

CASO CLÍNICO INTERDISCIPLINARIO

**ALDANA ARNULFO
ALVAREZ JOHANNA
GARCIA YANETH
GARAVITO JAVIER
PERDOMO ELSA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
ODONTOLOGÍA
MARZO DE 2.003
BOGOTÁ, D. C.**

CASO CLÍNICO INTERDISCIPLINARIO

**ALDANA ARNULFO
ALVAREZ JOHANNA
GARCIA YANETH
GARAVITO JAVIER
PERDOMO ELSA**

**PRESENTADO
Dra. DIANA GUZMÁN
Directora de Clínicas**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
ODONTOLOGÍA
MARZO DE 2.003
BOGOTÁ, D. C.**

DIENTES IMPACTADOS

EXTIRPACION DE DIENTES INCLUIDOS

Definición: Se conocen con el nombre de dientes (incluidos o impactados) los que no han podido hacer su salida normal, en virtud de estar colocados en una posición defectuosa. O bien por falta de espacio, o por algo otro impedimento. Los dientes incluidos deben ser diferenciados de los dientes que no han hecho su erupción (dientes "nonatos"), así como de los que, habiéndola hecho, están colocados en una posición defectuosa (dientes ectópicos). Los dientes que no han hecho su salida son los que no aparecen en la arcada dental, pero que pueden hacer su erupción normal en un período tardío. Los dientes mal colocados o ectópicos son los que, habiendo hecho su erupción, aparecen en posiciones defectuosas en el alvéolo o en la arcada dental.

PATOGENIA

El problema de la retención dentaria es ante todo de índole mecánica. El diente que está destinado a hacer su normal erupción y aparecer en la arcada dentaria, como sus congéneres erupcionados encuentran en su camino un obstáculo que impide la realización del normal trabajo que le está encomendado. La erupción dentaria se encuentra en consecuencia, impedida mecánicamente por un obstáculo. Se pueden clasificar las razones por las cuales el diente no hace erupción, de la siguiente manera.:

RAZONES EMBRIOLOGICAS

La ubicación especial de un germen dentario en sitio muy alejado del de normal erupción; por razones mecánicas, el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar. El germen dentario puede hallarse en un sitio, pero en una angulación tal , que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción, la corona toma contacto con un diente vecino, retenido o erupcionado; éste contacto constituye una verdadera fijación del diente en "erupción" en posición viciosa. Sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita erupcionar normalmente.

OBSTACULOS MECANICOS

Que puede a la erupción normal .

- a) Falta material de espacio. Se pueden considerar varias posibilidades: El germen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible (cara distal del segundo molar) y la rama montante del maxilar; el canino superior tiene su germen situado en lo más elevado de la fosa canina. Completada la calcificación del diente, y en maxilares de dimensiones reducidas, no tienen lugar para ir a ocupar su sitio normal en

la arcada. Se lo impide el incisivo lateral y el premolar que ya están erupcionados.

Goldsmith (1931) dice : "el canino se halla alto en el maxilar cuando los premolares van a hacer erupción. En ese momento los incisivos se encuentran implantados en su posición de plano frontal. El canino temporáneo, que debe mantener espacio para su sucesor permanente, es muy angosta para retener el espacio necesario mesiodistal. La presión mesial del segundo molar en su erupción es transmitida de un diente a otro, hasta el canino deciduo, causando su acunamiento o retardando su retención por un período de tiempo considerable, aún estando su raíz casi resorbida. Esta situación origina una situación parcial de ésta zona donde desciende el canino, causando su desviación hacia una posición anormal".

- b) Hueso con una condensación tal que no puede ser vencido en el trabajo de erupción (exostosis, osteítis condensante, osteosclerosis), procesos óseos que originan una imagen "lechosa" o blanquecina.
- c) El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser: un órgano dentario; dientes vecinos, que por extracción prematura del temporario han acercado sus coronas, constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente; posición viciosa de un diente retenido que choca contra las raíces de los dientes vecinos.

- d) Elementos patológicos pueden oponerse a la normal erupción dentaria: dientes supernumerarios, tumores odontogénicos (odontomas), constituyen un impedimento mecánico de la erupción dentaria.

CAUSAS GENERALES

Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retención y ausencia de dientes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo y las enfermedades que le son propias) tienen también influencia sobre la retención dentaria.

Tarasido (1938) dice "que la causa más frecuente de la inclusión del canino es la que tiene origen en el desequilibrio de tensión entre la musculatura externa e interna de las arcadas dentarias. Cuando por hábito adquirido o contracciones espasmódicas, que se efectúan en los movimientos mímicos, tics y otras modalidades gesticulares, se produce un exceso de presión externo, que, sumada al final del día, no ha sido compensada por la presión interna, como la de la lengua, por ejemplo, llegará alterarse el equilibrio que mantiene a los dientes en su posición normal y es por sí solo, especialmente en los niños, capaz de perturbar el crecimiento y detener el desarrollo de los maxilares".

Tratamiento: Recomendamos la extracción de todos los dientes incluso, cuando existan motivos para creer que con ella se logrará corregir un defecto de oclusión, o suprimir estados patológicos locales o generales, y cuando los buenos resultados que se obtengan no sean a expensas de la pérdida de otros dientes ni de la mutilación de las partes. Generalmente está contraindicada la incisión de la encía sobre el diente incluso y el tratamiento de está, a no ser que tengan por objeto hacer que desaparezcan estados patológicos agudos antes de la extirpación. La prudencia indica que no debe practicarse la extracción de un diente incluso durante una infección aguda, ni cuando la inclusión va acompañada de dolor, si puede hacerse que desaparezca el estado inflamatorio con un tratamiento adecuado. Nuestra opinión, basada en la experiencia, es que la incisión de la encía situada sobre el diente incluso, no proporciona un alivio permanente en la mayoría de las veces. Sólo en caso de formarse un absceso agudo creemos que está indicada la incisión. Los estados inflamatorios o las infecciones agudas en áreas cercanas al sitio de la inclusión de los molares, por regla general pueden combatirse eficazmente por medio de la irrigación debajo del colgajo (capuchón) gingival, con alguna solución antiséptica de eficacia conocida, o bien por medio de la aplicación de un antiséptico debajo de la encía, que sea posible, conviene continuar las curaciones hasta que hayan desaparecido todos los síntomas agudos, antes de practicar la extracción.

Los mismos principios que rigen la extirpación quirúrgica de los dientes incluidos ya descritos, son aplicables a la extirpación de los incisivos, premolares y molares incluidos. En la mayoría de las veces puede levantarse un colgajo precisamente sobre el alvéolo, si es que falta un diente, o hacerse un colgajo en la cara bucal. En algunos casos raros en que el diente está colocado en un sitio distante de la cara masticatoria y no queda en contacto con el diente contiguo, puede hacerse una incisión un poco más alta y separar los tejidos, a fin de poder llegar hasta el diente. La operación debe practicarse tomando en consideración el sitio en que esté colocada la corona, según lo indique la radiografía. Dado que la corona tiene mayor diámetro que el resto del diente, se hará primero la liberación de ésta. Así por ejemplo, cuando se trata de extirpar incisivos, premolares, primeros y segundos molares, por regla general lo único que se necesita para luxar la pieza, es levantar el colgajo y extirpar la porción de hueso situada sobre la corona, con lo cual podrá hacerse la extirpación sin traumatizar los tejidos contiguos. Cuando puede verse el diente incluso en la cara bucal o labial, se hace la extracción por dicha cara.

Si aparece una porción de la corona en la cara palatina de la encía, la extracción se hace por la cara palatina.

Los primeros y segundos molares inferiores incluso han de ser extirpados siempre por la cara bucal de la encía empleándose la misma técnica que para la extracción de las raíces.

Para extirpar los incisivos, los caninos, los premolares, los primeros y los segundos molares inferiores incluidos, se emplea una técnica semejante a la que se usa para la extracción de raíces, teniendo mucho cuidado de que la incisión no lesione el orificio mentoniano ni las inserciones musculares.

Cuando la inclusión dental coexista con un quiste o con cualquier otro estado patológico, es tan importante hacer que desaparezca éste como suprimir aquélla. Por regla general, en tales casos es mucho más fácil extirpar el diente incluso después de levantar el colgajo y de tratar el estado patológico, ya que con esto se tiene un campo operatorio más visible. Si el diente está enclavado profundamente y a cierta distancia de la superficie masticatoria. Particularmente cuando se trata de caninos inferiores, conviene a menudo extirpar primero el hueso superpuesto a la raíz. Algunas veces se recomienda fracturar el diente con el cincel y el martillo, o bien con la broca, a fin de separar la corona de la raíz y facilitar la extirpación quirúrgica, lo cual raras veces es necesario. En casi todas las inclusiones dentales puede llegarse hasta el diente y practicar su extirpación por la vía bucal. Hay ocasiones, sin embargo, en que es necesaria la extracción extrabucal, en virtud de existir estados patológicos o con motivo de la posición que ocupa el diente en el borde inferior de la mandíbula. En muchos de estos casos, aun cuando el diente parezca estar situado en el borde inferior, puede hacerse la extracción intrabucal, siendo raras las veces en que se necesita hacer la operación extrabucal.

INCISIVOS SUPERIORES (MAXILARES) INCLUSOS

La extirpación quirúrgica en la inclusión de los incisivos superiores, se rige por el diagnóstico correcto y por la determinación exacta del sitio de la inclusión. Dicha extirpación se practica empleando una de las técnicas que ya se han descrito al hablar de las incisiones puede ser determinada con exactitud por medio de la palpación pero casi siempre es necesario recurrir a la radiografía. La radiografía tomada desde la cara masticatoria es, por regla general, la que presta mayor utilidad. En la extirpación de los dientes incisivos superiores inclusos es necesario, naturalmente, descubrir primero la corona; por lo tanto, es la posición de la corona la que determina si la incisión ha de hacerse en la cara bucal o en la palatina de la arcada dental. Cuando el diente se ve en la cara labial o bucal, la extirpación se hace por la cara bucal. Por lo contrario, si el diente está haciendo su erupción en la cara palatina, es por esta cara por donde debe extirparse.

Cuando el diente o su corona aparece en la cara bucal, se hace el colgajo en dicha cara, extendiéndolo hasta el diente contiguo, con el objeto de que haya una saliente de hueso sobre la cual descansa el colgajo al ser repuesto en su posición normal. Esto mismo puede decirse cuando el diente esté situado en la cara lingual.

Al descubrir la corona, se corta la porción de tejido óseo necesaria para hacerla visible. La sección del hueso se hace con el cincel de mano (No. 1-M, S.S White). Es muy raro que la inclusión de los incisivos superiores afectadas ambas caras (la lingual y la bucal) de la arcada, y por tal motivo hay que procurar siempre no destruirse únicamente la lamina bucal, dejando intacta la lingual. En esta forma se obtendrá una regeneración más rápida de tejido óseo. Cuando ambas caras han sido modificadas o destruidas, es mucho más lenta la regeneración, necesitando algunas veces varios años.

La inclusión en que el diente descansa en un sitio intermedio de la cara labial y de la palatina o entre los dos dientes contiguos. Inclusión en que la corona del canino mira hacia la cara labial de las piezas contiguas y la raíz hacia la cara lingual de dichas piezas o viceversa.

INCLUSION DEL CANINO EN BOCAS EDENTULAS.

Situación: Por medio de la radiografía se determina la situación del diente incluso, su relación con las piezas contiguas y con la apófisis alveolar, la estructura y la forma, el estado de las piezas adyacentes y la existencia de estados patológicos en la boca.

Indicaciones para la extracción de caninos inclusos: la extracción de los dientes caninos en inclusión, está indicada en los siguientes casos:

1. Cuando la inclusión no puede ser corregida debidamente por medios ortodóncicos, a no ser que la intervención quirúrgica pueda ocasionar trastornos más peligrosos que la misma anomalía.
 2. Cuando haya signos evidentes de resorción ósea.
 3. Cuando el diente incluso produzca dolor reflejo o irritación
 4. Cuando los diversos medios de diagnóstico indiquen la existencia de una infección.
 5. Cuando exista la inclusión dental en una boca desdentada, con el fin de que su erupción tardía no ocasione la pérdida de la dentadura artificial.
 6. Cuando se hayan perdido los dientes que estaban situados debajo de la inclusión, y no sea posible alinear o poner en oclusión el diente incluso.
- En algunos casos éste puede ser la causa de irritación refleja por compresión.

Incisión para hacer el colgajo: Es necesario que el cirujano tenga en cuenta la distribución de los vasos sanguíneos en el área operatoria, al hacer el colgajo en los tejidos blandos. Es muy importante que dicho colgajo sea lo suficientemente grande para que descubra bien el campo operatorio, evitando cuanto sea posible la destrucción de vasos sanguíneos y dejando siempre una saliente en el hueso. Con esto último se logrará la cicatrización y la regeneración ósea más rápidas. No siempre es necesaria la incisión; muchas veces pueden despegarse los tejidos de su inserción al hueso,

princiando en el borde gingival, y separarse sin necesidad de dividirlos. Al volver el colgajo o al separar los tejidos hacia atrás, se procurará hacer el menor traumatismo que se pueda y se descubrirá el hueso de modo que el operador pueda trabajar sin lastimar los tejidos blandos.

IMPACCION DE CANINO EN MAXILAR SUPERIOR

Las impacciones del canino superior se clasifican como labial, palatina e intermedia. La localización es importante, puesto que las técnicas quirúrgicas para eliminar los tres tipos varían tanto que son casi operaciones totalmente distintas. Pueden examinarse radiografías intrabucal para estimar la forma del diente, así como su localización (regla Clark; regla de objeto bucal). La auténtica proyección oclusal hecha con "chasis" intrabucal y las proyecciones extrabucal, frecuentemente son necesarias. La palpación clínica sobre el lado labial no es segura, puesto que la protuberancia sentida puede ser el diente impactado o la raíz de incisivo o premolar desplazada labial mente.

POSICION PALATINA DEL CANINO

La posición palatina es la situación más frecuente. Se hace incisión en los espacios interdental palatinos, empezado con el espacio entre premolares sobre un lado y alrededor de las fibras gingivales libres palatinas y espacios interdental hasta el área del premolar en el otro lado. El pesado colgajo

mucoperióstico se desprende del hueso con cureta Molt num. 4. los contenidos del agujero incisivo se dividen con bisturí en el lugar en que entran al colgajo.

Se elimina hueso con el cincel empezando con un pequeño rectángulo por detrás del incisivo que aparezca más cercano a la impacción en la radiografía (a menos que una protuberancia obvia localice al diente). El rectángulo tiene la misma anchura que el cincel al principio y se agranda en cuanto se localiza la corona de esmalte. Debe tenerse cuidado de disecar anteriormente en la región de los incisivos, y deberá mantenerse un margen de 1 a 2 mm. De hueso alrededor de los alvéolos. Cuando se ha expuesto la mitad o dos tercios del cliente, se hace una hendidura en el cuello anatómico. Si la corona se encuentra cerca de los incisivos de manera que su punta esté en un socavado, se hace inmediatamente una segunda división, 3mm hacia la punta, a partir del primer corte. Se retira la pieza pequeña, se empuja la corona al espacio creado, y se extrae, y se saca la raíz con elevador número 34 o cureta Molt.

Las virutas óseas y desechos se eliminan, se alisan los bordes de la herida ósea con una cureta, se coloca una porción de una tableta de sulfonamida en el defecto, y se cierra la herida con tres o cuatro puntos de sutura a través de los espacios interdientales anudando sobre labial. la presión sobre un gran rollo de gasa sobre el paladar durante 15 minutos ayuda a evitar la formación de hematoma macroscópico. para sostener el colgajo palatino contra el hueso, es útil una férula palatina preformada de acrílico transparente. Algunos

operadores usan una incisión con transfixión y dren de caucho a través de la mucosa palatina para evitar formación de hematomas por declives.

POSICION LABIAL DEL CANINO

Después de haber localizado la impacción, se hace una incisión grande, en media luna, extendiéndose hasta el área del premolar, con la curvatura apuntando hacia el borde gingival. Se elimina hueso labial en la forma acostumbrada hasta haber localizado el diente; puede estar alto, sobre la superficie facial del maxilar superior. Se logra suficiente disección hasta poder elevar el diente con instrumentos apropiados.

POSICION INTERMEDIA DEL CANINO

La posición corriente de una impacción intermedia es con la corona sobre el paladar y la raíz sobre las puntas de los premolares, cerca de la corteza bucal. Incluso cuando no se formula diagnóstico de la afección antes de operar, deberá sospecharse su existencia al presentarse dificultades para extraer la porción radicular de cualquier canino colocado palatinamente.

La exposición palatina se hace de manera acostumbrada, y se extrae la corona. Se hace un colgajo bucal separado de la región sugerida por hallazgos radiográficos y clínicos, generalmente por encima y entre los premolares del

mismo lado. La extirpación cuidadosa del hueso descubrirá la extremidad radicular de la impacción, que puede empujarse desde la abertura bucal hasta la herida palatina. Los dos sitios quirúrgicos.

TUBEROPLASTIA

Este procedimiento aconsejado por Obwegeser (36), está diseñado especialmente para aumentar la profundidad entre el gancho de la ala interna de la apófisis pterigoides del esfenoides y el lado distal del maxilar superior. Es especialmente útil para crear espacio en un maxilar superior plano, en el que la atrofia extrema ha provocado la pérdida completa de la tuberosidad, en el lugar donde debería descansar el reborde de la dentadura postiza.

Esto generalmente es un procedimiento de anestesia general y quirófano, puesto que la hemorragia desde el plexo venoso pterigoideo puede ser importante. La técnica operatoria es la siguiente: el área se infiltra con lidocaína al 2 por 100 con una solución de 1/100000 de adrenalina para hemostasia. Se hace una incisión en el ángulo pterigomaxilar y la mucosa del paladar blando, se socava y moviliza. El tejido localizado sobre el ángulo pterigomaxilar se diseca hasta el hueso con tijeras curvas. Se introduce un osteótomo de 1 cm en el área hasta encontrarse hueso; entonces se mueve dentro del hueso, fraturando la apófisis pterigoides

El hueso expuesto en el lado distal de maxilar superior puede cubrirse por epitelización secundaria o, si se desea, por injerto cutáneo de grosor parcial. De encontrarse dificultades con el método de sutura recién descrito, puede pasarse una lezna que lleve Dexon num. 3-0 a través del seno, saliendo al nivel de la tuberoplastia posterior. Esto permitirá un medio excelente para tirar del tejido hacia abajo en el espacio recién creado. La curación continúa cuando menos una semana, antes de poder llevar una dentadura postiza temporal.

BIBLIOGRAFÍA

TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL. IV Edición. Dr. Gustavo O. Kruger. Interamericana. Pág. 107-111.

CIRUGÍA BUCAL. TOMO I. STRILING V. MEAD. Unión tipográfica. Editorial Hispano – Americana. México D.C. Pág. 515-530.

CIRUGÍA BUCAL CON PATOLOGÍA, Clínica y terapeutica. Guillermo A. Rios. Octava Edición. Librería el Ateneo. Editorial. Pág. 221-256.



CASO CLINICO

INTERDISCIPLINARIO



Dra. DIANA GUZMAN
DIRECTORA DE CLINICAS



INTEGRANTES

ALDANA ARNULFO

ALVAREZ JOHANNA

GARCIA YANETH

GARAVITO JAVIER

PERDOMO ELSA



INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE: BERTILDA

APELLIDO: MORENO

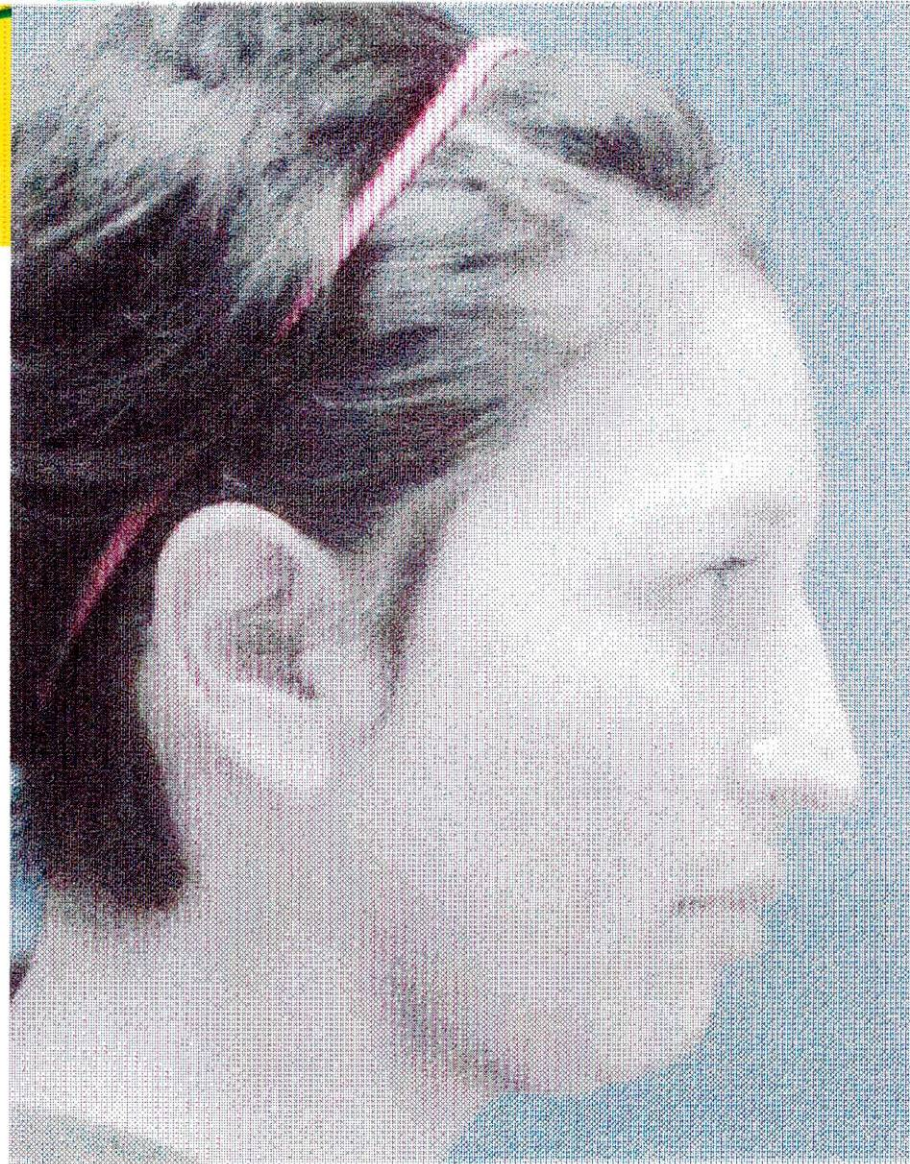
EDAD: 38 AÑOS

ESTADO CIVIL: SEPARADA

OCUPACIÓN: OPERADORA

MOTIVO CONSULTA: “PORQUE TENGO
MI BOCA VUELTA NADA”









ANAMNESIS

HISTORIA MÉDICO FAMILIAR (-)

HISTORIA MÉDICO PERSONAL (-)

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

LE HAN PRACTICADO ANESTESIA LOCAL SI

LE HAN PRACTICADO ANESTESIA GENERAL NO

HEMORRAGIA POST EXODONCIA NO



HISTORIA ESTOMATOLOGICA

1.	DOLOR MUSCULAR	NO
2.	DOLOR ATM	NO
3.	RUIDO ATM	SI
4.	ALTERACION EN EL MOVIMIENTO	NO
5.	DESARMONIAS OCLUSALES	SI
6.	HABITOS	NO
7.	XEROSTOMIA	NO
8.	ODONTALGIA	NO
9.	DOLOR / ARDOR T. BLANDOS	NO
10.	SENSIBILIDAD DENTARIA	SI
11.	SANGRADO GINGIVAL	SI
12.	HALITOSIS	NO

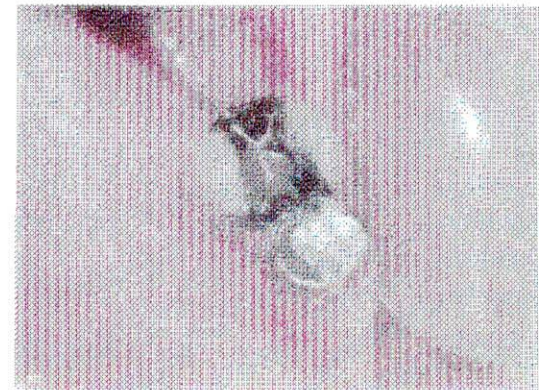
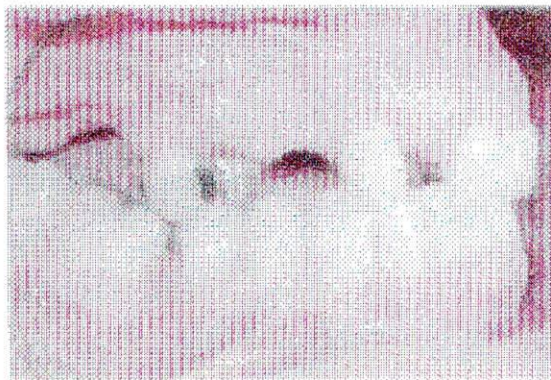
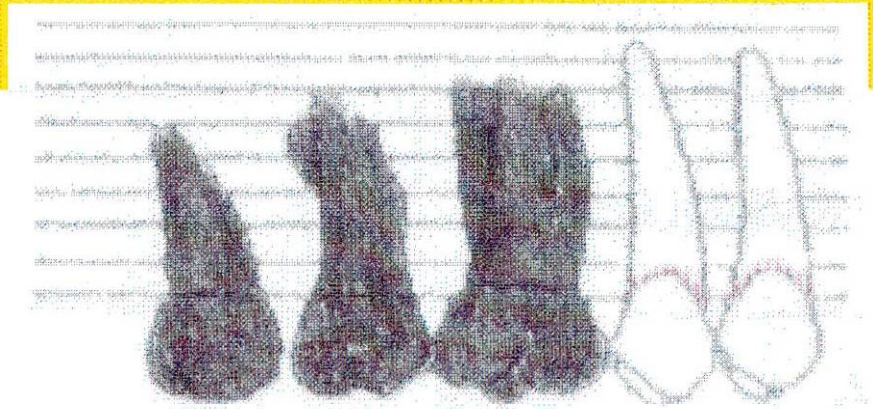






SEXTANTE I

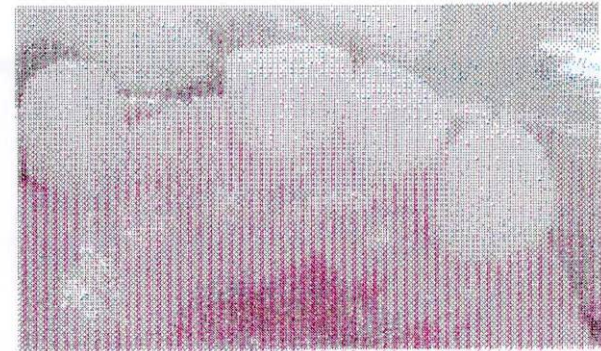
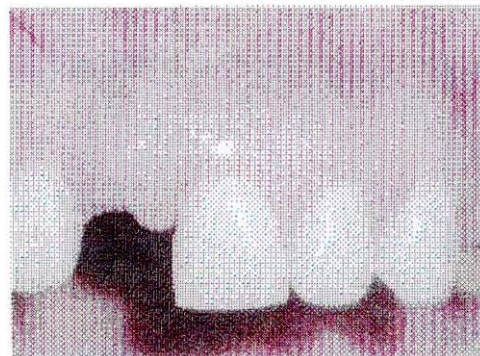
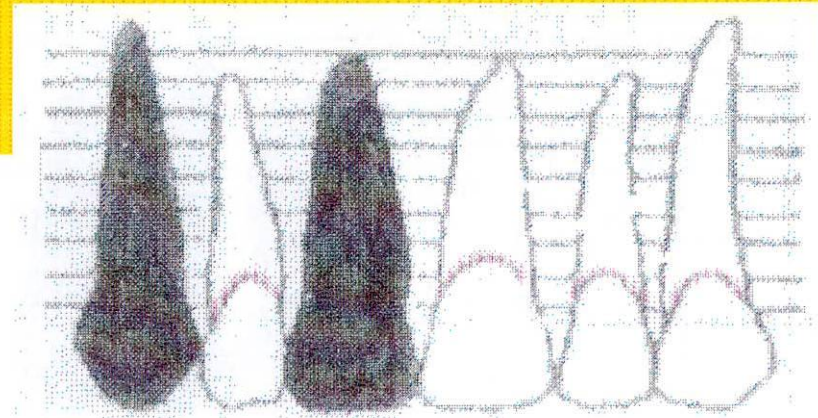
Sondaje inicial (5-4-5) (4-4-4)



SEXTANTE II

Sondaje inicial

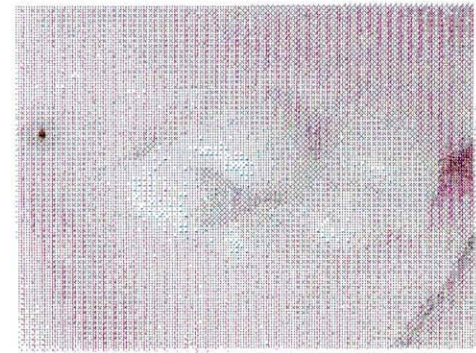
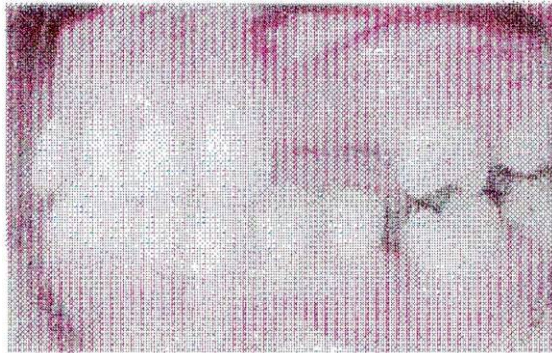
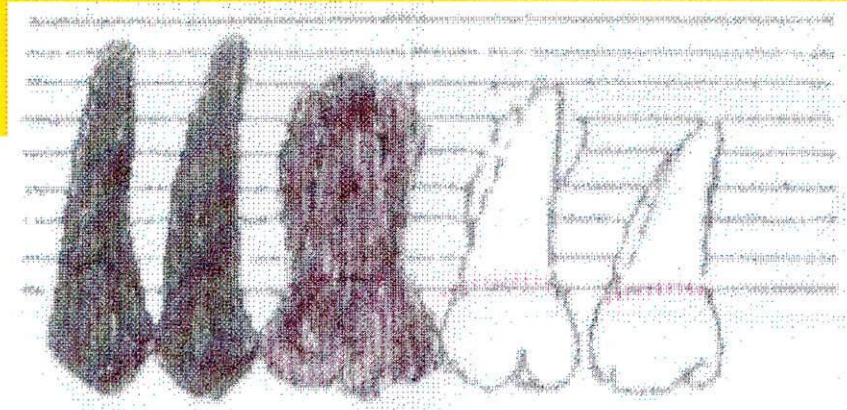
(2-2-2) (2-2-2) (2-2-2) (2-2-2)



SEXTANTE III

Sondaje inicial

(2-2-2) (2-2-2) (2-2-2) (2-2-2)



SEXTANTE IV

Sondaje inicial

(3-2-3) (3-2-2) (3-2-2) (2-2-2)

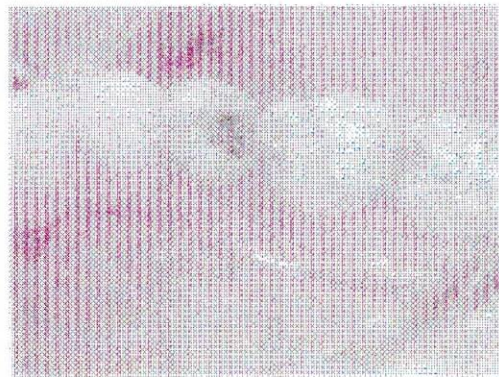
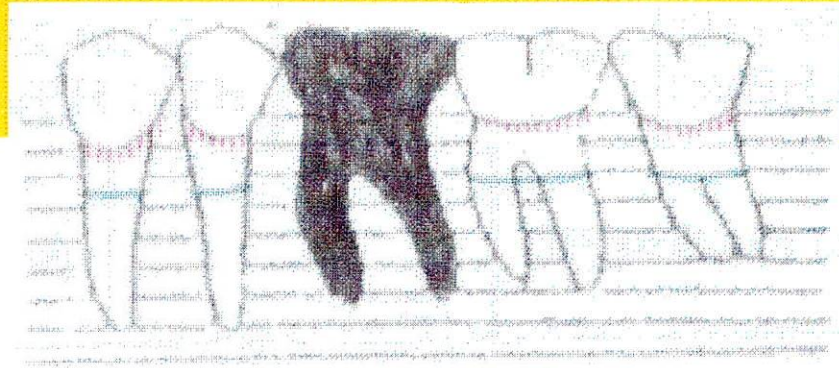
Linea mucogingival

3

3

4

4



SEXTANTE V

Sondaje inicial

(2-1-2) (2-1-2) (2-1-2) (2-1-2)

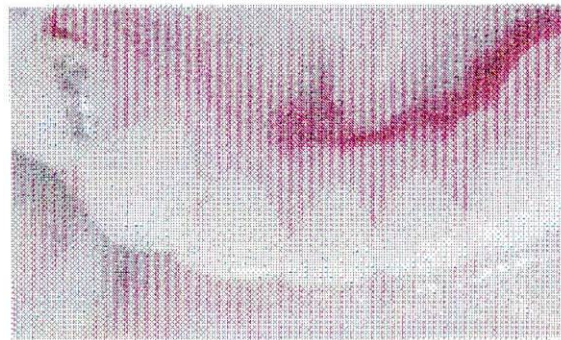
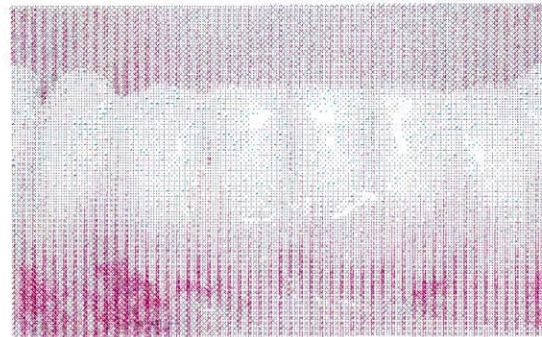
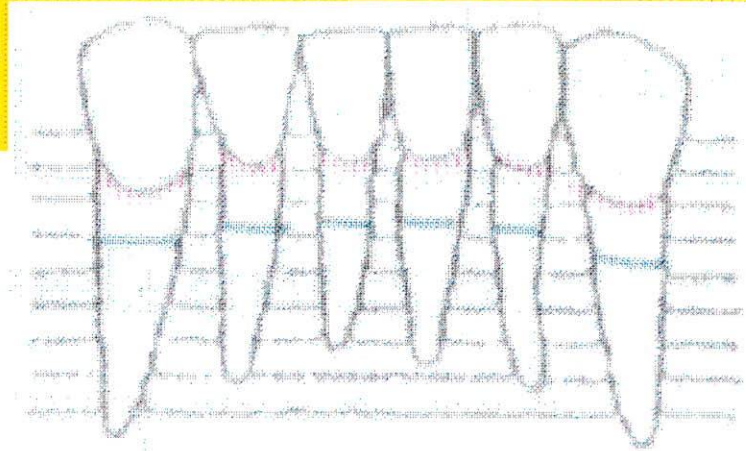
Linea mucogingival

3

3

3

3



SEXTANTE VI

Sondaje inicial

(2-2-2) (2-2-3) (3-2-2) (3-2-2)

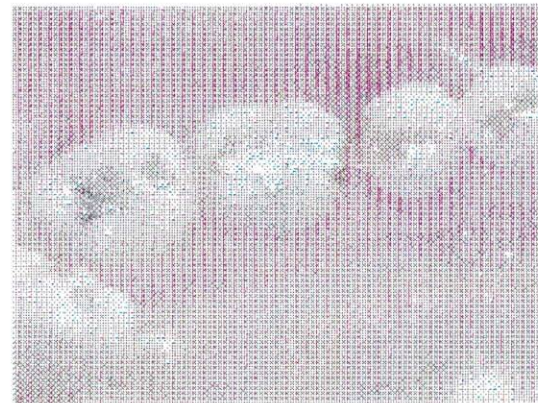
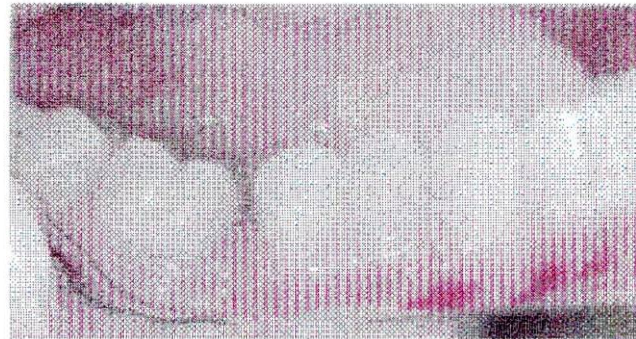
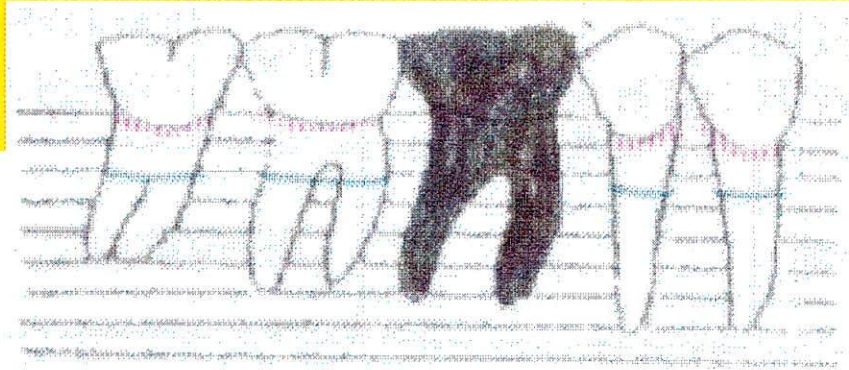
Linea mucogingival

3

3

3

3





DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

DESORDEN DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DENTOMAXILAR
ADQUIRIDO OCLUSION BILATERAL

DESORDEN DE INTERFERENCIA TIPO
FUNCIONAL DEL DISCO ARTICULAR

COLAPSO DEL REBORDE
ALVEOLAR TIPO I

DIENTES IMPACTADOS

PERIODONTITIS DEL
ADULTO

CARIES RECURRENTE

ETIOLOGIA

DESARMONIAS
OCLUSALES

DESARMONIAS
OCLUSALES

PERDIDAS DENTALES

MULTIFACTORIAL

PLACA BACTERIANA

MULTIFACTORIAL



PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

TERAPIA BASICA

CIRUGIA METODO ABIERTO DEL 11 Y 13

TUBEROPLASTIA

CIRUGIA METODO CERRADO DEL 12, 14 Y 15

IMPLANTES

INCRUSTACIONES



TRATAMIENTO A REALIZAR

TERAPIA BASICA

CIRUGIA METODO ABIERTO DEL 11 Y 13

TUBEROPLASTIA

CIRUGIA METODO CERRADO DEL 12, 14 Y 15

AMALGAMAS

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE SUPERIOR

Gracias!!!



Paciente: Moreno Bertilda
Doctor: Álvarez Johanna

Edad: 38 Años

Orden: 48841
Fecha: mar/19/2003



Paciente: Moreno Bertilda
Doctor: Álvarez Johanna

Edad: 38 Años

Orden: 48841
Fecha: Mar/19/2003



Paciente: Moreno Bertilda
Doctor: Álvarez Johanna

Edad: 38 Años

Orden: 48841
Fecha: Mar/19/2003

