

**CASO CLINICO
X SEMESTRE**

INTEGRANTES

SANDRA MILENA VALLEJO	001005
MARTHA YANETH GRIJALBA	001027
JENNY LILIANA PEÑA	001038
YOLITA MERCEDES RAMIREZ	001041
ANGIE VIANEY RAMIREZ	001043
IVONE LORENA MOYANO	001066

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
ODONTOLOGÍA INTEGRADA
BOGOTA D.C.
2004.**

- **INFORMACIÓN GENERAL.**

-Nombre: Mario Urbina Jiménez.

-Edad: 40 años.

-Genero: Masculino.

- Raza: Mestiza.

-Ocupación: Farmaceuta.

Motivo de la consulta: Dolor en una muela.



- **ANAMNESIS**

Historia medica familiar: La hermana presenta diabetes controlada.

Historia medico personal: El paciente se encuentra sano no reporta ningun antecedente sistémico.

- **EXAMEN FISICO.**

- Peso: 76 Kg.
- Rh: O positivo.
- Estatura: 1.65 Cm.
- Temperatura: 36 C.
- Presión Arterial: 120/80 mm Hg.
- Pulso: 92 pulsaciones / min.

- **FISIOTERAPIA ORAL**

- Frecuencia de cepillado: 3 veces al día.
- Higiene Oral: Regular.
- Elementos Utilizados: Cepillo.

Dentífrico.

Seda.

- **TRATAMIENTOS RECIBIDOS:**

- Periodoncia: Terapia Básica
- Operatoria: Amalgamas: 18. (o)

17.(o).

14 (o).

28.(o).

27.(o).

25.(om).

24(od).

44(o).

45(o).

Resinas: 13(p).

22(ivp).

21(vpi).

34(o).

- **EXAMEN CRANEOMANDIBULAR:**

-Clasificación de Angle: No aplicable.

- Clasificación Canina: Clase III izq y clase II derecha.
- Over Bite: 2 mm.
- Over Jet: 2 mm.
- Línea media Dentaria:
- Diastemas: 11 y 21.
- Faceta de Desgastes: Anteriores superiores e inferiores.
- Lateralidad Derecha: 7mm.
- Lateralidad Izquierda: 4 mm.
- Protusion: 8 mm.



- **TIPO DE ARCO SUPERIOR E INFERIOR:**



Oval

- **CLASIFICACION DE KENNEDY:**

Clase II Limitación 34-

- **EXAMEN FISICO ORAL.**

Evaluación de tejidos blandos y óseos:

- Colapso de reborde Alveolar: Tipo II.
- Lengua Fisurada.
- Gingiva inflamada.

- **DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS.**

-Craneomandibulares: Paciente Sano.

-Tejidos Orales Blando y Óseos: Colapso tipo II.

Lengua Fisurada.

-Periodontales: Gingivitis asociada a placa bacteriana

-Dentales: Caries recurrente.

Dstrucción Coronaria por caries extensa en el diente: 46.

Diastemas: 11 y 21.

Giroversion: 44.

Ausencias Dentarias: 16-15-26-38-37-36-35-48-47.

Endodonticos: Pulpitis Irreversible Aguda.

• **TRATAMIENTO IDEAL :**

-Periodoncia:

-Terapia Básica periodontal: Motivación, enseñanza de cepillado, detartraje supra y subgingival, profilaxis.

- Alargamiento de corona clínica.
- Gingivectomia: Diente 21.

-Cirugia: Exodoncia metodo cerrado: Dientes 18 y 28.

-Endodoncia: Tratamiento Convencional de Conductos : Diente 46.

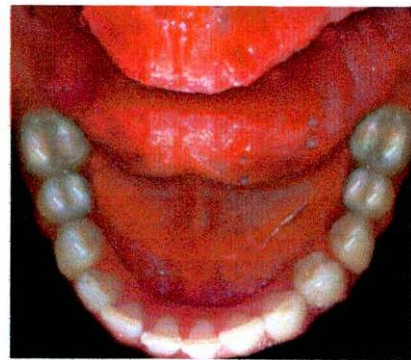
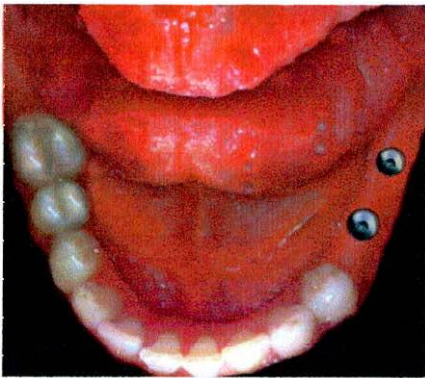
- Operatoria: Resinas: 17(o), 14(o), 27(o), 25(o), 24(o),34(o),45(o),44(o).
- Ortoncia: Correctiva.
- Implantologia: Delos dientes 15,37,35.
- Prostodoncia:Prótesis fija implantosoportada: 35-37.

Corona: 15.

Carrilla Estética: 21.

Corona MC: 46.

Retenedor Intrarradicular: 46.



- **TRATAMIENTO REAL.**

Periodoncia:

- Terapia Basica: Motivación, enseñanza de cepillado, detartraje supra y subgingival, profilaxis.
- Alargamiento de corona clínica:46.

Endodoncia: Tratamiento Convencional de Conductos :46.

Operatoria: Amalgama: 17(o) Resina: 24(o).

Prostodoncia:

- Prótesis parcial fija: 14-16; 25-27.
- Corona MC con preparación para removible: 46.
- Retenedor intrarradicular colado:46.
- Prótesis Parcial removible: Inferior.

• **TRATAMIENTO ALTERNATIVO**

Periodoncia: Terapia Basica: Motivación, enseñanza de capillado, detartraje supra y subgingival, profilaxis.

-Endodoncia: Tratamiento Convencional de Conductos:46.

-Operatoria: Amalgama 17(o), 14(o).

-Prostodoncia:

-Protesis Parcial Removible: Superior.

-Protesis Parcial Removible: Inferior.

-Retenedor intrarradicular colado:46.

-Corona MC: 46.

Terapia de Mantenimiento.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue realizado bajo la expectativa de lograr un análisis preciso en los diferentes exámenes extraorales e intraorales basados en el caso clínico de un paciente tratado en el Colegio Odontológico Colombiano, con el fin de manejar nuestro diagnóstico y de llegar a planes de tratamiento favorables, tanto para los pacientes como para el propio odontólogo.

En su transcurso se notará la intervención multidisciplinaria de las diferentes áreas de la odontología y se aportarán datos importantes para el desarrollo de nuestra carrera profesional.

OBJETIVOS

- Plantear los diferentes tipos de tratamientos integrales a un paciente, con el fin de brindarle funcionalidad y estética.
- Unificar conceptos teórico prácticos que permitan un correcto desempeño en nuestra consulta.
- Adquirir conocimientos respecto al desarrollo y manejo de un caso clínico.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA DEL CASO CLÍNICO

PULPITIS IRREVERSIBLE

Inflamación aguda persistente de la pulpa dental causada por estímulos nocivos, donde no puede regresar a su estado no inflamatorio.

ETIOLOGÍA:

- Bacteriana: caries dental.
- Traumática: Lesiones traumáticas de los dientes (fractura de corona complicada).
- Iatrogénica: causada por el profesional (corte de tejido dentario para restaurar, la talla donde ocurren micro-exposiciones pulpares).

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Características del dolor: sordo, agudo, espontáneo, pulsátil, localizado, aumenta con el cambio de posición, calor y el ejercicio.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:

1. Anamnesis: refiere signos o síntomas.
2. Radiográfico: se ve en diente con zonas pequeñas radiolucidas a nivel periapical: así mismo los hallazgos histométricos, sugiere que la inflamación periapical inicia antes de que ocurra la necrosis pulpar total; la pulpa coronal está inflamada mientras que la pulpa radicular es histológicamente normal.

EXAMEN CLÍNICO:

- Tejidos blandos: se encuentran sanos.

- Tejido Dental: examina factores etiológicos (bacterianos, traumáticos, iatrogénicos).
- Pruebas pulpares: Aumenta con el calor.
- Pruebas perirradiculares: si está comprometido el tejido puede incrementar la respuesta a la percusión.
- Pruebas periodontales: por descartar enfermedad periodontal como factor etiológico, cambio en la cresta alveolar, compromiso de furca.

PRONOSTICO:

Para la pulpa dental es malo ya que se encuentra en un estado irreversible y terminara en necrosis, sin embargo para preservar el diente se hace por medio del tratamiento convencional de conductos (TCC).

TRATAMIENTO:

Es la extirpación total de la pulpa dental y la rehabilitación del diente por medio de TCC, si el diente es inmaduro se realizara primero apexificación.

LENGUA FISURADA

Es una malformación, caracterizada por la presencia de múltiples pliegues, localizados en la cara dorsal y bordes de la lengua.

Desde el punto de vista etiológico, se piensa que existe un factor hereditario poligénico que tiene mucha importancia en su aparición, así como factores exógenos predisponentes, tales como el trauma crónico y los déficit vitamínicos.

En general son lenguas sintomáticas, excepto en los casos que por la profundidad del surco y la precaria higiene oral, se produce depósitos de restos y detritus alimenticios en los mismos; ocasionando una irritación lingual crónica, que el paciente la refiere como sensación de ardor o quemazón.

TRAUMA OCLUSAL

El trauma oclusal se define como las lesiones del aparato de unión a la carga oclusal excesiva; cuando esta supera la capacidad adaptativa reparativa del complejo periodontal. Las lesiones de trauma de la oclusión pueden ocurrir independientes o unidas a la enfermedad periodontal inflamatoria. Se debe al aumento de las fuerzas que inciden sobre la superficie de un diente, alterando los tejidos que lo rodean, debido a la sobrecarga.

El trauma oclusal no crea la gingivitis o la periodontitis pero puede agravarlas si ya existen previamente y se manifiesta con un aumento de la movilidad del diente afectado.

El trauma oclusal se subclasifica en: Trauma oclusal primario y Trauma oclusal secundario.

1. trauma oclusal primario:

Es aquella fuerza oclusal excesiva aplicada a un diente con estructura de soporte normal. Esto ocurre en la presencia de niveles óseos normales, niveles de adherencia normales y fuerzas oclusales excesivas.

2. Trauma oclusal secundario:

Es aquella fuerza oclusal normal o anormal que cause trauma al aparato de inserción periodontal de un diente o dientes con soporte inadecuado o disminuido, con cambios titulares en respuesta a la agresión, esta enfermedad se presenta bajo la pérdida de hueso, pérdida de adherencia, fuerzas oclusales normales excesivas.

FACTORES PREDISPONENTES:

Schluger y colaboradores en el año de 1997, mencionan algunos factores predisponentes para que ocurra el trauma de la oclusión y depende de factores extrínsecos e intrínsecos.

INTRÍNSECOS:

- Morfología de la raíz.
- Morfología del hueso alveolar.
- Superficies oclusales y las raíces que están expuestas.

EXTRÍNSECOS:

- Bruxismo y otros hábitos.
- Pérdida de dientes por sobrecarga de los dientes remanentes.
- Diseño defectuoso de prótesis.
- Mala posición dentaria.
- Interferencias oclusales.

ETIOLOGÍA DEL TRAUMA OCLUSAL PRIMARIO:

1. Colocación de obturaciones altas.
2. colocación de prótesis creando fuerzas excesivas a pilares y dientes antagonistas.
3. espacios creados por dientes faltantes no reemplazados.
4. terapia ortodóntica defectuosa.

ETIOLOGÍA DEL TRAUMA OCLUSAL SECUNDARIO:

1. ocurre cuando el traumatismo se considera un factor secundario en la destrucción periodontal.
2. cuando la disminución de la capacidad del periodonto para soportar fuerzas oclusales es tan deteriorada.
3. fuerzas antes toleradas, ahora son traumáticas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TRAUMA OCLUSAL:

- No produce gingivitis.
- No produce bolsas periodontales.
- No influye en la repoblación bacteriana de las bolsas después del raspado y alisado radicular.
- Contactos oclusales prematuros.
- Facetas de desgaste en presencia de otros indicadores clínicos.
- Migración dental.
- Dientes fracturados.
- Interferencias.
- Abrasión.
- Atrición.
- Bruxismo.
- Obturaciones altas.
- Piezas extruídas.
- Mal posición dental.
- Sensibilidad térmica.
- Fremitus.
- Movilidad progresiva.

SIGNOS RADIOGRÁFICOS:

- Espacio aumentado del ligamento periodontal.
- Engrosamiento de la lámina dura.
- Discontinuidad de la lámina dura.
- Reabsorción radicular.
- Pérdida ósea, en la furca o en la cresta en forma vertical o circunferencial.
- Engrosamiento en zona apical.

OTROS CAMBIOS CLÍNICOS ATRIBUIDOS AL TRAUMA OCLUSAL:

- Retención de alimentos.
- Hábitos anormales.
- Dolor facial difuso.
- Masticación unilateral.
- Erosión.
- Caries dental.
- Formación de calculo.
- Ajuste oclusal defectuoso.
- Fracturas accidentales y resecciones mandibulares.

(The American Academy of Periodontology. International Works for Classification of Periodontal Disease and Conditions. Annals of Periodontology 1999; 4: 1)

GINGIVECTOMÍA

Procedimiento quirúrgico por el que se extirpa el tejido gingival lesionado. Este procedimiento fue reconocido por primera vez por Robicsek (1884), más tarde la gingivectomía fue definida por Grant y Col. (1979). El procedimiento de gingivectomía, tal como se ejecuta hoy, fue descrito por Goldman (1951).

INDICACIONES:

1. Tratamiento de hiperplasia de la encía por medicamentos.
2. Fibrosis de la encía.
3. Bolsas supraóseas en lugares difíciles.
4. Para mejorar el acceso en técnicas restauradoras que invaden el espacio subgingival.
5. Presencia de bolsas supraalveolares profundas.
6. Presencia de bolsas falsas.
7. Eliminación de agrandamientos fibrosos o edematosos de la encía.

8. Crecimiento de la encía que producen alteraciones estéticas que el paciente reconoce.

(www. Sanmartín. Edu.co).

ALARGAMIENTO DE CORONA CLÍNICA

Procedimiento quirúrgico que consiste en eliminar encía y hueso para crear una corona clínica más larga y desplazar en sentido apical el margen gingival.

OBJETIVO:

Es conseguir suficiente estructura dentaria sana para una buena retención de la futura restauración, sin alterar el espacio biológico de inserción.

INDICACIONES:

- Hiperplasia gingival.
- Corona clínica corta.
- Fractura dentaria subgingival.
- Caries subgingival.
- Perforaciones. Reabsorción radicular externa.
- Dientes no erupcionados.
- Salida pasiva tardía.

LIMITACIONES:

- Proporción corona raíz inadecuada.
- Exposición de las furcas.
- Valor estratégico y posición en la arcada del diente.
- Necesidades restaurativas posteriores.
- Consideraciones estéticas y fonéticas.
- Oclusión.

- Higiene oral.
- Presencia de encía queratinizada.

VENTAJAS:

- Se obtiene una mejor retención clínica para colocar la corona.
- Evita la colocación de márgenes subgingivales en el consiguiente deterioro de la encía.
- Facilita la higiene oral de dientes con restauraciones o prótesis.

PRÓTESIS PARCIAL FIJA (PPF)

Remplaza estructuras dentales faltantes, no se puede remover de la cavidad oral.

INDICACIONES:

1. Estética: es una indicación muy importante, especialmente en la zona anterior. En caso de dientes muy reconstruidos, con cambios de forma, de color, con diastemas o pequeñas malformaciones. En estos casos, si procedemos a la exodoncia, la solución de tipo social será más sencilla y económica con un aparato removible.
2. Es propia de adultos. En pacientes jóvenes, con dientes poco erupcionados, con la calcificación incompleta, no es prudente este tipo de restauración, un tallado severo podría lesionar la pulpa. En adolescentes está indicada la prótesis fija adhesiva.
3. Pérdida parcial de dientes: cuando hay dientes pilares suficientes, para soportar los dientes que faltan, si no los hay, pensaremos en una prótesis dento-muco-soportada (removible), o en la colocación de implantes. Cuando hay muchos espacios intercalares, que obligarían a tallar todos los dientes remanentes, hay que decidir si es mejor una prótesis removible, que casi no necesita preparación (solo para apoyos oclusales y planos guía) y por tanto no

es irreversible. Hemos de tener en cuenta que siempre la podremos convertir en fija del tipo que sea, si alguna vez se producen otras circunstancias.

4. La remoción de los dientes anteriores es un trauma psíquico y social. Por ello intentaremos que por lo menos esta zona anterior no sea removible. Si no es posible la prótesis fija, a veces podrá resolverse con una prótesis mixta, de manera que la parte anterior sea fija. Incluso puede ser esta zona implantoportada.
5. Buena higiene. La limpieza y conservación de los dientes pilares está supeditada a una higiene meticulosa. La mayor parte de fracasos en odontología en general y en prótesis particularmente, son debidos a la dificultad de eliminar la placa bacteriana en ciertas zonas.

CONTRAINDICACIONES:

- La falta de higiene es la primera de fracaso, no solo en prótesis fija sino también en cualquier especialidad de la odontología.
- Niños y adolescentes sin completar la erupción coronaria. Es una indicación de la prótesis fija adhesiva.
- Pilares de mala calidad, con mala oclusión o poco resistentes para soportar los pónicos y permitir la preparación.
- Falta de pilares.
- Extremos libres con falta de pilar posterior.
- Tramos desdentados muy largos. En este caso los pilares no tendrán resistencia para soportar los pónicos. Tanto en este caso como el del apartado anterior, estará indicada la prótesis fija sostenida por implantes.
- Enfermedad periodontal. No es conveniente realizar prótesis de ningún tipo mientras exista patología del periodonto.
- Índice de caries alto. Si hay un índice de placa alto y por tanto un defecto de higiene, se puede producir caries en los márgenes de la restauración. Debemos adiestrar y mentalizar al paciente a una buena higiene bucal.

- Pacientes especiales. Los trabajos de prótesis fija son laboriosos y requieren sesiones clínicas largas; por tanto, habrá dificultades en pacientes inestables, nerviosos, con náuseas, temblores o neuropatías, pacientes con determinadas enfermedades, disminuidos físicos o psíquicos, etc. En estos casos será precisa una preparación previa, de acuerdo con el especialista que corresponda.
- Finalmente debemos considerar que la prótesis fija tiene un precio elevado, debido al tiempo necesario para realizarla, por la alta tecnología y por los materiales. En estos casos una solución de tipo social será hacer una prótesis removible profiláctica, esperando a realizar la prótesis fija en el momento oportuno.

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE (PPR)

Aparato que reemplaza estructuras dentales faltantes y puede ser removido de la boca.

PROPÓSITOS DE LA PPR:

El propósito principal de la PPR debe ser siempre la conservación de los dientes remanentes y de los tejidos de soporte; el propósito secundario es sustituir aquellos cuando ya no existen.

Una vez cumplido el propósito principal, se procederá a mejorar la fonética, aumentar la eficiencia masticatoria y lograr la estética del paciente.

CONSIDERACIONES PARA EL DIAGNOSTICO:

Como regla general deben considerarse los siguientes puntos antes de elaborar cualquier plan de tratamiento:

- Salud general del paciente.
- Cantidad y calidad del tejido dentario de soporte.

- Número y posición de los dientes remanentes.
- Tamaño de los dientes remanentes y su relación con el diente antagonista.
- Necesidades estéticas.
- Condiciones en que se encuentran el proceso residual y los tejidos blandos.
- Factores psicológicos y neuromusculares.
- Posición y tamaño de la lengua.

Para lograr un adecuado plan de tratamiento, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- Historia clínica del paciente.
- Estudio radiográfico.
- Montaje y examen de los modelos de diagnóstico.
- Examen bucal, que incluye el diagnóstico de enfermedades.

INDICACIONES:

1. Indicada en espacios edéntulos mayores de dos dientes posteriores.
2. un espacio edéntulo sin pilares distales.
3. los pilares primarios debilitados periodontalmente sirven mejor para retener una PPR bien diseñada que para soportar la carga de una PPF.
4. cuando se ha producido una pérdida severa de tejido en la cresta ósea edéntula, tanto para restaurar el espacio funcional como desde el punto de vista estético resulta más fácil realizar una PPR.
5. exodoncias recientes en zonas extensas.
6. por consideraciones económicas.

(Periodontología clínica e implantología odontológica. 2001. Jan Lindhe.)

CARILLAS

Desde hace mucho tiempo se está presentando una enorme importancia a la restauración estética pero minimamente invasiva. Por lo tanto, para la restauración de lesiones cariosas, decoloraciones dentales o también para la corrección estética de la posición dental, y suponiendo que se disponga de suficiente sustancia dental dura, se utilizan con especial frecuencia carilla. (Lindau Gabriele, Alemania.)

La carilla ha surgido como medio para producir un resultado muy estético en dientes anteriores intactos, aunque desfigurados por una tinción severa o por defectos del desarrollo que se limitan a la superficie vestibular del diente, teniendo en cuenta que las carillas precisan una mínima preparación dentaria. (Lindhe Jan, 2001.)

CONCLUSIONES.

La investigación debe continuar de forma intensa en las ciencias básicas y aplicadas y trasladarse a la clínica para estimular el futuro desarrollo en el campo de la odontología.

Los avances científicos que se están viendo en la actualidad se deben tener en cuenta y aplicarlas en nuestra práctica clínica.

Se debe tener en cuenta un buen diagnóstico clínico multidisciplinario para poder brindar a nuestros pacientes mejores tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

- www.sanmartin.edu.co.
- Peri odontología Clínica e Implantología Odontología, 2001 Jan Lindhe.
- Lindau Gabriela Alemania.
- Lindhe Jan, 2001.
- Manual Clínico de Prótesis Fija Pa. 2-5.
- The American Academy of Periodontology Internacional Works for Classification of periodontal Disease and Condition. Anals of periodontology, 1999; 4:1
- Instituto Colombiano de Endodoncia Vol. 1 Enero, 2003 (Raúl Luis García, México Unan Endodoncista y Col.)