

ODONTOLOGIA INTEGRADA

REPORTE DE CASO CLINICO

PAOLA ANDREA ARISTIZABAL

COD. 021339

ALFREDO CONTRERAS

COD. 001323

DIEGO ALEXANDER FIGUEROA

COD. 981308

CARLOS ANDRES GOMEZ

COD. 981333

DIEGO FRANCISCO MOSQUERA

COD. 021333

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

BOGOTA

2003

ODONTOLOGIA INTEGRADA

REPORTE DE CASO CLINICO

PAOLA ANDREA ARISTIZABAL

COD. 021339

ALFREDO CONTRERAS

COD. 001323

DIEGO ALEXANDER FIGUEROA

COD.981308

CARLOS ANDRES GOMEZ

COD. 981333

DIEGO FRANCISCO MOSQUERA

COD. 021333

DRA. NERY VILLOTA ZUÑIGA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

BOGOTA

2003

HISTORIA CLINICA

INFORMACION GENERAL:

- ❖ Nombre: MARIELA LOZANO
- ❖ Edad: 53 años
- ❖ Ocupación: AMA DE CASA
- ❖ Motivo de consulta: paciente refiere "para que me cambien esta protesis "

HISTORIA MEDICA:

- ❖ Familiar: Madre padecio de trombosis, ACV, arterioesclerosis
- ❖ Personal: hipertension arterial controlada con monopril 200 Mg 1 al dia, metoprolol 500 Mg c/ 12 Hrs, Hidroclorotiacida 25 Mg media tableta al día. Hospitalizada por cirugia del manguito rotador, 1 parto vaginal

ANTECEDENTES PSICOLOGICOS:

- ❖ No reporta.

EXAMEN FISICO GENERAL:

- ❖ Presión arterial: 140/90 mmHg
- ❖ Pulso: 68 pulsaciones por minuto

- ❖ Peso: 63 kilogramos
- ❖ Temperatura: 36 grados centígrados
- ❖ Frecuencia cardiaca: 70 latidos por minuto

HISTORIA DENTAL

- ❖ Periodoncia: T.B.P. en todos los sextantes
- ❖ Exodoncias/cirugía oral: 14-15-16-17-21-22-25-26-27-36-38-45-46-4
- ❖ Endodoncia: TCC 13-12-11-24
- ❖ Operatoria: Ag.: 35 (OM), 37 (O), 48 (OM) resinas: 18 (MO), 28 (O),
- ❖ Prostodoncia: núcleos colados de 13-12-11-24, CCC 13-12-11-24 y PPR superior.

FISIOTERAPIA ORAL:

- ❖ Frecuencia de cepillado: tres veces al día
- ❖ Técnica: horizontal
- ❖ Tipo de cepillo: Oral B cerdas suaves
- ❖ Dentífrico: colgate total
- ❖ Seda dental: Oral B
- ❖ Enjuague: Listerine Cool Mint
- ❖ Ayudas interproximales: Palillos

EXAMEN CLINICO:

EXAMEN CRANEOMANDIBULAR:

EVALUACIÓN ESTÁTICA:

- ❖ clasificación de Angle derecha N.A e izquierda N.A
- ❖ Overbite: 4 mm
- ❖ Overjet: 1 mm
- ❖ Relación canina: derecha N.A. izquierda clase I

EVALUACION DINAMICA:

- ❖ Lateralidad derecha: 4mm
- ❖ Lateralidad izquierda: 4mm 23/33
- ❖ Protrusión: 4mm

EXAMEN DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR:

- ❖ Dolor muscular: no refiere
- ❖ Dolor ATM: no refiere
- ❖ Alteración de movimiento: no presenta
- ❖ Ruido articular: no refiere
- ❖ Hábitos: no refiere
- ❖ Desarmonía oclusal: ausencias dentarias, vestibularización dte #28, inclinación mesial dtes # 18, 37 y 48
- ❖ Facetas de desgaste: 33,32,31,41,42

EXAMEN FISICO ORAL

ANALISIS DE TEJIDOS BLANDOS

- ❖ Labios, carrillos, surco vestibular, reborde alveolar, lengua, piso de boca, frenillos, paladar duro, paladar blando, amígdalas y glándulas salivales aparentemente normales.
- ❖ Gingiva: enrojecida, inflamada, lisa, brillante

EXAMEN DENTARIO

ODONTOGRAMA

- ❖ Ausentes: 17, 16, 15, 14, 21, 22, 25, 26, 27, 38, 36, 45, 46, 47,
- ❖ Restauraciones desadaptadas: 23 (M)
- ❖ Restauraciones adaptadas dtes # 18(OM), 28(O), 37(O), 48(OM), 35(OM)
- ❖ Coronas completas combinadas dtes # 11, 12, 13 y 24
- ❖ Caries activa cavitada en dtes # 35 (CV), 34 (O)

DIAGNOSTICOS

- ❖ Generales: hipertensión arterial de etiología adquirida
- ❖ Craneomandibulares: desorden craneomandibular de crecimiento y desarrollo de tipo adquirido, etiología: desarmonías oclusales y ausencias dentales
- ❖ Orales, tejidos blandos y oseos: colapso alveolar
- ❖ Periodontales: gingivitis inducida por placa bacteriana y

- ❖ Dentales: caries activa y recurrente, etiología: restauraciones desadaptadas.
- ❖ Endodonticos. Reabsorción externa, etiología trauma o inflamación crónica de la pulpa o de los tejidos periodontales. Periodontitis apical crónica no supurativa

PLAN DE TRATAMIENTO:

TRATAMIENTO IDEAL:

INTERCONSULTAS:

- Patología oral: valoración clínica y radiográfica del diente # 13
Impresión diagnóstica: cementoblastoma
Hipercementosis
- Endodoncia: valoración radiográfica del diente # 11
Impresión diagnóstica: reabsorción externa

PERIODONCIA:

- Motivación y educación en salud oral
- Eliminación de focos infecciosos
- Eliminación de factores retentivos de placa
- Raspado coronal y alisado radicular
- Profilaxis

CIRUGIA:

- Biopsia de lesión apical del diente # 13
- Exodoncia metodo cerrado de dientes # 18, 28, 37, 48

ENDODONCIA:

- Retratamiento convencional de conductos del diente # 12

OPERATORIA:

- Resinas: 23 (M) , 31 (I), 32 (I), 41 (I), 42 (I), 34 (O),
- Iononero: 35 (CV)

PROSTODONCIA:

- Implantes oseointegrados 14, 17, 25, 27, 37 y 47
- Retenedor intrarradicular del diente # 12
- Protesis parcial fija 11 a 23, 14 a 17, 25 a 27, 35 a 37, 45 a 47.

PERIODONCIA:

- Terapia de soporte periodontal

TRATAMIENTO A REALIZAR:

- Motivación y educación en salud oral
- Eliminación de focos infecciosos
- Eliminación de factores retentivos de placa
- Raspado coronal y alisado radicular
- Profilaxis

CIRUGIA:

- Exodoncia método cerrado de dientes # 18, 28.

ENDODONCIA:

- Retratamiento convencional de conductos del diente # 12

OPERATORIA:

- Resinas: 23 (M) , 31 (I), 32 (I), 34 (O), 41 (I), 42 (I)
- Ionómero: 35 (CV)

ORTODONCIA:

- Paralelizar los dientes # 37 y 48

PROSTODONCIA:

- Prótesis parcial fija de 13 a 24 con ajustes de precisión
- Retenedor intrarradicular del diente # 12
- Prótesis parcial removible superior con ajustes de precisión
- Prótesis parcial fija de 35 a 37, 45 a 48

PERIODONCIA:

- Terapia de soporte periodontal

INTRODUCCION

Un caso clínico es una evaluación detallada de una historia basada en los aspectos físicos, psíquicos y sociales de un paciente en el cual se obtienen diferentes planes de tratamiento según las condiciones orales y económicas del paciente.

Con la realización de este trabajo pretendemos afianzar los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera e integrarlos para así lograr la buena utilización de los mismos en el manejo de nuestros pacientes.

Como estudiantes de décimo semestre estamos en capacidad de evaluar, valorar y proponer un tratamiento integral teniendo en cuenta las necesidades del paciente, un buen diligenciamiento de historia clínica sustentado con bases teóricas científicas e interconsultas.

OBJETIVOS

1. Obtener planes de tratamiento según condiciones físicas, psicológicas, sociales y económicas del paciente.
2. Analizar detalladamente las condiciones orales del paciente mediante la elaboración de una buena historia clínica.
3. Realizar una revisión bibliográfica de la cual podamos obtener una base científica que sustente los diagnósticos y planes de tratamientos planteados.

MARCO TEORICO

HIPERTENSION ARTERIAL

CONCEPTO:

Disturbio de la regulacion de la presion con que circula la sangre en las arterias

Es una funcion subsidiaria del aporte de Oxigeno y nutrientes a los tejidos

CARACTERÍSTICAS:

La presion sistolica: Se debe a la llegada de la oleada de sangre a los vasos de calibre grande y mediano

Su valor está en funcion de la elasticidad del vaso

La presion diastolica: Indica la presion de la sangre en el sistema arteriolar

Depende de los factores de resistencia arteriolar:

- ❖ Impulsos neurovasculares del sistema adrenergico
- ❖ Impulsos humorales (adrenalina, noradrenalina, renina)
- ❖ Factores de flujo: Volemia
- ❖ Volumen / minuto por el sistema nervioso adrenergico

La hipertension arterial es un desequilibrio entre los factores de vasoconstriccion y la volemia

❖ *ETIOLOGIA:*

- ❖ Mecanismos de produccion: Aumento de la volemia o aldosteronico > Hipertension de volumen > Benigna o roja
- ❖ Aumento de la renina o vasoconstrictora > Hipertension de calibre (peor) > Maligna o palida
- ❖ Factores etiologicos: Esencial : No se puede descubrir la causa
- ❖ Constituye el 85 - 90 % de los casos
- ❖ Posibles factores: Geneticos > Familias de hipertensos
- ❖ Los gemelos homocigoticos son mas propensos que los heterocigoticos
- ❖ Neurogenos > Enfermedad de la civilizacion
- ❖ Alimentario > La ingesta de sal favorece la hipertension
- ❖ La obesidad favorece la hipertension
- ❖ Inespecificos > Constitucionales
- ❖ Secundaria: Nefrogena: La hipoxia del riñon provoca la sintesis de sustancias hipertensivas
- ❖ Enfermedades parenquimatosas difusas del riñon: Glomerulonefritis
- ❖ Pielonefritis
- ❖ Vasculorenal: Por alteraciones de una arteria renal < Displasia fibrosa
- ❖ Placa de ateroma
- ❖ Compresion por organos vecinos
- ❖ Tumores Reninogenos: De las celulas yuxtaglomerulares

- ❖ Endocrinas: Hiperaldosteronismo primario o Enfermedad de Conn > Aumento de Aldosterona >
 - Aumento de la volemia.
- ❖ Síndrome de Cushing > Aumentan Cortisol y Glucocorticoides > Aumenta retención de Sodio
- ❖ Feocromocitoma > Aumentan Adrenalina y Noradrenalina
- ❖ Anticonceptivos con progesterona o gestágenos.
- ❖ Síndrome Adrenogenital del niño > Aumenta la DOCA > Retención de Sodio
- ❖ Neurogenas: Encefalitis
- ❖ Traumatismos craneo-encefálicos graves
- ❖ Tumores cerebrales
- ❖ Intoxicaciones por monóxido de carbono

FISIOPATOLOGÍA:

Consecuencias:

1. Periféricas: Aumentan las resistencias vasculares, Disminuye el flujo sanguíneo. Se lesionan los tejidos y los vasos

Fibrosis arterial. Más disminución del flujo vascular, Depósito lipídico en la arteria, Ateromatosis, Isquemia cerebral, Encefalopatía, Infarto de miocardio, Retinopatías, Ceguera, Isquemia Renal, Insuficiencia renal, Aumenta la Renina, Círculo vicioso

2. Centrales: Aumenta la post-carga cardíaca, Dilatación e hipertrofia del ventrículo izquierdo, Insuficiencia cardíaca izquierda, Edema agudo de pulmón

CLÍNICA:

Es un proceso crónico

- fase asintomática, con duración de muchos años donde una de sus características en el fondo de ojo son signos iniciales de Retinopatía hipertensiva tipo I, discreto estrechamiento arteriolar, "Arterias en hilo de cobre".
- Fase sintomática: Mareo, vértigo, cefalea, acúfenos
Fondo de ojo: Arterias más estrechadas
Signos de cruce más intensos retinopatía hipertensiva grado II, pequeñas hemorragias en llama > Retinopatía hipertensiva grado III
- Fase complicada: Fondo de ojo: Focos algodonosos, cicatrices blanquecinas de las hemorragias edema de papila retinopatía hipertensiva grado IV ceguera

CORAZÓN: Insuficiencia cardíaca izquierda o congestiva, asma cardíaca, edema agudo de pulmón, disnea, ortopnea, estasis yugular, edemas en piernas angina de pecho e infarto de miocardio

RIÑÓN: Insuficiencia renal crónica

CEREBRO: Ateromatosis y arterioesclerosis cerebral, hemiplejía, isquemia cerebral intermitente, ruptura de microaneurismas, hematoma cerebral, fase maligna o acelerada: Se da cuanto mayor es la afectación renal, crisis hipertensivas (250 / 130), encefalopatía hipertensiva maligna cefalea intensa, obnubilación convulsiones y coma, fondo de ojo: Edema

de papila , aumento de las hemorragias, aumento de los focos
alodinosos, edema cerebral aumento de la presión intracraneal .

DIAGNOSTICO:

la presión arterial se determina después de que la persona haya estado
sentada o acostada durante 5 minutos. Cuando se registra una medición
inicial elevada, debe determinarse de nuevo y luego 2 veces más en días
diferentes, para asegurarse que la hipertensión persiste. Las lecturas no
solo indican la presencia de hipertensión arterial sino que también
permiten clasificar su gravedad

TRATAMIENTO CONVENCIONAL:

- Medidas higiénico dietéticas: Eliminar factores ambientales que
producen estrés
- Suprimir los anovulatorios, oraliz, corticoides, estimulantes
- Disminuir de peso
- Suprimir: La sal y las bebidas carbonicas , el alcohol y el tabaco
- Diuréticos: Tiazidas (Benzotiazida): Pueden producir pérdida de
potasio Hipopotasemia pueden ser ineficaces en la insuficiencia renal
- Alteraciones en la esfera sexual
- Aumento de la insuficiencia cardíaca
- Precauciones: No usar en pacientes con: Asma, enfermedad pulmonar
obstructiva crónica
- Insuficiencia cardíaca, bloqueo cardíaco

Tener cuidado en: los diabeticos insulino-dependientes
enfermedad venosa periferica

- Inhibidores de la enzima de conversion de la Angiotensina (ECA):
monopril Tbl. 10 y 20 Mg por dia

Efectos secundarios:

- Tos
- Edema angioneurotico
- Hipopotasemia
- Antagonista del Ca: Nifedipino : Dosis > 40 mg / 3 veces al dia
- Efectos secundarios: Mareo, dolor de cabeza, debilidad
- Nauseas
- Taquicardia

- Vasodilatador hipotensor: Hidralazina: 50 mgr / 3 veces al dia

Comenzar con poco e ir ascendiendo > Peligro de hipotension

Crisis hipertensivas (cifras superiores a 200 / 150): Labetalol: 20 - 40 mgrs
/ IV / cada 10 minutos

Nitroprusiato sodico: 0,5 a 10 microgramos / Kg / minuto

Con gotero glucosado protegido de la luz

Diazoxido: Inyecciones Intra venosas repetidas cada 5 a 10 minutos

1 - 1,5 mgs por Kg (sin superar los 100mgrs por inyeccion)

Produce Aumento de la glucosa y Na > Peligro de edema cerebral

Para evitarlo se asocia a furosemina

Nifedipino sublingual > 10 mgrs el cual reduce la HTA en pocos minutos.

GINGIVITIS

Las enfermedades gingivales son un grupo de entidades patológicas que se confinan en la encía y que son el resultado de una amplia variedad de etiologías.

La enfermedad gingival que requiere de la presencia de la placa bacteriana para iniciar el proceso se ha dividido en dos grupos: la enfermedad gingival inducida por placa, asociada a factores locales y la enfermedad gingival inducida por placa que está asociada a factores locales y modificada por factores sistémicos.

DIAGNÓSTICO

Se realiza teniendo en cuenta la sintomatología del paciente, historia médica y dental, estado actual de salud, examen clínico (niveles de inserción clínica periodontal, sondaje periodontal, extensión, distribución, duración y descripción física de las lesiones).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL

- Signos y síntomas clínicos de inflamación (agrandamiento del contorno gingival, color entre rojo a rojo-azuloso, temperatura sulcular elevada, hemorragia al sondaje, eritema y aumento del exudado gingival).

- Signos y síntomas limitados a la encía.

Los signos y síntomas de la enfermedad ceden al retirar la etiología.

- Presencia de placa dental para iniciar y/o exacerbar la severidad de la lesión.
- No hay presencia de signos o síntomas que sugieran la pérdida de inserción clínica periodontal o pérdida ósea, además puede presentarse periodonto disminuido pero estable.
- Posible precursor de la pérdida de inserción periodontal alrededor del diente.
- Cambios histológicos.

ENFERMEDAD GINGIVAL ASOCIADA A FACTORES LOCALES PRIMARIOS

GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA:

La enfermedad gingival es la enfermedad periodontal más común en todas las edades, y se da como resultado de la localización de placa bacteriana en el margen gingival, por lo que la enfermedad comienza en este lugar.

En sus etapas iniciales la enfermedad no presenta signos y síntomas notorios por lo que puede progresar silenciosamente a formas más avanzadas y extenderse a través de toda la unidad gingival.

La intensidad severidad y localización de la enfermedad puede variar de acuerdo al individuo y suele verse afectada por la anatomía de los dientes, raíces y presencia de restauraciones defectuosas.

Los cambios histopatológicos presentes en esta enfermedad son: proliferación del epitelio basal, destrucción progresiva de las fibras de colágeno e infiltrado celular inflamatorio.

TRATAMIENTO:

La enfermedad cede con la remoción de la placa mediante una terapia básica periodontal

PERIODONTITIS APICAL CRONICA NO SUPURATIVA

ETIOLOGIA:

- Necrosis pulpar
- Secuela de una periodontitis apical aguda

MANIFESTACIONES CLINICAS

- Generalmente asintomática, asociada a molestia muy leve

EXAMEN CLINICO

- Respuesta anormal o positiva a la percusión
- Sensibilidad ligera a la palpación si existe compromiso de la tabla ósea vestibular
- Pruebas de sensibilidad negativa

EXAMEN RADIGRAFICO:

Zona radiolucida a nivel periapical

DIAGNOSTICO:

Historia clinica

Examen clinico

Analisis radiografico

TRATAMIENTO:

FORMACION RADICULAR COMPLETA :

- Apertura
- Aislamiento absoluto del campo operatorio
- Preparacion invertida
- Odontometria
- Preparacion biomecanica
- Colocacion de hidroxido de calcio de 8 a 10 dias
- Preparacion para la obturacion (secado del conducto y ajuste del cono principal)
- Obturacion endodontica definitiva
- Radiografia de control de la obturacion
- Obturacion temporal

Si no se presenta remision de los hallazgos radiograficos despues de al menos seis meses estaria indicada una cirugia periapical .

FORMACION RADICULAR INCOMPLETA

- ❖ Radiografia preoperatoria
- ❖ Anestesia
- ❖ Aislamiento absoluto del campo operatorio
- ❖ Irrigación profusa de cámara pulpar y entrada al conducto radicular con hipoclorito de sodio, irrigación del interior del conducto radicular con solución sobresaturada de hidróxido de calcio
- ❖ Odontometría
- ❖ Colocación de hidróxido de calcio en polvo más agua destilada dentro del conducto radicular
- ❖ Confirmar con la completa obturación del conducto radiográficamente, realizar recambio en una semana
- ❖ Obturación definitiva de la cavidad de acceso con material restaurativo permanente
- ❖ Controles clínicos y radiográficos
- ❖ Cuando se produce el cierre apical realizar la obturación endodóntica definitiva

Si no se presenta remisión de hallazgos radiográficos después de al menos seis estaría indicada una cirugía periapical.

REABSORCIÓN RADICULAR

El proceso de reabsorción radicular es un problema que enfrentan tanto el dentista de práctica general como el especialista durante su trabajo profesional, por lo que resulta de vital importancia conocer este proceso, desde su etiología, etiopatogenia, clasificación, diferentes métodos de

medición y evaluación, así como los factores que se asocian a esta patología, con el fin de prevenirla o evitarla al máximo.

La reabsorción radicular es una condición asociada a un proceso fisiológico o patológico. Consiste en la pérdida de estructura o disolución de los tejidos que componen la raíz de una pieza dentaria como son el cemento y la dentina .

La reabsorción de un diente puede ser interna , hay reportes de reabsorción cervical asociada a la recromia con agua oxigenada al 30% , reabsorción múltiple triple, reabsorción externa: asociada a infecciones crónicas periapicales, infecciones periodontales, neoplasias, erupción de dientes permanentes, movimientos ortodónticos o trauma de los maxilares

Múltiples estudios han utilizado la hidroxiapatita para el relleno de defectos óseos por ser una matriz biológica para la regeneración que como constituyente inorgánico del tejido óseo ha demostrado tener características idóneas .

Los materiales elaborados a partir de hidroxiapatita no provocan reacción inmunológica apreciable al ser implantados en el organismo receptor.

TIPOS DE REABSORCION EXTERNA

Se definen tres tipos de reabsorción externa:

- ❖ Reabsorción superficial que envuelve pequeñas áreas seguidas de reparación espontánea,

- ❖ Reabsorción inflamatoria donde la reabsorción inicial afecta los túbulos dentinarios del tejido pulpar. Puede ser dividida en: transitoria (cuando el estímulo que produce es mínimo y por corto tiempo) y progresiva (el estímulo es por un largo periodo),
- ❖ Reabsorción por reemplazo donde el hueso reemplaza el material dental reabsorbido con intervención del tejido conectivo inflamado y Anquilosis es la unión del diente a hueso sin intervención del tejido conectivo.

FACTORES QUE AFECTAN LA REABSORCIÓN RADICULAR

- Factores sistémicos: Siempre se han relacionado factores endocrinos, específicamente aquellos asociados con las glándulas que regulan el metabolismo del calcio y Yodo (tiroides y paratiroides).
- Edad: Todos los tejidos envueltos en el proceso de reabsorción radicular muestran cambios con la edad. La membrana periodontal se vuelve menos vascular, y angosta, el hueso se presenta menos denso y el cemento aumenta de espesor . Estos cambios favorecen la suceptibilidad a la reabsorción en la edad adulta al contrario las características del ligamento periodontal y la adaptación muscular a los cambios oclusales pueden favorecer a pacientes jóvenes.
- Densidad del hueso alveolar: La reabsorción ósea como resultado del movimiento dental, facilita la activación de células clásticas, y el número de estas aumenta de igual forma que los espacios medulares. Una menor fuerza aplicada al hueso alveolar, causa la misma reabsorción radicular que una fuerza media o alta. El hueso lamelar es mas difícil que se reabsorba por presión ortodóntica que el hueso donde se insertan las

fibras del ligamento periodontal. Un contacto directo entre las raíces y la cortical ósea puede precipitar reabsorción radicular, especialmente durante la segunda etapa del tratamiento como resultado del alto estrés que es dirigido a los ápices.

FACTORES MECÁNICOS:

- Tipo de movimiento ortodóntico: Se ha observado que no todos los movimientos dentales son seguros. La intrusión probablemente es quien perjudica mas la raíz dental ya que el ápice radicular y el periodonto asociado pueden experimentar una alta compresión por el estrés causado ante las fuerzas aplicadas en la corona. Estudios experimentales muestran que el proceso de reabsorción cuando va acompañado de movimientos del cuerpo dental causan menos daño al tejido duro que los movimientos de inclinación, ya que la concentración de las fuerzas por este movimiento es mayor y específicamente dirigida al ápice.
- Fuerza ortodóntica: las zonas de reabsorción están directamente relacionadas con la cantidad de estrés aplicado, por lo que al exceder las fuerzas ($>$ de 20-26 gm/cm²) se produce isquemia periodontal, induciendo la reabsorción radicular. La pausa en el tratamiento con fuerzas intermitentes disminuye la reabsorción de cemento para curar y prevenir futuras reabsorciones.
- Trauma oclusal: las fuerzas ortodónticas mal aplicadas pueden causar trauma oclusal e implicar una reabsorción radicular. Esto se puede

deber al uso de elásticos intermaxilares o por la utilización de aparatos removibles.

- **Extensión del movimiento dental:** Muchos creen que la reabsorción radicular esta directamente relacionada con la distancia a la que se mueven las raíces. La raíces de los incisivos maxilares se mueven más que las raíces de otros dientes; por lo que no es sorprendente detectar mayor pérdida apical en estos. Sin embargo Philips examinó diferentes tipos de movimientos dentales y Dermaut examinó el movimiento de intrusión, encontrando que no hay relación entre la extinción del movimiento radicular y la cantidad de pérdida radicular.

OTRAS CONSIDERACIONES

- **Vitalidad dental:** La vitalidad dental y el color no cambian aun en los casos de reabsorciones extensas. El movimiento ortodóntico puede causar disturbios en el flujo sanguíneo pulpar y raramente la necrosis pulpar se asocia a la reabsorción radicular. Se debe tener en cuenta que un diente con vitalidad pulpar se reabsorbe más que un diente con tratamiento endodóntico o necrótico. Esto se debe a que el diente vital contiene un complejo vasculonervioso que le da la capacidad de responder activamente ante las injurias provocadas en el tratamiento ortodóntico
- **pérdida de los tejidos radiculares.** Sin embargo la continua presión en estas áreas conduce a la reabsorción.

DIAGNOSTICO DE LA REABSORCION RADICULAR

Las radiografías son comúnmente usadas como diagnóstico en la reabsorción radicular, estas detectan el acortamiento radicular apical. Las técnicas más comúnmente usadas son la técnica de bisectriz, paralelismo, ortopantomograma, cefalograma y la miograma. A pesar de sus limitaciones la técnica de paralelismo es la más favorable para detectar y evaluar el grado de reabsorción radicular. La técnica periapical provee menos errores de distorsión y superimposición comparado con el ortopantomograma.

Es esencial tener un record radiográfico del pretratamiento para poderlo comparar con el postratamiento, esto debe ser acompañado de un control periódico radiográfico durante el tratamiento ortodóntico.

la reabsorción radicular es un fenómeno que en menor o mayor grado se manifiesta por tratamiento ortodóntico. Unas veces se presenta como un proceso normal que se genera en los dientes temporales dando paso a la dentición permanente, y en otras ocasiones en dentición permanente con manifestaciones internas o externas. El tratamiento ortodóntico requiere la reabsorción y aposición de hueso adyacente a la estructura radicular de los dientes. Se creyó durante muchos años que la estructura radicular no sufría las mismas remodelaciones que el hueso. Investigaciones más recientes han confirmado que cuando se aplican fuerzas ortodónticas se suele producir una agresión contra el cemento de la raíz, semejante al que sufre el hueso adyacente, pero también se produce una reparación de dicho cemento. Rygh y cols. Han demostrado que el cemento

adyacente a las áreas hialinizadas del ligamento periodontal queda marcado por este contacto y que los osteoclastos atacan este cemento cuando se separa del ligamento periodontal. Esta observación permite explicar porque una fuerza ortodántica intensa y continuada puede dar lugar a una grave resorci3n radicular. Sin embargo, incluso extremando el control de las fuerzas ortodánticas, es difcíl evitar la formaci3n de algunas zonas hialinizadas en el ligamento periodontal. Un examen cuidadoso de las superficies de las raíces de los dientes movilizados ortodánticamente revela la existencia de zonas separadas de reabsorci3n del cemento y la dentina de la raíz. Parece que el cemento es eliminado de la superficie de la raíz mientras actúa la fuerza activa, y posteriormente es restaurado durante los periodos de inactividad relativa. La reparaci3n de la raíz dañada no será posible solo si la agresión sufrida produce defectos importantes en el ápice, que en última instancia queda separado de la superficie radicular, es reabsorbido y no llega a ser reemplazado. La pérdida permanente de la estructura radicular como consecuencia del tratamiento ortodántico afecta fundamentalmente al ápice.

CARIES DENTAL

Es un proceso patológico que causa la destrucci3n de los dientes y es una de las enfermedades mas comunes en el ser humano; afecta principalmente los molares con mayor incidencia en los del maxilar superior y es la principal causa de perdida de piezas dentales

CAUSAS

En la formaci3n de caries intervienen distintos factores:

- Acci3n de microorganismos

- Fermentación de carbohidratos procedentes de la alimentación que se transforman en ácidos orgánicos y se adhieren a la superficie dental. Estos constituyen, junto con los microorganismos y sustancias de la saliva, la placa del diente, especialmente en las zonas que quedan fuera del alcance del cepillo de dientes.
- Composición y características de la saliva, que contiene o no determinados factores de protección.
- Factores de carácter racial y constitucional
- Hábitos alimenticios erróneos con excesivo consumo de monosacáridos tales como dulces, caramelos, chocolate, que se adhieren a la superficie del diente.
- Limpieza deficiente

La caries se inicia en la superficie del diente, en la corona o en la raíz, con la destrucción del esmalte y posteriormente progresa hacia el interior de la pieza dental. La inflamación del centro dentario llamado pulpa, motiva el dolor en el diente y puede dar lugar a periodontitis.

HIPERCEMENTOSIS

ETIOLOGIA

Se cree que se origine como consecuencia de traumas , enfermedades metabólicas y procesos inflamatorios periapicales que estimulen la producción de cemento.

Tambien conocida como hiperplasia del cemento. Es la formacion excesiva del cemento sobre la superficie de la raiz de un diente. Esta circuscrita a la mitad apical de la raiz pero en algunos casos, puede afectarla por entero. Casi siempre afecta a dientes vitales generalmente molares.

Radiograficamente se observa como un agrandamiento bulboso rodeado por un espacio periodontal continuo y sin interrupciones y una cortical alveolar normal. La encia radiografica del cemento hiperplasico es menor que la de la dentina.

En caso de dientes no vitales, la hiperplasia del cemento puede verse estimulada por la inflamacion cronica de la membrana periodontal.

TRATAMIENTO

La remocion de dichos dientes esta contraindicada, solo tienen importancia clinica si se los debe extraer por razones puramente dentales debido a que su extraccion representa un problema dificil.

CEMENTOBLASTOMA

El cementoblastoma benigno se considera como una verdadera neoplasia, constituida por tejido semejante al cemento.

Su origen es desconocido, aunque a veces puede deberse a un traumatismo cronico y a procesos infecciosos.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Este tumor afecta preferiblemente, a personas por debajo de los 25 años de edad; su localización mas frecuente es en la mandíbula, sobre todo en la región premolar y molar y siempre asociado a la raíz de un diente; crece con lentitud y provoca expansión de las láminas óseas externa y interna del hueso afectado. Trascurre, por lo general asintomático y solo puede dar molestias cuando alcanza un tamaño considerable.

Radiográficamente, la imagen corresponde a una masa de material radiopaco que presenta casi siempre una zona radiolúcida periférica, que está en relación con los tejidos que no se han mineralizado.

ANATOMIA PATOLOGICA

Microscópicamente muestra la presencia de masas o láminas de tejido calcificado, muy parecido al cemento que suelen disponerse en forma de cementículos voluminosos, que dejan ver líneas de aposición fuertemente basófilas. El componente de tejido blando lo constituye el tejido conectivo fibroso; en la periferia del tumor aparece por lo general una banda de tejido fibroso correspondiente a la capsula.

TRATAMIENTO

Anestesia

Excisión quirúrgica

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

El termino prostodoncia usado en odontología es una palabra que se refiere a la prótesis aplicada en zonas donde no hay piezas dentarias y cuyo fin es la reconstrucción de la función, ofrecer comodidad al paciente y devolver la estética a una parte del aparato estomatognatico.

La prótesis parcial removible puede estar soportada sobre pilares anteriores y posteriores, una prótesis dentosoportada, o solo pilares anteriores en cuyo caso se trata de una prótesis dentomucosoportada.

INDICACIONES

- ❖ Pacientes de edad avanzada
- ❖ Cuando existen grandes espacios desdentados
- ❖ Casos de excesiva pérdida ósea
- ❖ En casos de colocación de implantes
- ❖ Dientes con movilidad de tipo I generalizada
- ❖ Casos de extremos libre unilateral o bilateral

CLASIFICACION (según Edward Kennedy 1925)

CLASE I: desdentado bilateral posterior con extremo libre

CLASE II: desdentado unilateral posterior con diente remanente

CLASE III. Desdentado unilateral posterior con limitante a nivel mesial y distal

CLASE IV: desdentando bilateral anterior que cruza la línea media.

REGLAS DE APPLEGATE

1. Toda clasificación se confecciona después de efectuar las extracciones

2. Si un tercer molar esta ausente y por lo tanto no se reemplaza no debe considerarse una clasificación
3. Si un tercer molar esta presente y vamos a utilizarlo como pilar debe considerarse en el momento de la clasificación.
4. Si un segundo molar esta ausente y no a ser reemplazado por falta de antagonista no se le considera en la clasificación
5. El área o áreas posteriores son las que determinan la clasificación
6. Las zonas desdentadas distintas de las que determinan la clasificación del caso recibirán el nombre de zonas de modificación
7. Solo se considera el numero de zonas desdentadas no su extensión
8. En clase IV no hay modificaciones

COMPONENTES DE UNA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

- ❖ CONECTOR MAYOR: es el elemento principal del que parten todos los elementos secundarios.
- ❖ CONECTOR MENOR: son los que unen los elementos secundarios (apoyos oclusales, ganchos) al conector mayor.
- ❖ APOYOS OCLUSALES: son aquellos elementos que se apoyan sobre los descansos elaborados en los dientes o coronas coladas que evitan que el aparato se clave o se incruste en la encía cuando actúen las fuerzas masticatorias
- ❖ PLANOS GUIA: están situados en las caras proximales de los dientes junto a los espacios desdentados
- ❖ RETENEDORES DIRECTOS: son los ganchos. Su misión es impedir que el aparato se desprenda de su inserción

- ❖ BASE PROTESICA: es el elemento que lleva incorporados los dientes y puede apoyarse sobre la encía o sobre los dientes remanentes naturales.

TIPOS DE CONECTORES MAYORES PARA MAXILAR SUPERIOR

1. Barra palatina única
2. Banda palatina o barra palatina amplia
3. Barra palatina anteroposterior
4. Herradura o banda palatina anterior
5. Herradura cerrada
6. Placa palatina o paladar completo

CONECTOR MAYOR EN HERRADURA O BANDA PALATINA ANTERIOR

- ❖ INDICACIONES:

Cuando se reemplazan varios dientes anteriores

Cuando los dientes presenten enfermedad periodontal y necesiten estabilización

Cuando existe torus palatino

En casos de una sutura media prominente y dura

- ❖ CONTRAINDICACIONES:

Prótesis parcial removible con extensión distal

Cuando se necesita una buena estabilidad y esta solo se logre cubriendo el paladar por la presencia de zonas edentulas largas.

❖ VENTAJAS:

Puede reemplazar a otros conectores mayores cuando la línea de sutura media se encuentre muy profunda

❖ DESVENTAJAS:

Es un mal conector porque resulta flexible y sus movimientos pueden aparecer al final de la apertura

Da poca estabilidad en áreas posteriores

El metal es grueso en el área de las rugosidades

Su tamaño a nivel de la parte anterior de la boca da lugar a trastornos fonéticos y es causa de molestar en el paciente.

DETALLES ESTRUCTURALES:

Los bordes se deben colocar a 6 milímetros del margen libre de la encía, con un espesor uniforme.

Los bordes deben colocarse en los valles, entre las rugosidades.

Los bordes palatinos deben colocarse en las uniones vertical y horizontal de la superficie del paladar.

TIPOS DE CONECTORES MAYORES PARA MAXILAR INFERIOR

1. Barra lingual
2. Doble barra lingual o barra de Kennedy
3. Barra de Kennedy discontinua
4. Placa lingual
5. Barra labial
6. Swing lock

CONECTOR MAYOR BARRA LINGUAL

❖ INDICACIONES:

Debe usarse con la mayor frecuencia posible, a menos que otro conector proporcione mayor ventaja

En la mayoría de los casos se emplea la clase III de Kennedy

❖ CONTRAINDICACIONES:

Cuando la distancia entre el margen gingival y el piso de la boca es menor de 8 milímetros

Cuando esta presente un torus lingual que no se va a eliminar lo que impide la colocación de la barra

❖ VENTAJAS:

Cubre la menor cantidad de tejido

No esta en contacto con los dientes o los tejidos blandos

No permite que se acumule comida entre los dientes.

❖ DESVENTAJAS:

Si se construyo mal puede resultar flexible

A veces su escaso tamaño puede dar un conector mayor poco rígido.

DETALLES ESTRUCTURALES

Debe ser rígida, tener forma de media pera y medir 5 milímetros de anchura

El borde superior debe estar a 3 milímetros del margen gingival. Si existe recesión gingival debe ir a 3 milímetros de dicha línea

El borde inferior debe estar tan abajo como lo permitan los tejidos del piso de la boca cuando ejerzan su función.

TIPOS DE RETENEDORES DIRECTOS:

1. Circunferenciales :

Ackers simples y dobles

Gancho en horquilla

Gancho en anillo

Gancho en abrazadera

Gancho múltiple

2. Gancho a barra:

Gancho en T

Gancho en media T

Gancho en I

Gancho en Y

IMPLANTES DENTALES

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

FUNCIONES DE LOS IMPLANTES DENTALES:

- Pueden reemplazar a los dientes que no se renuevan.
- Pueden servir de apoyo a una dentadura completa, haciéndola más segura y confortable.

- Pueden sostener un puente fijo, eliminando 2 problemas: no usar dentadura removible y/o no tallar dientes vecinos.
- Pueden ayudar en el reemplazo de un solo diente, sin alterar los vecinos.

DESVENTAJAS:

El implante dental requiere una inversión de dinero mayor que una dentadura removible o un puente fijo convencional. Además requiere una inversión de tiempo que puede llevar de 3 a 9 meses desde que se inicia el tratamiento hasta que se finaliza. Si usted considera el tiempo que puede durar un implante, la inversión en tiempo es razonable. Como cualquier procedimiento de cirugía, los implantes dentales encierran riesgos de infección. Ocasionalmente se puede perder alguno y necesite ser reemplazado.

VENTAJAS:

Para algunas personas, sobre todo aquéllas con dentadura postiza floja o mal ajustada debido a los rebordes planos, o personas que hayan perdido varios dientes y que necesiten un soporte para las coronas y los puentes, los implantes pueden ser considerados como la alternativa más apropiada, en lugar de la dentadura postiza, para arreglar la apariencia que dan los dientes faltantes. De acuerdo con la Academia Americana de Prostodoncias de Implantes (American Academy of Implant Prosthodontics), los implantes ayudan a:

- Reducir el movimiento de las dentaduras postizas, los puentes y, o las coronas.

- Facilitar la masticación adecuada.
- Brindar soporte y estabilidad mejorada para las dentaduras postizas removibles o los puentes fijos.
- Acercarse a la "sensación" de dientes naturales mejor que las dentaduras postizas.
- Promover la "autoestima gracias a las ventajas de tener una dentadura postiza" ya que el habla y la apariencia a menudo mejoran.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ **GUYTON**, Arthur tratado de fisiologia medica, 9 ed. 1997.,
- ❖ **GENCO**, GOLDMAN, COHEN . Periodoncia 4 ed. 1994.
- ❖ **WALTON**, Richard. Endodoncia, principios y practica clínica. 2 Edición
- ❖ **BAKLAND**, Ingle. Endodoncia. 4 edicion
- ❖ **REGETZI**. SCICUBA. patología bucal. 4 edición.
- ❖ **STAFNE**, Gibilisco. Diagnostico radiológico en odontología 5 edición.
- ❖ **QUINTERO**, Alfredo. Analisis y diseño biomecanico de la restauracion parcial removable. 1 edicion 2000