

PRESENTACION DE CASOS CLINICOS

GINNA PAOLA COLMENARES

OSCAR APONTE

ANDREA PAOLA LARA

JOHANA GASPAR TOVAR

JUDY CAROLINA NINO BAEZ

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

ODONTOLOGIA INTEGRADA

X SEMESTRE

BOGOTA

2004

PRESENTACION DE CASOS CLINICOS

GINA PAOLA COLMENARES

OSCAR APONTE

ANDREA LARA

JOHANA GASPAR

JUDY CAROLINA NIÑO

PRESENTADO A

DRA NERY VILLOTA

ODONTOLOGA ESPECIALISTA EN PROSTODONCIA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

ODONTOLOGIA INTEGRADA IV

X SEMESTRE

BOGOTA D.C

2004

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCION

II. OBJETIVOS GENERAL
ESPECIFICOS

III. INFORMACION GENERAL
ANAMNESIS
EXAMEN FISICO GENERAL

IV. EXAMEN CLINICO ORAL
ATENCION RECIBIDA
EXAMEN CRANEOMANDIBULAR
ODONTOGRAMA
PERIODONTOGAMA

V. INTERPRETACION DE RADIOGRAFIAS

VI. CEFALOMETRIA DE STEINER

VII. DIAGNOSTICOS Y ETIOLOGIA

VIII. PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

IX. PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

X. PLAN DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

XI. MARCO TEORICO

XII. CONCLUSIONES

XIII. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

Es de vital importancia conocer la base científica de todos y cada uno de los temas que abarcan nuestra profesión, para poder brindar un manejo interdisciplinario de paciente y poder ofrecer así diferentes alternativas de tratamiento a ellos permitiendo poder escoger el que mas se acomode a su necesidad y economía, pudiendo brindar estética y calidad en los tratamientos realizados.

Saber el adecuado manejo de las remisiones de cada una de las ramas de la odontología.

El siguiente caso clínico es complejo, en el que tomamos conceptos de diferentes profesionales del área de la odontología (Cirugía oral, periodoncia, prostodoncia, ortodoncia maxilar y endodoncia) para ofrecer un alto grado de función, estética y corregir así las desarmonias oclusales que están causando actividad parafuncional. Para esto nos dedicamos a indagar en ellas para lograr éxito en la ejecución del tratamiento

II. OBJETIVOS

☆ GENERAL :

Saber el adecuado manejo del paciente, al momento de realizar un plan de tratamiento para que sea integral y tengamos el concepto de cada área especializada que se requiera en un momento dado.

☆ ESPECIFICOS :

- + Saber el manejo adecuado para cada tratamiento.
- + Aplicar nuestros conocimientos adquiridos durante nuestra preparación académica para dar así un adecuado diagnóstico que nos lleven al éxito de nuestros tratamientos.
- + Tener conocimiento básico de la remisión y el manejo de paciente interdisciplinariamente.
- + estar en la capacidad de exponer en un auditorio en el momento que necesitemos hacerlo.

CASO CLINICO
HISTORIA CLINICA

III. INFORMACION GENERAL

- ☆ NOMBRE : Irmis Espinel
- ☆ EDAD : 40 años
- ☆ RAZA : Blanca
- ☆ SEXO : Femenino
- ☆ OCUPACION : Hogar
- ☆ MOTIVO DE CONSULTA : **"CAMBIO DE PROTESIS FIJA"**

ANAMNESIS

HISTORIA MÉDICA

- ☆ FAMILIAR: Madre: Diabetes
Padre: Diabetes e Hipertensión arterial
- ☆ PERSONAL: No reporta ningún compromiso sistémico, ninguna reacción
Alérgica a medicamentos
- ☆ PSICOLOGICOS: Actitud positiva frente al tratamiento actual.
Transferencia y contratransferencia positiva.

EXAMEN FISICO

- Presión Arterial: 120/80 mm/Hg.
- Pulso : 77 ppm
- Peso : 63 Kg.
- Temperatura : 37.5 grados
- Estatura : 1.50mts

IV. EXAMEN CLINICO ORAL

ATENCION RECIBIDA

- PREVENCION : SI
- OPERATORIA : SI
- CIRUGIA : SI
- ENDODONCIA : SI
- PERIODONCIA : SI
- PROSTODONCIA : SI

- ATM : NO
- ORTOPEDIA Y ORTODONCIA : NO
- OCLUSION : NO
- IMPLANTES : NO

HIGIENE ORAL

- Frecuencia De Cepillado : 2 Veces Al Día
- Seda Dental : 1 Vez Al Día
- Enjuague : Después Del Cepillado
- Cepillo : Adultos, Cerdas Suaves, Cabeza Mediana
- Dentífrico : Colgate
- Otros : Ninguno

EXAMEN CRANEOMANDIBULAR

- Clase De Angle : No Aplicable
- Overbite : 2mm
- Overjet : 2mm
- Relación Canina : Clase I
- Lateralidad Derecha : 3mm
- Lateralidad Izquierda : 3mm
- Protrusion : 5mm
- Apertura : 45mm
- No Presenta: Alteración En Movimiento, Hábitos, Diastemas, Ruido Ni Dolor En ATM, Dolor Muscular, Frémitos.
- DVP : 50 mm
- DVO : 46 mm
- Facetas De Desgaste En Anteriores Inferiores
- Apiñamiento Dental
- Mordida Cruzada Unilateral Derecha Posterior

ODONTOGRAMA



18 AUSENTE

17 AMALGAMA OCLUSAL ADAPTADA

16 AMALGAMA OCLUSOMESIAL ADAPTADA

15 AUSENTE

14 RESINA OCLUSAL ADAPTADA

13 SANO

12 PILAR DE FIJA DESADAPTADA

11 PONTICO DE FIJA

21 PILAR DE FIJA DESADAPTADA

22 RESINA MESOINCISAL DESADAPTADA

23 SANO

24 RESINA OCLUSAL DESADAPTADA

25 AUSENTE

26 AMALGAMA OCLUSOMESIAL DESADAPTADA

27 AMALGAMA OCLUSAL ADAPTADA

28 SANO

ODONTOGRAMA



38 AMALGAMA OCLUSAL

37 AUSENTE

36 AUSENTE

35 AUSENTE

34 SANO

33 SANO

32 SANO

31 SANO

41 SANO

42 SANO

43 SANO

44 SANO

45 RESINA OCLUSAL ADAPTADA

46 AUSENTE

47 AUSENTE

48 AMALGAMA OCLUSAL

PERIODONTOGAMA

Sextante 1: Código cero

Sextante 2: Código dos

Sextante 3: Código cero

Sextante 4: Código cero

Sextante 5: Código dos

Sextante 6: Código cero

V. INTERPRETACION DE RADIOGRAFIAS

Radiografía periapical de zona de molares superiores derechos 18 y 17 zonas radiopaca en área de la corona, espacio del ligamento y conducto pulpar normales, 16 ausente.

Radiografía periapical de zona de premolares superiores derechos 15 zona radiopaca en área de la corona, espacio del ligamento y pulpar normales, 14 ausente.

Radiografía periapical de zona de anteriores superiores 21 y 12 zona radiopaca en área de la corona, y espacio del conducto pulpar 21 se ve transportación del espacio del conducto, espacio del ligamento normal, 11 ausente. 22 y 13 zona radiopaca en mesial de la corona, 23 radiográficamente sano.

Radiografía periapical de zona de premolares superiores izquierdos 24 ausente, derechos 15 zona radiopaca en área de la corona, espacio del ligamento y pulpar normales

Radiografía periapical de zona de molares superiores izquierdos 27 y 26 zonas radiopaca en área de la corona, espacio del ligamento y conducto pulpar normales, 28 radiográficamente sano.

Radiografía periapical de zona de molares inferiores derechos 38 zonas radiopaca en área de la corona, espacio del ligamento y conducto pulpar normales, 37 y 36 ausentes.

Radiografía periapical de zona de premolares inferiores derechos 35 ausente, 34 radiográficamente sano.

Radiografía periapical de zona de anteriores inferiores 33, 32, 31, 41, 42, 43 radiográficamente sanos

Radiografía periapical de zona de premolares inferiores derechos 44 radiográficamente sano, 35 zonas radiopaca en área de la corona, espacio del ligamento y conducto pulpar normales.

Radiografía periapical de zona de molares inferiores derechos 46 y 47 ausentes. 48 zonas radiopaca en área de la corona, espacio del ligamento y conducto pulpar normales.

VI. CEFALOMETRIA DE STEINER

MEDIDAS ESQUELETICAS ANGULARES

PARAMETRO	UBICACION	VALOR Y RANGO mas/menos 2 en grados	VALOR DEL PACIENTE En grados	DIAGNOSTICO
Posición maxilar	SNA	82	87	Prognatismo del maxilar superior
Posición Mandibular	SNB	80	82	Normal
clasificación esquelética	ANB	2	5	clase II esquelética
posición mandibular	SND	76.77	78	Prognatismo con relación a SN
SN-mandibular	SN- Go/Gn	32	27	Proinclinacion del cuerpo mandibular
SN- Oclusal	SN-Plano Oclusal	14.5	5	Proinclinacion del plano Oclusal (sonrisa senil)
Maxilo AND	ENA-ENP/ Go-Gn	25	27	Divergencia maxilo/mandibular

MEDIDAS ESQUELETICAS LINEALES

PARAMETRO	UBICACION	VALOR Y RANGO en mm	VALOR DEL PACIENTE En mm	DIAGNOSTICO
S-E	S-E (SN)	22	21	Retroposición condilar
S-L	S-L(SN)	51	55.5	Progenie
Prominencia mentón	Pg-NB	4	1.5	Retrogenie/NB

MEDIDAS DENTALES ANGULARES

PARAMETRO	UBICACIÓN	VALOR Y RANGO mas/menos 2 en grados	VALOR DEL PACIENTE En grados	DIAGNOSTICO
inclinación 1 superior	1NA	22	19	Retroinclinacion superior
inclinación 1 inferior	1NB	25	22	Retroinclinacion Inferior
Interincisivo	1 1	130	133	Retroinclinacion

MEDIDAS DENTALES LINEALES

PARAMETRO	UBICACIÓN	VALOR Y RANGO en mm	VALOR DEL PACIENTE En mm	DIAGNOSTICO
posición 1 Superior	1 NA	4	1	Reposición superior
Posición 1 inferior	1 NB	4	5	Preposición inferior
posición 6 superior	Mesial1 6 -NA	27	33	Distogresion 6 superior
posición 6 inferior	Mesial1 6 -NB	25	33	Distogresion 6 inferior

ANALISIS ESQUELETICO

PARAMETRO	UBICACION	VALOR Y RANGO 2 en mm	VALOR DEL PACIENTE En mm	DIAGNOSTICO
posición labio superior	labio sup-Li.S	0	-1mm	Retroquia superior
posición labio inferior	Labio inf-Li.S	0	3mm	Proquia inferior

ANALISIS DE TEJIDOS BLANDOS

PARAMETRO		VALOR Y RANGO mas/menos 2 en grados	VALOR DEL PACIENTE En grados	DIAGNOSTICO
Angulo nasolabial		UBICACION	90	Angulo abierto
Posición del menton	Sn/Pg	Cm/ SnLs	-4	Normal

ANALISIS DE MODELOS

Tipo de dentición: PERMANENTE

Línea media : Desviada 1mm superior izquierda
1.5 mm inferior derecha

Forma de arco : superior - triangular.
Inferior - cuadrado

Paladar : ojival

Rotaciones : 33 distoversion, 34 mesoversion, 45mesoversion.

Mordida cruzada: 33, 34

Clase canina : I

Clase Molar : no aplicable

FOTOMETRIA

- SIMETRIA FACIAL
- EQUILIBRIO DE LOS TERCIOS
- OJOS FORMA, POSICION Y TAMAÑOS NORMALES
- ALA NASAL DERECHA MAS AMPLIA
- CARA PROMINENTE
- PROQUELIA INFERIOR
- RETROQUELIA SUPERIOR
- ANGULO NASOLABIAL ABIERTO
- POSICION DEL MENTON NORMAL
- SONRISA OCULTA
- MENTON NORMAL

VII. DIAGNOSTICOS Y ETIOLOGIA

- Generales: paciente sana
- Craneomandibular: Desorden neuromuscular de crecimiento y desarrollo y de tipo adquirido. Hereditario, ausencia dental y restauraciones desadaptadas
- Periodontal: paciente en sextantes 1, 3, 4, 6 código 0 y en el 2,5 código 2. con gingivitis asociada a placa bacteriana localizada por factores retentivos, restauraciones desadaptadas y apiñamiento dental
- Dentales: caries secundarias
- Endodónticos: transportación del conducto, iatrogénica

PLAN DE TRATAMIENTO

En el manejo de nuestra paciente es imperativo pensar en alineación dental y para poder realizar cualquier tratamiento es necesario realizar ortodoncia, alineación y nivelación, y sobre todo en la mesialización de 38, 48 para esto es necesario usar la técnica "FLEXICORTICOTOMIA" y luego el uso de mini implantes de fijación que son necesarios para mantener la estabilidad de estos dientes.

VIII. PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

Periodoncia: Terapia básica Periodontal: motivación y enseñanza de cepillado, aspado y alisado radicular, profilaxis. Alargamiento coronal en el sextante 2 acompañado por un injerto de tejido conectivo, para restaurar la estética de la zona.

Cirugía: Implante único en el maxilar superior.

Endodoncia: No requiere

Operatoria: 22 resina mesoincisal, 16 amalgama oclusomesial

26 amalgama oclusomesial, 14, 16, 17, 24, 27, 38, 45 y 48 resina Oclusal

Prostodoncia: PPF 12-21, PPF bilateral inferior

Mantenimiento: Terapia de soporte periodontal.

IX. PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

Periodoncia: Terapia básica Periodontal: motivación y enseñanza de cepillado, aspado y alisado radicular, profilaxis. Alargamiento coronal en el sextante 2 acompañado por un injerto de tejido conectivo, para restaurar la estética de la zona.

Cirugía: No requiere

Endodoncia: No requiere

Operatoria: 22 resina mesoincisal, 16 amalgama oclusomesial

26 amalgama oclusomesial, 14, 16, 17, 24, 27, 38, 45 y 48 resina Oclusal

Prostodoncia: Fija 12-21 y Removible inferior

Mantenimiento: Terapia de soporte periodontal

X. PLAN DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Periodoncia: Terapia básica Periodontal: motivación y enseñanza de cepillado, aspado y alisado radicular, profilaxis. Alargamiento coronal en el sextante 2 acompañado por un injerto de tejido conectivo, para restaurar la estética de la zona.

Cirugía: Implante único en el maxilar superior, en la zona del maxilar inferior implantes a nivel del 46, 36.

Endodoncia: No requiere

Operatoria: 22 resina mesoincisal, 16 amalgama oclusomesial

26 amalgama oclusomesial, 14, 16, 17, 24, 27, 38, 45 y 48 resina Oclusal

Prostodoncia: coronas individuales a nivel del 12, 11, 22, 36, 46

Mantenimiento: Terapia de soporte periodontal

XI. MARCO TEORICO

TENSIÓN ALTA O HIPERTENSIÓN (HTA) es un término que se refiere al hecho de que la sangre viaja por las arterias a una presión mayor que la deseable para la salud. La mayoría de los afectados no tienen síntomas. Eso no quiere decir que no sea peligrosa: Gran parte de las muertes que se producen cada año lo son como consecuencia directa de la hipertensión o de sus complicaciones sobre el sistema cardiovascular o el riñón. José Federico Saabi. MD. Jefe de Cardiología. Hospital de San Ignacio.

DIABETES MELLITUS engloba un conjunto de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de niveles elevados de glucosa en sangre, también llamada hiperglicemia, que puede estar producida por: una deficiente secreción de insulina, una resistencia a la acción de la misma, o una mezcla de ambas. La inmensa mayoría de los pacientes son diagnosticados de una de las siguientes categorías: diabetes mellitus tipo 1, producida por una deficiencia absoluta en la secreción de insulina; diabetes mellitus tipo 2, causada por una combinación de resistencia a la acción de la insulina, y una inadecuada.

PROSTODONCIA: En la odontología se relaciona con la rehabilitación de la función oral y la estética facial, con la comodidad apariencia y salud, por medio de la restauración de los dientes y el reemplazo de las estructuras faltantes. Se divide en:

☆ Prótesis maxilo facial: restauración de defectos de desarrollo o adquiridos.

- ☆ **Prostodoncia removible:** Trata del reemplazo de dientes faltantes y estructuras contiguas artificiales que pueden ser removidas por el paciente, ya que no presentan adhesión al tejido dentario
- ☆ **Prostodoncia implantosoportada:** sustitución artificial de estructuras dentales que pueden ser de carácter fijo o removible.
- ☆ **Prostodoncia fija:** esta relacionada con la restauración o reemplazo de los dientes por sustitos artificiales que son adheridos artificialmente a los dientes naturales o a sus raíces.

RETENEDORES: se clasifican en

- ☆ **Intracoronarios y mixtos:** basan su retención y estabilidad en las paredes internas de los dientes los cuales son llamadas incrustaciones, son Inlay si hay buen remanente de tejido dentario. Los retenedores mixtos basan su retención en paredes internas y externas cuando hay lesiones en paredes adyacentes incrustación de tipo Onlay.
- ☆ **Intraradiculares:** basan su retención en las paredes Internas de la raíz del diente y se utilizan cuando el diente esta comprometido coronalmente, se conoce como núcleo y la función es ofrecer retención a la restauración coronal.
- ☆ **Preparación dentaria:** es el desgaste selectivo de la estructura dentaria con fines protésicos, esta debe seguir los contornos anatómicos del diente y de esta forma se asegura no crear sobrecontornos en la restauración final. Esta se clasifica en Hombro, Chamfer, Hombro biselado.

CORONA TOTALMENTE MECANICA: el diente es candidato a una corona totalmente metálica cuando la descalcificación y la caries Han atacado todas las superficies axiales de un diente posterior y no hay espacio interoclusal y cuando

dichas superficies han sido preparadas previamente para recubrir toda la estructura dental remanente.

CORONA METAL-CERAMICA: La restauración consiste en una capa de cerámica adherida a una cofia delgada de metal colocado que se adapte a la preparación del diente dicha restauración combina la fuerza y el ajuste preciso de una corona de metal colado con el efecto estético de una corona de cerámica, Friedlander y colb. Encontraron que la esta restauración es 2.8 veces mas fuerte.

CORONAS TOTALMENTE CERAMICAS: Difiere de otras restauraciones de recubrimientos cementadas al no realizarse un colado en metal de todas las restauraciones dentales es la que puede conseguir un mejor resultado estético sin embargo, al componerse totalmente de cerámica se hace menos resistente por su fragilidad y se hace mas susceptible a la fractura, son cerámicas de vidrio colado Dicor, Im-ceram, e IPS-Empress han mantenido la atención de la profesión a lo largo de la ultima década.

EXAMEN Y REGISTRO PERIODONTAL

SISTEMA DE IDENTIFICACION TEMPRANO.

La enfermedad Periodontal es una infección que afecta la encía y el aparato de inserción y el aparato de inserción ocasionando la perdida dental en adultos.

El PSR es un método rápido y efectivo para detectar la enfermedad Periodontal en los pacientes con la mínima información y documentación posible.

Los beneficios que ofrece son:

- ☆ Identificación temprana: este incluye la evaluación de todos los sitios, por esta razón, esta técnica es sensible para detectar cualquier desviación de la salud Periodontal.
- ☆ Rapidez: una vez se aprende el manejo, toma solo unos minutos para la evaluación clínica del paciente.
- ☆ Simplicidad: es fácil de administrar y de comprender
- ☆ Costo Beneficio: se utiliza un sonda Periodontal diseñada específicamente para el sistema de registro no se requiere de un equipo sofisticado ni costoso.
- ☆ Registro fácil: Para la documentación del PSR se requiere registrar 6 registros numéricos según el sextante de la boca.
- ☆ Manejo de riesgo: una documentación propia del PSR puede dar un Diagnóstico del estado Periodontal del paciente.
- ☆ Limitaciones: Pretende reemplazar un examen Periodontal detallado mediante la utilización del periodontograma, cuando así este indicado, aquellos pacientes que han sido tratados periodontalmente y están en la fase de terapia de mantenimiento requieren del este examen periódicamente.
- ☆ Descripción: el objetivo de este sistema de registro es examinar cada diente individualmente.
- ☆ Debe colocarse una X si el área es edentula.

- ☆ Códigos de registro

Código 0: el área coloreada permanece completamente visible al sondear el surco en el sextante evaluado. Tejidos gingivales saludables sin presentar hemorragias al sondaje.

Código 1: el área coloreada permanece completamente visible al sondear el surco en el sextante evaluado. Presenta hemorragias al sondaje, no hay presencia de cálculos

Código 2: el área coloreada permanece completamente visible al sondear el surco en el sextante evaluado. Presenta calcificaciones gingivales.

Código 3: el área coloreada permanece parcialmente visible al sondear el surco en el sextante evaluado.

Código 4. El área coloreada desaparece completamente, indicando una profundidad de sondaje clínico mayor de 5.5mm al sondear el surco en el sextante evaluado.

Código *: denota anomalía clínica en donde se pueden incluir los siguientes hallazgos u otros.

Lesión de furca. Movilidad dentaria o del implante, Problemas mucogingivales, Recesión del tejido marginal gingival que se extiende del área coloreada de la sonda más e 3.5mm.

Recesión: es la migración apical de la encía.

ANOMALIAS DENTOFACIALES:

Anomalías de posición de los dientes: desviación de los dientes con respecto a la posición normal que deben ocupar en el arco dentario.

☆ Gresion: es la desviación del diente de su posición normal

☆ Ingresion: hacia adentro del maxilar

☆ Agresión: hacia fuera del maxilar

Anomalías de dirección de los dientes:

☆ Versiones: inclinación del diente como si hubiera girado alrededor del eje horizontal

☆ Rotación: inclinación del diente como si hubiera girado el diente alrededor de su mismo eje en sentido vertical.

Anomalías de tamaño de los dientes:

☆ Macrodoncia: dientes con un volumen mayor de lo normal

☆ Microdoncia: dientes con un volumen disminuido de lo normal

Anomalías de número de los dientes:

☆ Supernumerarios:

☆ Anodoncia falsa: dientes ausentes clínicamente pero presentes radiográficamente

☆ Anodoncia verdadera: dientes ausentes clínica y radiográficamente

EVIDENCIA CIENTÍFICA

INJERTO es el Tejido de un órgano que se toma de un lugar o persona que se inserta en otra localización con la finalidad de reparar un defecto estructural. Estos injertos son de uso común para aumentar un sitio cóncavo y se obtienen del paladar duro, la tuberosidad del maxilar superior y el área retromolar.

CASO DE UN INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO

ANTES



DESPUES



REGENERACIÓN TISULAR GUIADA: (CIRUGIA A COLGAJO CON INJERTO)

Técnica quirúrgica Periodontal para el tratamiento de los defectos de la morfología, posición y cantidad de la encía, en la que se utiliza un injerto. Se denomina por cuadrante porque se suele hacer una hemiarcada en cada sesión. Los motivos principales por los que suele indicar esta técnica son para aumentar

la encía acercándose a lo que sería un periodonto normal y/o para realizar un recubrimiento radicular. La posición adecuada del paciente y del profesional, el uso de una técnica correcta y unas medidas de asepsia son normas imprescindibles para el éxito de la cirugía. Una historia y exploración previas, así como la realización de una radiología son también imprescindibles. La técnica debe realizarse de una forma reglada adaptando el injerto al lecho que se quiere tratar, bien realizando su extracción o su desplazamiento. Los injertos pueden ser: libre autógeno de encía (palatina generalmente), libre autógeno de tejido conectivo, e injerto pediculado desde una zona adyacente.

Las complicaciones no son frecuentes y se dividen en inmediatas y mediatas (secundarias o tardías). Las complicaciones inmediatas pueden ser: desgarros, hemorragias, heridas de partes blandas; lesiones de los nervios cercanos; enfisema submucoso, fractura de instrumental, etc.

CIRUGIA A COLGAJO CON MEMBRANA: Técnica quirúrgica Periodontal para el tratamiento de los defectos periodontales-óseos en la que se utiliza una membrana para obtener regeneración ósea. Se denomina por cuadrante porque se suele hacer una hemiarcada en cada sesión. Los motivos principales por los que suele indicar esta técnica son para aumentar el tejido óseo-periodontal acercándose a lo que sería un periodonto normal. La posición adecuada del paciente y del profesional, el uso de una técnica correcta y unas medidas de asepsia son normas imprescindibles para el éxito de la cirugía. Una historia y exploración previas, así como la realización de una radiología son también imprescindibles.

La técnica debe realizarse de una forma reglada adaptando la membrana al defecto que se desea regenerar. En ocasiones se colocan diferentes materiales bajo la membrana, autólogos o no, para conseguir un mejor resultado. Si la membrana no es reabsorbible se realiza una segunda cirugía para eliminar la

membrana una vez se ha conseguido la regeneración. Actualmente se utilizan membranas reabsorbibles de diferentes materiales. Las complicaciones no son frecuentes y se dividen en inmediatas y mediatas (secundarias o tardías). Las complicaciones inmediatas pueden ser: desgarros, hemorragias, exposición de la membrana; lesiones de nervios cercanos; enfisema submucoso, etc.

INJERTO DE HUESO + REGENERACIÓN TISULAR GUIADA (CIRUGÍA A COLGAJO CON INJERTO Y MEMBRANA). Técnica quirúrgica Periodontal para el tratamiento de los defectos periodontales, en la que se utiliza un injerto y una membrana. Se denomina por cuadrante porque se suele hacer una hemiarcada en cada sesión.

Los motivos principales por los que suele indicarse esta técnica son para aumentar el tejido óseo-periodontal acercándose a lo que sería un periodonto normal. La posición adecuada del paciente y del profesional, el uso de una técnica correcta y unas medidas de asepsia son normas imprescindibles para el éxito de la cirugía. Una historia y exploración previas, así como la realización de una radiología son también imprescindibles.

La técnica debe realizarse de una forma reglada adaptando el injerto al lecho que se quiere tratar, bien realizando su extracción o su desplazamiento y colocando adecuadamente la membrana para cubrir el defecto. Los injertos pueden ser: libre autógeno de encía (palatina generalmente), libre autógeno de tejido conectivo, y injerto pediculado desde una zona adyacente. Las membranas pueden ser reabsorbibles o no reabsorbibles. Las complicaciones pueden ser inmediatas y mediatas (secundarias o tardías). Las complicaciones inmediatas pueden ser: desgarros, hemorragias, exposición de la membrana, pérdida del injerto, etc. Las complicaciones mediatas: infecciosas, hemorrágicas (de causa local o general); generales (bacteriemias, septicemias, etc.) Los resultados de esta técnica son muy variables ya que dependen de múltiples factores.

REMODELACIÓN CON HIDROXIAPATITA: Procedimiento quirúrgico por el que se remodela el reborde alveolar con la colocación de hidroxiapatita. La hidroxiapatita es un material denso biocompatible con propiedades mecánicas limitadas. Se denomina por cuadrante porque se suele hacer una hemiarcada en cada sesión.

El paciente se queja de movilidad de su prótesis por inadaptación de la misma. En ocasiones la existencia previa de una enfermedad Periodontal agresiva condiciona una gran pérdida de hueso alveolar que imposibilita la colocación adecuada de una prótesis. Esta pérdida puede ser también secundaria a trauma o cirugía.

El procedimiento quirúrgico debe realizarse de un modo reglado tras una indicación precisa basada en una historia clínica y una exploración física y radiológica adecuadas. La hidroxiapatita puede utilizarse mediante su colocación con jeringas, con las que se inyecta a través de una incisión vertical en la línea media maxilar o mandibular. También puede utilizarse en forma de bloques y unida a otros materiales heterólogos (colágenos) o el propio hueso del paciente. Las posibles complicaciones son: lesión de estructuras anatómicas (vasos, nervios, cavidades), hematomas, edemas, neuralgias, hemorragias, infecciones, formación de tejidos cicatriciales o desgarros mucosos, problemas en la retención, recidiva por resorción ósea o del material aloplástico.

APICECTOMIA: Es un procedimiento quirúrgico por el que se realiza la resección de la porción apical del conducto radicular de un diente. No obstante, bajo este término genérico se agrupan toda una serie de procedimientos quirúrgicos relacionados con la endodoncia.

La cirugía endodóntica presenta las siguientes indicaciones generales: cuando existe un fracaso del tratamiento no quirúrgico y el retratamiento es imposible o no predice un mejor resultado.

- ☆ Cuando es necesario realizar una biopsia,
- ☆ Cuando existe una complejidad anatómica,
- ☆ Cuando existen anomalías en la apertura, preparación y obturación del conducto,
- ☆ Cuando el acceso a los conductos está obstruido,
- ☆ Cuando existe una fractura radicular,
- ☆ Cuando se necesita una cirugía exploratoria para obtener datos necesarios para el diagnóstico.

La persistencia de inflamación e infección en el periápice de un diente, asociado a una imagen radiológica de rarefacción, tras la realización de un tratamiento endodóntico correcto. La posición adecuada del paciente y del profesional, el uso de una técnica correcta y unas medidas de asepsia son normas imprescindibles para el éxito de la apicectomía. Una historia y exploración previas, así como la realización de una radiología son también imprescindibles.

La técnica debe realizarse de una forma reglada y comprende: anestesia correcta, incisión, despegamiento del colgajo mucoperiostico, osteotomía, raspado peri apical, resección radicular, preparación y obturación retrógrada, re aproximación, sutura y cuidados postoperatorios. El material recogido en la lesión debe ser analizado histológicamente en todos los casos. La realización de una radiografía posquirúrgica sirve para valorar el resultado.

Las complicaciones postoperatorias son infrecuentes. Se puede producir: sangrado, infección, inflamación, dolor, decoloración de los tejidos y cicatrización retardada. Debe realizarse una monitorización de la imagen radiográfica.

FLEXICORTICOTOMIA: El hueso alveolar constituye el tejido de soporte de los dientes y se desarrolla junto con la formación y erupción de estos .pero, como consecuencia de la pérdida o extracción de algún diente ,se reabsorbe gradualmente creándose un colapso de las tablas vestibular y lingual , disminuyéndose la anchura normal del corredor óseo y generando uno de los problemas mas comunes para la terminación con éxito de algunos tratamientos de ortodoncia al no poderse realizar el movimiento dentario.

Consiste en crear un alvéolo quirúrgico, separando las tablas óseas vestibular y lingual, lo que permite la ampliación del reborde óseo colapsado facilitando el movimiento de los dientes adyacentes. al efectuar este movimiento no se sutura . evitando confrontar los bordes de la incisión para que las tablas no sedan y se vuelvan a cerrar el espacio ganado ,por lo cual se recomienda tratarse como una exodoncia simple que permite la sola formación del coagulo sanguíneo para transformarse en hueso esponjoso entre las tablas corticales vestibular y lingual y posteriormente facilitar el desplazamiento de los dientes para el cierre del espacio correspondiente.

Esta técnica difiere fundamentalmente de otros procedimientos ya que emplean injertos de tejido pediculado bien sea por medio de la técnica de enrollado o de bosillo ,para la reconstrucción de los rebordes alveolares parcialmente desdentados ,los cuales presentan defectos de colapso y se relacionan solo con el aspecto estético y funcional de la rehabilitación oral, Desde el punto de vista ortodoncico se realizo un procedimiento para ampliar el reborde alveolar colapsado que consiste en extraer un injerto óseo de la zona retromolar del maxilar del maxilar inferior ,levantar un colgajo y después de un periodo de seis

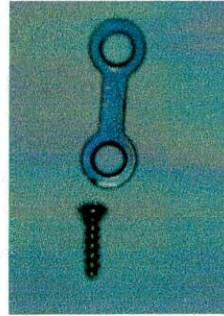
meses (tiempo necesario para la cicatrización del hueso) se inicia el movimiento ortodoncico que se efectúa por reabsorción y oposición ósea en el sitio edentulo .este método logra por medio del injerto : ampliar el reborde sin que por ello se facilite el movimiento ortodoncico pues en esta forma se conserva la cortical ósea compacta y colapsada sin aumentar la zona medular donde se moverían los dientes.

En el año 1994 se realizo un trabajo investigativo para comprobar la efectividad clínica del procedimiento de flejar las corticales por los doctores Roció Castro y Hernando Amorocho como requisito de adoptar el titulo de especialistas en Ortodoncia de la UMNG y la fundación CIEO y dirigido por el doctor Enrique Mejia Burgos autor de la técnica y el instrumental Dicho trabajo se titula TECNICA QUIRURGICA PARA CORREGIR COLAPSOS DEL REBORDE ALVEOLAR CUANDO IMPIDE EL MOVIMIENTO DENTARIO COMO PARTE DE UN TRATAMIENTO ORTODONCICO.

Posteriormente y a través de una serie de pacientes tratados en los que se realizo con éxito dicho procedimiento se acuño el nombre de flexicorticotomia que resume y define clara mente el propósito de la técnica empleada.

TIPOS DE MICROIMPLANTES

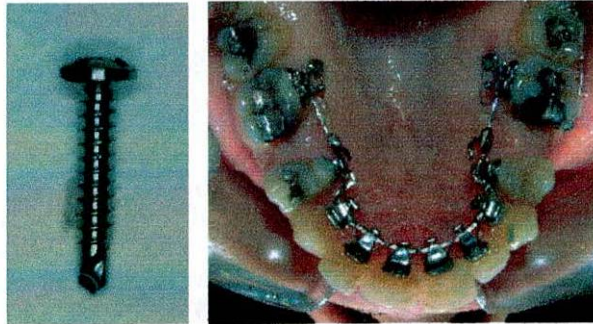
Tipo I: mini placas de osteosíntesis de 0.7 mm de grosor, fijadas con tornillos monocorticales de 1.4 de diámetro y 7 mm de longitud. Straumann.



Tipo II: Microimplantes Abs Anchor. Longitud entre 7 y 11 mm, diámetro (entre 1.2-1.3 mm).



Tipo III: Tornillos monocorticales ACE. Longitud 8,5 y 9,5, diámetro 1.2mm.



Tipo IV: Microimplantes Spider Screw. Longitud 9 mm, diámetro 2mm.



Tipo V : Microimplantes Jeil. Longitud entre 6 y 10, diámetro 1.4

INSERCIÓN DE MICROIMPLANTES

- ☆ Ortodoncista determina la ubicación ideal del MI.
- ☆ Transmite información mediante modelo o foto.

☆ Cirugía guiada por las necesidades de ortodoncia

☆ MI ubicado respetando estructuras adyacentes de compromiso y fuera de la trayectoria del movimiento de los dientes que se pretenda realizar.

IMPLANTES DENTALES: Los implantes dentales consisten en una pieza de titanio en forma de cilindro, que es introducida en el interior del hueso maxilar o mandibular, mediante una pequeña intervención quirúrgica, semejante a la requerida para la extracción de un diente. Posteriormente, entre 4 y 6 meses luego de la colocación del implante, se procede a la confección de la corona que ira apoyada sobre el implante que hemos colocado, y que ahora esta íntimamente integrado con nuestro propio hueso.

Los implantes dentales están reemplazando poco a poco a los dientes postizos utilizados por algunas personas, ya que proveen muchas ventajas sobre las dentaduras postizas tradicionales.

Para algunas personas, sobre todo aquellas con dentadura postiza floja o mal ajustada debido a los rebordes planos o personas que hayan perdido varios dientes y que necesiten un soporte para las coronas y los puentes, los implantes pueden ser considerados como la alternativa más apropiada, en lugar de la dentadura postiza, para arreglar la apariencia que dan los dientes faltantes.

Las principales ventajas son; evitar el uso de prótesis removible así como el tallado de los dientes vecinos para la confección de prótesis fija.

- Reducir el movimiento de las dentaduras removibles postizas, las prótesis fijas y, o las coronas.
- Facilitar la masticación adecuada.
- Brindar soporte y estabilidad mejorada para las dentaduras removibles y las prótesis fijas.

- Acercarse a la “sensación” de dientes naturales mejor que las dentaduras postizas.
- Promover la “autoestima gracias a las ventajas de tener una dentadura postiza” ya que el habla y la apariencia mejoran.

Existen muchas variables que hay que considerar antes de colocar un implante:

- El paciente debe estar saludable.
- Las capacidades de curación del paciente afectado por la enfermedad podrían influir en el éxito de un implante.
- Se debe hacer un diagnóstico adecuado antes de colocar un implante.
- La colocación y la técnica es específica para cada candidato en particular.
- Para evitar otras complicaciones, el implante o los implantes deben ser tratados de manera apropiada por el paciente y el odontólogo.
- Fumar y beber en gran cantidad puede afectar el éxito del implante.

En los niños y en los pacientes más jóvenes es común la ausencia congénita de un diente o su pérdida por traumatismo. Existen algunas alternativas de tratamiento:

Prótesis removible o fliper; lleva un paladar de acrílico y ganchos retentivos. Es el sistema más económico pero también es incómodo y poco estético. Sin embargo, es una buena solución temporal si se decide por el tratamiento de implante.

Prótesis adhesiva; se pega al esmalte de los dientes gracias a la aplicación de unos ácidos muy superficiales y luego una resina. Suele ser provisional mientras se confecciona un puente fijo o se coloca un implante.

El implante representa una solución ideal para la reposición de un solo diente, el implante se introduce dentro del hueso y en una segunda fase se restaura protésicamente. A lo largo de los años los dientes se pierden por problemas periodontales, por caries o fracturas.

En estos casos la colocación de múltiples implantes es una alternativa, ya que los dientes remanentes no tienen que ser involucrados para reponer los ausentes, por otra parte se evita el inconveniente de una prótesis removible.

Si se ha perdido todos los dientes en uno de los maxilares, básicamente hay dos posibilidades: llevar una dentadura total removible o un tratamiento con implantes.

- Un sustituto artificial del hueso: este tipo de implante consiste en la colocación de un sustituto sintético del hueso en la parte superior del hueso para ayudar a reconstruir el reborde reducido y ofrecer un soporte sólido para la dentadura postiza. Debido a que esta fabricado del mismo tipo de mineral encontrado en el hueso natural, este tipo de implante se une al hueso maxilar existente.
- Implantes endostiales: este tipo de implante se inserta en el maxilar para servir como raíz del diente.
- Implantes subperiostiales: este tipo de implante, a menudo es una opción para las personas que ya no pueden usar dentaduras postizas convencionales, consiste en un implante especialmente diseñado que encaja directamente en el hueso existente.

Los implantes están hechos con materiales biológicamente compatibles que han sido sometidos a exámenes extensos durante un periodo de varios años. Ya que

estos materiales son en gran parte metales, como el titanio, y nunca han sido tejidos vivos, no existe la probabilidad de que causen una respuesta antígeno-anticuerpo que pudiera ocasionar un rechazo similar al que ocurre a veces en los trasplantes de corazón y de riñones.

La relación entre los implantes endoóseos y el hueso consiste en uno de dos mecanismos:

- ☆ **Oseointegración:** el hueso está en contacto próximo con el implante
- ☆ **Integración fibroósea:** en el cual los tejidos blandos están interpuestas entre las dos superficies.

USO DE IMPLANTES COMO ANCLAJE EN EL MOVIMIENTO DENTAL:

Los movimientos dentales ortodónticos están limitados por fuerzas recíprocas de reacción a las fuerzas mecánicas aplicadas, la tracción extraoral, es hasta el momento una forma efectiva de obtener anclaje, pero su debilidad está condicionada a la colaboración del paciente.

En el 2002 Gittelson, resalta la importancia de entender los principios de la oclusión y el manejo de las fuerzas de mordida sobre el implante, con el fin de mantener la longevidad de las prótesis implantosoportadas. De acuerdo con diversos autores el anclaje rígido intraoral fue solo un concepto teórico, hasta la introducción de implantes oseointegrados.

Los materiales más comunes:

- ☆ Biotolerables (acero inoxidable, aleación de cromo-cobalto)
- ☆ Bioinertes (titanio, carbono)
- ☆ Bioactivos (hidroxiapatita, vitreocerámica, aluminio oxidado)

El mas usado es el de titanio, que es considerado excelente material.

Consideraciones anatómicas:

- ☆ El objetivo principal del implante es exclusivamente ortodontico o como pilar protésico.
- ☆ La edad esquelética del paciente.
- ☆ La calidad y la cantidad de hueso disponible.
- ☆ Dirección de los movimientos ortodonticos.

LA MORDIDA CRUZADA: es una de las atrofias más fáciles de tratar, cuando es diagnosticada precozmente. Si no son tratadas, serán las que mayores dificultades no podrán traer, por los riesgos de distrofias óseas de las bases que pueden ocurrir y que serán irreversibles".

Posterior Unilateral (Atrofia de 4to. Grado). En las mordidas cruzadas posteriores unilaterales vamos a observar:

- La línea media superior no coincide con la línea media inferior, en oclusión funcional.
- Si se mide el diámetro transversal del maxilar superior y el de la mandíbula, se observa que la mandíbula cabe dentro del maxilar.
- La apertura mínima es producto de rotación, las líneas medias deben coincidir.
- La máxima apertura se da por traslación.

- La mínima dimensión vertical es menor en el lado cruzado, significando que la masticación se hace por este lado.
- Lo que es funcional a los 3- 4 años, luego se vuelve estructural

Relación entre postura e interferencia:

- La cabeza se inclina hacia el lado de la interferencia y la mandíbula hacia el lado contrario.

Schwartz y Posselt (citados por Rocabado 1979), establecieron que los contactos dentarios son distintos cuando un sujeto cierra la boca con una postura alterada de la cabeza, comparando los contactos cuando la posición de la cabeza esta recta.

Vig, Showfety y Phillips, (1980), realizaron una investigación en donde examinaban la postura natural de adaptación de la cabeza en condiciones fisiológicas extremas como: obstrucción nasal total, privación visual y ambos combinados. Mostrando que la posición dentoalveolar y la postura cráneo cervical tienen relación entre si. Concluyendo que la compensación dentoalveolar para las diferentes relaciones verticales de la mandíbula, pueden ser consecuencia de la postura de la cabeza.

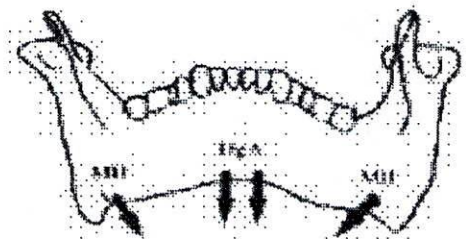
Nagakubo (1995), realizo un estudio en donde evaluaba la postura de pie y su relación con la morfología maxilofacial, observando que el plano oclusal se inclinaba en dirección opuesta a la de la cabeza y los hombros.

Según Mackay, Buschang y Throckmorton (2001), en una investigación sobre posición de descanso mandibular, influenciada por la postura del cuerpo y el soporte de la cabeza, observo que esta posición de ve alterada por: interferencias oclusales, alteraciones temporomandibulares, stress, obstrucciones nasales y la postura de la cabeza. La postura de la cabeza extendida, reduce la distancia

interoclusal y protruye la mandíbula, mientras que la flexión de la cabeza, aumenta el espacio libre.

Durante el ciclo masticatorio, período durante el cual la energía de desarrollo de la mandíbula deberá ser recogida por los maxilares, tendremos alterado el patrón funcional muscular, dándonos como resultado un mayor crecimiento de la hemimandíbula del lado no cruzado, que será el lado de balance permanente en los pacientes con **mordida cruzada**, debido a las interferencias presentes lo cual conlleva a una función masticatoria unilateral con el establecimiento de una función muscular alterada. Lado de Trabajo: Lado Cruzado, Lado de Balance: Lado No Cruzado

Durante el movimiento de apertura tendremos una mayor acción de los músculos suprahioides, en especial Milohioideos y Digástrico Anterior, junto con el Músculo Pterigoideo Lateral Inferior, en especial del lado cruzado para permitir que la mandíbula llegue a una posición medial normal (**Figura No. 1**).

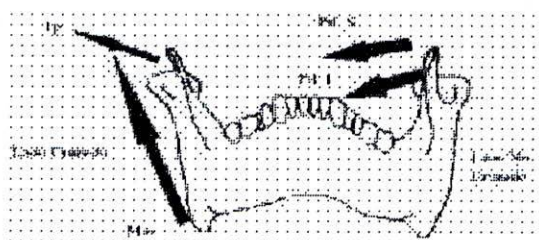


Los músculos suprahioides son los principales responsables del movimiento de apertura (MH=Milohioideo, DgA=Digástrico Anterior)

Durante el movimiento de cierre tendremos una acción de los Músculos Pterigoideos Internos y Temporales ayudados por los Músculos Maseteros y Pterigoideos Laterales Superiores durante el inicio de cierre (**Figura No. 2**), con una acción mayor, durante el final del cierre de los Músculos Masetero y Temporal

Posterior del lado cruzado y del Músculo Pterigoideo Lateral Superior e Inferior del lado no cruzado, para sí evitar las interferencias, llevando a una **mordida cruzada** (**Figura 3.**).

Los músculos masticatorios son los responsables del inicio del movimiento de cierre



Durante el final del cierre actúan el Temporal posterior

Como ha sido demostrado por muchos autores como Planas, Simoes, Raustia et al., Petrivic, Hinton, Hannam et al, Kasai et al , entre otros, quienes concluyen que los músculos masticatorios son esenciales en la masticación y juegan un papel muy importante en el crecimiento craneofacial.

Teniendo en cuenta estas conclusiones, se hará necesario restablecer lo más pronto posible una función muscular normal, evitando así el crecimiento asimétrico de la mandíbula y llegar a remodelaciones de la cavidad glenoidea, localizándose más posterior y produciendo un efecto de rotación mandibular, ubicando el cóndilo del lado cruzado más posterior, superior y lateral en relación con la base craneal, acompañado de un desplazamiento anterior, inferior y medial del cóndilo del lado no cruzado, como fue descrito por Brian L. Et al .

Otro de los problemas que se presentan en estos pacientes es la tendencia a dietas más blandas, lo cual nos llevará a una menor función masticatoria, como ha

sido demostrada por Planas, Simoes, Varrelas, Kiliaridis – S, el stress masticatorio es un factor regulador en el crecimiento craneofacial y el desarrollo oclusal; con una dieta blanda y baja actividad masticatoria, el crecimiento mandibular no será el adecuado para un óptimo desarrollo oclusal.

Manejo Temprano De Las Mordidas Cruzadas

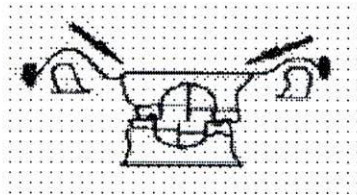
De acuerdo a las conclusiones anteriores, el manejo de las Mordidas Cruzadas se debe iniciar en el momento en que se diagnostica y preferiblemente en edades tempranas (dentición decidua), con el fin de tratarlas en un Nivel Inferior Primario de Prevención, el cual constará de:

- Tallado o Desgaste Selectivo.
- Orientación Masticatoria.
- Cuidados de la Dimensión Vertical.

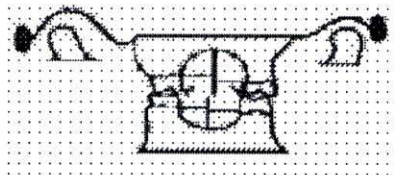
El tallado o desgaste selectivo se realiza únicamente en dentición temporal, nunca se realiza en dentición permanente, siempre tallando sobre cúspides no funcionales para mantener la dimensión vertical.

1. La orientación masticatoria: Se indicará al paciente para que realice la masticación hacia el lado no cruzado. Esta indicación deberá ser reforzada por los padres en las horas de las comidas.
2. Los cuidados de la dimensión vertical, se realizan a través de la confección de pistas directas planas P.D.P., con el fin de cambiar el lado de la mínima dimensión vertical y así lograr un reposicionamiento de la mandíbula, permitido por una remodelación de la cavidad glenoidea.

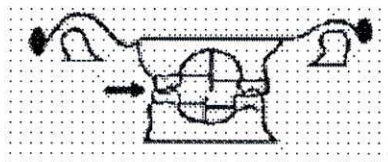
En la **mordida cruzada** posterior tenemos una cavidad glenoidea más alta, con una inclinación más aguda del lado cruzado y una cavidad más plana del lado no cruzado, debido a que el cóndilo del lado de la balance es quien se desplaza más (**Figura No. 4**), como ha sido graficado por Dutra y Gribel.



Morfología de la cavidad glenoidea en **mordida cruzada** Si se trata de reposicionar la mandíbula hacia una posición más medial, encontramos las interferencias que obligan a la mandíbula a desplazarse a una posición de **mordida cruzada** (Figura 5).

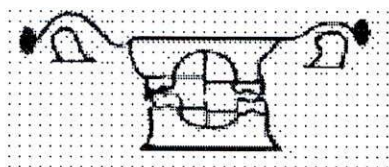


Presencia de interferencias que llevan a una oclusión en **mordida cruzada**, Se debe realizar un desgaste o tallado selectivo para eliminar estas interferencias siguiendo la secuencia descrita anteriormente (Figura No. 6).



Tallado selectivo de interferencias

Se confecciona la pista directa en resina compuesta, quedando como un plano inclinado en la zona posterior del lado cruzado, para así convertir el lado no cruzado en el lado de la mínima dimensión vertical (figura 7).



El cambio de postura logrado a través de la pista directa, permitirá una remodelación de las cavidades glenoideas, llegando a ser más armónicas.

En casos en que el diagnóstico se haga en edades más avanzadas (7-12 años) tendremos que realizar el tratamiento en un Nivel Inferior Secundario de Prevención, en el cual se hace necesario el uso de Aparatología, siendo muy importante realizar un diagnóstico que incluya las Categorías de Potencial de Crecimiento a Nivel Tisular de Petrovic, incluyendo el aspecto vertical, para poder dar un pronóstico aproximado de nuestro tratamiento.

XII. CONCLUSIONES

- ☆ Se logro consolidar los conocimientos básicos que tenemos sobre el manejo del paciente individualmente en cada una de las ramas de la odontología.
- ☆ Reforzamos conocimientos teóricos de conceptos básicos vistos durante la carrera.
- ☆ Aprendimos el manejo del paciente cuando es necesario valorar por cada una de las áreas.
- ☆ Nos sentimos en la capacidad de preparar una exposición, ya que este es el éxito de la presentación y sustentación de lo que vamos a exponer.
- ☆ No siempre el tratamiento ideal es el mismo para todos los pacientes, y debemos ser precisos en el momento de ofrecer nuestros tratamientos y tratar de ser lo mas conservadores posibles.

XIII. BIBLIOGRAFIA

- ☆ CASTELLANOS C GLADIS, GUTIERRES VISTORIA, Ortousta , Numero 3, junio del 2003
- ☆ MAYORAL PEDRO, Necesidad de unificar la terminología de las anomalías bucales. *Boletín de odontología*, tomo XIX.
- ☆ PSR information 2001 American Dental Association And american Academy Of periodontology.