

CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO

PRESENTADO POR:

**ADRIANA BAQUERO
MILTON CASTIBLANCO
DEXIE DIAZ
CONSTANZA GUERRERO
MISAEEL ROMERO**

TURNO: LUNES – JUEVES 1:00 - 7:00 PM

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTA, D.C. ABRIL 23 DE 2003**

INTRODUCCIÓN

En el manejo de pacientes a nivel clínico siempre debemos tener en cuenta la anamnesis para poder hacerles un buen seguimiento, saber que técnicas y anestésicos utilizar, pues no todos los pacientes son iguales.

Además de esto debemos observar los tratamientos realizados y en que puede influir en los futuros tratamientos a realizar.

CASO CLINICO IINTERDISCIPLINARIO

INFORMACIÓN GENERAL

Apellidos y nombre del paciente:	ELVIA GARCIA DE DIAZ
Edad:	62 años
Historia Clínica:	450253
Estado Civil:	Casada
Ocupación:	Ama de casa
Motivo de consulta:	Nuevas Prótesis

EXAMEN FISICO GENERAL

Aspecto general:	paciente aparentemente sano sistemicamente
Peso:	58 Kg.
Estatura:	1.50 mts.
Temperatura	36.5° C Afebril
Presión arterial	120 / 80 mm Hg.
Frecuencia cardiaca:	60 pulsaciones por minuto

ANAMNESIS

Historia médica familiar: la madre murió de infarto al miocardio.

Historia médica personal: Sufre de hipertensión
Angioplastía coronaria (stent)
Artrosis rodilla derecha

Actualmente controlada con Captopril, 1 aspirineta diaria, Lovastatina.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

Buena higiene oral: utiliza un cepillo para las prótesis y otro para la lengua.

No recuerda haber tenido complicaciones post-exodoncias.

Usa protodoncia total desde hace 20 años.

HISTORIA ESTOMATOLOGICA

Dolor muscular masticadores: NO presenta

Dolor ATM: (-)

Ruido ATM. (-)

Alteración en el movimiento: (-)

Desarmonías Oclusales: (+)

Hábitos: (-)

Xerostomía: (-)

Dolor / ardor tejidos blandos: (-)

Halisotis (-)

EXAMEN FISICO ORAL

Labios	N
Carrillos	N
Surco Vestibular	N
Gingiva	A
Reborde Alveolar	N
Lengua	N
Piso de boca	N
Frenillo	N
Paladar duro	N
Paladar blando	N
Amígdalas Orofaringe	N
Glándulas salivares	N

EXAMEN CRANEOMANDIBULAR:

No ruidos articulares

No dolor a la palpación

No alteraciones

MOVIMIENTOS MANDIBULARES

Apertura: 40mm

Protrucción: 5mm

Lateralidad izq.: 6mm

Lateralidad Der: 6mm

Clasificación de Angle: No aplicable

Simetría facial:

Ausencias dentales: Edéntula total

DIAGNOSTICO

Generales: Hipertensión arterial

Artrosis en rodilla derecha

Angioplastía coronaria (stent)

Tejidos Blandos: Hiperplasia inducida por prótesis

Dentales: Paciente edentulo total

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

Prostodoncia caso completo diente duratone

PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

Prostodoncia caso completo convencional

HIPERTENSIÓN ARTERAL

Se define como la presión que ejerce la sangre en las paredes arteriales.

Sistólica: presión que ejerce el ventrículo para pasar la sangre a la aurícula.

Diastólica: residuos que quedan de sangre,

Depende de:

1. **Gasto cardíaco:** 5 litros de sangre en un minuto
2. **Resistencia vascular periférica:** Fuerza que ejerce la sangre al volver al corazón.
3. **Depresión sistólica:** Cuando está disminuido el gasto cardíaco, por ejemplo: anemia, hemorragia, enfermedad cardíaca.
4. **Depresión diastólica:** Cuando los vasos pierden elasticidad.

Valores normales: 120 / 70 mm de hg, adulto joven

140 / 90 máximo

160 / 90 después de 60 años

ARTROSIS DE RODILLA: enfermedad reumática producida por la alteración del cartílago, lo que origina la aparición de dolor y en ocasiones la pérdida de su movimiento normal. Afecta a persona por encima de 55 ó 60 años, puede aparecer en cualquier articulación.

Articulación Normal

La articulación normal consiste en la unión de los extremos de hueso que están recubiertos de un tejido firme pero elástico que se llama cartílago. El cartílago hace que el contacto entre los huesos durante el movimiento sea suave y el roce pequeño. Además como es elástico, es capaz de absorber los golpes que sufre la articulación sin que se afecten los huesos, que son mucho más rígidos. La articulación se cierra por una cápsula que en su interior, esta tapizada por una fina capa de células que forman la membrana sinovial. La membrana sinovial produce un líquido viscoso que llena el espacio articular y que tiene como misión lubricar la articulación y alimentar el cartílago articular que se llama líquido sinovial. La articulación se mantiene en su sitio gracias a ligamento, tendones y músculos que impiden la separación de los dos extremos óseos y permiten el movimiento sólo en las direcciones correctas.

Articulación Artrosis

Las alteraciones producidas por la artrosis en varias fases consecutivas.

- ❖ Lo primero que se produce es una alteración del cartílago. La zona superficial, que es la que contacta con el otro cartílago articular, se hincha y

se hace más blanda perdiendo su elasticidad. Poco a poco, la superficie se erosiona y con el tiempo el cartílago se desgasta y puede llegar a desaparecer , dejando que los extremos de los huesos contacten directamente.

- ❖ A medida que se va perdiendo el cartílago, el hueso que está debajo reacciona y crece por los lados, con lo que la articulación se deforma por los llamados osteofitos.

- ❖ La membrana sinovial se engrosa y produce un líquido sinovial menos viscoso y más abundante que lubrica menos. También intenta eliminar los fragmentos de cartílago que se han soltado y que flotan libres en la cavidad articular.

Estos fragmentos originan una inflamación de la membrana y la producción de sustancias que al pasar a la cavidad articular aceleran la destrucción del cartílago. Los primeros cambios se producen sin que el paciente note ningún síntoma, ya que el cartílago no tiene capacidad para producir dolor. En estas fase el cartílago todavía puede recuperarse y la enfermedad es potencialmente reversible. Cuando el cartílago desaparece totalmente la enfermedad es muy severa y el proceso es ya irreversible.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA ARTROSIS?

Las causas de la artrosis son múltiples y a menudo aparecen juntas en la misma persona, por lo que sus posibilidades de desarrollar la enfermedad aumentan.

ENVEJECIMIENTO

La artrosis es una enfermedad de personas mayores. El desgaste de la articulación producida por el uso durante años, junto con una menor capacidad de recuperación de los tejidos al aumentar la edad, son factores importantes.

HERENCIA

En algunos casos, por ejemplo la artrosis de las articulaciones de las manos, existe una predisposición familiar, principalmente entre las mujeres.

OBESIDAD

La obesidad predispone a la artrosis en las caderas y rodillas ya que el sobrepeso acaba dañando el cartílago articular.

TRASTORNO POR SOBRECARGA

Cuando la forma de la articulación o de un miembro no es la normal, por ejemplo cuando las piernas están torcidas o una pierna es más larga que la otra, se produce un desgaste mayor en toda la articulación o la parte de ella que soporta mayor peso.

LESIONES LOCALES

Cuando se producen fracturas, golpes importantes o inflamaciones de cualquier causa en una articulación, la recuperación nunca es completa y el cartilago tiene predisposición a alterarse más pronto.

EXCESO DE USO

Produce el desarrollo de artrosis temprana o en lugares poco frecuentes como el hombro en jugadores de balonmano, rodillas en futbolistas, el codo en trabajadores con martillos neumáticos o las articulaciones de los rodillos de las manos en labradores.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS?

Los síntomas de la artrosis van a depender de las articulaciones que están afectas, pero tienen algunas características comunes.

CARACTERÍSTICAS COMUNES

Los síntomas comienzan gradualmente y la progresión es lenta, al principio el dolor aparece mientras la articulación se mueve y desaparece con el reposo, pero con el tiempo y a medida que la artrosis se va haciendo más severa, el dolor es más continuo. Generalmente aparece el dolor después de un período de reposo y hasta que la articulación entra en calor y vuelve a aparecer con el ejercicio prolongado. En ocasiones debido al reposo y a la falta de ejercicio, los músculos que rodean la articulación se atrofian, mientras que en otro el dolor y las deformaciones óseas producen contracturas musculares. En ambos casos, la alteración de los músculos produce más dolor, alteración de la movilidad normal de la articulación y mayor tendencia a la progresión de la enfermedad.

STENT CORONARIO

Técnica indicada en la revascularización de las arterias coronarias (las que rodean y nutren al músculo cardíaco) cuando están muy estrechas por trombos o ateromas.

Los llamados **“stents”** o **espirales coronarios** son una especie de muelles de metal noble que se introducen en la arteria coronaria obstruida, evitando que se reobstruya una vez llevada a cabo la angioplastia. Las espirales coronarias se utilizan cada vez más para reducir la necesidad de intervenciones repetidas de

revascularización a corto plazo. El uso de espirales en otro tipo de lesiones está todavía en investigación, sobre todo debido a su alto precio.

CONTRAINDICACIONES

- ❖ Obstrucción demasiado importante de la arteria coronaria principal izquierda, sin que puede garantizarse el riego cardíaco por otro vaso.
- ❖ Estados de coagulopatía (baja coagulación de la sangre) o hipercoagulación (demasiada coagulación de la sangre).
- ❖ Vasos coronarios difusamente enfermos sin enfermedad focal dilatada.

HIPERPLASIA INDUCIDA POR PRÓTESIS

Lesión de tejido conectivo fibroso. Se produce por protodoncias totales o parciales desadaptadas en boca, producen crecimiento de tejido conectivo fibroso que sobresalen los flancos de las prótesis.

PATOLOGÍA ORAL

- ❖ Ocurre en el 5-10% de la población que usa prótesis
- ❖ Más común en mujeres.
- ❖ Se desarrolla usualmente en la periferia vestibular o bucal de una prótesis.
- ❖ La incidencia aumenta con la edad.

- ❖ Es más común cuando una prótesis posee antagonistas de dientes naturales.
- ❖ Las áreas pequeñas son asintomáticas
- ❖ Grandes áreas pueden ulcerarse e infectarse, lo que produce dolor.

TRATAMIENTO NO-QUIRURGICO

- ❖ Efectividad limitada.
- ❖ Remoción de la prótesis.
- ❖ Prótesis aliviada sobre el área y colocación de acondicionador de tejido
- ❖ Permite eliminación de la infección e inflamación previa a la remoción quirúrgica.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La evaluación del tipo de cirugía es dependiente de si el tejido en exceso es removido sin debilitar la profundidad de surco y el área de soporte de la prótesis el tejido hiperplástico que descansa en la mucosa adherida puede cortarse y dejarse a granular, como se puede hacer con las áreas pequeñas de tejido limitado, a la mucosa móvil de las mejillas.

CONCLUSIONES

- ❖ Para el manejo de paciente debemos tener en cuenta siempre la anamnesis.
- ❖ No siempre el tratamiento ideal para una hiperplasia inducida por prótesis es quirúrgico.
- ❖ Los factores causantes de esta hiperplasia son: realizar protodoncias mala confeccionadas, aumentadas de flancos o con mucho tiempo de tener la misma prótesis en boca.