

PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO

**JOHANNA APONTE
CAROL MARTINEZ
WILBER GUILLEN
ANGELICA MOLINA**

X SEMESTRE

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO C.O.C
SANTA FE DE BOGOTA D.C MARZO 24 DE 2004**

PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO

**TRATAMIENTO INTEGRAL PARA PACIENTE DESDENTADO TOTAL
SUPERIOR - PARCIALMENTE DESDENTADO INFERIOR**

**JOHANNA APONTE
CAROL MARTINEZ
WILBER GUILLEN
ANGELICA MOLINA**

**Dra. NERY VILLOTA
JEFE X SEMESTRE**

X SEMESTRE

ODONTOLOGIA INTEGRADA

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO C.O.C
SANTA FE DE BOGOTA D.C MARZO 24 DE 2004**

INTRODUCCION

El tratamiento integral debe abarcar un estudio dental y periodontal, que nos lleve a identificar las patologías y aquellas alteraciones del crecimiento y desarrollo extra e intraoral del paciente en cuestión, que puedan afectar el curso del tratamiento.

Por tal motivo en el presente informe se busca llegar a este punto; a través de la presentación de un caso clínico, resaltar la importancia del manejo de cada una de las áreas de la odontología, para así llegar a obtener una rehabilitación funcional y estética.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar y organizar de una forma cronológica los diagnósticos, etiologías y alternativas de tratamiento que más se ajusten al manejo integral del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Resaltar la importancia del manejo integral del paciente
- ◆ Dar conocer diferentes alternativas de tratamiento que se pueden aplicar en el manejo clínico del paciente.
- ◆ Aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de nuestra carrera para obtener un criterio clínico competente.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios por permitirnos llegar al ultimo semestre de nuestra carrera de Odontología.

Agradecemos la colaboración y disposición de nuestra paciente.

Finalmente agradecemos sinceramente a nuestros docentes de clínica, en especial a nuestros jefes de semestre actuales y anteriores que han compartido con nosotros todos sus conocimientos incondicionalmente, y a los especialistas que siempre están prestos a realizar las valoraciones y/o interconsultas.

CASO CLÍNICO

1. HISTORIA CLINICA

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente: SAHARA CASTRO DE VELEZ.

Edad: 72 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Casada

Ocupación: Hogar

MOTIVO DE CONSULTA

Ella relata por sus propios medios que asiste para el cambio de su prótesis.

ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES

Reporta que su hermana menor falleció de cáncer de mama o seno.

ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES

Reporta que en su ultima visita médica hicieron una impresión diagnostica de colesterol alto, y por esto fue medicada con Novastatin, pero actualmente reporta no estar consumiendo ningún medicamento, ni ser alérgica a medicamentos y/o alimentos.

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS

Manifiesta no tener ningún antecedente psicológico.

EXAMEN FISICO GENERAL

Presión arterial: 110/70 mm de Hg

Pulso: 62 pulsaciones por minuto

Grupo sanguíneo: B

RH: +

Peso: 52 Kg.

Temperatura: 37.5 ° C.

HISTORIA DENTAL

Cariados: 2 Dientes 33, 44

Obturados: ninguno

Perdidos: Dientes superiores 18 -28

Dientes inferiores 34-38, 45-48.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

Periodoncia: detartraje supragingival y profilaxis.

Cirugía oral: Exodoncias método cerrado superiores e inferiores.

Endodoncia: tratamiento conveccional de conductos monoradicular

Operatoria: no reporta

Prostodoncia: prótesis total superior convencional.

Ortodoncia: no reporta.

FISIOTERAPIA ORAL

Frecuencia de cepillado: 2 veces al día.

Técnica de cepillado: de barrido.

Dentífrico: si usa

Seda dental: no usa

Enjuague bucal: no usa.

EXAMEN CRANEOMANDIBULAR

Evaluación estática:

Clasificación molar del Dr. Angle: no aplicable

Clasificación de relación canina: no aplicable.

Resalte over bite: no aplicable

Resalte overjet: no aplicable

Línea media dental: no aplicable

Dimensión vertical postural: 65 mm.

Dimensión vertical oclusal: 59 mm.

Espacio libre: 6 mm

Evaluación dinámica:

Relación centrada: no aplicable.

Lateralidad derecha: no aplicable

Lateralidad izquierda: no aplicable

Profusión: no aplicable

Apertura bucal: 45 mm.

Desarmonías oclusales:

Apiñamientos: entre dientes 42-43

Diastemas: no presenta.

Facetas de desgaste: entre los dientes 33-43

Ausencias dentarias: 18-28, 34-38, 45-48.

Oclusión: Borde a borde con Prótesis total superior
No aplicable sin prótesis

ANALISIS DE TEJIDOS BLANDOS

Gingiva: inflamación leve, arquitectura gingival alterada.

Reborde alveolar: Disminuido en los sextantes posteriores inferiores por ausencias dentarias

Surco vestibular : Disminuido por recesiones de tejido marginal.

INTERPRETACIÓN RADIOGRAFICA

RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES

SEXTANTE 4

Área de premolares = Se observa un área radiopaca contenida dentro del hueso trabecular compatible con tercio apical de la raíz del diente 34 que a su vez presenta una zona radiopaca intraconducto compatible con tratamiento convencional de conductos.

SEXTANTE 5

Área de canino izquierdo = Se observa una zona radiolúcida coronal compatible con caries activa cavitada con aparente compromiso pulpar del diente 33.

Área de incisivos = Se observa una zona radiolúcida generalizada a nivel del borde incisal en los dientes 32-42 compatible con facetas de desgaste incisal.

Área de canino derecho = No presenta zonas radiográficas anormales ni en tejido duro ni en los tejidos de soporte dental.

SEXTANTE 6

Área de premolares = Se observa una zona radiolúcida coronal extensa compatible con destrucción corona del diente 44 y a nivel radicular se

observa una zona radiopaca intraconducto compatible con tratamiento convencional de conductos.

RADIOGRAFIA PANORAMICA

SENOS MAXILARES: se observa una zona radiolucida dentro de las cavidades del seno maxilar compatible con salud.

TABIQUE NASAL : Se observa una zona radiolucida compatible con el espacio del conducto de las fosas nasales,

CONDILOS Y APOFISIS CORONOIDES : Se observan de tamaño normal y no presenta alteraciones radiográficas en su estructura ósea.

MAXILAR SUPERIOR : Zona radiolucida extensa a lo largo del arco dentario compatible con ausencia dentaria generalizada.

MAXILAR INFERIOR : Zona radiopaca dentro del trabeculado óseo debajo del reborde alveolar compatible con resto radicular del sextante número 4. Zona radiopaca a nivel del reborde alveolar compatible con resto radicular del sextante 6.

DIAGNOSTICOS

GENERAL :

Paciente sano.

TEMPOROMANDIBULAR :

Atrofia muscular como mecanismo de adaptación de la fibra muscular.

DENTARIO :

Caries activa cavitada (VCD) diente 33; destrucción coronal diente 44.

PERIODONTAL :

Recesiones de tejido marginal y Gingivitis inducida por placa bacteriana con pérdida de inserción preexistente.

ENDODONTICOS :

Necrosis pulpar 33.

OCLUSALES :

Trauma oclusal primario

PROSTODONTICOS:

Desdentado total superior

Parcialmente edentulo Inferior. Clase I de Kennedy (1.925)

ETIOLOGÍAS

GENERALES

:

Buenos hábitos de vida.

CRANEOMANDIBULAR :

Envejecimiento y caquexia, hipotonicidad muscular.

DENTARIO :

Acumulo de placa bacteriana, higiene oral deficiente y factores retentivos de placa bacteriana

PERIODONTALES :

Acumulo de placa bacteriana.

ENDODONTICO :

Caries activa cavitada extensa no tratada.

OCLUSALES :

Desarmonías oclusales, que involucra las facetas de desgaste, ausencias dentarias, mordida borde a borde, apiñamientos.

PROSTODONTICOS :

Multifactorial que incluye la caries, enfermedad periodontal e iatrogenias.

EVIDENCIA CIENTIFICA ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

PERIODONCIA

El examen periodontal tiene como objetivo final, establecer un diagnostico, pronostico y plan de tratamiento precisos que permitan solucionar la molestia o enfermedad que aqueja al paciente.

TERAPIA BASICA PERIODONTAL

Comprende dos aspectos:

1. Ambientación periodontal: se enfoca hacia el tratamiento de los tejidos periodontales y el control de la placa bacteriana a través de los siguientes procedimientos:

- 1.1 Motivación y educación del paciente.
- 1.2 Instrucción en higiene oral
- 1.3 Raspaje y alisado radicular
- 1.4 Pulido coronal

- 1.1 Motivación y educación del paciente: el éxito de la terapia periodontal depende del grado de colaboración y motivación del paciente y la forma para hacerlo es crear conciencia en los siguientes aspectos:

- ¿Qué es la enfermedad periodontal?
- ¿Cuál es la causa de su enfermedad periodontal?
- ¿Cuáles son las secuelas de la enfermedad?
- ¿Cómo puede controlar su enfermedad?

- 1.2 Instrucción en higiene oral : Existen diversas técnicas para enseñar al paciente un control de placa adecuado. Sin embargo, se deben tener en cuenta ciertos principios comunes para todos los pacientes antes de iniciar la instrucción en higiene oral. Estos principios son :

- Las instrucciones deben ser simples. Hay que recordar que el control de la placa es un ejercicio de destreza manual entre más complicada la técnica mayor concentración y habilidad necesita el paciente para ejercerla.
- No enseñar demasiado en un mismo momento

- Motivar al paciente.
- Observación y supervisión continua

1.3 Raspaje y alisado radicular : La Academia Americana de Periodoncia define ***raspaje*** como la instrumentación de la corona y superficies radiculares de los dientes para remover placa, cálculos y pigmentaciones. ***Alisado radicular*** es el tratamiento definitivo diseñado para remover el cemento a las superficies de dentina rugosas, impregnadas de cálculos o contaminadas con microorganismos y sus toxinas.

1.4 Pulido coronal : El pulido coronal tiene como objetivo remover la placa bacteriana y las manchas extrínsecas, y limpiar, además de pulir la superficie dentaria, con el fin de crear un ambiente óptimo para el periodonto. Esta se realiza con un cepillo para "profilaxis" o copas de caucho y una crema profiláctica.

2. Ambientación dentaria : En la terapia periodontal básica está encaminada a facilitar el control de placa mediante el mejoramiento de las necesidades restaurativas, estéticas y funcionales del paciente. La ambientación dentaria incluye : la eliminación de caries y obturaciones desadaptadas, ajuste oclusal, tallado selectivo, ferulización, restauraciones provisionales, tratamiento de endodoncia, exodoncias estratégicas e indicadas y movimientos menores de ortodoncia.

CIRUGÍA ORAL

EXODONCIA COMPLICADA

Se considera exodoncia complicada aquella que no puede realizarse según la técnica clásica con fórceps y que requiere de un abordaje quirúrgico, con levantamiento de colgajo, osteotomía y/o odontosección. También se incluyen las exodoncias múltiples (extracción de más de un diente en el mismo acto quirúrgico), que hace necesario la aplicación de técnicas especiales.

FASES DE LA EXODONCIA QUIRURGICA

1. Anestesia
2. Incisión y elevación del colgajo
3. Osteotomía
4. Odontosección
5. Exodoncia
6. Limpieza o desbridamiento de la herida.
7. Suturar colgajo.
8. Indicaciones

INDICACIONES DE LA EXODONCIA QUIRURGICA

No debe reservarse para casos extremos: una exodoncia quirúrgica puede ser menos lesiva que una exodoncia simple traumática y no controlada.

1. Intento infructuoso de exodoncia simple.
2. Caries dentaria, en especial caries cervical.
3. Hipercementosis.
4. Morfología de las raíces: largas y finas, divergentes, dilaceradas.
5. Esclerosis ósea
6. Reabsorción dentinaria .
7. Proximidad de estructuras anatómicas importantes: canal dentario, seno maxilar, etcétera; en especial si se asocia a malformación de la raíces.
8. Dientes endodonciados.

CONDICIONES PARA DEJAR UNA RAIZ FRACTURADA EN EL HUESO ALVEOLAR

Cuando el fragmento radicular es de escaso tamaño (3-4 mm.) no presenta lesión radiolucida en el ápice, esta enterrado en profundidad, no hay infección activa y se presume que la técnica de extracción será traumática, puede dejarse retenido, siempre informando al paciente y realizando controles posteriores.

- Raíz < de 4 a 5 mm. De longitud
- Raíz totalmente incluida en hueso.
- Raíz no infectada y sin imagen radiolúcida asociada.
- Riesgo quirúrgico elevado, como la destrucción excesiva de hueso vecino sano, peligro para estructuras vecinas, consideraciones medicas.
- En un paciente de edad avanzada, con un diente impactado sin signos de patología y que este totalmente recubierta de hueso, sin comunicación con la cavidad oral, no debe practicarse la exodoncia, puesto que en estos pacientes el hueso es más denso y mineralizado y esto dificulta la extracción y las secuelas postoperatorias son mayores. Hay que controlar radiográficamente el diente impactado cada uno a dos años.

PROSTODONCIA

CLASIFICACIÓN DE LOS ARCOS PARCIALMENTE DESDENTADOS

El método de clasificación de Kennedy fue propuesto por el doctor Edward Kennedy, el cual dividió todos los arcos en 4 tipos principales:

Clase I : área desdentada bilateral posterior a dientes naturales remanentes.

Clase II : área desdentada bilateral posterior a dientes naturales remanentes.

Clase III : área desdentada unilateral con dientes naturales remanentes en anterior y posterior.

Clase IV : área desdentada única bilateral que atraviesa la línea media ubicada en el segmento anterior.

Se describe que las áreas desdentadas diferentes de las de la clasificación fueron denominadas espacios de modificación.

Dentro de las ventajas principales del método de clasificación de Kennedy es que permite una visualización inmediata del arco parcialmente desdentado, permite un abordaje lógico de los problemas de diseño, hace posible la aplicación de principios sanos del diseño de prótesis parcial.

CLASIFICACIÓN PSICOLOGICA DEL PACIENTE según (Dr. Milus House, 1950)

Este lo clasifica en 4 :

- paciente crítico : Aquel que encuentra fallas en todo lo que se le realiza .
- Paciente escéptico . Es aquel que ha tenido malas experiencias con anteriores tratamientos por tal motivo es desconfiado.
- Paciente filosófico : Es el que acepta sin cuestionar lo propuesto por el odontólogo.
- Paciente indiferente : Es aquel que se preocupa poco por su apariencia dental y da una actitud desalentadora al profesional.

CLASIFICACION DEL PACIENTE TOTALMENTE DESDENTADO

Según el (Dr. Boucher's, 1995)

Paciente Primitivo: aquel que nunca a usado prótesis total.

Paciente Tratado: aquel que ya a usado prótesis total.

Paciente futuro: aquellos pacientes que se les realizara una prótesis total inmediata, mientras se espera el tiempo de cicatrización por cirugía preprotésica.

Estos pacientes pueden ser de caso completo o medio caso

COMPONENTES DE LA PROTESIS TOTAL

Base protésica

Dientes

Flancos

REQUISITOS DE PROSTODONCIA TOTAL

Retención

Estabilidad

Soporte

CLASIFICACION DEL REBORDE ALVEOLAR RESIDUAL SEGÚN SU TAMAÑO

Prominente

Normal

Disminuido

COMPONENTES DE LA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Retenedores directos
Retenedores indirectos
Conectores mayores
Conector menor
Planos guía
Base protésica
Apoyos oclusales

Retenedores directos son aquellos elementos que buscan mantener y retener la prótesis parcial removible en boca evitando que se separe de los dientes y de las bases mucosas durante la masticación.

Los cuales se clasifican en:

Prefabricados:

Intracoronales: de precisión y semiprecisión

Extracoronales: resilientes y rígidos

Colados: son los aplicados a la prótesis parcial removible

- Circunferencial o ackers simple
- Anillo
- Interproximal o ackers doble
- Barra RPI: que son los aplicados en la paciente.
- Barra RPA

REQUISITOS FUNCIONALES DE UN RETENEDOR

Retención

Soporte

Estabilidad

Reciprocidad

RETENEDOR INTRADICULAR

Se compone de dos partes:

Poste metálico o parte radicular: que va cementada a la raíz que sustituye la estructura dental perdida.

Muñon: parte coronal remanente

La única función de un retenedor intraradicular es dar retenedor a un retenedor extracoronar.

Requisitos al realizar patrón de núcleo intraradicular:

- Desobturar 5mm. Por debajo de la cresta alveolar
- Dividir la raíz en tres tercios y dejar 5mm. de selle apical.
- Mirar la longitud de la obturación existente.
- Desobturar dos tercios de la obturación radicular

CLASIFICACIÓN DE LOS RETENEDORES DIRECTOS:

Colados:

Método directo
Método indirecto

Prefabricados:

Según su forma:
Cónico
Paralelo

Según su retención:
Liso
Roscado

EFEECTO FERRULE:

Es tratar de dejar la mayor cantidad de tejido remanente dentario sano para lograr una línea de terminación convencional que será abrazada por un retenedor intracoronal y este a su vez va a ser abrazado por un retenedor extracoronal.

PREPARACIÓN DE DIENTES PILARES UTILIZANDO CORONAS COLADAS

Estas restauraciones pueden tener la forma de coronas coladas tres cuartos o enteras, o coronas con frente estético en porcelana.

La restauración coronaria ideal para un pilar de prótesis parcial es corona completa, que se puede preparar de forma tal que satisfaga idealmente todos los requisitos de soporte, estabilización y retención sin compromiso por razones estéticas.

Independientemente del tipo de corona usada, la preparación debe hacerse de manera que acomode la profundidad del lecho para apoyo oclusal. Esto se logra mejor creando una depresión en el diente preparado en el área de apoyo oclusal.

LECHOS SOBRE CORONAS DE PILARES:

A demás de proveer de protección al pilar y darle perfiles retentivos cercanos al ideal, planos de guía definidos y soporte optimo para apoyo oclusal, las restauraciones coronarias sobre dientes utilizados sobre pilares para prótesis parcial removible tiene otras ventajas que no poseen los dientes con superficies naturales, como es el Lecho coronario u Hombro, que provee de efectiva reciprocidad y estabilización.

ESCUELAS DE LA OCLUSIÓN

Para poder entender mejor todos los conceptos de oclusión se crearon varias escuelas sobre oclusión, las cuales comenzaron a funcionar con diferentes principios de acuerdo a diversas concepciones de funcionalidad, pero todas estas escuelas con un principio en común:

Lograr la mayor estabilidad intermaxilar, tanto en relación céntrica como en movimientos excursivos.

BILATERAL BALANCEADA

UNILATERAL BALANCEADA O TEORIA DEL CONTACTO UNILATERAL

DESOCLUSION CANINA

CENTRICA LARGA

GNATOLOGICA O DE OCLUSION ORGANICA

ESCUELA ESCANDINAVA

ESCUELA BILATERAL BALANCEADA

Es una escuela que nació de los protesistas totales para darle estabilidad a la prótesis en boca. Busca darle el mayor número de contactos posibles a la mandíbula en todas las posiciones y movimientos mandibulares.

Relación céntrica: debe existir un contacto bilateral simultaneo de dientes posteriores y contacto en dientes anteriores de igual intensidad.

Trabajo: es un contacto que incluye desde canino hacia atrás todas las cúspides vestibulares superiores de canino, premolares y molares con todas las cúspides vestibulares inferiores de canino, premolares y molares.

Balanza: existen contactos entre cúspides palatinas de premolares y molares superiores con cúspides vestibulares inferiores de premolares y molares.

Protusión: existe contacto en anteriores y posteriores, en anteriores el contacto es borde a borde y en posteriores el contacto es entre la cúspide mesopalatina del ultimo molar superior con el reborde marginal distal del ultimo molar inferior. (Ramford y Ash, 1968).

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

PERIODONCIA

Terapia básica periodontal

ENDODONCIA

TCC del 33

CIRUGIA

Exodoncia Método abierto del 44

PROSTODONCIA

Retenedor intrarradicular colado del 33

Corona metal-cerámica del 33

Implantes oseointegrados del 34-37, 44-47

Coronas metal cerámicas del 34-37, 44-47

Sobredentadura Implantosoportada Superior (Implantes del 13, 23, 16, 26)

Ajustes tipo Barra

PLAN DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

CIRUGIA

Exodoncia Método abierto del 44

PROSTODONCIA

Prótesis total superior

Retenedor intraradicular colado del 33

Coronas metal-cerámica ferulizadas del 32 y 33, 42 y 43. con ajuste de precisión tipo vario soft (Bredent)

Prostodoncia parcial removible inferior con ajustes de precisión

PLAN DE TRATAMIENTO ACTUAL

PERIODONCIA

Control de focos infecciosos:

Control de caries diente # 33

Terapia básica : Ambientación periodontal ; Ambientación dentaria

Exodoncias mandatorias : diente 44 método abierto.

T.C.C monoradicular diente 33. Técnica crown – down.

ORTODONCIA : No requiere.

Preparación y temporalización diente 33

Re-evaluación periodontal sextante N° 5

PROSTODONCIA :

- Retenedor intraradicular Colado Diente 33
- Corona metal- cerámica con Preparación para protesis parcial removible Diente 33.
- Prostodoncia Total superior convencional
- Prostodoncia Parcial Removible Inferior

- Controles
- Quirúrgicos: a los ocho días
- Raíz impactada en hueso, de uno a dos años
- Prostodónticos: cada tres, seis y doce meses.

TERAPIA DE SOPORTE PERIODONTAL

CONTROLES :

Quirúrgicos:

A los ocho días

Raíz impactada en hueso : uno a dos años.

Prostodónticos: cada tres, seis y doce meses.

BIBLIOGRAFÍA

CASTLEBERRY, Dwight J. Mc Cracken Prótesis Parcial Removible, octava edición, editorial médica panamericana, Argentina, 1992, Pág. 30-33, 271-281.

FERRO, Maria Beatriz, Gomez Mauricio, Fundamentos de la Odontología Periodoncia, primera edición, editorial Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C. 2000, Pág. 119, 258-278., 281.

GALLO. Miguel, Manual teórico practico de oclusión, primera edición, editorial Colegio Odontológico Colombiano, Bogotá, 1998, Pág. 94-98.

RASPALL, Guillermo, Cirugía Oral, segunda edición, editorial médica panamericana, España, 2002, Pág. 139, 155-158.