



**COLEGIO
ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO**

CASO CLINICO



Presentado por:

**AMANDA MONZÓN
ESMERALDA VEGA ZARTA
MONICA HERNÁNDEZ
SANDY ROJAS**

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

BOGOTA, ABRIL DE 2004

INFORMACION GENERAL

- **NOMBRE** Miguel Hernández Moreno
- **EDAD** 37 años
- **RAZA** Mestizo
- **OCUPACION** Empleado
- **MOTIVO CONSULTA** Arreglo de Boca

EXAMEN FISICO

- **PESO** 93 Kg
- **RH** O +
- **ESTATURA** 1.85 mts
- **TEMPERATURA** 37.5 °C
- **PRESION ARTERIAL** 120-80 mm-hg
- **FRECUENCIA CARDIACA** 60 pm

ANAMNESIS

- **HISTORIA MEDICA FAMILIAR**
No reporta antecedentes familiares
- **HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE**
No reporta antecedentes sistémicos
- **INTERCONSULTA MEDICA**
No requiere

HISTORIA ODONTOLOGICA PREVIA

- **ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS**

OBSERVACIONES

¿ Le han practicado anestesia local?	SI		Sin complicaciones
¿Le han practicado anestesia general?		NO	
Hemorragia post exodoncia		NO	Sin complicaciones

HISTORIA ODONTOLOGICA PREVIA

● ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

✓ ATENCION RECIVIDA

Operatoria

Cirugía

✓ HIGIENE ORAL

Regular

Frecuencia de cepillado 2 veces al día

Elementos utilizados: cepillo y dentífrico

HISTORIA ODONTOLOGICA PREVIA

● ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS

✓ ATENCEDENTES ANTE TTOS ANTERIORES

Regular

✓ ACTITUD FRENTE A ESTE TTO

Positiva

✓ INTERCONSULTA

No requiere

HISTORIA ESTOMATOLOGICA

OBSERVACIONES

Dolor musc. masticación		NO	Ninguno
Dolor ATM		NO	Ninguno
Ruido ATM		NO	Ninguno
Alteraciones en el movimiento		NO	Ninguno

Desarmonías oclusales	SI		Ausencias Dentarias
Hábitos		NO	
Xerostomía		NO	
Odontalgia		NO	
Dolor, ardor en tejidos blandos	SI		Por la Fístula
Sensibilidad dentaria		NO	
Sangrado gingival	SI		Gingivitis
Halitosis		NO	

EXAMEN FISICO ORAL

OBSERVACIONES

Labios	N		
Cigarrillo	N		
Surco Vestibular	N		
Gingiva		A	Mala Higiene
Reborde Alveolar		A	Ausencia Dentarias
Lengua		A	Lengua Geográfica
Piso de Boca	N		
Frenillo	N		
Paladar Duro	N		
Paladar Blando	N		
Amígdalas Orofaringe	N		
Glándula Salivar	N		

EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR SINTOMAS CARDINALES

☐ EXAMEN MUSCULOS MASTICATORIOS

- No encontramos dolores reportados
- No encontramos dolores a la palpación

❑ EXAMEN ART. TEMPOROMANDIBULAR

RUIDO ARTICULAR		
	MOVIMIENTO	TERCIO
ATM DERECHO	Apertura	½
ATM IZQUIERDO	Apertura	½
RUIDO ENCONTRADO	Clicking	

EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR SINTOMAS CARDINALES

● EXAMEN DE MOV. MANDIBULARES

● Apertura	59 mm	normal
● Protrusión	4 mm	normal
● Lat. Izquierdo	2 mm	disminuida
● Lat. Derecho	3 mm	disminuida

EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR SINTOMAS CARDINALES

● EXAMEN DENTARIO – ARMONIA DESARMONIA OCLUSAL

Clasificación de Angle	No Aplicable
Simetría Facial	Si
Over Bite	6 mm Aumentado
Over Jet	6 mm Aumentado
Línea Media Dentaria	3 mm Desviada Izquierda
Apiñamientos	13 y 23
Ausencia Dentaria	18, 22, 26, 37, 36, 45, 46 y 47
Lateralidad Derecha	Func. de Grupo 11, 12, 13 - 42, 43
Lateralidad Izquierda	Func. de Grupo 23, 24 – 32, 33

EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR SINTOMAS CARDINALES

• EXAMEN PERIODONTAL

ENCIA	N	A	ENCIA	N	A
1. Color		X	5. Grosor		X
2. Márgen		X	6. Contorno		X
3. Consistencia		X	7. Papilas		X
4. Textura		X	8. Encía Adherida	X	

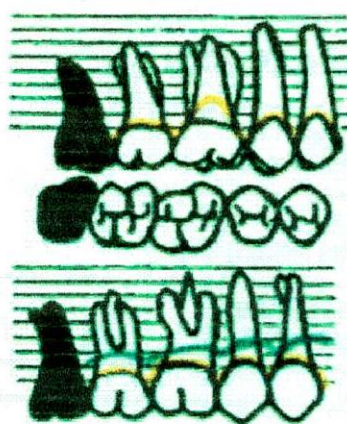
	SI	NO
9. Cálculos	X	
10. Sangrado	X	
11. Supuración - Exudado	X	
12. Movilidad Dentaria		X
13. Frenito		X

ODONTOGRAMA

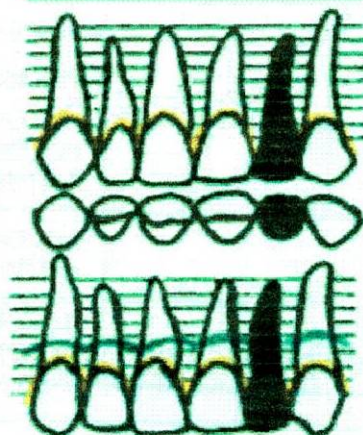
- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| • 18 ausente | 28 ag (ov) desadaptada |
| • 17 ag (op) adaptada | 27 ag (opd) adaptada |
| • 16 ag (op) adaptada | 26 ausente |
| • 15 ag (o) desadaptada | 25 ag (omd) desadaptada |
| • 14 rs (od) adaptada | 24 ag (om) adaptada |
| • 13 resina (p) adaptada | 23 resina (p) adaptada |
| • 12 resina (p) adaptada | 22 ausente |
| • 11 resina (vipm) adaptada | 21 provisional |
| • 48 ag (ov) adaptada | 38 caries o |
| • 47 ausente | 37 ausente |
| • 46 ausente | 36 ausente |
| • 45 ausente | 35 ag (o) adaptada |
| • 44 ag (o) adaptada | 34 ag (o) adaptada |
| • 43 sano | 33 sano |
| • 42 sano | 32 sano |
| • 41 sano | 31 sano |

PERIODONTOGRAMA

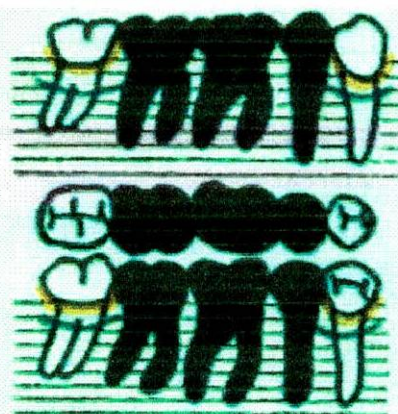
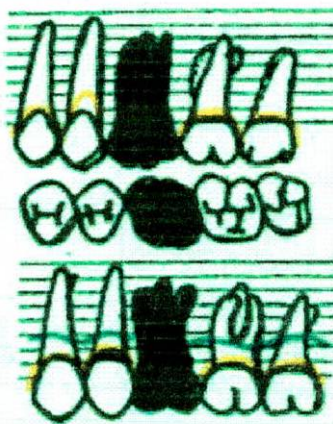
SEXTANTE 1
CODIGO 2



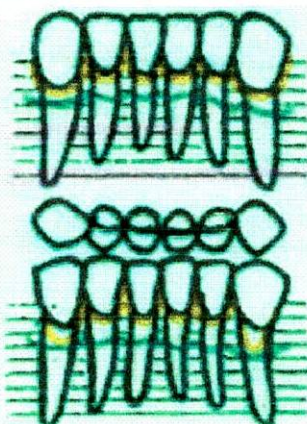
SEXTANTE 2
CODIGO 2



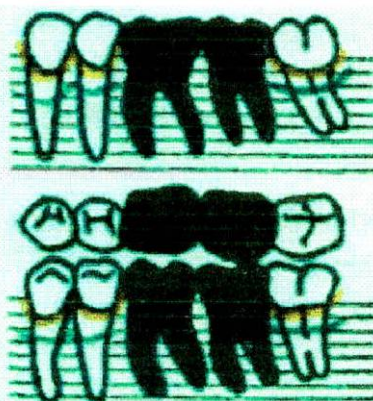
SEXTANTE 3
CODIGO 2



SEXTANTE 6
CODIGO 2



SEXTANTE 5
CODIGO 2



SEXTANTE 4
CODIGO 2

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

SEXTANTE 1

14 - área (RL) a nivel apical;

SEXTANTE 2

11. área (R.O) a nivel coronal y radicular

21 - área (RO) a nivel radicular y coronal

22 - ausente

SEXTANTE 3

25, 27 y 28 - área (RO) a nivel coronal

SEXTANTE 4

38 - área (RO) a nivel coronal

36, 37 - ausentes - colapso grado 1

35 - área (RO) a nivel coronal

34 - área (RO) a nivel coronal; a nivel radicular se observan dos raíces.

SEXTANTE 6

44 - área (RO) a nivel coronal; a nivel radicular se observan dos raíces, zona radiolúcida bien definida, radiopaco de carácter nodular

45,46,47- ausentes - colapso grado

48 - área (RO) a nivel oclusal

ODONTOMA

El término "odontoma" ha ido cambiando desde su introducción, en 1867 por Broca, hasta su acepción actual como una neoplasia benigna mixta de origen odontógeno, es decir, con este término se designan las lesiones de células odontogénicas epiteliales y mesenquimales completamente diferenciadas y que forman esmalte, dentina y cemento. Están formados por tejidos dentarios calcificados, mezclados en diferentes sentidos y proporciones. Han existido

en todos los tiempos, en el hombre y en varias especies de mamíferos. Son los tumores más frecuentes de los maxilares, con una incidencia entre 22% y 67%, con elevada presentación en niños y adolescentes.

Existen múltiples clasificaciones, la de Tiecke, que los divide en: odontoma ameloblástico, compuesto y complejo; Bhaskar los clasifica en: compuestos, complejos y quísticos; Blad - Sutton los divide también en odontomas quísticos y sólidos (compuestos), estos últimos se subdividen en compuestos complejos, compuestos combinados, compuestos geminado y gestante, así como, compuesto dilatado. A pesar de esto la más extendida y aceptada de todas ellas es la de la OMS, de 1971, que los subdivide en: complejos y compuestos.

La sinonimia de estos procesos es muy variada así vemos como se han utilizado varias denominaciones para su descripción como: adamantinomas odontoplásticos, adamantinoma sólido dentificado, tumores de dientes múltiples, etc.

El motivo de consulta más habitual es la falta de erupción de un diente permanente, con o sin la persistencia del diente temporal y diastemas, de manera excepcional se han descrito casos raros de retención de dientes temporales.

La afección es más frecuente en mujeres pero solo ligeramente. Se diagnostica en la segunda década de la vida, los compuestos antes que los complejos. La localización más frecuente es el maxilar superior en su sector anterior, el anteroinferior y posteroinferior, aunque aparecen ocasionalmente de forma múltiple. De los tipos el compuesto es el más frecuente, aunque Budnick y Slootweg señalan una superior frecuencia de complejos; pueden observarse odontomas periféricos de los tejidos blandos (encía y oído medio), en ocasiones pueden infectarse.

Desde el punto de vista histopatológico los odontomas complejos se caracterizan por dentina primaria fundamentalmente, esmalte calcificado e hipocalcificado, cemento inmaduro y una cápsula; los odontomas compuestos presentan pulpa, dentina primaria, esmalte hipocalcificado, cemento primario y un trabeculado óseo entre los dentículos. Existen formas mixtas con morfología intermedia.

ETIOLOGIA

La **etiopatogénia** de estas lesiones apuntan hacia dos teorías clásicas que explican su origen: la de Malassez, a expensas de los restos paradentarios; y Rywkind que explica una histogenia análoga al mecanismo de la odontogénesis. Se han planteado numerosas hipótesis como procesos inflamatorios o infecciosos, traumatismos, anomalías hereditarias (Síndrome de Gardner, Hermann), hiperactividad ameloblástica, etc. Siedmund y Weber colocaron hace algún tiempo estos procesos entre los hamartoblastomas (desarrollo defectuoso del germen dentario). Actualmente, existe una moderna tendencia, que considera a los odontomas como una lesión hamartomatosa o una malformación.

ODONTOMA COMPUESTO

Los Odontomas se consideran tumores odontógenos mixtos, ya que están compuestos por tejidos de origen epitelial y mesenquimatoso bien diferenciado, con el resultado que los ameloblastos y odontoblastos funcionales forman esmalte y dentina. Las células y los tejidos son normales, pero la estructura es defectuosa, debido a que la organización de las células odontógenas no puede alcanzar un estado normal de morfodiferenciación. En algunos casos, estas lesiones calcificadas guardan una considerable semejanza anatómica con el diente normal, excepto que generalmente son

más pequeños, por lo que se les ha denominado odontomas compuestos que representan el 70% de los tumores odontogénicos. Pueden ser complejos y compuestos. Generalmente impiden la erupción de los dientes permanentes. La mayoría se descubren en la segunda década de la vida. Los odontoma compuestos son más frecuentes que los complejos. La mayoría de los compuestos se localizan en la zona anterior del maxilar superior. El tratamiento es la excisión quirúrgica.

Tomados en conjunto, los odontomas son los tumores odontógenos más frecuentes, y dentro de ellos, prevalece el odontoma compuesto.

Puede sospecharse de la presencia de un odontoma en casos de dientes retenidos deciduos o permanentes y tumoración alveolar, mal posición, diastemas; generalmente asintomáticos. Las lesiones de menor tamaño suelen ser hallazgos radiográficos casuales en adultos.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

La lesión se inicia como una zona radiolúcida bien definida en la que poco va depositándose un material radiopaco de carácter nodular. Entre el odontoma compuesto y el complejo existe sólo una diferencia relativa, basada en el predominio de denticulos bien organizadas o de tejidos dentarios desorganizados. Radiograficamente el odontoma compuesto se observa como una serie de estructuras dentiformes, presentando límites bien definidos, rodeados de una línea radiolúcida.

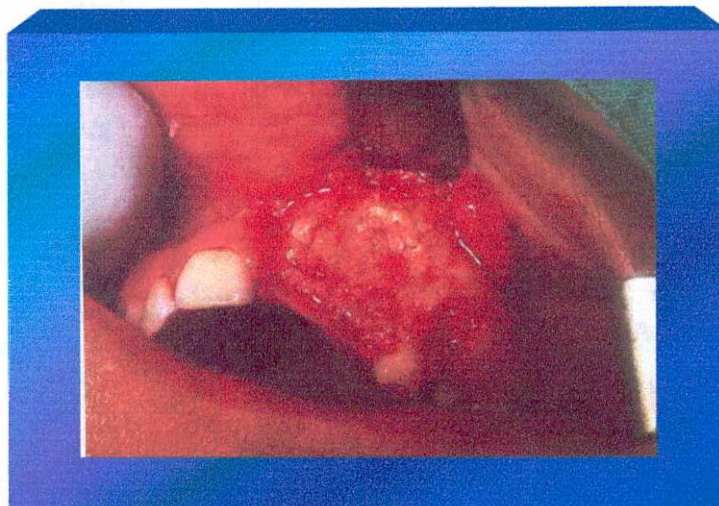
ANATOMIA PATOLÓGICA

El cuadro histológico varia según sea un odontoma compuesto o complejo, en ambos están representados todos los tejidos dentarios. En el odontoma complejo-donde se observa el esmalte, la matriz del esmalte, la dentina, el tejido pulpar y el cemento-estos tejidos presentan una relación variable de uno a otro; este tumor puede presentar, a veces, áreas de epitelio ameloblástico, ofreciendo un cuadro histológico de odontoma ameloblástico. En el odontoma compuesto, el grado de morfodiferenciación e histodiferenciación es mayor que el odontoma complejo. Aunque la forma anatómica de las piezas dentarias presentan gran variación, se observa microscópicamente, los tejidos dentarios dispuestos como en el diente normal. Ambos tipos de odontomas muestran una cápsula de tejido conjuntivo fibroso que rodea al material calcificado.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tratamiento de los odontomas compuestos y complejos consiste en la excisión simple, ya que no recidivan ni son localmente agresivos. Hay que tomar precauciones para no lesionar el periodonto adyacente durante su resección quirúrgica. La intervención quirúrgica propiamente dicha consta de incisión, levantamiento del colgajo, osteotomía ostectomía, extirpación, tratamiento del lecho quirúrgico y síntesis. La muestra será enviada para su estudio histopatológico.

Múltiples dentículos separados y unidos en masas extraídos junto con un diente supernumerario



DIAGNOSTICOS

	DIAGNOSTICO	ETIOLOGÍA
Generales	Sano	
Craneomandibulares	Luxación articular sin reducción tipo clicking.	Microtrauma Desarmonias oclusales
Orales, Tejidos Blandos Oseos	Colapso Reborde Alveolar - Odontoma	Ausencia de Dientes Posteriores Inferiores
Periodontales	Gingivitis	Placa Bacteriana
Dentales	Caries Secundaria	Factores retentivos de p.b, obturaciones desadaptadas
Endodónticos	P.A.C. – 14 P.A.C.S. - 17	Necrosis Pulpar

GINGIVITIS

- Inflamación no dolorosa o degeneración del tejido de la encía.

ETIOLOGÍA

- ✓ Placa bacteriana
- ✓ Enfermedades sistémicas
- ✓ Medicamentos

PREMOLARES BIRRADICULARES

Se debe examinar la morfología del sistema de conductos siendo un requisito previo para un tratamiento acertado.

Una revisión de literatura revela una baja incidencia de los premolares con tres conductos de acuerdo con medios de diagnóstico y radiográfico y la localización de los conductos.

Los clínicos deben estar enterados de la anatomía inusual de los premolares inferiores; tomar radiografías en diferentes ángulos horizontales y su interpretación facilita la búsqueda de los conductos accesorios.

PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA NO SUPURATIVA Y SUPURATIVA

- Por necrosis pulpar y por lo general es una consecuencia de una APP

Periodontitis Apical Crónica No Supurativa	Generalmente asintomática. Asociada a molestar muy leve	Respuesta anormal o (+) a la percusión Sensibilidad ligera a la palpación, sí existe compromiso de la tabla ósea vestibular	Zona radiolúcida a nivel periapical compatible con reabsorción ósea y/o radicular
Periodontitis Apical Crónica Supurativa	Asintomática	Pruebas de sensibilidad (+) Puede estar asociada a fracaso endodóntico, fracturas verticales, síndrome del diente agrietado.	Zona radiolúcida a nivel periapical compartida con reabsorción ósea y/o radicular. Debe tomarse una fistulografía.

CARIES SECUNDARIA

Es un fenómeno localizado en vecindad de restauraciones causado por condiciones locales que contribuyen al desarrollo de placa dentobacteriana cariogénica.

Para entender el proceso de formación de una lesión recurrente es necesario recordar que al colocar cualquier tipo de restauración, el esmalte adyacente se debe considerar en dos planos: en la superficie externa del esmalte y otra el esmalte de la cavidad al frente de la restauración.

Experimentalmente se ha demostrado que las amalgamas, las resinas compuestas y diversos cementos filtran lo cual quiere decir que en teoría, en un paciente susceptible, las restauraciones colocadas pueden fracasar por caries recurrente. No es fácil diagnosticar lesiones recurrentes, clínicamente se ve como una decoloración del esmalte por encima de la lesión cuando ya se encuentra en avanzado estado de progreso.

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

AREA	TRATAMIENTO
1. Periodoncia	Terapia básica, raspaje y alisado coronal, profilaxis.
2. Cirugía	Excisión de odontoma.
3. Endodoncia	TCC del 14, 18, 38
4. Operatoria	Resina del 11 (mivp), 14 (od), 38 amalgama (od)
5. Prostodoncia	Prostodoncia parcial fija del 21 – 23, del 25 – 27. Corona del 35. Prótesis parcial removible inferior
6. Mantenimiento	Terapia de soporte periodontal

TRATAMIENTO A REALIZAR

AREA	TRATAMIENTO
1. Periodoncia	Terapia básica, raspaje y alisado radicular, profilaxis.
2. Cirugía	No requiere
3. Endodoncia	TCC del 14, 18, 38
4. Operatoria	Resina 14 (od), 38 amalgama (od)
5. Prostodoncia	Prostodoncia parcial fija del 21 – 23, del 25 – 27. Corona del 35. Prótesis parcial removible inferior
6. Mantenimiento	Terapia de soporte periodontal

REMISIONES

● POSGRADO ENDODONCIA

Del diente 14
Del diente 28

Fract. de lima
No se encontró conducto mesial

BIBLIOGRAFÍA

FUNDAMENTO DE LA ODONTOLOGIA. PERIODONCIA, MARIA BEATRIZ
FERRERO CAMARGO, FACULTAD DE ODONTOLOGIA, PONTIFICIA
UNIVERSIDAD JAVERIANA. I EDICION. BOGOTA, OCT. 2000.

ENDODONCIA PRINCIPIOS Y PRACTICA, WALTER TURABINEJAD. 2da.
Edición MC. CRAW MILL pag. 43-45.

PATOLOGIA BUCAL, REGESI SIUBBA , 2da. Edición MC GRAW MILL Pag.
405-404.