

**CASO CLÍNICO**

**INTEGRANTES  
PAOLA ANDREA DE LA ROSA DIAZ  
ANGELA LILIANA GRACIA MORA  
RODRIGO JIMÉNEZ CASTILLO  
JULIO ZAMBRANO NIETO**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO  
X SEMESTRE  
BOGOTA, D.C., ABRIL DE 2004.**

**CASO CLÍNICO**

**INTEGRANTES  
PAOLA ANDREA DE LA ROSA DIAZ  
ANGELA LILIANA GRACIA MORA  
RODRIGO JIMÉNEZ CASTILLO  
JULIO ZAMBRANO NIETO**

**PRESENTADO A  
Dra. NERY VILLOTA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO  
X SEMESTRE  
BOGOTA, D.C., ABRIL DE 2004.**

## INFORMACION GENERAL

Nombre: Marco Antonio  
Apellidos: Mora Martínez  
C. C : 1905566 Bogotá  
Edad: 55 años  
Raza: Mestiza  
Sexo: Masculino  
Ocupación: Docente (Ing. Civil)  
Escolaridad: Magister Ing. Civil

## MOTIVO DE CONSULTA

Paciente refiere: "Vengo a que me coloquen la corona de este diente" señalando el diente # 11

## HISTORIA MEDICA

### Antecedentes familiares:

Paciente refiere que su padre falleció hace 22 años por cáncer en el estomago y su madre falleció hace 10 años por cáncer en el esófago

### Historia médica personal:

Paciente no reporta enfermedades de compromiso sistémico alguno, ni alergia a medicamentos.

### Antecedentes psicológicos:

Paciente no reporta antecedentes psicológicos alguno.

## EXAMEN FISICO

Presión arterial: 130/80 mmhg  
Pulso: 72 pulsaciones por minuto.  
Frec/ Cardíaca: 72 latidos/minuto  
Temperatura: 36,5°C  
Peso: 70 K

## HISTORIA DENTAL

## TRATAMIENTOS RECIBIDOS

Periodoncia: terapia básica y profilaxis.  
Cirugía oral: exodoncias dientes 45, 46,47, 48, 37, 38,26.28.24 y 18.  
Endodoncia: T.C.C. del 14, 12,14, 21, 25 y 44  
Operatoria: AG: 17(O), 15(OMD), 27(O), 34(OD).  
Resina 13(PMYV), 22 Resina PMYV)  
Prostodoncia: Cantileever 43, 44, pónico 46  
CCC 14, CCC 12, CCC 21, PPF 23-25  
Incrustación onlay: 16, 36.  
Núcleos: 12,14, 21, 25, 44.

## FISIOTERAPIA ORAL

Frecuencia de cepillado: 2 veces al día  
Técnica: De Barrido  
Tipo de cepillo: De adulto de cerdas duras  
Dentífrico: Colgate  
Seda dental: 2 veces al día  
Ayudas interproximales: No utiliza  
Enjuagues: Listerine control cálculo

## EXAMEN CLINICO EXAMEN CRANEOMANDIBULAR

Línea  $\frac{1}{2}$  dentaria: desviada derecha.  
Clasificación de Angle: No aplicable.  
Lateralidad derecha: 13, 43  
Lateralidad izquierda: 23, 33.  
Overbite: 1mm.  
Overjet: 1 mm.  
Protrusión: 4 mm.  
Apiñamiento: no presenta  
Facetas de desgaste: 31, 32, 33, 41, 42, 43.  
Ausencias dentarias: 18, 28, 46, 47, 48  
Diastemas:  
Dimensión vertical O: 56 mm  
Dimensión vertical P: 58 mm  
Espacio libre: 2 mm

## HISTORIA ESTOMATOLOGICA

Dolor músculos masticatorios: No  
Dolor ATM: No presenta  
Ruido ATM: No presenta  
Alteración Movimiento: No presenta  
Desarmonías oclusales: si.  
Coronas Cantiliver  
P.P.F Incrustaciones Onlay

Hábitos: bruxismo  
Xerostomía: No  
Odontología: No  
Dolor/ ardor T. Blando: No  
Sensibilidad dentaria: En ocasiones a cambios térmicos como el frío hacia la parte cervical, cuello de los dientes.  
Sangrado gingival: si presenta al cepillado  
Halitosis: No presenta

## EXAMEN PERIODONTAL

### INTERPRETACION RADIOGRAFICA.

#### ETIOLOGIA:

Desarmonias oclusales

Restauraciones desadaptadas.

Placa bacteriana - factores retentivos de placa bacteriana.

### DIAGNOSTICO DEFINITIVOS

Dx Generales: paciente aparentemente sano.

Dx Craneomandibulares: tipo desarrollo y crecimiento de tipo hiperactividad muscular.

Dx Periodontal: gingivitis inducida por placa bacteriana

Dx dentales: Caries secundaria AG del 17(O), 15(OMD), 34(OD), Resina 22 (MP-V)

Dx endodonticos: Cirugía endodóntica apical del 21.

### PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

Periodoncia: Terapia básica y profilaxis.

Operatoria: Ag 17 (o),15(omd),27(o),34(od)

Resinas 13(pmv),22(pmv)

Prostodoncia: retenedor intrarradicular 11

Corona completa combinada 11

Corona completa combinada 35 con preparación para removible, prótesis parcial removible inferior.

### TRATAMIENTO A REALIZAR

Periodoncia: Terapia básica, profilaxis.

Operatoria: AG 17, OMD 15, O 27, OD 34

Resina PM-V 22

Prostodoncia: Núcleo intrarradicular del 11, corona completa combinada 11 con cara palatina metálica, corona completa combinada del 35 con cara oclusal metálica.

### BIBLIOGRAFIA.

David L. Kutit D D S, MS. Tylmans,  
Teoría y practica en Prostodoncia fija.  
Universidad de corona del norte.

WFP MALONE DDS MS PITD  
Universidad del sur de Illinois.

Herbert T. Shillingburt, JR DPS Suming  
Hubo DDS MDS Phd Jowell D.  
Wkiset, DDS Richard, Jacob, DDS,  
Susan E. Brackett, DDS MS  
*Fundamentos Esenciales en prótesis fija 3a edición.*  
Editorial Quintessense Publishing.co. inc. Pag 194 a 197

Ernest Malla Desplast Thomas  
P. Keoging. Protesis parcial remobible.  
Clinica y Removible de Mosby / Dayinma.

## **PROSTODONCIA FIJA**

Reemplazo o cambio artificial de estructuras dentales orales por fijos artificiales.

Corona Individual: Son aquellas que van a restaurar en forma función a una estructura faltante de un diente.

Línea de Terminación : Lugar en donde se une la restauración y el diente. La línea de terminación se da de acuerdo al diente que estemos restaurando. La línea de terminación adopta su nombre según el tipo de fresa que utilizemos de igual la fresa nos da la profundidad (fresa troncocónica punta plana.).

Hay varios tipos de retenedores:

De acuerdo al sitio y al uso:

- Extracoronal: Fura de la corona
- Núcleo: Retenedor intrarradicular.
- Retenedores mixtos
- Retenedores accesorios

### **Tipos de retenedores**

La preparación dentaria va de acuerdo al tipo de retenedor.

Una preparación es el desgaste selectivo de la estructura dentaria con fin protésico.

Retenedores de 5 tipos:

1. Retenedor Extracoronal: Se llama así porque las paredes que basan su retención son las externas del diente y son preparaciones completas.
2. Retenedores Intracoronarios: Basan su retención en la paredes internas del diente similar a una reestauración en amalgama.
3. Retenedores mixtos o parciales: Basan su retención en paredes internas y externas y son incrustaciones onlays.
4. Retenedores intrarradiculares: Basan su retención en la raíz.
5. Retenedores accesorios: Pueden ser para prótesis removible, para descansos en removible y los implantes.

Retenedores extracoronaes:

Indicaciones: Destrucción coronal extensa, grandes restauraciones defectuosa, dientes facturados, cuando se requiere cambio de anatomía de diente, anclaje para PPR

### **Contraindicaciones.**

Cuando se puede realizar otro tipo de restauración y enfermedad periodontal no tratada.

## Corona Completa Combinada

### **Indicaciones**

Diente que requiere un cobertura completa

Dientes anteriores

Estética .

Extensión coronaria extensa

### **Contraindicaciones**

Dientes con caries activa

Enfermedad periodontal no tratada

Cámara pulpar muy amplia

Incrustaciones

Inlay:

### **Indicaciones**

Caries activa o, op de una pared

Suficiente tejido sano remanente cambiar de planos de ocusion

Cambiar puntos de contacto

Contraindicaciones

Onlay

Prepara para desgastar la cúspide funcional

### Concepto de Núcleo.

Cuando destrucción coronaria y el diente ha sido tratado endodónticamente, se confecciona un muñón con prolongación intrarradicular o espigo para cementarlo y una vez fijo, se elabore sobre éste núcleo una restauración individual tipo de corona completa combinada o corona fundada de porcelana. Un núcleo adecuado sobre una raíz sana sirve como anclaje en prostodoncia parcial fija.

### Requisitos de la raíz

La raíz debe poseer unas condiciones muy favorables para que el núcleo planeado tenga un pronóstico bueno. Los principales requisitos son:

Debe tener un tratamiento de conducto muy bien efectuado y obturado con conos de gutapercha.

Debe ser recta por lo menos en sus 2/3 cervicales.

Suficientemente larga respecto de la longitud de la coronal.

Periodontalmente sana. Aquí el criterio clínico personal determina la aprobación o no de la raíz para ser tratada.

### **Indicaciones**

Dientes con destrucción normal previo tratamiento de endodoncia.

En casos de caries múltiples en dientes que se van a utilizar como pilares en prótesis parcial fija.

En dientes desvitalizados con tratamiento endodóntico efectuado, que vayan a emplearse como pilares de un puente fijo es aconsejable diseñar un núcleo para recibir el retenedor.

Especialmente indicado para dientes anteriores y bicúspide superiores e inferiores. En molares también se confeccionan núcleos pero, en general mientras sea posible se prefiere hacer estructuras coronales de amalgama o resina con pines de retención, sobre los cuales una vez hecho un tallado adecuado se confecciona una corona.

### **Contraindicaciones**

En dientes imposibles de tratar endodónticamente.

Raíces corta y curva.

En raíces con patología periodontal y periapical.

### **Preparación**

En general la preparación intra-radicular para elaborar un núcleo, sigue los mismos pasos y utiliza el mismo instrumental que para la preparación para la

corona Richmond. Sin embargo incluye modificaciones y otros procedimientos para la elaboración en posteriores. Los cuales son:

Remoción total de caries y dentina reblandecida conservando la mayor cantidad posible de tejido coronario, de modo tal, que entre a formar parte del muñón. Esto se hace con el objeto de dar mayor resistencia a la raíz y para facilitar la adaptación del retenedor al muñón, ya que la dentina es un tejido más elástico permitiendo un ajuste mejor de un elemento rígido como el colado.

Obtención del contorno, altura y planos vestibular y palatino de la cara radicular. Todos los desgastes se hacen con piedras y con fresas de alta y baja velocidad.

Biselado del borde gingival.

Desobturación y profundización intrarradicular de acuerdo a los pasos ya descritos por la corona Richmond.

Obtención de paredes expulsivas, forma ovalada en sentido V-L y biselado del borde de entrada al conducto.

En molares la preparación intrarradicular es más cuidadosa; siempre se debe tener muy presente la dirección de las raíces para evitar perforaciones.

Métodos para la obtención del patrón

Existen 2 métodos para obtener el patrón de un núcleo: DIRECTO e INDIRECTO

Para el método DIRECTO se emplean esencialmente dos materiales: cera tipo 1 para incrustaciones ver conferencias Preclínica 1, ceras para colados, profesor Dr. Humberto J. Guzmán B, 1976 y resina acrílica del tipo Duralay. Esta se presenta en forma de polímero y monómero que al mezclarse polimeriza rápidamente facilitando la manipulación y tallado. Es de color rojo que contrasta muy bien con los tejidos dentarios.

El método Directo con cera se puede hacer en dos formas:

Con cera plastificada sola. Se aísla el conducto con agua un separador adecuado para que no se pegue la cera. Sometemos al calor homogéneo una barrita, la ablandamos y estiramos dándole forma en punta para que quepa dentro de la preparación radicular.

Estando plastificada y en posición la presionamos fuertemente para que copie las paredes del conducto.

Luego con espátula se talla el muñón y queda listo para ubicar el perno y retirar y revestir inmediatamente.

El segundo método con cera se hace utilizando alambre de acero y cera pegajosa, se aísla el conducto se corta un alambre con una longitud igual a tres veces la de la corona, se afina la punta y se le hacen muescas con discos de carburando para dar mayor retención a la cera. Se coloca cera pegajosa en toda la porción

radicular a continuación, plastificamos cera tipo I y la introducimos dentro del conducto. Se calienta ligeramente el alambre y se introduce dentro de la cera del conducto. En seguida confrontamos la fidelidad de la impresión en cera retirando el alambre. Se lleva de nuevo a posición a confeccionar el muñón.

El método DIRECTO con resina Duralay es semejante al anterior. En este caso a cambio del alambre se emplean pernos plásticos prefabricados y como aislante una sustancia que trae también el estuche de la resina. Desgastado y ajustado al perno a la preparación intrarradicular se prepara la resina y en estado plástico se adosa al perno para llevarlo a posición dentro del conducto de manera que, al polimerizar se obtiene una fiel copia del canal radicular. Si llegara a faltar se prepara más resina y se agrega llevando a posición nuevamente por un par de minutos. En la parte correspondiente al muñón dejamos un poco de exceso con el fin de poder tallar y contornear con fresas de alta y baja velocidad hasta obtener la forma de muñón necesaria. Este método es muy preciso, de fácil manejo y ante todo bastante rápido.

El método INDIRECTO se basa en obtener una copia muy fiel de la preparación intrarradicular y sus estructuras vecinas mediante una impresión hecha con materiales elastómeros.

## CONDICIONES PERIODONTALES EN PROSTODONCIA

Relaciones prosto-perio:

Fisioterapia oral

Eliminación de factores retentivos de placa

Alargamiento de corona cl\*\*

Tratamiento de defectos óseos

Trauma oclusal

Margen gingival con su envió queratinizada, hendidura gingival la más importante sano-enfermo.

Margen gingival normal, punteado gingival.

Margen gingival delimita la encía insertada.

Factores retentivos de placa

Espesor biológico

Factores retentivos de placa

Cálculos

Restauración defectuosa

Caries

Cavidades que existan en boca

Mal posición dentaria

Restauraciones mal adaptadas

Restauración rugosa

Susceptibilidad del huésped

Se tiene que devolver la salud en total en los tejidos en una restauración

¿Cómo?

Eliminar cálculos fase inicial periodontal

Caries

Superficies dentales pulidas y lisas

Dejar espacios interproximales.

Fase clínico periodontal

Exodoncia ortodoncia para facilitar una buena restauración

## **PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE**

DEFINICIÓN:

Rama de la odontología que restaura y mantiene las funciones orales el confort, la estética y la salud del paciente mediante el reemplazo de los dientes y tejidos contiguos y faltantes por sustitutos artificiales.

Era diseñada para ser retirada de la boca y reinsertada por le mismo paciente.

## **OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO**

- Eliminación de las patologías presentes

- Preservación de las estructuras presentes y el reemplazo de los faltantes
- Restauración de las funciones orales con resultados estéticos aceptables.

### **PAUTAS PARA EL ÉXITO EN P.P.R.**

- establecer una comunicación que predisponga la confianza del paciente.
- Demostrar profundidad en el conocimiento del diagnóstico y el plan del tratamiento.
- Identificar con seguridad los problemas y sus causas.
- Hacer que el paciente correlacione salud dental con salud en general
- Explicar el tratamiento sugerido y planes alternativos.
- Hacer que el paciente conozca su responsabilidad en el éxito de su tratamiento.
- Evitar pronósticos excesivamente optimistas.
- Tener respeto por la dignidad, el confort y bienestar del paciente.

### **P.P.R. SEGUN EL SOPORTE PUEDE SER:**

- Dentomucoso soportada totalmente (diente) clase III de Kennedy.
- Dentomucoso soportada externo libre (Clase I, II, III,)
- Clase IV sino se compensa y transforma en dentosoportada.

## **INDICACIONES DE LA P.P.R.**

- En personas de edad avanzada o jóvenes ( de 20 años por crecimiento del maxilar).
- En grandes espacios desdentados (no hay pilares suficientes o cosas de excesiva perdida o sea colapsos
- Exodoncias recientes en zonas extensas
- En implantes durante el periodo de óseointegració.
- En todos los casos extremos libres (unilateralmente y bilateralmente que no puedo ser restaurado por implantes.
- Por consideraciones económicos.

- Requisitos de una clasificación.

- permita la visualización inmediata del tipo de arco parcial desdentado que se esta considerando.
- Permita la inmediata diferencia entre P.P.R. dentosoportada y P.P.R. dentomucosoportada.
- Ser universalmente aceptable.

## **CLASIFICACIÓN DE LOS ARCOS PARCIALMENTE DESDENTADOS**

- Clasificación de Kennedy

Edward Kennedy 1925

Otras Cl: Bailyn

Skinner

Applegate

Millar

Swenson

## **CLASIFICACIÓN DE KENNEDY**

Clase I

Áreas desdentadas bilaterales ubicadas posterior a los dientes permanentes

Dentomucosa portada modificaciones I, II, III, IV/ otro faltante

Clase II

Área desdentada unilateral posterior a los dientes permanentes

Dentomucosoportada modificaciones I, II, III, IV, es de extremo libre

Dar límites de área edentula y desdentada

Clase III

Área desdentada unilateral con dientes permanentes anterior y posterior de la

dentosa portada modificaciones I, II, III, IV, se toma el área posteriormente

desdentada se toma el del lado derecho

Clase IV

Área desdentada anterior único que atraviesa la línea  $\frac{1}{2}$  dentosoportada sin modificaciones.

Applegate

En el 60 agrego 2 clasificaciones:

Clase VI

Dos incisivos centrales y resto del arco total /desdentado mucosoportada

Applegate 1960

Clase V

Dos molares en un solo lado del arco y el resto total/desdentado

Mucosoportada

Reglas de Applegate

Regla I

Toda clasificación se realizara después de efectuar las exodoncias

Regla II

Si un tercer molar esta ausente y no se lo reemplazara no debe ser considerado en la clasificación

Regla III

Si un tercer molar esta presente y vamos a utilizarlo como pilar debe ser considerado en la clasificación.

#### Regla IV

El área o áreas desdentadas más posteriormente son las que determinan la clasificación.

#### Regla VI

Las zonas desdentadas número de las que determinan la clasificación recibirán el nombre de modificación y se designarán con número

#### Regla VII

Sólo se considerara el número de zonas desdentadas, no su extensión.

#### Regla VIII

Clase IV no tiene modificaciones cualquier zona edentula posteriormente cambiara la clasificación.

## BIBLIOGRAFÍA

- DAVID L. KUTIT, DS, MS, TILMAN'S, MS TYLMAN'S,  
TEORÍA Y PRÁCTICA EN PROSTODONCIA FIJA, HIV DE CAROLINA  
DEL NORTE
- W.F.P. MALONE DDS, MS, PITD UNIVERSIDAD DEL SUR DE ILLINOS
- HERBERT T. SHILINGBURG, JR. DDS SUMIG HUBO DDS MSD PHD,  
JONELL D.  
WKISETT, DDS, RICHARD, JACOB , DDS, MS,  
FUNDAMENTOS ESENCIALES EN PROTESIS FIJO TERCERA EDICIÓN  
EDITORIAL  
QUINTESSENCE PUBLISHING .CO. INC. PAGINA 194 – 197
- ERNEST MALLA DESPLAST THOMAS P. KEOGIN. PRÓTESIS  
PARCIAL REMOVIBLE CLÍNICA Y REMOVIBLE MOSBY/ DAGIMME