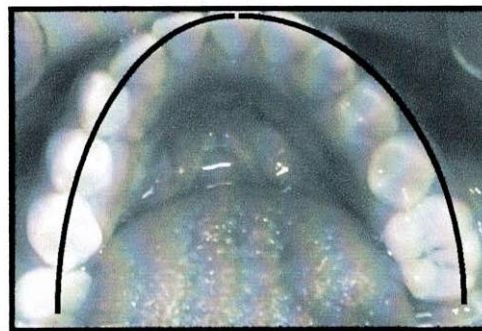
SOBREMORDIDA

VERTICAL: 3mm

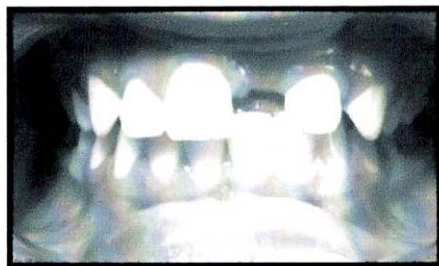
HORIZONTAL: 4mm



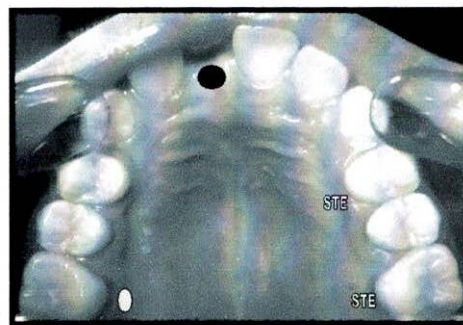
Patricio T. Álvarez E. Orozco L. López Y. Hilo L.



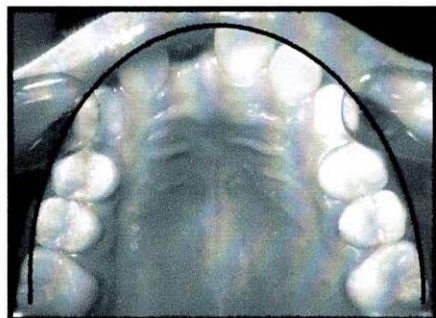
Patricio T. Álvarez E. Orozco L. López Y. Hilo L.



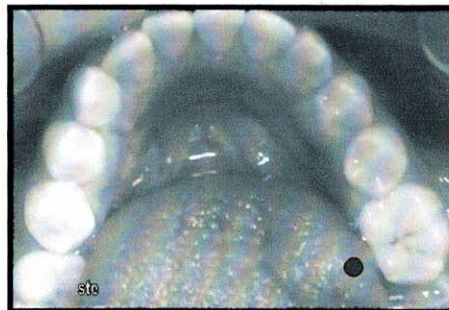
Patricio T. Álvarez E. Orozco L. López Y. Hilo L.



Patricio T. Álvarez E. Orozco L. López Y. Hilo L.



Patricio T. Álvarez E. Orozco L. López Y. Hilo L.



Patricio T. Álvarez E. Orozco L. López Y. Hilo L.

SISTEMA BUCAL

**FRENILLO LABIAL SUPERIOR
MEDIO ANORMAL**



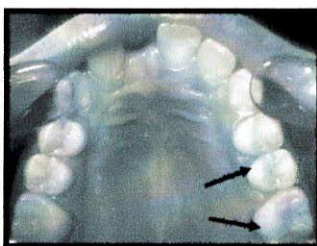
Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. Milla L.



Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. Milla L.

SISTEMA PERIODONTAL

**INFLAMACION GINGIVAL LEVE
GENERALIZADA.**



Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. Milla L.

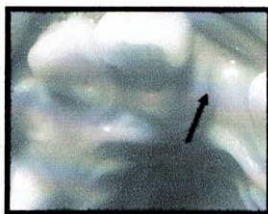
PERIODONTOGRAMA



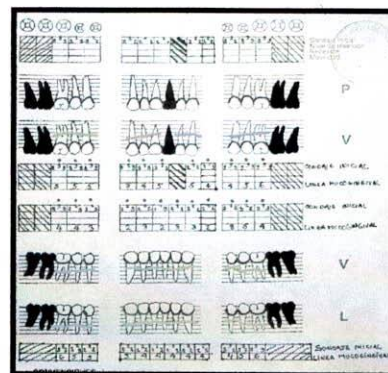
Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. Milla L.

SISTEMA PERIODONTAL

**DEFICIENCIA LEVE DE TEJIDO
EN SENTIDO VESTIBULO-
PALATINO**



Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. Milla L.

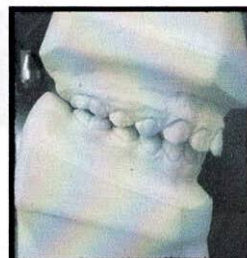


Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. Milla L.

ANALISIS DE MODELOS



Andrés T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.



Andrés T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.



Andrés T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.

ANALISIS RADIOGRAFICO



Andrés T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.

ANALISIS DE MODELOS



Andrés T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.

PANORAMICA



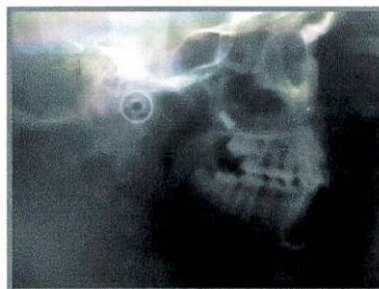
Andrés T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.

ANALISIS RADIOGRAFICO



Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. 1985 L.

PERFIL



Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. 1985 L.

PERIAPICAL



Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. 1985 L.

ANALISIS CEFALOMETRICO



Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. 1985 L.

ANALISIS RADIOGRAFICO



Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. 1985 L.

CEFALOMETRIA



Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. 1985 L.

DIAGNOSTICOS



Artículo T. Álvarez E. Osorio L. López Y. Hilo L.

CLASE II

Denominada distoclusion.

Hace referencia a que la cúspide meso-vestibular del primer molar superior ocluye en el área de contacto entre el Primer premolar y el primer molar Inferior.

GALLO A. 199



Artículo T. Álvarez E. Osorio L. López Y. Hilo L.

DIAGNOSTICOS GENERALES

**PACIENTE SISTEMICAMENTE
SANO**



Artículo T. Álvarez E. Osorio L. López Y. Hilo L.

DIAGNOSTICOS CRANEOMANDIBULARES

3.- DENTAL.

RELACION CANINA: CLASE I.

IZQUIERDA Y DERECHA.

SOBREMORDIDA HORIZONTAL: 4mm.

SOBREMORDIDA VERTICAL: 3mm.



Artículo T. Álvarez E. Osorio L. López Y. Hilo L.

DIAGNOSTICOS CRANEOMANDIBULARES

1.- FACIAL:

PERFIL RECTO.

2.- ESQUELETICO:

CLASE I ESQUELETICO.

3.- DENTAL.

CLASE I IZQUIERDA

CLASE II DERECHA



Artículo T. Álvarez E. Osorio L. López Y. Hilo L.



Artículo T. Álvarez E. Osorio L. López Y. Hilo L.

DIAGNOSTICOS BUCALES

"FRENILLO VESTIBULAR SUPERIOR MEDIO SOBREINSERTADO"



Patricio T. Álvarez E. Osvaldo L. López Y. Hilo L.

*Inflamación de la encía sin
perdida clínica de inserción.*

• **Signos clínicos:**

- **Enrojecimiento.**
- **Edema.**
- **Cambios en el contorno.**
- **Placa y cálculos.**

JOURNA PERIODONTOLOGY. 2000



Patricio T. Álvarez E. Osvaldo L. López Y. Hilo L.

*Son pliegues sagitales de la
mucosa alveolar en forma de "hoja
de cuchillo".*

*Están insertados por un lado en la
Superficie interna del labio y por
otro lado en la encía entre los
centrales.*

CARDENAS J. 2000



Patricio T. Álvarez E. Osvaldo L. López Y. Hilo L.

DIAGNOSTICOS PERIODONTALES

***DEFORMIDADES Y CONDICIONES
MUCOGINGIVALES DEL REBORDE
ALVEOLAR.
(COLAPSO DEL REBORDE ALVEOLAR)**



Patricio T. Álvarez E. Osvaldo L. López Y. Hilo L.

DIAGNOSTICOS PERIODONTALES

***GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA
BACTERIANA SIN FACTORES
LOCALES CONTRIBUYENTES.**



Patricio T. Álvarez E. Osvaldo L. López Y. Hilo L.

***Pérdida horizontal con altura de
hueso normal.**

Seibert's tipo I - Allen's tipo B.

***Pérdida vertical con altura de
hueso normal.**

Seibert's tipo II - Allen's tipo A.

***Pérdida combinada horizontal
y vertical con hueso disminuido.
Seibert's tipo III- Allen's tipo C.**

QUINTESENCE INT. VOL 28. 1997.



Patricio T. Álvarez E. Osvaldo L. López Y. Hilo L.

DIAGNOSTICOS DEL SISTEMA DENTARIO

***DIENTE INCLUIDO SUPERNUMERARIO
"MESODENS"**



Adrián T. Álvarez E. Osorio L. López Y. Hilo L.

*Es el diente que no ha erupcionado
parcial o totalmente en la arcada
dentaria en el intervalo de tiempo
esperado.*

RASPALL 2002



Adrián T. Álvarez E. Osorio L. López Y. Hilo L.

*Es una anomalía de desarrollo
dental.*

*Ubicado en la línea media palati-
na, adoptando una variedad de
posiciones en relación con los
Dientes contiguos.*

PINKHAM. 2001



Adrián T. Álvarez E. Osorio L. López Y. Hilo L.

DIAGNOSTICOS DEL SISTEMA DENTARIO

***CARIES ACTIVA CAVITADA OCLUSAL
DEL 46**



Adrián T. Álvarez E. Osorio L. López Y. Hilo L.

DIAGNOSTICOS DEL SISTEMA DENTARIO

***DIENTE IMPACTADO**



Adrián T. Álvarez E. Osorio L. López Y. Hilo L.

*Enfermedad multifactorial localiza-
da sobre la superficie dura del dien-
te.*

*se caracteriza por pérdida de mine-
rales, producto de la acción de los
ácidos bacterianos.*

ACFO. 2003



Adrián T. Álvarez E. Osorio L. López Y. Hilo L.

PLAN DE TRATAMIENTO



Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.

4.- Operatoria.

Resina preventiva del 46.

5.- Cirugía Oral 1º fase.

Exodoncia método abierto del mesodens.

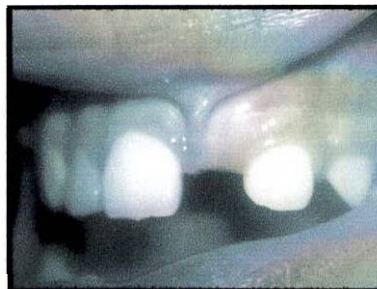


Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.

IDEAL Y REAL



Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.



Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.

1.- Educación en salud oral.

Motivación a padres y paciente.

2.- Prevención.

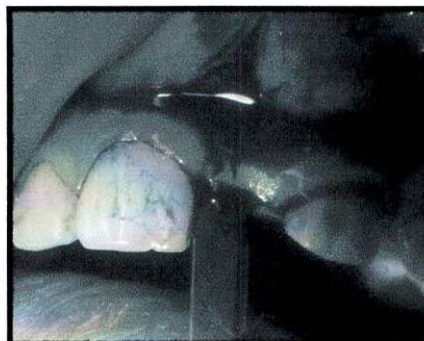
Aplicación tópica de Fluoruro de Na acidulado.

3.- Periodoncia

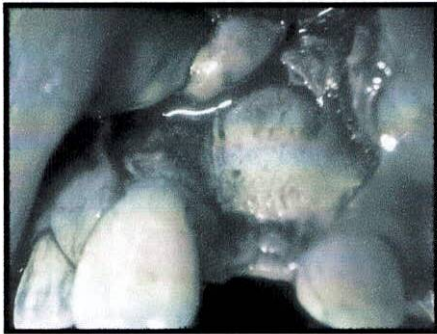
Control de placa Bacteriana y profilaxis.



Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.



Alonso T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.



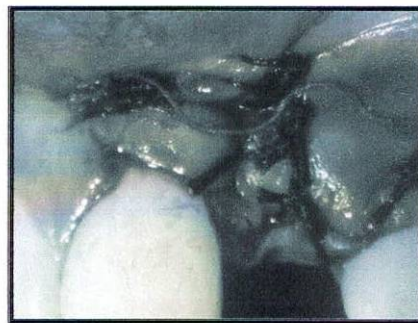
Adrián T. Álvarez E. Orozco L. López Y. 2016 L.



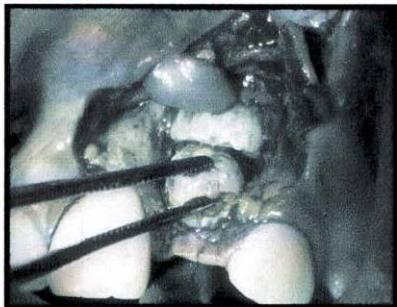
Adrián T. Álvarez E. Orozco L. López Y. 2016 L.



Adrián T. Álvarez E. Orozco L. López Y. 2016 L.



Adrián T. Álvarez E. Orozco L. López Y. 2016 L.



Adrián T. Álvarez E. Orozco L. López Y. 2016 L.



Adrián T. Álvarez E. Orozco L. López Y. 2016 L.

6.- Ortodoncia.

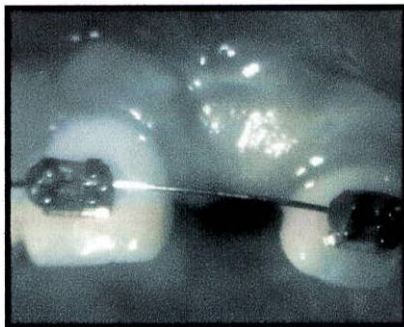
Colocación de brackets en la arcada superior e inferior con arcos termoactivados 19 por 25 flexible de acero con resorte abierto entre 12 y 14.



Alfredo T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.



Alfredo T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.



Alfredo T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.



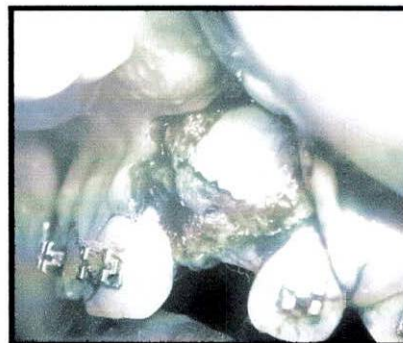
Alfredo T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.

7.- Cirugía Oral 2º fase.

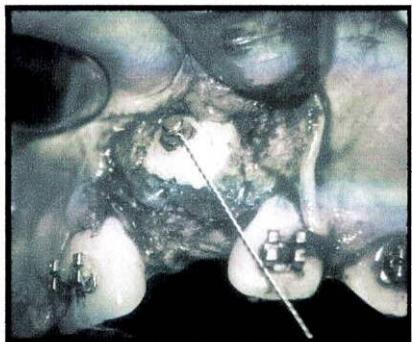
Colocación del botón quirúrgico en la cara vestibular del 21 para su tracción ortodóntica.



Alfredo T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.



Alfredo T. Álvarez E. González L. López Y. Hilo L.



Andrés T. Álvarez E. Orozco L. López Y. Hilo L.



Andrés T. Álvarez E. Orozco L. López Y. Hilo L.

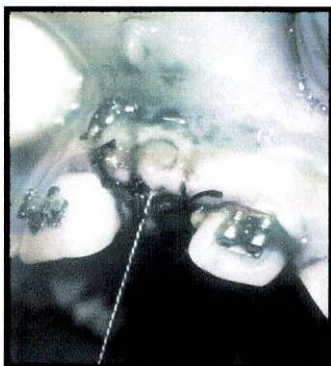


Andrés T. Álvarez E. Orozco L. López Y. Hilo L.

CONTROL EN 15 DIAS



Andrés T. Álvarez E. Orozco L. López Y. Hilo L.



Andrés T. Álvarez E. Orozco L. López Y. Hilo L.

CONTROL EN 15 DIAS



Andrés T. Álvarez E. Orozco L. López Y. Hilo L.

MUCHAS

GRACIAS