

**REPORTE DE CASO CLINICO
ODONTOLOGIA INTEGRADA
X SEMESTRE**

**OSCAR ANTONIO DUQUE
ANDREA PATRICIA GARCIA
SANDRA GISELLA GUAQUETA
SANDRA MILENA ROMERO
OMAR ALEXANDER ROSAS**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
Bogotá, Octubre de 2003**

REPORTE DE CASO CLINICO
ODONTOLOGIA INTEGRADA
X SEMESTRE

INTEGRANTES:

OSCAR ANTONIO DUQUE
ANDREA PATRICIA GARCIA
SANDRA GISELLA GUAQUETA
SANDRA MILENA ROMERO
OMAR ALEXANDER ROSAS

PRESENTADO A:

Dra. NERY VILLOTA

Jefe X semestre

Docente de odontología integrada

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

Bogotá, Octubre de 2003

Para realizar el reporte de caso clínico se elige al paciente Daniel Guillermo Alfonso Quintero quien voluntariamente acepta colaborar para que dicho trabajo pueda ser realizado.

A continuación se describe el resumen de la historia clínica del paciente:

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE: Daniel Guillermo Alfonso Quintero

EDAD: 35 años

SEXO: masculino

RAZA: mestizo

ESTADO CIVIL: casado

OCUPACION: comerciante

EXAMEN FÍSICO

PESO: 100kls

TIPO DE SANGRE: O positivo

ESTATURA: 1.82 mts

TEMPERATURA: 36 grados centígrados

PRESIÓN ARTERIAL: 110/75 mm de Hg

ANAMNESIS

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre con HTA controlada

Madre Cx colesistectomía

ANTECEDENTES PERSONALES.

Paciente con hipoglucemia controlada con dieta.

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS:

No refiere

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

1. Anestesia local sin complicaciones, no reporta hemorragia postexodoncia.
2. Tratamientos recibidos: prevención, periodoncia, operatoria, cirugía, endodoncia, prostodoncia.

REPORTE DE HIGIENE ORAL

Considera su higiene oral regular, realiza 1 cepillado oral diario, utilizando solamente cepillo y crema dental.

HISTORIA ESTOMATOLOGICA

No hay presencia de dolor en músculos masticadores.

No presenta dolor ni ruido en ATM.

No presenta alteraciones en movimientos, hábitos o xerostomía.

No existe dolor o ardor entejados blandos.

Presenta desarmonias oclusales, odontalgia, sangrado gingival y halitosis.

EVALUACION DE TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS

Encontramos normales los labios, carrillos, surco vestibular, paladar duro y blando, lengua, glándulas salivales, piso de boca y frenillos.

Presenta anormalidad en gingiva (gingivitis generalizada), reborde alveolar con (colapso óseo tipo III localizado en el sextante 2), amígdalas ausentes por cirugía.

EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR

No reporta dolor en músculos masticadores, no reporta ruido articular en ninguna ATM, movimientos mandibulares normales, sin desviación en la apertura.

EXAMEN DENTARIO

Clasificación de Angle no aplicable, arcos dentarios ovalados.

Presenta simetría facial, overbite y overjet de 2mm, línea media desviada 2 mm a la derecha, no presenta apiñamientos ni diastemas. Se ubican facetas de desgaste en 35,34,33,32,31,41,42,43,44,45,15,24.

Ausencias dentarias de 18,17,15,12,11,21,22,26,27,28,38,37,36,48

Primer contacto dentario 24/35

Lateralidad derecha 13/43 sin interferencia en balanza

Lateralidad izquierda 23/32 sin interferencia en balanza

EXAMEN PERIODONTAL

Encía, margen, consistencia, textura, grosor, contorno, papilas, y

Encía adherida anormal. Existe presencia de cálculos supra e infra gingivales, sangrado, exudado localizado en sector anterior superior, movilidad dentaria de dientes superiores y fremito.

Además se observa clínicamente compromiso de furca en el 16, sondajes y niveles de inserción mayores a 4 mm con presencia de recesiones gingivales.

ODONTOGRAMA

18 ausente	28 ausente
17 ausente	27 ausente
16 amalgama oclusal desadaptada	26 ausente
15 amalgama oclusal desadaptada	25 destrucción coronal extensa
14 ausente	24 amalgama oclusal desadaptada
13 pilar de fija	23 pilar de fija
12 pontico	22 pontico
11 pontico	21 pontico
48 ausente	38 ausente
47 amalgama oclusal adaptada	37ausente
46 ausente	36 ausente
45 caries oclusal	35 caries oclusal
44 sano	34 caries oclusal
43 sano	33 sano
42 sano	32 sano
41 sano	31 sano

ANALISIS RADIOGRAFICO

El análisis del estudio periapical completo reporta:

En zona de anteriores superiores presenta estructuras anatómicas espina nasal anterior, espacio de fosas nasales espacio del agujero naso palatino, pared anterior del seno maxilar, normales. Anodoncia de 11,12 ,21 , 22. Perdida ósea a nivel mesial y distal del 13 y mesial del 23, zona radio opaca a nivel de la raíz del

23 compatible con tratamiento convencional de conductos, zona radio opaca a nivel coronal compatible con prótesis parcial fija de 13 a 23.

En zona de premolares superiores derechos presenta espacio de seno maxilar, piso de seno maxilar normales. Anodoncia del 14. Pérdida de ósea a nivel mesial del 15 de más de 2/3 de la raíz y 1/3 a nivel distal una zona radio opaca a nivel coronal compatible con restauración.

En zona de molares superiores derechos presenta espacio de seno maxilar, piso de seno maxilar, la "u" del malar, tuberosidad del maxilar, normales, anodoncia de 16, 18, pérdida de altura ósea de un tercio de la raíz a nivel mesial y distal del 16

En zona de premolares superiores izquierdos presenta espacio de seno maxilar, piso de seno maxilar, normales. El 24 presenta pérdida de altura ósea más de un tercio de la raíz, una zona radio opaca a nivel coronal compatible con restauración; A nivel del 25 presenta una zona radio lúcida a nivel peri apical compatible con posible periodontitis apical crónica y una pérdida de altura ósea de más de 1/3 de la raíz a nivel mesial y distal.

En zona de molares superiores izquierdos presenta espacio de seno maxilar, tuberosidad del maxilar, parte de la rama ascendente de la mandíbula, normales, presenta una neumatización del seno maxilar, anodoncia de 26, 27, 28.

En zona de anteriores inferiores presenta una zona radio opaca a nivel apical de 31 y 41 compatible con apófisis geni, presenta una pérdida ósea de 1/3 de la raíz de 33, 43, y una pérdida ósea de 2/3 de 32, 31, 41, 42.

En zona de premolares inferiores izquierdo presenta una pérdida ósea de 1/3 de la raíz a nivel mesial y distal de 34, 35.

El 35 presenta una lesión radio lúcida a nivel apical compatible con periodontitis apical crónica

En zona de premolares inferiores derechos presenta una zona radio lucida a nivel apical de 45 compatible con agujero mentonero, presenta perdida ósea a nivel distal del 45, una zona radio lúcida a nivel coronal compatible con caries, 44 presenta perdida ósea de 1/3 de la raíz.

En zona de molares inferiores derechos presenta anodoncia del 46, una zona radio opaca este nivel compatible con un resto apical del 46, el 47 presenta una meso angulación y una zona radio lúcida a nivel coronal compatible con restauración.

INTERCONSULTAS REALIZADAS

1.CIRUGIA :sugiere realizar remodelado óseo y de tejidos blandos posterior a las exodoncias método cerrado de los dientes del maxilar superior .Se indica premeditar al paciente antibiótico tipo amoxicilina desde el día anterior a la cirugía y realizar enjuagues con clorexidina como mecanismo terapéutico prequirúrgico y también irrigar intrasurcularmente agua oxigenada con presión a chorro para actuar sobre bacterias anaerobias presentes a nivel de caninos contribuyendo así al mejoramiento de la encía y facilitando el proceso de sutura posterior a la exodoncia y favoreciendo la cicatrización.

A continuación se hará referencia de los diagnósticos, etiologías y pronóstico encontrados en el paciente:

	DIAGNOSTICO	ETIOLOGIA	PRONOSTICO
Generales	Hipoglicemia controlada	Alteración Pancreática	Favorable .
Craneomandibular	-Desorden craneomandibular de tipo adquirido denominado desarmonía oclusal. -Bruxismo.	-Ausencias Dentales - Hiperactividad, Desarmonías oclusales y estrés.	Favorable.
Tejidos blandos y óseos	-Mácula melanótica bucal o melanosis focal. -Colapso alveolar tipo III.	Desconocida o por traumatismo. Fracturas de tablas óseas por Exodoncias Traumáticas.	Favorable. Reservado.
Periodontales	Periodontitis crónica generalizada.	-Disminución de higiene oral. Presencia de Placa Bacteriana y Cálculos.	Reservado.

Dentales	-Ausencias dentales No.18, 17, 15, 12, 11, 21, 22, 26, 27, 28, 38, 37, 36, 46, 47. -Caries activa Cavitada dientes No.25,34,45. Caries recurrente dientes No. 16,15,24. Fractura radicular no complicada de 23	-Enfermedad periodontal -Dieta multifactorial, presencia de placa bacteriana, deficiente higiene oral. -Restauraciones desadaptadas y microfiltración -Traumatismo	- Reservado.
Endodónticos	-Periodontitis apical crónica no supurativa diente No. 15 -Pulpitis irreversible diente No. 34 y 45	-Necrosis pulpar por caries extensas. -Caries extensa con compromiso pulpar.	- Favorable

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

1. PERIODONCIA: TBP, injertos óseos, membranas
2. CIRUGIA: Exodoncias método abierto 13, 14, 15,23, 25, 26 con remodelado óseo y de tejido blandos
3. ENDODONCIA: tratamiento convencional de conductos de 34 y 45
4. OPERATORIA: obturación en amalgama del 35
5. PROSTODONCIA :retenedor intraradicular de 34 y 45, corona completa combinada con preparación para removible en 34 y 45 colocación de implantes en el maxilar superior, prótesis total sobre dentadura , prótesis parcial removible inferior,
6. terapia de soporte periodontal

TRATAMIENTO A REALIZAR

1. Terapia básica periodontal
2. exodoncias método cerrado de 15,14,13,23,25,26, con posterior remodelado óseo y de tejidos blandos a campo abierto de todo el sector anterior superior, exodoncia método cerrado de 31 y 41.
3. Tratamiento convencional de conductos de 34 y 45.
4. Operatoria amalgama oclusal del 35
5. Prostodoncia: Retenedor intrarradicular del 45 y 34,corona completa combinada con preparación para removible del 45 y 34;prótesis total superior, prótesis removible inferior
6. Terapia de reevaluación periodontal.

MARCO TEORICO

Las enfermedades periodontales han sido clasificadas en diferentes oportunidades, permitiendo estudiar científicamente la etiología, patogénesis y tratamiento usando un lenguaje común y universal. la última publicación de la clasificación de los desordenes periodontales fue realizada por la Academia Americana de Periodoncia en 1999.(Montoya. C).

La periodontitis crónica generalizada es una entidad infecciosa crónica que produce una inflamación de los tejidos de soporte dental en cuya progresión produce pérdida de inserción periodontal debido a la destrucción del ligamento periodontal y disminución de la cresta de la altura ósea. Se presenta en dos formas según su extensión, siendo localizada o generalizada cuando el número de superficies dentales afectadas supera el 30% afectando generalmente a adultos entre 30 y 65 años de edad. Se le consideran tres categorías de severidad:

*LEVE: pérdida de 1-2 mm de inserción.

*MODERADA: pérdida de 3-4 mm de inserción.

*SEVERA: pérdida de 5 mm o más de inserción.

Caracterizada por pérdida clínica de inserción, pérdida de hueso alveolar presencia de bolsas periodontales, inflamación gingival, hemorragia, movilidad dental, cálculos supra y subgingivales, relacionada directamente con la presencia de factores locales contribuyentes, posee un patrón microbiológico variable(porfiromona gingivalis, actinomicetes actynomicetecomitans, bacterioides forsitus, prebotella intermedia, campilobacter rectus, fusobacterium nucleatum, espiroquetas entre otras). El patrón de progresión va de lento a moderado y

puede estar asociada a enfermedades sistémicas, a factores como el estrés y al cigarrillo. (<http://www.encolombia.com/odontología/foc>).

PRÓTESIS ORALES

Son elementos artificiales confeccionados en el laboratorio que se deben usar por la pérdida de dientes debido a diferentes causas siendo las más frecuentes la caries, la enfermedad periodontal, traumatismos y tumoraciones, agenesias o inclusiones, supliendo la función de los mismos. La falta dental produce un déficit en la eficacia masticatoria, en la estética y en la fonación, además se producen desordenes en la conformación de las arcadas (dignasias), se forman diastemas, se producen giroversiones, extrusiones desencadenando un problema de tipo articular. Estas pueden ser removibles o fijas y según su área de apoyo pueden ser mucosoportadas, dentosoportadas o mucudentosoportadas. (<http://www.odontocat.com>)

PRÓTESIS TOTAL O MUCOSOPORTADA

Se usa en pacientes desdentados totales en los que se incluyen todas las piezas dentarias, en éstas se suelen colocar 14 dientes por arcada, el soporte se basa en el contacto directo de la mucosa con la prótesis coadyudada por la fuerza de fricción entre la saliva mas el acrílico y la extensión adecuada de la prótesis. La estabilidad de la prótesis depende de diferentes factores como son: forma y morfología de las arcadas, musculatura e inserciones a veces estas fuerzas hacen expulsiva a la prótesis, el contacto bilateral balanceado disminuyen las fuerzas mal

equilibradas y las alergias a los materiales de la prótesis y las enfermedades orales disminuyen su pronóstico. (www.odontocat.com)

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Son prótesis dentomucosoportadas, se las llama parciales porque no faltan todos los dientes. El diseño permite que el paciente pueda colocarlo y removerlo cuando lo desee. (www.odontocat.com)

Sus principales componentes son:

- *conector mayor: a el se unen todos los elementos de la prótesis.
- *conectores menores: unen todos los elementos de la prótesis al conector mayor.
- *Apoyos: van ubicados sobre los dientes en cavidades preparadas llamadas lechos, evitando que la prótesis se intruya.
- *Retenedores rodean la pieza dentaria sujetando l a estructura de la prótesis evitando que esta se desaloje.
- *Base protésica: sobre esta se apoyan los dientes artificiales.

El objetivo principal de realizar una prótesis parcial removible es eliminar las patologías presentes, preservar las estructuras presentes y remplazar las estructuras faltantes, restaurando las funciones orales con resultados estéticamente aceptables.

Está indicada en pacientes mayores de 20 años, en grandes espacios desdentados y en casos de grandes pérdidas óseas, en todos los casos de extremos libres uni o bilaterales.

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, Edward (1925)

I: Desdentado bilateral posterior a extremo libre.

II Desdentado unilateral posterior a extremo libre.

III Área desdentada unilateral posterior con dientes remanentes a lado y lado de la zona edéntula.

IV. Área desdentada anterior que compromete la línea media.

REGLAS DE APPLEGATE

1. Toda clasificación se realiza después de realizar las exodoncia necesarias.
2. Si un tercer molar no será remplazado no se tienen en cuenta para la clasificación.
3. Si un segundo molar está ausente y no será remplazado no se tiene en cuenta para la clasificación.
4. El área desdentada más posterior es la que determina la clasificación zonas distintas se denominan modificaciones.

RETENEDORES INTRARADICULARES

Puede definirse como un poste metálico intrarradicular con una extensión hacia coronal sustituyendo la estructura dental perdida, cuyo resultado es una preparación de morfología convencional. Su única función es dar soporte y retención a una corona, está indicado cuando existió pérdida de estructura dentaria por trauma,

restauraciones previas o por caries, se contraindica cuando la longitud radicular no es adecuada o cuando las paredes son muy delgadas.

RETENEDORES EXTRACORONALES

Es un tipo de restauración que cubre todas las superficies de la corona del diente, se conocen como coronas completas y son fabricadas en diferentes materiales como son la completa metálica, la completa metal-cerámica, y la totalmente cerámica.

Está indicada cuando existe caries extensas, grandes restauraciones defectuosas, dientes fracturados, cuando se requiere cambiar la anatomía, para corregir planos axiales y para servir de anclaje a una prótesis parcial removible.

IMPLANTES

Requisitos de espacios para la colocación de implantes:

Dentro del arco dentario se debe crear el espacio mesiodistal y vertical tanto a nivel de la corona como a nivel de las raíces para alojar el implante, el soporte y los componentes restauradores. Cada sistema de implante tiene pequeñas diferencias en las dimensiones, por lo cual el Cirujano y el Odontólogo restaurador deben prevenir sobre el requerimiento de espacio. Como guía general como mínimo se requiere 1 mm de soporte óseo a cada lado del implante. Para implantes angostos (3.25 mm a 3.3 mm) se requiere un mínimo de 5.5. mm, mientras que implantes de mayor diámetro 3.75 mm, necesitan un espacio de 6.5.

mm a 7.0 mm. También es importante reconocer las dimensiones de los sopores pilares de conexión, usualmente son más anchos que los diámetros de los implantes y pueden interferir con el ancho biológico mínimo para la formación del tejido blando interproximal. Para evitar lesiones en los dientes cudyacentes es deseable una pequeña divergencia radicular de los dientes adyacentes. Debido a limitaciones de espacio, los incisivos centrales inferiores y en la mayoría de los casos, los incisivos laterales inferiores, no serán reemplazados con implantes.

AMIGDALECTOMIA

Amigdalectomia: Extirpación de las amígdalas.

Las amígdalas son un acumulo de tejido linfático situado en ambos lados de la garganta, que intervienen en la lucha contra la enfermedad en etapas tempranas de la vida.

La amigdalectomia es necesaria cuando el tratamiento de la amigdalitis recurrente con medicamentos y otras medidas de soporte no es eficaz.

Las indicaciones para la cirugía son:

- Gran tamaño de las amígdalas que pueden interferir en la respiración.
- Infecciones recurrentes de garganta
- Si en un período de 2 años, se presentan de 3 a 5 brotes de amigdalitis anuales.
- Antecedente de absceso periamigdalár
- Cuando la amigdalitis es causa de convulsiones febriles, de otitis o rinitis.

Dicha intervención es realizada por un otorrinolaringólogo.

HIPOGLICEMIA

Es la baja concentración de glucosa en la sangre, cuando la proporción oscila entre 0.06 y 0.04 %, aparecen características como el hambre, nerviosismo, vértigo, sudor y flucción de la cara.

PULPITIS IRREVERSIBLE

Es una inflamación grave, incluso aunque se elimine la causa. La pulpa progresa de manera lenta o rápida hacia la necrosis.

Síntomas: secuela de Pulpitis irreversible

- Se asocia con episodios intermitentes o continuos de dolor espontáneos, sin estímulos externos.
- El dolor puede ser agudo, sordo, localizado o difuso, y puede durar sólo unos minutos o hasta horas.
- El dolor pulpar es más difícil de localizar que el perirradicular.
- La aplicación de estímulos externos como calor y frío produce un dolor prolongado . la aplicación de calor produce una respuesta inmediata, la aplicación de frío en ocasiones en los pacientes con Pulpitis irreversible, doloroso produce vasoconstricción, una baja en la presión pulpar y un alivio subsecuente del dolor.

Pruebas: el diente responde entre los límites normales a la palpación y a la percusión.

Tratamiento: TCC

Bibliografía: Endodoncia Principios y Práctica

Walton- Torabinejos

Mc Graw Hill- Segunda edición. México

BIBLIOGRAFIA

- Actualización de elementos de Dx y clasificación de las enfermedades periodontales. Dr. Carlos Montoya B. 2000. www.webodontologica.com
- www.wncolombia.com/f-odontologica.htm Enfermedad periodontal: una nueva clasificación. Cesar A. Olarte y Claudia Jovena Ortega. Revista de la Federación Odontológica Colombiana. Marzo – Julio 2001.
- The American Academy of Periodontology International Workshop for a clasification of periodontal disease and contitions annals of periodontology 1991:4:1
- Revista internacional de Odontología restauradora y periodoncia,, 2002, 6(4) www.ucm.es/BUCM/Compludoc/S
- Especialidades Prótesis www.odontocat.com/protesiscast.htm
- clinica dental Dr. Micaie www.drmmical.com
- www.igb.es/patología/E09-001.htm
- Endodoncia Principios y Práctica Edición II. Editorial Mc Graw Hill. Walton Torainejad. Cap. 3, Pág, 31.
- Patología BUCAL Regezi Sciubba Edición III. Editorial Mc Graw Hill. Cap. 5 Pág. 149.
- Patología Humana Kumar Coitran Robbins Edición V. Editorial Mc Graw Hill. Cap. 17. Pág. 607.