

ODONTOLOGIA INTEGRADA

REPORTE DE CASO CLINICO

DIANA MAGALLY JIMENEZ ROJAS

CODIGO: 021367

MARIA DEL ROSARIO ROBAYO TORO

CODIGO: 021342

YOHANNA ALEXANDRA ROMERO YARA

CODIGO: 021316

ANGELICA PATRICIA RUBIO DIAZ

CODIGO: 021372

ADRIANA PATRICIA SALAS LOZANO

CODIGO: 021398

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

BOGOTA

2003

ODONTOLOGIA INTEGRADA

REPORTE DE CASO CLINICO

**DIANA MAGALLY JIMENEZ ROJAS
MARIA DEL ROSARIO ROBAYO TORO
YOHANNA ALEXANDRA ROMERO YARA
ANGELICA PATRICIA RUBIO DIAZ
ADRIANA PATRICIA SALAS LOZANO**

DRA. NERY VILLOTA ZUÑIGA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

BOGOTA

2003

INTRODUCCION

Un caso clínico es una evaluación detallada de una historia basada en los aspectos físicos, psíquicos y sociales de un paciente en el cual se obtienen diferentes planes de tratamiento según las condiciones orales y económicas del paciente.

La elaboración de este caso clínico nos brinda la oportunidad de reforzar conocimientos adquiridos con el fin de plantearlos en situaciones no estandarizadas cotidianas en nuestra profesión.

Con este caso clínico buscamos recopilar datos que conforman un cuidadoso examen del estado de salud general y oral del paciente sustentado en bases teórico - científicas de los diferentes diagnósticos hallados que determinan los enfoques de tratamiento a la que puede ir dirigida la rehabilitación oral de manera que contribuya a mejorar la función y la estética de este.

OBJETIVOS

1. Obtener planes de tratamiento según condiciones físicas, psicológicas, sociales y económicas del paciente.
2. Analizar detalladamente las condiciones orales del paciente mediante la elaboración de una buena historia clínica.
3. Realizar una revisión bibliográfica de la cual podamos obtener una base científica que sustente los diagnósticos y planes de tratamientos planteados.

HISTORIA CLINICA

INFORMACION GENERAL:

- ❖ Nombre: Francisca Hurtado
- ❖ Edad: 48 años
- ❖ Ocupación: independiente
- ❖ Motivo de consulta: paciente refiere "para que me cambien esta fija que se esta moviendo".

HISTORIA MEDICA:

- ❖ Familiar: padre falleció por infarto al miocardio
Madre padece de trombosis
- ❖ Personal: intervención quirúrgica por hernia inguinal (aproximadamente 10 años)

ANTECEDENTES PSICOLOGICOS:

- ❖ No reporta.

EXAMEN FISICO GENERAL:

- ❖ Presión arterial: 110/80 mmHg
- ❖ Pulso: 54 pulsaciones por minuto
- ❖ Peso: 60 kilogramos
- ❖ Temperatura: 60 grados centígrados

HISTORIA DENTAL

TRATAMIENTOS RECIBIDOS:

- ❖ Operatoria
- ❖ Periodoncia
- ❖ Prostodoncia

- ❖ Endodoncia
- ❖ Cirugía oral - exodoncias método cerrado

FISIOTERAPIA ORAL:

- ❖ Frecuencia de cepillado: dos veces al día
- ❖ Técnica: horizontal
- ❖ Tipo de cepillo: Colgate para adultos de cerdas suaves
- ❖ Dentífrico: colgate
- ❖ Seda dental: no utiliza
- ❖ Enjuague: no utiliza

EXAMEN CLINICO:

EXAMEN CRANEOMANDIBULAR:

- ❖ Evaluación estática: clasificación de Angle derecha clase I e izquierda N.A
- ❖ Overbite: 3 mm
- ❖ Overjet: 3 mm
- ❖ Relación canina: derecha clase I, izquierda clase II

EVALUACION DINAMICA:

- ❖ Lateralidad derecha: 13/43
- ❖ Lateralidad izquierda: 23/32-33
- ❖ Protrusión: dientes anteriores

EXAMEN DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR:

- ❖ Dolor muscular: no refiere
- ❖ Dolor ATM: no refiere
- ❖ Alteración de movimiento: no presenta
- ❖ Ruido articular: tipo clicking
- ❖ Hábitos: no refiere
- ❖ Desarmonía oclusal: giroversión en 15,14,13,24,25,34
- ❖ Facetas de desgaste: 33,32,41,42

EXAMEN FISICO ORAL

ANALISIS DE TEJIDOS BLANDOS

- ❖ Labios, carrillos, surco vestibular, reborde alveolar, lengua, piso de boca, frenillos, paladar duro, paladar blando, amígdalas y glándulas salivales aparentemente normales.
- ❖ Gingiva: enrojecida, inflamada, lisa, brillante

EXAMEN DENTARIO

ODONTOGRAMA

- ❖ Ausentes: 18,16,22,26,38,37,36,35,44,45,46,47
- ❖ Restauraciones desadaptadas: 17(o),15(o),14(o),28(op),27(o),24(o),12(dp)
- ❖ Prótesis parcial fija: 21-23
- ❖ Prótesis parcial fija: 43-48

DIAGNOSTICOS

- ❖ Generales: paciente sistemicamente sana
- ❖ Craneomandibulares: desorden craneomandibular de crecimiento y desarrollo de tipo adquirido, etiología: desarmonías oclusales y pérdida temprana de dientes.
- ❖ Orales, tejidos blandos y oseos: paciente sana.
- ❖ Periodontales: gingivitis inducida por placa bacteriana y periodontitis crónica, etiología: higiene oral deficiente.
- ❖ Dentales: caries activa y recurrente, etiología: restauraciones desadaptadas.
- ❖ Endodonticos. Reabsorción externa, etiología trauma o inflamación crónica de la pulpa o de los tejidos periodontales.

TRATAMIENTO:

TRATAMIENTO IDEAL:

- ❖ Periodoncia: raspaje coronal y alisado radicular
- ❖ Cirugía: exodoncia método abierto del 23 y método cerrado del 11 y 21
- ❖ Operatoria: amalgamas: 17(o), 27(op), 28 (o).
Resinas: 15(o), 14(o) y 24(o).
- ❖ Prostodoncia: corona completa combinada con preparación para prótesis parcial removible en 15, 17, 27, 44 Y 48. Prótesis parcial removible superior e inferior.

- ❖ Labios, carrillos, surco vestibular, reborde alveolar, lengua, piso de boca, frenillos, paladar duro, paladar blando, amígdalas y glándulas salivales aparentemente normales.
- ❖ Gingiva: enrojecida, inflamada, lisa, brillante

EXAMEN DENTARIO

ODONTOGRAMA

- ❖ Ausentes: 18,16,22,26,38,37,36,35,44,45,46,47
- ❖ Restauraciones desadaptadas: 17(o),15(o),14(o),28(op),27(o),24(o),12(dp)
- ❖ Prótesis parcial fija: 21-23
- ❖ Prótesis parcial fija: 43-48

DIAGNOSTICOS

- ❖ Generales: paciente sistemicamente sana
- ❖ Craneomandibulares: desorden craneomandibular de crecimiento y desarrollo de tipo adquirido, etiología: desarmonías oclusales y pérdida temprana de dientes.
- ❖ Orales, tejidos blandos y oseos: paciente sana.
- ❖ Periodontales: gingivitis inducida por placa bacteriana y periodontitis crónica, etiología: higiene oral deficiente.
- ❖ Dentales: caries activa y recurrente, etiología: restauraciones desadaptadas.
- ❖ Endodonticos. Reabsorción externa, etiología trauma o inflamación crónica de la pulpa o de los tejidos periodontales.

TRATAMIENTO:

TRATAMIENTO IDEAL:

- ❖ Periodoncia: raspaje coronal y alisado radicular
- ❖ Cirugía: exodoncia método abierto del 23 y método cerrado del 11 y 21
- ❖ Operatoria: amalgamas: 17(o), 27(op), 28 (o).
Resinas: 15(o), 14(o) y 24(o).
- ❖ Prostodoncia: corona completa combinada con preparación para prótesis parcial removible en 15,17 y 27. Prótesis parcial removible superior e inferior.

- ❖ Periodoncia: terapia de soporte y radiografía de control.

TRATAMIENTO REAL:

- ❖ Periodoncia: raspaje coronal y alisado radicular
- ❖ Cirugía: exodoncia método abierto del 23 y exodoncia método cerrado del 11 y 21
- ❖ Operatoria: amalgamas: 17(o), 27 (op), 28 (o).
Resinas: 14(o), 15(o), 24(o).
- ❖ Prostodoncia: prótesis mucosoportada superior y prótesis removible inferior con coronas completas combinadas para protesis parcial removible en 44 y 48.
- ❖ Periodoncia: terapia de soporte y radiografía de control.

- ❖ Periodoncia: terapia de soporte y radiografía de control.

TRATAMIENTO REAL:

- ❖ Periodoncia: raspaje coronal y alisado radicular
- ❖ Cirugía: exodoncia método abierto del 23 y exodoncia método cerrado del 11 y 21
- ❖ Operatoria: amalgamas: 17(o), 27 (op), 28 (o).
Resinas: 14(o), 15(o), 24(o).
- ❖ Prostodoncia: prótesis mucosoportada superior y prótesis removible inferior.
- ❖ Periodoncia: terapia de soporte y radiografía de control.

MARCO TEORICO

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

El termino prostodoncia usado en odontología es una palabra que se refiere a la prótesis aplicada en zonas donde no hay piezas dentarias y cuyo fin es la reconstrucción de la función, ofrecer comodidad al paciente y devolver la estética a una parte del aparato estomatognatico.

La prótesis parcial removible puede estar soportada sobre pilares anteriores y posteriores, una prótesis dentosoportada, o solo pilares anteriores en cuyo caso se trata de una prótesis dentomucosoportada.

INDICACIONES

- ❖ Pacientes de edad avanzada
- ❖ Cuando existen grandes espacios desdentados
- ❖ Casos de excesiva perdida ósea
- ❖ En casos de colocación de implantes
- ❖ Dientes con movilidad de tipo I generalizada
- ❖ Casos de extremos libre unilateral o bilateral

CLASIFICACION (según Edward Kennedy 1925)

CLASE I: desdentado bilateral posterior con extremo libre

CLASE II: desdentado unilateral posterior con diente remanente

CLASE III. Desdentado unilateral posterior con limitante a nivel mesial y distal

CLASE IV: desdentando bilateral anterior que cruza la línea media.

REGLAS DE APLEGATE

1. Toda clasificación se confecciona después de efectuar las extracciones
2. Si un tercer molar esta ausente y por lo tanto no se reemplaza no debe considerarse una clasificación
3. Si un tercer molar esta presente y vamos a utilizarlo como pilar debe considerarse en el momento de la clasificación.

4. Si un segundo molar esta ausente y no a ser reemplazado por falta de antagonista no se le considera en la clasificación
5. El área o áreas posteriores son las que determinan la clasificación
6. Las zonas desdentadas distintas de las que determinan la clasificación del caso recibirán el nombre de zonas de modificación
7. Solo se considera el numero de zonas desdentadas no su extensión
8. En clase IV no hay modificaciones

COMPONENTES DE UNA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

- ❖ **CONECTOR MAYOR:** es el elemento principal del que parten todos los elementos secundarios.
- ❖ **CONECTOR MENOR:** son los que unen los elementos secundarios (apoyos oclusales, ganchos) al conector mayor.
- ❖ **APOYOS OCLUSALES:** son aquellos elementos que se apoyan sobre los descansos elaborados en los dientes o coronas coladas que evitaran que el aparato se clave o se incruste en la encía cuando actúen las fuerzas masticatorias
- ❖ **PLANOS GUIA:** están situados en las caras proximales de los dientes junto a los espacios desdentados
- ❖ **RETENEDORES DIRECTOS:** son los ganchos. Su misión es impedir que el aparato de desprenda de su inserción
- ❖ **BASE:** es el elemento que lleva incorporados los dientes y puede apoyarse sobre la encía o sobre los dientes remanentes naturales.

TIPOS DE CONECTORES MAYORES PARA MAXILAR SUPERIOR

1. Barra palatina única
2. Banda palatina o barra palatina amplia
3. Barra palatina anteroposterior
4. Herradura o banda palatina anterior
5. Herradura cerrada
6. Placa palatina o paladar completo

CONECTOR MAYOR EN HERRADURA O BANDA PALATINA ANTERIOR

- ❖ **INDICACIONES:**

Cuando se reemplazan varios dientes anteriores

Cuando los dientes presenten enfermedad periodontal y necesiten estabilización

Cuando existe torus palatino

En casos de una sutura media prominente y dura

❖ **CONTRAINDICACIONES:**

Prótesis parcial removible con extensión distal

Cuando se necesita una buena estabilidad y esta solo se logre cubriendo el paladar por la presencia de zonas edentulas largas.

❖ **VENTAJAS:**

Puede reemplazar a otros conectores mayores cuando la línea de sutura media se encuentre muy profunda

❖ **DESVENTAJAS:**

Es un mal conector porque resulta flexible y sus movimientos pueden aparecer al final de la apertura

Da poca estabilidad en áreas posteriores

El metal es grueso en el área de las rugosidades

Su tamaño a nivel de la parte anterior de la boca da lugar a trastornos fonéticos y es causa de molestar en el paciente.

DETALLES ESTRUCTURALES:

Los bordes se deben colocar a 6 milímetros del margen libre de la encía, con un espesor uniforme.

Los bordes deben colocarse en los valles, entre las rugosidades.

Los bordes palatinos deben colocarse en las uniones vertical y horizontal de la superficie del paladar.

TIPOS DE CONECTORES MAYORES PARA MAXILAR INFERIOR

1. Barra lingual

2. Doble barra lingual o barra de Kennedy
3. Barra de Kennedy discontinua
4. Placa lingual
5. Barra labial
6. Swing lock

CONECTOR MAYOR BARRA LINGUAL

❖ INDICACIONES:

Debe usarse con la mayor frecuencia posible, a menos que otro conector proporcione mayor ventaja

En la mayoría de los casos se emplea la clase III de Kennedy

❖ CONTRAINDICACIONES:

Cuando la distancia entre el margen gingival y el piso de la boca es menor de 8 milímetros

Cuando esta presente un torus lingual que no se va a eliminar lo que impide la colocación de la barra

❖ VENTAJAS:

Cubre la menor cantidad de tejido

No esta en contacto con los dientes o los tejidos blandos

No permite que se acumule comida entre los dientes.

❖ DESVENTAJAS:

Si se construyo mal puede resultar flexible

A veces su escaso tamaño puede dar un conector mayor poco rígido.

DETALLES ESTRUCTURALES

Debe ser rígida, tener forma de media pera y medir 5 milímetros de anchura

El borde superior debe estar a 3 milímetros del margen gingival. Si existe recesión gingival debe ir a 3 milímetros de dicha línea

El borde inferior debe estar tan abajo como lo permitan los tejidos del piso de la boca cuando ejerzan su función.

TIPOS DE RETENEDORES DIRECTOS:

1. Circunferenciales :

Ackers simples y dobles

Gancho en horquilla

Gancho en anillo

Gancho en abrazadera

Gancho múltiple

2. Gancho a barra:

Gancho en T

Gancho en media T

Gancho en I

Gancho en Y

PROTESIS MUCOSOPORTADA INMEDIATA

Es la prótesis que como su palabra lo indica se coloca en forma inmediata luego de realizarse las exodoncias de los dientes remanentes del maxilar a rehabilitar.

CLASES DE PROTESIS INMEDIATA:

- ❖ Según el maxilar: monomaxilar o bimaxilar
- ❖ Según los dientes a reemplazar: parcial o total

INDICACIONES:

- ❖ Pacientes con problemas periodontales severos
- ❖ Pacientes que han tenido tratamiento iatrogenico
- ❖ Pacientes cuya actividad laboral o social no les permite permanecer edentulos mientras hay una cicatrización
- ❖ Paciente con dientes remanentes cuyo costo de tratamiento no les permite otro tipo de rehabilitación
- ❖ Pacientes donde el factor estético es primordial
- ❖ Pacientes con problemas de mal oclusión y malposición dentaria que no puede recibir otro tipo de tratamiento

VENTAJAS:

- ❖ Actúa como apósito para la cicatrización
- ❖ Protección
- ❖ Mantiene la proporción del reborde
- ❖ Facilita la fonación y masticación
- ❖ Estética

DESVENTAJAS:

- ❖ Costo adicional
- ❖ Necesita rebase en corto tiempo
- ❖ Dificulta la prueba de montaje de dientes

CORONAS COMPLETAS COMBINADAS CON PREPARACION PARA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Es una restauración que cubre todas las caras coronarias del diente (mesial, distal, vestibular, oclusal y lingual). Se usa como restauración individual o como anclaje de puente.

Es la restauración, generalmente una corona, que reconstruye el diente pilar preparado, mediante la cual el puente se une al pilar y al cual esta conectado el tramo.

VENTAJAS:

- ❖ Poseen la forma de retención y resistencia mas efectiva.
- ❖ Indicada cuando es necesario remodelar la anatomía y el patrón oclusal del diente y cuando otro tipo de restauración dará resultados menos favorables.

DESVENTAJAS:

- ❖ La desventaja mas obvia es la falta de estética.
- ❖ Exige mayor pérdida de tejido duro que cualquier otro tipo de preparación.
- ❖ Presenta una reacción gingival menos favorable que algunos tallados mas conservadores.

INDICACIONES:

- ❖ Presencia de caries extensas
- ❖ Cuando hay grandes restauraciones defectuosas
- ❖ Dientes fracturados

- ❖ Cuando se requiere cambiar la anatomía, como cuando recibirán anclajes para prótesis removible.

Cuando se utiliza el diente como anclaje, las siguientes circunstancias adicionales indicaran el recubrimiento completo:

- ❖ El diente anclaje muy corto cervicooclusalmente.
- ❖ Tramo desdentado extenso
- ❖ Fuerzas oclusales mas intensas de lo normal
- ❖ Alineación de los pilares que requiera recubrimiento completo para lograr una retención adecuada.

CIRUGIA:

❖ EXODONCIA METODO SIMPLE:

Se entiende por exodoncia simple aquella que puede llevarse a cabo con la técnica clásica de fórceps y elevador. El éxito de la técnica depende de la expansión del proceso alveolar, la rotura del ligamento alveolar y la separación de la inserción epitelial.

Cualquier procedimiento en cirugía oral, especialmente en cirugía exige el empleo de una fuerza controlada..

INSTRUMENTAL UTILIZADO:

El instrumental empleado en la exodoncia actúa como un mecanismo de palanca para aplicar una fuerza al diente a extraer.

TIEMPOS DE LA EXODONCIA:

- ❖ Prehensión: colocación del pico del fórceps por debajo del borde gingival, en la posición mas apical posible.
- ❖ Impulsión: movimiento siguiendo el eje dentario que desplaza el fórceps hacia apical, consiguiendo una expansión de la cresta alveolar y el desplazamiento apical del centro de rotación.
- ❖ Luxación: el objetivo es romper fibras periodontales y dilatar el alvéolo. Se pueden utilizar movimientos de lateralidad y rotación.
- ❖ Tracción: ultimo movimiento que se aplica en diente paralelo al eje dentario y en sentido opuesto al ápice, con objetivo de desalojar el diente del

alvéolo, suele aplicarse simultáneamente movimientos de lateralidad y rotación.

TRATAMIENTO DEL ALVEOLO PARA LA EXODONCIA:

Una vez finalizada la exodoncia se realiza la limpieza del alvéolo:

- ❖ Curetaje: solo se realiza cuando existen restos evidentes de restauraciones o fragmentos dentarios en el alvéolo bien cuando la radiografía periapical muestra la presencia de una lesión apical.
- ❖ Compresión: se realiza una compresión digital por la tabla lingual y vestibular, para devolver el hueso a su situación habitual después de haberse dilatado con la luxación dentaria.
- ❖ Remodelado de los tejidos blandos: deben eliminarse los tejidos blandos sobrantes, en especial los de tipo inflamatorio que tienen gran tendencia a la hemorragia.
- ❖ Remodelado óseo: palpar la zona de la exodoncia en busca de esquirlas óseas, que deben ser eliminadas para evitar molestias al paciente.
- ❖ Hemostasia: tras suturar el alvéolo, la hemostasia se consigue colocando una gasa en el espacio que ocupaba el diente al entrar en oclusión se ejerce una presión vertical sobre el alvéolo que facilita la hemostasia.

INDICACIONES:

1. Caries severa que no permite su restauración
2. Necrosis pulpar en dientes no susceptibles de tratamiento endodóntico
3. Enfermedad periodontal avanzada
4. Motivos ortodónticos. En general como premolares
5. Dientes temporales sobre retenidos
6. Dientes retenidos y supernumerarios
7. Dientes relacionados con lesiones maxilares.
8. Fracturas de raíces
9. Motivos estéticos y prostodónticos

CONTRAINDICACIONES:

- ❖ LOCALES.

Infección odontogena: no debe hacerse en caso de trismus extremo, se hace la extracción siempre que no implique levantamiento de colgajo o remoción de hueso.

Pericoronitis:

Dientes incluidos en tumor: la exodoncia puede diseminar células tumorales.

Dientes que han recibido radioterapia: esperar al menos un año para que se recupere el hueso.

Gingivitis ulceronecrotizante aguda:

❖ SISTEMICAS:

En los primeros 6 meses después de un infarto agudo al miocardio

Enfermedades metabólicas descompensadas: diabetes mellitus, insuficiencia renal.

Primero y ultimo trimestre del embarazo.

Coagulopatias no controladas

Leucemia y linfomas no controlados

Hipertensión arterial descompensada: facilita una hemorragia importante.

❖ EXODONCIA METODO ABIERTO:

Se considera exodoncia método abierto aquella que no puede realizarse según la técnica clásica con fórceps y que requiere de un abordaje quirúrgico.

FASES DE LA EXODONCIA QUIRURGICA:

1. Anestesia
2. Incisión y elevación del colgajo
3. Ostectomia
4. Odontosección
5. Exodoncia
6. Limpieza y debridamiento de la herida
7. Sutura del colgajo.

INDICACIONES:

- ❖ Intento infructuoso de exodoncia simple
- ❖ Caries dentaria en especial caries cervical
- ❖ Hipercementosis
- ❖ Morfología de la raíz: largas y finas, divergentes, dilaceradas
- ❖ Esclerosis ósea
- ❖ Reabsorción dentaria
- ❖ Dientes con tratamiento de endodoncia
- ❖ Proximidad de estructuras anatómicas importantes: canal dentario, seno maxilar.

DIAGNOSTICOS

CRANEOMANDIBULARES:

- ❖ **DESORDEN CRANEOMANDIBULAR DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE TIPO ADQUIRIDO:**

Es una alteración funcional que define el sistema gnatico debido a elementos que intervienen como ausencias dentarias y malposicion.

PERIODONTALES:

- ❖ **GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA BACTERIANA:** es la inflamación de las encías, es la forma mas común de enfermedad gingival. La inflamación casi siempre aparece en todas las formas de enfermedad gingival, como si la inflamación fuera el único fenómeno. Sin embargo, los procesos patológicos no causados por la irritación local, como la atrofia, la hiperplasia y la neoplasia, tambien aparecen en la encía.

TIPOS DE ENFERMEDAD GINGIVAL:

La clase mas ordinaria del trastorno gingival es la afección inflamatoria simple causada por la placa bacteriana que se adhiere a la superficie dentaria. Este

tipo de gingivitis, denominada gingivitis simple o gingivitis marginal crónica, puede permanecer estacionaria por periodos indefinidos o proseguir en ocasiones hasta destruir las estructuras de soporte (osea periodontitis).

Así mismo, la encía puede intervenir en otras enfermedades relacionadas por lo general mas no siempre, con problemas inflamatorios crónicos. Estos otros tipos de enfermedad gingival incluyen lo siguiente: 1. Gingivitis ulceronecrotizante aguda. 2. Gingivoestomatitis herpética aguda. 3. Gingivitis alérgica. 4. Gingivitis inducida por placa bacteriana.

SINTOMAS CLINICOS.

- ❖ Hemorragia
- ❖ Rubefaccion
- ❖ Tumefaccion
- ❖ Ulceración

❖ PERIODONTITIS CRONICA:

Se llama periodontitis a la inflamación de los tejidos de sostén del diente, en la mayoría de los casos el desencadenante de la inflamación es la placa bacteriana. Esta enfermedad se presenta en dos formas de acuerdo a la extensión, mostrando idénticas características:

a. Periodontitis localizada

Periodontitis en la cual solo máximo el 30% de las superficies dentales está afectada.

b. Periodontitis generalizada

Cuando el número de superficies dentales afectadas supera el 30%.

Además se pueden considerar tres categorías de severidad:

La periodontitis según la perdida de inserción se clasifica en:

- ❖ Leve: se ha perdido 1-2 mm de inserción.
- ❖ Moderada: se han perdido 3-4 mm de inserción.
- ❖ Severa: cuando se han perdido 5 mm o más de inserción.

CARACTERÍSTICAS:

- ❖ Pérdida clínica de inserción.
- ❖ Pérdida de hueso alveolar.
- ❖ Presencia de bolsas periodontales.
- ❖ Inflamación gingival (edema, eritema, aumento de la temperatura del surco).
- ❖ Hemorragia a la presión.
- ❖ Movilidad dental, que puede llevar a exfoliación.
- ❖ Es más frecuente en adultos pero puede presentarse también en jóvenes y niños
- ❖ La severidad de la enfermedad está directamente relacionada con la presencia de factores locales o factores locales predisponentes.
- ❖ Presencia de cálculos subgingivales.
- ❖ Asociado con un patrón microbiológico variable.

Puede estar modificada o asociada con enfermedades sistémicas.

Puede estar asociada con otros factores como el estrés y consumo de cigarrillo.

La periodontitis recurrente es el retorno de la enfermedad al periodonto y no se clasifica como una entidad separada, de la misma manera que la enfermedad que no responde positivamente a los tratamientos y conocida como periodontitis refractaria, no se separa de la definición de periodontitis crónica.

❖ RECESION GINGIVAL:

Caracterizada por la exposición de la superficie radicular al atrofiarse la encía en sentido apical. Es causada por un cepillado traumático, condiciones anatómicas (hueso fino) y tratamiento de ortodoncia.

El tratamiento consiste en entrenar al paciente en cómo y cuando cepillarse con una técnica dental adecuada.

DENTALES:

❖ CARIES DENTAL:

Es uno de los padecimientos mas frecuentes en los seres humanos.

Se manifiesta como la degradación local de los tejidos duros del diente, las lesiones cariosas son resultado de la disolución mineral de los tejidos duros del diente por los productos finales del metabolismo ácido de aquellas bacterias capaces de fermentar carbohidratos, en especial azúcares.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

- ❖ **EDAD Y SEXO:** cuando las edades son iguales, las jovencitas tienen frecuencia algo más alta de caries que los muchachos.
- ❖ **RAZA Y ESTADO SOCIO-ECONOMICO:** se presenta una diferencia drástica y significativa de la afección por caries dental entre los niños blancos y negros de todas las edades, la diferencia trasciende el grupo socioeconómico, el nivel nutricional y el estado de desarrollo. Los niños de actividad cariosa que los niños de familia con ingresos altos.

CLASIFICACION:

Se basa en la ubicación de la lesión en el diente.

- ❖ Fisuras y fosas oclusales
- ❖ Superficies lisas de las caras vestibular, lingual e interproximal.

ETIOLOGIA:

Los factores responsables del desarrollo de caries son múltiples y pueden dividirse en dos grupos: factores esenciales y factores modificadores.

FACTORES ESENCIALES:

- ❖ Dientes naturales con superficies susceptibles expuestas al medio bucal
- ❖ La compleja flora bacteriana autóctona de la boca, adherente a la superficie dental
- ❖ La dieta es decir, alimentos ingeridos por la boca.

FACTORES MODIFICADORES:

Aunque son más numerosos, ejercen sus efectos de manera más sutil y modifican la localización de la lesión cariosa.

La iniciación, progreso de la caries es el resultado evidente, desde el punto de vista clínico de las interacciones de múltiples factores causales que son algunos muy obvio y otros muy oscuros.

ENDODONTICOS:

❖ REABSORCION RADICULAR EXTERNA:

La reabsorción dental es una condición asociada con un proceso fisiológico o patológico en una pérdida de dentina, cemento o hueso. La reabsorción resulta de lesiones e irritaciones del ligamento periodontal y/o de la pulpa dental, puede surgir como secuela de las lesiones de luxación traumática o del movimiento dental ortodóntico, de las infecciones pulpares crónicas o de las estructuras periodontales.

El proceso de reabsorción involucra una interacción elaborada entre las células inflamatorias, células reabsorbentes y las estructuras de los tejidos duros, frecuentemente esta condición patológica es difícil de predecir, de diagnosticar y de tratar, sin embargo el proceso de reabsorción dental se cree que es muy similar al de la reabsorción ósea, las lesiones y las irritaciones de hueso, la dentina y el cemento conducen a alteraciones químicas dentro de los tejidos: el resultado es la formación de células.

La reabsorción dental es una secuela común después de unas lesiones al ligamento periodontal o irritaciones del mismo y/o a la pulpa dental.

La reabsorción externa se puede clasificar en cuatro categorías por sus manifestaciones clínicas e histológicas:

- 1) La reabsorción externa superficial.
- 2) La reabsorción externa inflamatoria.
- 3) La reabsorción de sustitución
- 4) La Anquilosis

Los principales factores sistémicos de la función osteoclástica incluyen la hormona paratoidea (PTH), La vitamina D-125 y Calcitonina. El aumento en la concentración de PTH en la circulación promueve la reabsorción ósea al incrementar el número de células presentes y la tasa de actividades entre las células aclásticas individuales, el efecto de la PTH parece ser multifactorial.

1. Estimula los osteoblastos a través de un receptor, aumenta la producción de proteasas y disminuye la actividad de los inhibidores de proteasas y depósito de matriz.
2. Tiene acción directa sobre los osteoclastos medida por el AMP cíclico
3. Promueve la fusión de células medulares formando células gigantes multinucleadas

CONCLUSIONES

- 1.** Se determinaron los diferentes planes de tratamiento posibles, según las condiciones físicas, psicológicas y económicas del paciente.
- 2.** Se aplicaran los conceptos básicos adquiridos en situaciones que se presentan en nuestra vida cotidiana.
- 3.** Mediante una base científica que sustente los posibles tratamientos a realizar se determinaron los mejores tipos de rehabilitación según las condiciones orales del paciente.

BIBLIOGRAFIA

LINDHE, Sam. Periodoncia clínica e implantología odontológica. Editorial Panamericana. Tercera Edicion. España. 2000

FLEMMIG, Thomas. Compendio de Periodoncia, Masso, Barcelona. 1995.

ECHEVERRIA, Piedad, ROLDAN Miguel. Rehabilitación del Paciente Edentado. Universidad de Antioquía. Colombia. 1997

MEDINA, Fernando. Prótesis Bucal Removible Procedimientos clínicos y Diseño. Editorial Trillers, Primera Edición, México, 1998

RASPAL, Guillermo. Cirugía oral, Editorial Panamericana, España, 2000.

LOZA, David F, Prostodoncia Parcial Removible, Actualidades Medico Odontológica Latinoamérica C.A, Primera edición, Venezuela, 1997

MALLAT. D, Ernest, Prótesis Parcial Removible Clínica y Laboratorio, Harcourt Brace, España, 1997.

UNIVERSIDAD Nacional de Colombia, manual de Prótesis Total, Colombia, 1992.

ANDREASEN, Jens O, Textbook and Color Atlas of Tooth Impactions, Editorial Mosby, 1997