

CASO CLINICO

REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS FIJA

INTEGRANTES

**HOLMAN CANTOR
JAIME ORTIZ
JENNIE ARENAS
SARA PALACIOS
VALERY BARBOSA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTÁ**

2002

DATOS PERSONALES

NOMBRE: LUIS FELICIANO ESPINDOLA CARVAJAL
EDAD: 53 años
SEXO: Masculino
HISTORIA CLÍNICA N°. 325517
FECHA DE INGRESO: 05-07-01
REEVALUACIÓN: 09-07-02

MOTIVO DE CONSULTA INICIAL: "Revisión General".

MOTIVO DE CONSULTA FINAL: "Quiero que me terminen el tratamiento".

ANAMNESIS

Antecedentes familiares (+)

- Cardiovasculares: Padres
- Artritis: Madre

Antecedentes personales (+)

- Hospitalización: Cirugía de Apéndice
- Miopía y astigmatismo controlado.
- Úlcera gástrica.

EXAMEN FÍSICO GENERAL

PESO: 80 Kilos
ESTATURA 1,68 mts.
PRESION RTERIAL 120/70 mm/hg
PULSO: 80 P/mm
TEMPERATURA: 37°C

REVISIÓN POR SISTEMAS

- S Nervios: (-)
- S. cardiovascular: (+)
- S. Gastrointestinal: (+)
- S. Endocrino: (-)

EVALUACIÓN DENTAL Y TRATAMIENTOS RECIBIDOS

- 18 Ausente.
- 17 Amalgama oclusal adaptada.
- 16 Ausente.
- 15 Provisional de autocurado.
- 14 Ausente.
- 13 Ausente.
- 12 Caries activa mesial y distal
- 11 Resina disto-palatina y meso-palatina adaptadas.

EVALUACIÓN DENTAL Y TRATAMIENTOS RECIBIDOS

- 21 Ausente.
- 22 Caries activa mesial.
- 23 Caries activa incisal
- 24 Ausente
- 25 Ausente
- 26 Amalgama ocluso-mesial adaptada
- 27 Amalgama oclusal adaptada
- 28 Ausente

EVALUACIÓN DENTAL Y TRATAMIENTOS RECIBIDOS

- 30 Ausente.
- 37 Ausente.
- 36 Pontico de prótesis fija.
- 35 Pilar de prótesis fija.
- 34 Pilar de prótesis fija
- 33 Resina incisal adaptada.
- 32 Sano.
- 31 Sano.

EVALUACIÓN DENTAL Y TRATAMIENTOS RECIBIDOS

- 41 Sano.
- 42 Sano.
- 43 Sano.
- 44 Amalgama oclusal adaptada.
- 45 Pilar de prótesis fija
- 46 Pontico de prótesis fija.
- 47 Pilar de prótesis fija.
- 48 Ausente.

EXAMEN CRANEOMANDIBULAR

- Dolor muscular (-)
- Dolor articular (-)
- Ruido articular (-)
- Desarmonía oclusal (+)
- Hábitos (-)

DIAGNÓSTICOS

Generales: Miopía y astigmatismo, ulcera gástrica, hipertensión.

Craneomandibulares: Desordenes de crecimiento y desarrollo.

Desarmonía oclusal.

Periodontal: Gingivitis asociada a placa bacteriana.

Dentales: Caries Activa.

Endodónticos: Ninguno.

PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

PERIODONCIA:

Terapia Básica: Motivación del paciente, control de placa, enseñanza de higiene oral, raspaje coronal, profilaxis, reevaluación y terapia periodontal de soporte.

Cirugía periodontal: Alargamiento de corona 13-23 y frenotomía.

CIRUGÍA

Ninguna

ENDODONCIA

Ninguna

PROSTODONCIA

Prótesis parcial fija 15-12, 11-22, 23-26

MANTENIMIENTO:

Terapia de soporte periodontal.

TRATAMIENTO IDEAL

PERIODONCIA:

Terapia Básica: Motivación del paciente, control de placa, enseñanza de higiene oral, raspaje coronal, profilaxis, reevaluación y terapia periodontal de soporte.

CIRUGÍA PERIODONTAL

Alargamiento de corona y frenotomía.

CIRUGÍA

Exodoncia método abierto del diente 24.

ENDODONCIA

Ninguna.

OPERATORIA

Ninguna

ORTODONCIA

Descruzar mordida bilateral posterior, movimiento mesial de los dientes 11 y 12, paralelizar y derotar el diente 26.

PROSTODONCIA

Implantes roscados de 3,75 de diámetro y 10 mm de longitud para remplazar los dientes 13, 14, 21, 24.

Coronas completas combinadas de los dientes 13, 14, 21, 24, 22.

MANTENIMIENTO:

Terapia de soporte periodontal.

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es necesario identificar al paciente con hipertensión arterial severa, al paciente hipertenso no controlado o al hipertenso no diagnosticado ya que el estrés y la ansiedad que producen los procedimientos odontológicos, pueden elevar aún más la presión arterial con peligro de producir accidente cerebrovascular y/o infarto. Además el uso de vasodilatadores inyectados o tópicos puede aumentar aún más la tensión arterial, como sucede en la persona normal, pero que en el hipertenso tiene un verdadero riesgo.

Es necesario conocer y estar familiarizado con las drogas antihipertensivas que pueden tener efectos indeseables con algunas drogas usadas en odontología. También la hipertensión arterial se puede asociar con arritmias cardíacas o insuficiencia cardíaca.

Debe tomarse la presión arterial por dos veces en el consultorio en el paciente que ingresa de primera vez, después de varios minutos en que el paciente ha entrado al consultorio y descansado por algún tiempo o relajado. Implica un riesgo médico legal no tomar tensión arterial y no registrarla en la historia odontológica.

En general no hay problema si en un adulto la presión diastólica va hasta 90mm.hg y no tiene restricción desde el punto de vista odontológico.

Si la tensión arterial está entre 90 y 104, no hay restricción desde el punto de vista odontológico pero debe referirse al paciente a cuidado médico.

La tensión arterial entre 105 y 114 no debe permitir procedimientos electivos y solo tratamiento odontológico de urgencia. Debe referirse lo más pronto posible al paciente al médico para control y tratamiento.

Si la tensión arterial diastólica es igual o mayor de 115mmHg., remita inmediatamente al paciente para evaluación de su médico y practique el cuidado odontológico solamente de estricta urgencia.

Igualmente considerando la presión arterial sistólica, niveles hasta 180mmHg., no presenta restricción desde el punto de vista odontológico.

Si la tensión arterial sistólica es igual o mayor de 200 debe darse cuidado odontológico de urgencia o trabajo selectivo inmediato.

En general, se debe reducir el estrés, establecer buena relación con el paciente, atenderlo de preferencia en las mañanas y evitarles esperas largas puede ser útil premeditar estos pacientes en ocasiones con Diazepam.

Deben evitarse cambios abruptos en la posición de la silla odontológica en ciertos pacientes que estén tomando drogas que pueden hacer hipotensión postural como vasodilatadores tipo Prazosin.

Una de las preguntas más frecuentes es sobre el uso de vasoconstrictores inyectados o locales en los pacientes hipertensos.

Debe recordarse que la finalidad de los vasoconstrictores además de disminuir la hemorragia al producir vasoconstricción o hemostasis es también la disminución de la absorción de la solución anestésica para una mayor duración y profundidad de la misma y a su vez evitar la posibilidad de absorción rápida y toxicidad inmediata o reacción alérgica.

La solución con epinefrina va de 0.018 mgr a 0.058 mgr (1 a 3 ampolletas) que contienen epinefrina al 1x100.000. se ha calculado que una ampolla de las inyectadas es igual a la cantidad normal de descarga de epinefrina de un adulto por minuto. Es estrés y ansiedad esta cantidad se puede doblar.

Los pacientes que toman betabloqueadores al aplicarse solución de epinefrina como anestésico pueden aumentar la vasoconstricción periférica y aumentar la tensión arterial.

No debe usarse en pacientes con hipertensión los vasoconstrictores locales de superficie como los paquetes de hemostasis de algodón o gasa a manera de compresas.

Aunque se ha reportado sangrado fácil y en exceso en pacientes después de cirugía o trauma con hipertensión arterial, sin embargo, en la practica esto no sucede corrientemente. Además hay otra droga que se utiliza ocasionalmente en el tratamiento de la hipertensión arterial como son los diuréticos que pueden producir boca y lengua seca.

QUISTE DENTIGERO

El quiste dentígero deriva del epitelio reducido del esmalte que rodea la corona del diente no erupcionado. Se sabe poco acerca del estímulo que separa el epitelio reducido del esmalte de la superficie del esmalte, creando un espacio para acumulación de líquido alrededor de la corona del diente. Estos quistes están comúnmente asociados con terceros molares mandibulares o del maxilar superior, o con caninos no erupcionados del maxilar superior. Cualquiera que sea su tamaño, el quiste permanece unido al borde cervical dl diente afectado. La corona del diente se localiza por ello dentro de la luz del quiste y la raíz permanece en el exterior.

CLÍNICA

El quiste dentígero suele permanecer asintomático, pero puede producir alguna tumefacción o dolor, especialmente si es grande y se inflama. Puesto que el quiste de dentición se forma alrededor de la corona de un diente impactado o incrustado, la arcada presentará clínicamente ausencia de al menos un diente.

RADIOLOGÍA

Los quistes se diagnostican con mayor frecuencia por su aspecto radiográfico. Se presentan como radiotransparencias bien circunscritas que rodean la corona de un diente. La interfase con el hueso circundante posee una capa cortical, indicativa de un crecimiento lento y uniforme. En la mandíbula, este quiste puede desplazar al diente asociado en dirección caudal o craneal hacia la rama ascendente de la mandíbula. En el maxilar superior suele desplazar al diente asociado hacia arriba y hacia atrás.

HISTOPATOLOGÍA

La cavidad quística de un quiste dentígero está revestida por una capa relativamente uniforme de epitelio plano especificado no queratinizado, que mide de dos a diez células de espesor. La inflamación suele alterar el revestimiento epitelial. Según el tipo de inflamación (aguda o crónica) y su intensidad (leve o grave), el revestimiento epitelial puede convertirse en hiperplásico, atrófico o ulcerado. En la mayoría de los casos la inflamación suele corresponder a una mezcla de células inflamatorias crónicas y agudas. Algunos de los rasgos microscópicos que se ven ocasionalmente en los quistes periapicales, como los depósitos de colesterol cristalino, depósitos de hemosiderina, cuerpos hialinos (de Rushton) y macrófagos cargados de lípidos, también se observan en los quistes dentígeros. Además, se observa a veces un número variable de células mucosas en el revestimiento epitelial del quiste. Este hallazgo se ha descrito como metaplasia celular mucosa o prosoplasia celular mucosa. Los quistes dentígeros de larga evolución presentarán a veces áreas de queratinización o cambios premalignos (displásicos) de su revestimiento epitelial.

TRATAMIENTO

La mayoría de los quistes dentígeros se tratan mediante quirúrgica. En el caso de dientes molares, el diente asociado suele extraerse en el momento de enuclear el quiste. En el caso de los caninos del maxilar superior, el quiste puede ser escindido o marsupializado y el diente se lleva a su posición correcta en la arcada con ayuda de un aparato ortodóncico. La recidiva postquirúrgica de los quistes dentígeros es rara. Aunque ocurre raras veces, en los quistes dentígeros pueden originarse varias neoplasias epiteliales diferentes, entre ellas el ameloblastoma, el carcinoma mucoepidermoide y el carcinoma de células planas. En esas circunstancias, el quiste y la neoplasia asociada al mismo requerirían por lo general un tratamiento más agresivo para erradicar aquella.

FRENILLO

Es un pliegue de membrana mucosa por lo regular con fibras musculares que insertan los labios y carrillos a la mucosa alveolar, encía o ambos y el perióstio subyacente. Se convierte en problema si su inserción esta demasiado cerca de la encía marginal.

FRENOTOMIA

La contribución del frenillo labial superior es la etiología de un diastema de la línea media persistente y a la reapertura de los diastemas después del cierre ortodóncico es objeto de controversias. La posibilidad de cierre del diastema a la larga es la misma, se realice o no la frenectomía. Sin embargo, algunos tipos muy hiperplásicos de frenillo, con una inserción en abanico, pueden obstruir el cierre del diastema y deben ser eliminados o reubicados.

En el pasado, el procedimiento quirúrgico más común es la frenectomía, una operación tipo excisión, que a menudo era llevada a cabo en la porción palatina. Sin embargo, una complicación observada frecuentemente en asociación con las frenectomías y la extirpación completa del frenillo es la indeseable pérdida intrínseca de la papila dental entre los dos incisivos centrales superiores. Por esta razón, la frenotomía que representa una operación más benigna, con sólo una eliminación parcial del frenillo y con el propósito de reubicar la inserción en dirección apical producirá mejores resultados estéticamente. Descrita por Edwards, esta sencilla técnica consiste en una incisión en V con el escalpelo a lo largo de los bordes del frenillo, la eliminación de la punta de éste corte de fibras y periostio con unas pocas incisiones verticales y horizontales.

Si se observa una marcada grieta en la sutura ósea en las radiografías preoperatorias, se extiende el corte para seccionar las fibras dentro de la parte coronaria de la sutura palatina media. La cicatrización de los tejidos después de una frenotomía suele transcurrir sin problemas, aun cuando no se coloquen suturas. Sin embargo, una o unas pocas suturas probablemente asegurarán unas condiciones de cicatrización óptimas. Se retiran una semana después y un mes más tarde se puede apreciar un estado normal, aunque son algunas ligeras cicatrices.

Con la frenotomía se secciona la inserción del frenillo a la encía y al periostio y se reubica el frenillo varios milímetros más arriba hacia la mucosa alveolar. Para reducir aun más la tendencia a la recaída o el aumento de la longitud de la corona clínica, o ambas cosas, la frenectomía puede ser combinada con fibrotomía y gingivectomía, o una de ambas. A veces, la frenectomía puede estar indicada en el maxilar inferior cuando un frenillo exagerado se inserta en encía fina y hay riesgo de generación de una recesión vestibular progresiva.

PROCEDIMIENTO DE LA FRENOCTOMIA

- Asepsia y antisepsia
- Anestesia
- Se toma el frenillo con una pinza hemostática
- Se realiza una incisión en forma de V
- Se retira la porción triangular del frenillo cortado
- Cortes verticales y horizontales hasta el perióstio
- Se limpia el campo de operación y se realiza control de hemorragia
- Se sutura con la mucosa adyacente
- Indicaciones

ALARGAMIENTO DE CORONA CLINICA

Es un procedimiento mediante el cual se aumenta el tamaño de la corona clínica para realizar una restauración, con el fin de desarrollar una área adecuada para la retención de la corona sin exceder en profundidad los márgenes de la misma en los tejidos periodontales. Esta cirugía está indicada en: caries subgingival, perforaciones y fracturas del tercio corona raíz, retención insuficiente (coronas clínicas muy cortas), para protodoncia. Esta contraindicada en pacientes con enfermedad periodontal.

PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE CORONA CLÍNICA

- Asepsia y antisepsia
- Anestesia
- Incisión
- Levantar colgajo mucoperióstico
- Osteotomía (periodontal manteniendo constante la distancia de la línea de terminación al hueso)
- Osteoplastia
- Raspaje de la raíz expuesta
- Reposición del colgajo en posición apical
- Sutura
- Perforación posterior de la línea de terminación a lo largo del nuevo reborde gingival.
- Colocación de prótesis provisional adaptada
- 8 días después control y retiro de suturas

USO DE IMPLANTES

Actualmente los implantes son una modalidad de tratamiento aceptada para el reemplazo de los dientes ausentes, el procedimiento de oseointegración es predecible y la función y la estética de los pacientes parcialmente o total desdentados puede ser restaurada con implantes. Se ha fabricado implantes de un solo diente para reponer dientes ausentes, cuando los dientes adyacentes están intactos..

PRÓTESIS PARCIALES FIJAS EN CANTILEVER

La prótesis parcial fija en cantilever es aquella que cuenta con un pilar o pilares apoyados exclusivamente en un extremo del pónico mientras que el otro no presenta ninguno. Se trata de un diseño potencialmente destructivo, con el brazo de palanca creado por el pónico que con frecuencia se utiliza de forma incorrecta.

En la prótesis parcial fija rutinaria de tres unidades, la fuerza aplicada al pónico se distribuye por igual a los dientes pilares, por esto es ideal utilizar cantilever en casos cuando el diente a reemplazar es un incisivo lateral superior y el pilar es un canino.