

CASO CLINICO X SEMESTRE ODNTOLOGIA INTEGRADA

PRESENTADO POR:

ANGELICA AGUILAR

LINDY MARCELA ALVAREZ

ALEXANDRA ECHEVERRY

STELLA SEPÚLVEDA

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

ÁREA DE ODONTOLOGÍA INTEGRADA

X SEMESTRE

2003

CASO CLINICO X SEMESTRE ODNTOLOGIA INTEGRADA

PRESENTADO POR:

ANGELICA AGUILAR

LINDY MARCELA ALVAREZ

ALEXANDRA ECHEVERRY

STELLA SEPÚLVEDA

PRESENTADO A:

DRA. NERY VILLOTA

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

ÁREA DE ODONTOLOGÍA INTEGRADA

X SEMESTRE

2003

INTRODUCCIÓN

El tratamiento que supone la inserción de un implante unitario y su posterior rehabilitación es en muchas ocasiones de los más complejos a los que nos enfrentamos. Las reabsorciones óseas en altura y espesor del área implantaría, la proximidad de los elementos dentarios adyacentes, las consideraciones estéticas en el sector anterosuperior, los condicionantes oclusales futuros de la rehabilitación, son factores que determinan el éxito del mismo. En nuestro auxilio hemos de considerar que el avance de las técnicas reconstructivas y regenerativas hacen de este tratamiento algo predecible y fiable y en este mismo sentido, las indicaciones iniciales de la técnica de osteointegración han ido variando con los años, pasando de aplicar esta técnica en el edentulismo total a utilizarla en el edentulismo parcial. Hay diferentes alternativas de tratamiento a la pérdida unitaria de un diente que son: prótesis parcial removible, prótesis fija de recubrimiento parcial o total, prótesis adhesiva, tratamiento ortodóntico y prótesis implanto soportada. Cada una de ellas presenta sus indicaciones y contraindicaciones siendo de plena vigencia cuando atendemos fielmente a las mismas. Realizando la extrusión ortodóntica la daremos mas estética y confort al paciente.

CASO CLINICO X SEMESTRE

ODONTOLOGÍA INTEGRADA

HISTORIA CLINICA

1. INFORMACIÓN GENERAL

- NOMBRE DE PACIENTE: N.N
- EDAD: 35 AÑOS
- ESTADO CIVIL: CASADA
- OCUPACIÓN: HOGAR

2. MOTIVO DE CONSULTA

“SE ME MUEVE UN DIENTE”

3. HISTORIA MEDICA PERSONAL

Paciente sin ningún compromiso sistémico aparentemente

4. HISTORIA MEDICA FAMILIAR

Reporta: PAPA: sufre de taquicardia

MAMA: sufre de artritis

5. HIGIENE ORAL

- CEPILLADO: 2 veces al día.
- TÉCNICA: Horizontal
- TIPO DE CEPILLO: Cerdas Blandas

6. TRATAMIENTOS RECIBIDOS

- Cirugía oral
- Operatoria dental
- Endodoncia
- Periodoncia
- Prostodoncia

7. EXAMEN FISICO

- PESO: 50 kilogramos
- ESTATURA: 1.62 mts
- TEMPERATURA: 37 °c.
- PULSO: 76 pulsaciones por minuto
- PRESION ARTERIAL: 110/70 mm de Hg

8. EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR

- Presenta simetría Facial
- Relación de los tercios normales
- Competencia labial presente

9. EXAMEN INTRAORAL

- Clase de Angle no aplicable tanto derecho como izquierdo
- Overjet: 4mm

- Obervite: 4 mm
- Línea media dentaria Normal

10. EXAMEN FUNCIONAL

- Apertura: 37 mm
- Protrusión: 3mm
- Lateralidad derecha: 4mm
- Lateralidad izquierda: 4mm

11. EXAMEN PERIODONTAL

ENCIA

- Color: anormal
- Margen: anormal:
- Consistencia: anormal
- Textura: anormal
- Papilas: anormales

- Cálculos: si
- Movilidad dentaria: si

12. EXAMEN DENTARIO

ODONTOGRAMA

Superior derecho

18-Ausente

17-Amalgama (0) desadaptada

16-Incrustación (0M) adaptada

15-Pilar de PPF

14-Póntico

13-Pilar de PPF

12-Resina(MP) desadaptada

11-Corona desadaptada

Superior izquierdo

28-Ausente

27-Pilar de PPF

26-Póntico

25-Pilar de PPF

24-Corona adaptada

23-Sano

22-Resina (M) desadaptada y caries (P)

21- Resina (M) desadaptada y (DP) desadaptada

Inferior izquierdo

31-Sano

32-Sano

33-Sano

34-Caries (O)

35-Amalgama (O) desadaptada

36-Corona adaptada

37-Ausente

38-Ausente

Inferior derecho

41-Sano

42-Sano

43-Sano

44-Caries(O)

45-Pilar de PPF

46-Póntico

47-Pilar de PPF

48-Ausente

13. EXAMEN COMPLEMENTARIOS

- Radiográfico: juego periapical
- Laboratorio: cuadro hemático

14. EXAMEN DE MODELOS ARTICULADOS

- Guía condilar lateral derecha: 0
- Guía cóndilar lateral izquierda: 0
- Guía cóndilar vertical derecha: F/B
- Guía cóndilar vertical izquierda: F/B

15. DIAGNOSTICO

- GENERALES: SANO
- CRANEOMANDIBULARES: Desorden maxilofacial (trauma oclusal)

- **TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS:** Pérdida ósea a nivel distal en el diente 11 (restauración alta), Frenillo sobreinsertado o papilar penetrante (cónico).

PERIODONTALES: Gingivitis inducida por placa Bacteriana (Bacteriana), Periodontitis Agresiva Localizada en el diente 11 (bacteriana).

- **DENTALES:** Caries activa (Bacteriana) y Caries recurrente (restauración desaptada).
- **ENDODÓNTICOS:** Diente desvitalizado (presenta endodoncia), Periodontitis apical crónica no supurativa (Bacteriana y endodoncia mal realizada).

16. PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

- **PERIODONCIA:** Terapia básica, curetaje y alisado radicular, profilaxis.
- **ENDODONCIA:** Cirugía Apical con preparación retrograda.
- **OPERATORIA:** Amalgama 17(O), 35(O), 44(O), Resina 12(MP), 22(M), 22(P), 21(M), 21(DP).

- **ORTODONCIA:** Extrusión ortodóntica.
- **IMPLANTOLOGIA:** Implante de Titanio Roscado Cilíndrico de Superficie alterada. Que significa que contiene un Spray en su superficie de Hidroxiapatita que ayuda a la óseointegración.
- **PROSTODONCIA:** Corona Metal Porcelana del diente 11.

17. PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

- **PERIODONCIA:** Terapia básica, curetaje y alisado radicular, profilaxis.
- **OPERATORIA:** Amalgama 17(O), 35 (O), 44(O); Resina 12(MP), 22(M), 22(P), 21(M), 21(DP).
- **ORTODONCIA:** Extrusión ortodóntica.
- **IMPLANTOLOGIA:** Implante de Titanio Roscado Cilíndrico de Superficie alterada.
- **PROSTODONCIA:** Corona Metal Porcelana del diente 11
- **MATENIMIENTO:** Control y terapia de mantenimiento.

MARCO TEORICO

1. FRENILLO PAPILAR PENETRANTE

Es una banda ancha de tejido fibroso que se proyecta desde el labio superior hasta la encía del maxilar superior.

Las fibras que lo componen pueden pasar entre los incisivos centrales superiores ocasionando la separación de los mismos, tanto en los dientes temporales como en los permanentes.

La razón más común para eliminar el frenillo del labio superior es para solucionar un diastema.

La técnica de elección es la Frenectomia que puede ser con Z plastia, con descargas laterales, en V, con colgajo de traslación o se puede utilizar el láser.

2. EXTRUSIÓN ORTODÓNTICA

Una extrusión ortodóntica lenta (tres semanas), se realiza utilizando un bracket cementado en la superficie vestibular o un perno en el conducto radicular.

La finalidad de este tipo de tracción es exponer la superficie de la raíz extragingival para permitir la extracción del diente para llevar a cabo al mismo tiempo la neoformación de hueso.

3. IMPLANTES DENTALES

DEFINICIÓN

Son sustitutos artificiales de las raíces de los dientes naturales. Consisten en una pieza de titanio, el cuál es un metal natural y biocompatible con el cuerpo, en forma de cilindro que es introducida en el interior del hueso maxilar o mandibular.

VENTAJAS

- Pueden reemplazar a los dientes que no se renuevan.
- Pueden servir de apoyo a una dentadura completa, haciéndola más segura y confortable.
- Puede sostener un puente fijo, eliminando 2 problemas: no usar dentadura removible y/o tallar dientes vecinos.
- Puede ayudar al reemplazo de un solo diente, sin alterar los vecinos.

- Reducir el movimiento de las prótesis o coronas.
- Facilita la masticación.
- Brinda soporte y estabilidad mejorada para las dentaduras postizas.
- Estética y confort para el paciente.
- Promueve la autoestima gracias a las ventajas de tener una dentadura postiza ya que el habla y la apariencia a menudo mejoran.

DESVENTAJAS

- Alto costo.
- Requiere de mayor tiempo de trabajo: 3 a 9 meses.
- Mayor riesgo de infección.

INDICACIONES

La sustitución de un diente por un implante unitario la consideraremos en las siguientes situaciones:

1. Fractura dentaria sin posibilidad de tratamiento.
2. Agenesia dentarias.
3. Caries masivas no restaurables y subgingivales.
4. Reabsorciones radiculares.

5. Patología periapical de mal pronóstico.
6. Patología periodontal de mal pronóstico.

CONTRAINDICACIONES

En primer lugar, una mala salud general(enfermedades sanguíneas, cánceres, trastornos mentales graves,...) Prohíbe la colocación de implantes y en la mayoría de los casos, la relación con el médico de cabecera es aconsejable.

En segundo lugar, es primordial un buen estado de la boca; además de un cepillado riguroso de los dientes, las caries y los problemas de encías deben ser tratados antes del acto implantario. Además, es importante la cantidad de hueso disponible (altura-anchura), su calidad y la localización de los obstáculos anatómicos (nervios, vasos sanguíneos, cavidades)

En ultimo lugar el tabaco condiciona negativamente el resultado a corto largo plazo del tratamiento implantario. Entonces dejando de fumar beneficia la salud bucal.

EXAMENES PREVIOS

Primero se hace un estudio completo de la cavidad oral para determinar las necesidades del paciente, para medir la apertura bucal y ver si hay caries o enfermedades no tratadas.

Luego, se toma una radiografía panorámica, para ver si es posible colocar implantes. A partir de ese momento, se realizan modelos de yeso para estudiar el futuro resultado estético de la prótesis.

Se realiza una Densitometría para verificar la calidad de hueso y así determinar que tipo de implante se puede colocar.

Antes del acto quirúrgico, se prescribe un análisis de sangre. Se hace un estudio sanguíneo para saber exactamente cuál es el estado general del paciente.

CLASIFICACIÓN

- Por su localización:

- Maxilar superior.

- Maxilar inferior.

La diferente calidad ósea presente en cada maxilar condiciona el periodo de osteointegración; así mismo, los requerimientos estéticos entre ambos maxilares son diferentes sobre todo si se trata de la región anterior del maxilar superior y el paciente presenta una sonrisa gingival, en cuyo caso las exigencias estéticas serán máximas

- Por la situación del diente a sustituir:

- Grupo incisivo.

- Grupo Canino.

- Grupo Premolares.

- Grupo Molares.

Incisivos superiores: En esta área los requerimientos estéticos priman sobre cualquier otro objetivo y por ello no es infrecuente la utilización de técnicas de cirugía avanzada reconstructiva, regenerativa y de cirugía mucogingival en combinación con la propia técnica implantológica.

Incisivos inferiores: La proximidad de las raíces de los dientes adyacentes y el tamaño del diente original nos obliga a la utilización de implantes de pequeño diámetro.

Caninos: Es obligado, como en cualquier otro caso, el análisis oclusal previo. La guía canina (cargas laterales) no debe existir y el cambio de patrón oclusal puede obligarnos a modificaciones anatómicas en otros elementos dentarios.

Premolares: El compromiso estético es menor en la emergencia gingival del implante. Los elementos anatómicos a salvar con cierta frecuencia son el seno maxilar y el nervio dentario inferior en su emergencia por el agujero mentoniano.

Molares: Un implante vs. dos implantes para la sustitución de un molar. La predictibilidad de la osteointegración en la parte posterior no es tan buena como en la región anterior de los maxilares¹ debido al aumento de las fuerzas oclusales, la cantidad más limitada de hueso y la peor calidad del mismo. Según Becker y Becker, de manera ideal, deberían utilizarse dos implantes para reemplazar un solo molar. Un solo implante no reemplaza la proporción de raíz a corona que existía previamente y puede aparecer sobrecarga del

mismo, así la solución lógica es la utilización de dos fijaciones para reemplazar las raíces de un molar ausente. Esta actuación incrementa el área de superficie de osteointegración y la distribución de cargas oclusales se realiza sobre un área más extensa aunque utilicemos un implante de diámetro ancho de la misma longitud. Dos implantes eliminan también el cantilever y disminuyen la posibilidad de sobrecarga. Los implantes de diámetro ancho están indicados en áreas donde el diámetro mesodistal esté disminuido y no permita la colocación de dos fijaciones. El incremento del diámetro sobre el implante de diámetro estándar (3,75 mm) supone un aumento del área de superficie de osteointegración al igual que disminuye el cantilever, aunque éste en mayor o menor medida estará presente. Algunos implantes de diámetro ancho incrementan también el área del hombro del implante proporcionando más área de superficie primaria para la interfase de pilar a implante, aumentando la estabilidad de prótesis y permitiendo un perfil de emergencia más ancho.

•Por la cronología de la inserción:

—Inmediata.

—Diferida.

—Tardía.

Implantes inmediatos postextracción serían aquellos que se colocan en el alveolo residual inmediatamente después de la extracción. Su ventaja reside en una reducción del tiempo de tratamiento, menor reabsorción ósea del alveolo residual y la colocación del mismo en una posición ideal. Las contraindicaciones para la realización de dicho tratamiento son la existencia de una infección aguda y la falta de fijación primaria del implante. Los implantes diferidos se colocan de 6 a 10 semanas después de la extracción y el objetivo principal es salvar las contraindicaciones anteriores y conseguir una mayor cantidad de encía queratinizada.

Los implantes tardíos son aquellos colocados al menos tres meses después de la pérdida dentaria.

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS DEL DIENTE A RESTITUIR

Es preciso evaluar la anatomía del diente a restituir. El diámetro en la emergencia gingival, el contorno máximo de la corona dentaria, la longitud de la misma y la proporción corono-radicular serán considerados en la elección

del implante; en cualquier caso la proporción corona-implante no debe ser inferior a 1:1.

La primera discrepancia que con lleva inconveniencias estéticas es la diferencia a la sección transversal entre un implante y una raíz dentaria.

Cuando nos encontramos sobre todo en la región anterosuperior del maxilar superior (más estética) existe un problema de discrepancia entre el diámetro circular del implante y la forma ovalada del diente natural. Así mismo, longitudinalmente el perfil de emergencia de los dientes naturales es casi recto, y el único diente con un diámetro cervical similar al diámetro del de un implante de pequeño diámetro es el incisivo lateral superior.

Estas discrepancias requieren conformar el contorno gingival cervical hasta resultados estéticos óptimos mediante la utilización de restauraciones implanto soportadas.

TRATAMIENTO

El tratamiento puede variar dependiendo del tipo de implante y de la salud del paciente. Por ejemplo, muchos pueden hacer el tratamiento de implantes en un consultorio odontológico común; otros pueden necesitar un quirófano; la

mayoría puede realizarse con anestesia local y otras intervenciones pueden realizarse con anestesia general para mayor confort del paciente.

El primer paso es la instalación de los implantes dentarios en el maxilar.

El segundo paso, luego de una espera de 3 a 4 meses, se colocan unos intermediarios a través de la encía, que son los que sostendrán la futura prótesis.

El tercer y último paso es la colocación del sistema protésico elegido, sobre los intermediarios colocados en el segundo paso, en forma firme y precisa.

Después de finalizado el tratamiento, cepillado, hilo dental, control de placa bacteriana y visitas periódicas al odontólogo son necesarias, para el éxito de los implantes dentales.

CONCLUSIONES

1. La sustitución de un solo diente por una prótesis implanto soportada supone en muchas ocasiones uno de los tratamientos implantológicos más complejos a los que nos enfrentamos.
2. Existen alternativas protéticas de plena vigencia, tanto desde el punto de vista funcional como estético, para restituir el diente perdido.
3. Los implantes alojados en la región anterior del maxilar superior comportan una mayor complejidad.
4. En condiciones óptimas de los tejidos blandos y duros los implantes inmediatos son fiables.
5. Es preciso evaluar las características del diente a restituir en la elección de nuestro implante.
6. La extrusión ortodóntica es de muy buena utilidad porque nos permite que el paciente no presente pérdida ósea al contrario con esa técnica inducimos a la neoformación de hueso.
7. La realización de este caso clínico nos sirve para afianzar mas nuestros conocimientos sobre odontología y quizás lo pongamos en practica mas adelante.

BIBLIOGRAFÍA

BOYD, Mucoingival cosiderations and their relacionship orthodontics.

Journal of Periodontology 1978.

CARRANZA, Fermin A., Periodontología Clínica. Octava Edición. Ed.

McGraw-Hill, 1997.

GENCO, Robert, y Colbs, Periodoncia, Ed. McGraw-Hill, 2000

**WHINSTON, G.J, Frenotomy and mucobuccal fold resection utilized in
periodontal therapy. Journal dent. N. 22. pág. 495. 1956.**

Htp:www.endodoncia-zabalegui.com