



**Universidad
Zaragoza**

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA.

GRADO EN ODONTOLOGÍA

**REHABILITACIÓN ESTÉTICA Y FUNCIONAL MEDIANTE RECONSTRUCCIÓN
CON RESINA COMPUESTA y PRÓTESIS REMOVIBLE**

GISELA GARCÍA GARCÍA

Tutora: TALÍA GIL PENÓN (ESTOMATOLOGÍA)

Fecha de Presentación: 8-9 de Julio de 2015

RESUMEN

En la actualidad, y cada vez más, la sociedad exige de los odontólogos un trabajo minucioso donde se engloben, por supuesto, la funcionalidad de la cavidad oral, pero donde la estética abarca un papel bastante más importante y parece que esto no es una simple moda efímera. A continuación en los siguientes casos clínicos, se pretende mostrar la situación inicial de dos pacientes con enfermedad periodontal parcialmente edéntulos, con y sin prótesis previas. Veremos la evolución positiva, siguiendo las distintas fases clínicas (higiénica, restauradora, protésica, etc.), y el resultado final, observando la importancia fundamental de la motivación en higiene oral para la rehabilitación de áreas desdentadas a fin de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Palabras clave: Prótesis dental, endodoncia, periodontitis, postes de fibra, composite.

ABSTRACT

Currently, and increasingly, society demands a thorough job dentists where encompass, of course, the functionality of the oral cavity, where aesthetics but covers a much more important role and it seems that this is not a simple ephemeral fashion. Then in the following clinical cases it is to show the real and current situation of two partially edentulous patients with periodontal disease, with and without previous prosthesis. We will see positive developments, following the various clinical phases (hygienic, restorative, prosthetic, etc.), and the final result, noting the fundamental importance of oral hygiene motivation for the rehabilitation of edentulous areas to improve quality of life of our patients.

Keywords: dentalprosthetics, endodontics, periodontitis, fiber posts, composite.

ÍNDICE

1. CONTENIDO DE LA MEMORIA

✓ INTRODUCCIÓN.....	1
✓ OBJETIVOS.....	3
✓ PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS	
▪ <i>Caso clínico 2989</i>	4
▪ <i>Caso clínico 3231</i>	19
✓ DISCUSIÓN.....	26
✓ CONCLUSIÓN.....	30

2. BIBLIOGRAFÍA.....31

INTRODUCCIÓN

Rehabilitación oral con dos objetivos claros: Restauración de la salud oral y restauración de la función masticatoria y de la estética orofacial.

Actualmente, en la sociedad competitiva en la que vivimos, la apariencia estética y/o armónica la gran mayoría de veces significa la diferencia entre el éxito y el fracaso, tanto en el ámbito profesional como llegando incluso al personal.

Por el simple hecho de que la boca se localiza en uno de los puntos focales de nuestra cara, la sonrisa es principalmente el aspecto más involucrado en el concepto de una apariencia armónica.

Los dientes dentro de la estética facial llevan preocupando a la sociedad desde la antigüedad. El temor o vergüenza al rechazo social por cambios negativos en los dientes, puede llegar a producir un gran impacto psicológico en los pacientes.

Una de las formas de restablecer la estética es a través de un tratamiento protético. Sin embargo, la estética no es el único objetivo de la rehabilitación oral, sino también proporcionar mejores condiciones para la función masticatoria. La presencia de todos los dientes en las arcadas es un factor determinante para la potencia masticatoria de los individuos ya que cada diente tiene importancia en el proceso masticatorio.¹

Algunos autores refieren que uno de los grandes objetivos de la odontología es promover una función masticatoria saludable, ya que no está solamente relacionada con la alimentación, sino también con funciones sistémicas, mentales y físicas del cuerpo. ^{1,2}

En los siguientes casos clínicos se pretende estudiar la diferenciación de dos pacientes con enfermedad periodontal parcialmente edéntulos con y sin prótesis previas. Ambos de sexos opuestos, donde el significado estético toma diferente apreciación e importancia. Se especificarán todas las pruebas complementarias llevadas a cabo para ambos pacientes, las distintas opciones de tratamiento y el plan de tratamiento de elección de acuerdo a la toma de decisión del odontólogo más acertada en cada caso y la aceptación por parte de los dos pacientes.

Se ha pretendido trabajar en una odontología multidisciplinaria con la realización de fases higiénicas incluyendo raspados y alisados radiculares y minuciosos estudios del estado periodontal de nuestros pacientes. También hemos incluido una odontología restauradora tratando múltiples dientes con caries incluyendo endodoncia mediante técnica de reconstrucción con poste de fibra de vidrio. Exodoncias de restos radiculares y evaluación posterior de la cicatrización. Y por último devolviéndole al paciente la funcionalidad y estética mediante prótesis parcial removible esquelética.

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Debido a que una gran parte de la estética va reñida a la ausencia de dientes, el origen de todo tratamiento odontológico debería ser un buen diagnóstico de enfermedad periodontal, ya que ocupa un gran porcentaje de las causas de éstas ausencias. La enfermedad periodontal es un proceso infeccioso de la encía y del

aparato de inserción adyacente, producido por diversos microorganismos que colonizan el área supra y subgingival.

Esta enfermedad, a diferencia de la gingivitis, se caracteriza por una pérdida estructural del aparato de inserción, producida por determinadas bacterias, éstas son también necesarias pero no suficientes para que se produzca la enfermedad, siendo necesaria la presencia de un hospedador susceptible, además de factores locales, ambientales y/o sistémicos. 3

Es de vital importancia mencionar la clasificación de la periodontitis crónica generalizada del adulto que es la forma de enfermedad periodontal que presentan los dos pacientes tratados.

Entre muchas clasificaciones de la enfermedad periodontal que se han ido mencionando a lo largo de los años, cabe destacar la de Page y Schroeder en 1985 donde ambos explicaron los diferentes tipos de periodontitis. Para ellos la periodontitis del adulto abarcaba varios puntos indeclinables:

Clasificación de Page y Schroeder en 1985, "Periodontitis del adulto":

- ✓ Rango de edad >35 años.
- ✓ Depósitos microbiológicos proporcionados con la cantidad de destrucción periodontal.
- ✓ Patrón de pérdida ósea generalizado o localizado, sin evidencia de progresión rápida.
- ✓ No predisposición de enfermedades sistémicas.
- ✓ No anomalías leucocitarias.
- ✓ Flora: Gram –
- ✓ Pueden aparecer manifestaciones inflamatorias como fibrosis. 3,5

A partir de esta clasificación, la literatura y los diversos estudios científicos han ido desarrollando modificaciones más actuales y detalladas de la periodontitis del adulto, pero hasta el año 1999 no se emplea el nombre que hoy conocemos como "periodontitis crónica del adulto", de la mano de un grupo de especialistas y a través del Word Workshop Europeo. Ésta clasificación presenta algunos puntos que se suman a la de Page y Schroeder, finalmente se expresa de la siguiente manera:

Word Workshop de 1999, Periodontitis crónica del adulto:

- ✓ Pérdida de soporte del diente
- ✓ Pérdida de progresión moderada y periodos de rápida progresión.
- ✓ Destrucción en función de factores locales, ambientales, sistémicos, y de higiene oral.
- ✓ Clasificación según la extensión y severidad. 3

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY-APPLEGATE PARA PACIENTES PARCIALMENTE DESDENTADOS

En segundo lugar y para desarrollar una buena práctica clínica general y específica de una prótesis para edéntulos parcialmente desdentados, se ha tenido muy en cuenta la clasificación de Kennedy-Applegate. Este es el método de clasificación más utilizado para los arcos dentarios parcialmente desdentados, se caracteriza por ser simple pero puede ser aplicado en casi todas las situaciones de desdentación parcial:

- ✓ Clase 1: Maxilares parcialmente desdentados bilaterales, en segmento posterior.
- ✓ Clase 2: Maxilares parcialmente desdentados unilaterales, en segmento posterior.
- ✓ Clase 3: Maxilares unilaterales en segmento posterior con diente remanente en la parte posterior de la zona desdentada.

A su vez estas tres clases tienen cuatro subdivisiones:

- *Sub 1*: cuando hay 1 espacio desdentado en el segmento anterior.
 - *Sub 2*: cuando hay 2 espacios desdentados separados por piezas remanentes.
 - *Sub 3*: cuando hay 3 espacios desdentados separados por piezas remanentes.
 - *Sub 4*: cuando hay 4 espacios desdentados separados por piezas remanentes.
-
- ✓ Clase 4: Maxilares parcialmente desdentados en el segmento anterior.
 - ✓ Clase 5: Maxilares parcialmente desdentados donde el tramo desdentado se inicia en una pieza no indicada como pilar de retención (incisivo lateral, tercer molar)
 - ✓ Clase 6: Maxilares en los cuales solo falta uno o máximo dos piezas dentarias, se aplica prótesis fija. 4

OBJETIVO

El objetivo de estos dos casos ha sido la rehabilitación orofacial estética y funcional, incluyendo las distintas fases de una odontología integral como son la fase higiénica y su múltiple abanico de posibilidades, fase restauradora y/o conservadora (tratando dientes con caries, dientes con pulpas necrosadas, exodoncias de restos radiculares, etc.), y por último la fase protésica.

Haremos un gran hincapié en la motivación higiénica de nuestros dos pacientes para la conservación de sus dientes a largo plazo, ya que de nada serviría rehabilitar por completo la funcionalidad y estética si no educamos e instruimos desde el punto de partida que son los hábitos de higiene oral.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

Caso 1. Historia clínica 2989

➤ **Anamnesis, Historia médica y odontológica:**

❖ Paciente varón de 64 años de edad. De profesión taxista.

1. No refiere antecedentes médicos de interés, únicamente refiere estar un poco ansioso en ocasiones aunque no toma medicación al respecto. El paciente refiere literalmente que *“actuó de manera irresponsable cuando era joven, y que por ello hoy tiene repercusiones orales”*. Refiere ser bebedor muy ocasional y no presenta alergias de ningún tipo.
2. Con respecto a los antecedentes odontológicos de interés, cabe destacar que se trata de un paciente cuya última visita odontológica fue hace más de 10 años. Presenta una escasa higiene oral. Nos encontramos frente a un paciente con periodontitis crónica generalizada del adulto, cuyas pruebas complementarias de confirmación se especifican más adelante.
3. Tras preguntarle al paciente el motivo de consulta y qué esperaba de nosotros, éste nos contestó: *“Vengo para arreglarme los dientes que me faltan, no me gusta mi boca”*.

➤ **Exploración extraoral del paciente:**

En el examen físico general extraoral, cabe destacar que se trata de un paciente con deambulación normal, no característica. Constitución más bien delgada; biotipo **leptosómico**: Tronco y miembros esbeltos, delgados, hombros estrechos y caídos, musculatura débil, cráneo pequeño, manos delgadas, tórax aplanado, rostro alargado y estrecho. Respirador nasal, con cara simétrica. Presenta labios finos, pasivos y elásticos. Tras examinar el ATM no presenta ninguna alteración y tampoco adenopatías a la palpación.

➤ **Exploración intraoral del paciente:**

1.- Con las pruebas anteriormente descritas y estudiadas podemos realizar el análisis del diagnóstico (odontograma). En él se detalla:

- ✓ Ausencias dentales previas: 1.8-1.5-1.4-1.2-2.4-2.5-2.7-3.8-3.6-4.7-4.8.
- ✓ Ausencia de corona clínica. Preservación de resto radicular: 2.2- 3.4- 4.5.
- ✓ Caries de Clase I: 2.1- 1.6- 1.7.
- ✓ Caries de Clase II Ocluso-Mesial: 2.6- 4.6.
- ✓ Previa obturación de composite filtrada de Clase II Ocluso-Distal: 3.7.
- ✓ Presencia de Cálculo: De 3.3 a 4.3 por lingual.
- ✓ Previas tinciones vestibulares de todo el sector posterior superior e inferior.

- ✓ Paciente con periodontitis crónica generalizada del adulto.
- ✓ Clasificación de Kennedy-Applegate: Clase III subtipo III.

2.-Periodontogramainicial

Evaluación inicial

Reevaluación

Vestibular	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
PS		3 2 3	2 2 3			2 2 3		3 2 2	2 1 1		2 2 1			2 2 3		2 3 3
Rec		0 0 0	0 0 1			3 3 2		0 0 0	0 0 0		0 2 1			2 3 3		0 2 1
PI		3 2 3	2 2 4			5 5 5		3 2 2	2 1 1		2 4 2			4 5 6		2 5 4
Placa		X X X				X		X X X	X		X X X			X X X		X X X
Sangrado			X X X											X		

Palatino	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
PS		2 2 2	2 2 3			1 2 1		1 1 1	1 1 1		1 2 1			2 1 1		2 3 2
Rec		1 1 1	1 3 1			2 5 1		0 0 0	0 0 0		0 0 0			0 4 3		0 0 0
PI		3 3 3	3 5 4			3 7 2		1 1 1	1 1 1		1 2 1			2 5 4		2 3 2
Placa		X X				X X X								X X X		X X X
Sangrado			X X								X			X		

Lingual	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
PS			1 1 1		1 2 3	3 1 3	3 1 1	2 2 1	3 3 2	3 1 1	3 3 2		2 2 2		3 3 3	
Rec			0 0 0		0 0 0	0 1 0	0 2 0	0 2 0	0 2 0	0 3 0	0 4 0		3 4 3		1 0 0	
PI			1 1 1		1 2 3	3 2 3	3 3 1	2 4 1	3 5 2	3 4 1	3 7 2		5 6 5		4 3 3	
Placa			X X X		X X X				X X X X X	X X X X X	X X X X X		X X X		X X X	
Sangrado			X		X			X X X X X	X X X X X	X X X X X	X X X X X		X		X X	

Vestibular	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
PS			2 1 3		1 2 1	1 2 3	3 1 1	1 1 1	2 1 2	1 1 0	1 1 2		1 1 3		2 5 3	
Rec			0 0 0		0 1 0	0 1 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 5 0		3 5 3		2 2 0	
PI			2 1 3		1 3 1	1 3 3	3 1 1	1 1 1	2 1 2	1 1 0	1 6 2		4 6 6		4 7 3	
Placa			X X X		X X X X X								X X X		X X X	
Sangrado								X								

Foto 1. Periodontograma inicial

Se ha marcado en color rojo los puntos de cada diente donde existe más pérdida de inserción y por lo tanto son dientes periodontalmente más comprometidos.

Presencia de placa en casi todos los dientes y sangrado sobre todo en los dientes antero-inferiores por lingual.

Exploraciones complementarias:

1. Exploración radiográfica:

A continuación se expone la serie radiológica periapical y la ortopantomografía que se le realizó. En ella podemos apreciar la pérdida ósea generalizada, acentuándose sobre todo a nivel posterior, y distintas caries y restos radiculares que se detallan más adelante en su odontograma.

En el resto radicular de la pieza 4.5 se observa una imagen radiolúcida, correspondiente a una lesión periapical asintomática.

SERIE PERIAPICAL

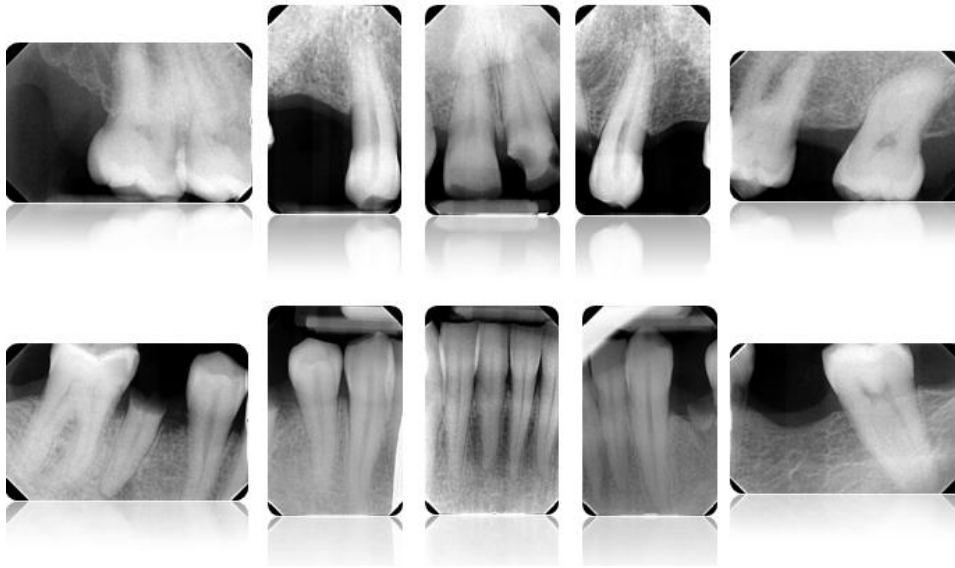


Foto 2. Serie periapical

ORTOPANTOMOGRAFIA

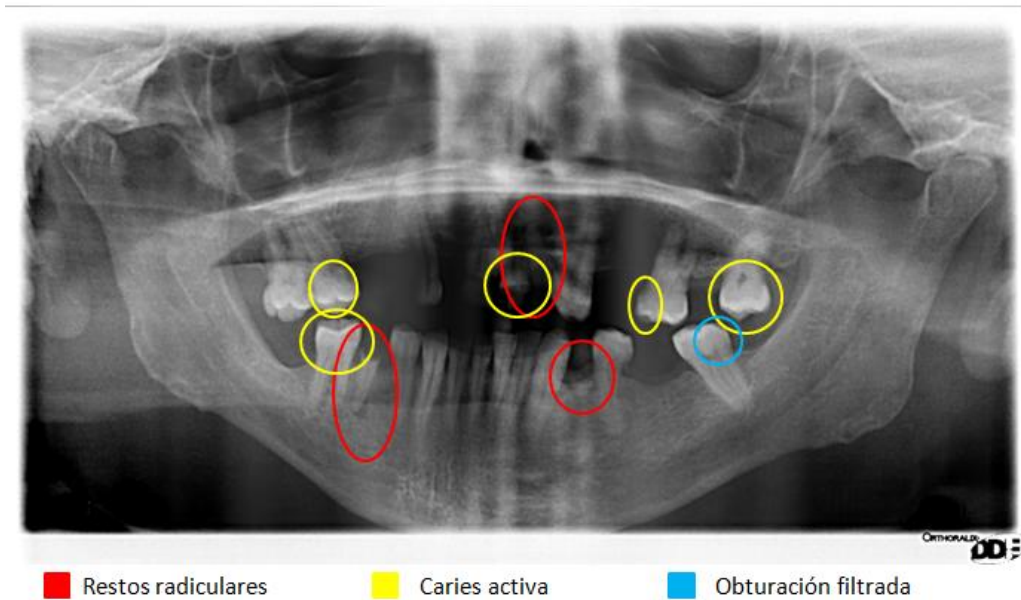


Foto 3. Ortopantomografía.

2. Fotografía extra e intraoral:

A continuación se detallan las fotos extraorales donde podemos apreciar que en el análisis de los tercios faciales hay un claro aumento del tercio facial inferior. En el análisis del perfil y estudiando el ángulo nasolabial, observamos que éste es de 90° , se encuentra dentro de la normalidad. Presenta retroquelia del labio superior y del inferior según el análisis estético de Steiner. En el estudio de la línea media facial, se aprecia simetría, aunque el lado de la comisura izquierda del paciente parece estar más limitada a la apertura que el lado derecho.



Foto 4. Foto extraoral en reposo.

Foto 5. Foto extraoral en sonrisa.

- **Foto intraoral. Visión frontal en oclusión**



Foto 6. Foto intraoral frontal.

En la fotografía intraoral frontal en oclusión, cabe destacar los espacios edéntulos del frente antero-superior, lo cual nos da una visión bastante alejada en cuanto a estética se refiere. La línea media dental inferior parece estar algo desviada hacia el lado izquierdo del paciente en referencia a la superior, la desviación es de menos de un milímetro, por lo que se consideraría dentro de la normalidad.

Presenta mordida cruzada unidental en el diente 2.3 que ocluye por lingual de su antagonista (diente 3.3).

Se observa un biotipo gingival grueso, y a pesar de ser un paciente periodontal, no se aprecian recesiones gingivales en relación a su estudio periodontal y sus pérdidas de inserción. El sector posterior es la zona más afectada periodontalmente y donde si se aprecian recesiones gingivales más acentuadas.

Se aprecia cálculo en la cara lingual de los incisivos inferiores, y tinciones extrínsecas de prácticamente todas las caras vestibulares.

- **Foto intraoral. Visión lateral derecha e izquierda en oclusión**



Foto 7. Fotos intraorales laterales derecha e izquierda.

En las fotos intraorales laterales, sobre todo cabe destacar las zonas de edentulismo posteriores. La zona de los premolares superiores es la zona más afectada en cuanto a edentulismo se refiere.

El paciente presenta Clase I molar de Angle, valorada en el lado derecho del paciente ya que en ese sector conserva los dos primeros molares para poder valorarla. Por el contrario en el lado izquierdo del paciente tiene ausencia del diente 3.6 por lo que no es valorable la clase molar de Angle.

Presenta Clase I canina en el lado derecho del paciente, por lo que podríamos deducir que éste presenta una oclusión favorable en su lado derecho en cuanto a estudio de ortodoncia se refiere. Por otro lado, en el segundo cuadrante y el tercero la Clase canina no se podría valorar ya que el diente 3.4 no se encuentra en boca.

- **Foto intraoral. Visión oclusal superior e inferior**



Foto 8. Visión intraoraloclusal superior e inferior.

En las fotos oclusales intraorales valoramos la clase de Kennedy-Applegate que presenta el paciente. En este caso sería una clase III con modificación III.

Tiene la línea media dentaria superior simétrica con respecto al rafe palatino.

Presenta una leve rotación disto-vestibular del diente 4.1. y mesio-vestibular del diente 4.2. También se observa desgaste incisal en el frente anterior superior e inferior.

3. Modelos de estudio montados en articulador:

En los procedimientos de diagnóstico, planificación o tratamiento en la odontología es necesario el montaje de modelos de las arcadas dentarias del paciente en un articulador, generalmente se acepta que cuando los modelos de yeso están montados adecuadamente en el articulador, serán análogos en su posición en el espacio a las arcadas dentarias del paciente, si cumplen por lo menos con dos consideraciones técnicas:

1. Tener la misma relación radial que tienen los dientes maxilares con el eje de bisagra intercondilar.

2. Tener la misma relación angular que hay entre el plano oclusal y el cráneo.⁶

Por otro lado, el arco facial es un instrumento empleado para localizar el eje de rotación de bisagra de la mandíbula. Es un instrumento similar a un calibre utilizado para registrar la relación espacial de la arcada superior con algún punto o puntos tomados de referencia anatómica y para transferir posteriormente esta relación a un articulador. Orienta el modelo dental en la misma relación respecto al eje de apertura y cierre del articulador. Las referencias anatómicas clásicas son el eje horizontal transversal de los cóndilos mandibulares y otro punto anterior seleccionado.^{7,8}

El paciente presenta una oclusión muy clara y estable, por lo que en este caso no creemos necesario la toma del arco facial, realizamos unos modelos de impresión mediante alginato y una cera de mordida en forma de herradura en posición de máxima intercuspidación. (Véase anexo1. Foto 9 y 10)

Habiendo expuesto el caso desde el inicio y con toda la información recopilada, se realizó un diagnóstico y unos planes de tratamiento que varían según la opción protésica.

OPCIONES DE TRATAMIENTO

Con las pruebas complementarias y el estudio de radiografías y modelos se desarrollan varios planes de tratamiento aceptables, será el propio paciente el que escoja la opción variable del tratamiento que más se ajuste a sus expectativas y requisitos tanto estéticos y funcionales como económicos.

○ PLAN DE TRATAMIENTO COMÚN A TODAS LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO

1. FASE HIGIÉNICA E INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL:

- Evaluación periodontal (periodontograma)
- Profilaxis con ultrasonidos.
- Raspado y alisado radicular de todas las piezas remanentes.
- Instrucciones de higiene oral y motivación del paciente.
- Reevaluación del estado periodontal a los 3 meses (periodontograma de reevaluación).

2. FASE EXODONCIA Y RESTAURADORA:

- Exodoncia de restos radiculares de 2.2, 3.4 y 4.5.
- Obturación con composite de 2.6 (clase I y V mesial), 4.6 (clase II O-M), 1.6 (clase I).
- Endodoncia con poste de fibra de vidrio en 2.1 y posterior reconstrucción con composite.

4. FASE DE MANTENIMIENTO:

- *Férula de Michigan (según la opción escogida)*
- Reevaluación periodontal anual.

○ **OPCIONES VARIABLES DE TRATAMIENTO EN LA FASE PROTÉSICA:** **FASE 3**

OPCIÓN 1

- *Carillas de composite en todo el frente antero-superior (de 1.3 a 2.3) aumentando medio milímetro por distal y medio milímetro por mesial de cada carilla para cerrar diastemas.*

- *Rehabilitación de espacios edéntulos mediante la colocación de implantes osteointegrados y coronas metal-cerámica unitarias (piezas 1.5-1.4-2.4-3.6-3.4-4.5-4.7).*

OPCIÓN 2

- *Prótesis fija (puentes de ceramometálica) en todo el frente antero-superior. Tallado de todas las piezas presentes en dicho sector y utilizadas como pilares. Aumentar la dimensión mesio-distal de las piezas para cerrar los diastemas (1.3-1.1-2.1-2.3).*
- *Rehabilitación de espacios edéntulos mediante prótesis parcial removible de acrílico superior e inferior.*

OPCIÓN 3

- *Rehabilitación posterior mediante prótesis parcial esquelética superior e inferior. Sin rehabilitar el sector anterior.*

OPCIÓN 4

- *Rehabilitación fija del sector posterior mediante puentes. Sin rehabilitar el sector anterior.*

- ✓ Las cuatro opciones variadas de tratamiento protésico, podrían combinarse entre ellas dependiendo de las expectativas y requisitos del paciente.

PLAN DE TRATAMIENTO DE ELECCIÓN

De acuerdo a nuestro criterio ético y moral, debemos explicarle al paciente las fases ineludibles del tratamiento, estas serán la fase higiénica y restauradora, y seguidamente le informamos de las cuatro opciones variables del tratamiento que hace referencia a la fase protésica. A fin de orientar al paciente hacia la opción más acertada para su caso, debemos explicarle las consideraciones positivas y negativas de cada opción:

- **TRATAMIENTO DE ELECCIÓN REALIZADO PASO A PASO**

Rehabilitación del sector posterior mediante prótesis removible esquelética superior e inferior y rehabilitación de los espacios edéntulos del frente antero-superior mediante piezas incluidas en el esquelético.

7 de Octubre de 2014

1. Realizamos la anamnesis, una historia clínica detallada. Debemos intentar que el paciente nos proporcione toda la información posible.

2. Realización de una higiene con punta de ultrasonido y pasta de profilaxis.
3. Instruimos al paciente en técnicas de higiene oral e intentamos motivarlo.
4. Realizamos periodontograma inicial.
5. El paciente presenta un herpes simple en el labio inferior cerca de la comisura izquierda. El pronóstico es favorable, aconsejamos el uso de un antiviral en crema, Aciclovir (Zovirax® labial 5% crema).



Foto 11. VHS-1 del paciente.

14 de Octubre de 2014

Raspado y Alisado radicular del primer y segundo cuadrante y exodoncia del resto radicular del diente 2.2.

1. Anestesia: Articaina 1:100000 y aguja corta. Técnica infiltrativa en los dos cuadrantes. Refuerzo por palatino en la zona del resto radicular 2.2.
2. Realización del raspado y alisado radicular del primer y segundo cuadrante mediante las curetas Gracey número 1-2, 7-8, 11-12, 13-14.
3. Exodoncia del resto radicular del diente 2.2:

Sindesmotomía de la zona. Empleamos primero botador recto fino y seguidamente botador recto ancho. Punto de apoyo situado en mesio-palatino. Exodoncia del resto radicular mediante fórceps de raíces superiores, mediante movimientos hacia vestibular, palatino y rotación. Observación del fragmento descartando fracturas del mismo. Legrado del alveolo, con cureta de tipo "Lucas". Suturamos mediante un punto simple. Hilo de sutura no reabsorbible de 3.0. Un solo punto con nudo hacia vestibular. Rollito de gasa estéril para morder. Recetamos enjuagues de Clorhexidina (a partir del día siguiente) para mantener tratamiento RAR. Explicamos instrucciones postexodoncia.



Foto 12. Resto radicular 2.2.



Foto 13. Cicatrización. 4 semanas después.

27 de Octubre de 2014

Raspado y alisado radicular del cuarto cuadrante y exodoncia del resto radicular del diente 4.5.

Igual que en el tratamiento anterior. Con anestesia troncular del cuarto cuadrante. En la exodoncia de este resto radicular el punto de apoyo lo encontramos en disto-vestibular. No suturamos. Se le recomienda al paciente que siga haciendo enjuagues de clorhexidina.



Foto 14. Resto radicular 4.5.



Foto 15. Cicatrización 12 semanas después.

4 de Noviembre de 2014

Raspado y alisado radicular del tercer cuadrante, obturación Clase I de la pieza 3.7. y exodoncia del resto radicular de la pieza 3.4.

-El raspado y alisado radicular lo haremos de la misma manera anteriormente descrita, y la exodoncia del resto radicular también. Anestesiemos el tercer cuadrante con técnica troncular con articaína 1:100000 y aguja larga. Para la exodoncia del resto radicular encontramos el punto de apoyo en vestibular. El paciente debe seguir con enjuagues de clorhexidina.



Foto 16. Resto radicular 3.4.



Foto 17. Cicatrización 12 semanas después.

Para la obturación de clase I de la pieza 3.7. Aislamos absolutamente, usamos turbina, contraángulo y cucharilla. Uso de adhesivo de un paso y composite de color B4. Pulimos mediante fresas de Arkansas y valoramos oclusión con papel de articular.



Foto 18. Caries clase I del 3.7.



Foto 19. Resultado final. Obturación con composite.

18 de Noviembre de 2014

1. Obturación de clase I y V (mesial) de la pieza 2.6.:

Anestesiarnos la zona de la pieza 2.6. mediante Lidocaína 1:100000, y aguja corta. Técnica infiltrativa y reforzando por palatino. Aislamiento relativo por presentar caries de clase V situada muy hacia gingival. Empleamos adhesivo de un paso y composite de color B4. Finalmente procedemos al pulido con piedra de Arkansas entre otras fresas, y ajustamos la oclusión con papel de articular.



Foto 20. Caries clase I y V mesial del 2.6



Foto 21. Resultado final. Obturación de composite del 2.6.

25 de Noviembre de 2014

1. Obturación de clase II mesial de la pieza 4.6.:

Anestesiarnos la zona del segundo cuadrante mediante lidocaína 1:100000 y aguja corta con técnica infiltrativa. Usamos aislamiento relativo mediante rollos de algodón, la caries mesial se encuentra bastante por debajo del tercio medio de la corona. Adhesivo monodosis. Composite de color B4. Pulido mediante fresa de piedra de Arkansas entre otras.

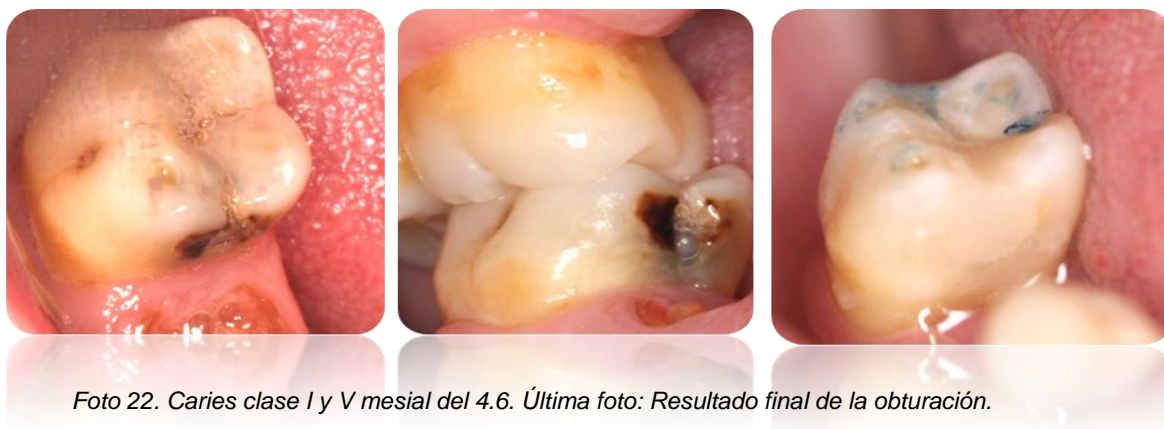


Foto 22. Caries clase I y V mesial del 4.6. Última foto: Resultado final de la obturación.

2 de Diciembre de 2014

1. Obturación de clase I del diente 1.6. y periodontograma de reevaluación.

Anestesia: Lidocaína 1:100000 y aguja corta. Técnica infiltrativa. Aislamiento absoluto. Limpiamos todo el tejido cariado con turbina y contraángulo y finalmente cucharilla. Empleamos adhesivo monodosis y composite de color B4. Pulido mediante fresa de piedra de Arkansas entre otras. Ajustamos la oclusión con papel de articular. (Véase anexo 2. Foto 23.)

Tras el periodontograma de reevaluación podemos apreciar la gran mejoría generalizada de casi todas las piezas, las pérdidas de inserción han sido menores tras la fase higiénica a los tres meses. Principalmente la mejoría de la pérdida de inserción está acentuada en el segundo y tercer cuadrante en la zona del sector posterior, donde en el periodontograma inicial teníamos unas pérdidas de 5mm, 4mm e incluso 6mm en varios puntos como el diente 3.5. por vestibular, 2.6. y 2.8. por vestibular, y donde ahora apreciamos valores dentro de la normalidad como 2 mm, 1mm y en algún punto 3mm.

También apreciamos mejoría significativa en los puntos de sangrado y placa, donde al inicio del estudio periodontal se apreciaba sangrado en prácticamente toda la zona lingual de incisivos inferiores y placa generalizada en la zona posterior del segundo cuadrante. Tras la fase higiénica hemos reducido el sangrado de la zona lingual de incisivos inferiores prácticamente de todos los dientes y la placa ha sido eliminada de manera generalizada.

Podríamos considerar que la fase higiénica ha sido exitosa y hemos conseguido mucha mejoría tanto en la eliminación de placa y sangrado como en la ganancia de inserción. (Véase anexo 3. Foto 23)

9 de Diciembre de 2014

1. Endodoncia de la pieza 2.1.:

Anestesia: De tipo infiltrativa con articaína 1:100000 y aguja corta. Reforzamos por palatino.

Apertura de la cámara pulpar: Forma triangular, eliminamos tejido cariado hasta la cámara pulpar. Después usamos fresa Endo-Z para no perforar el suelo de la cámara pulpar.

Determinación de la longitud de trabajo. Foramen apical suele estar a 0,5-1 mm del ápice radiográfico. La longitud estándar para el incisivo central superior es de 23-22,5 mm.

Usamos un localizador de ápices electrónico: **Longitud de trabajo:22mm.** Procedemos a la preparación químico-mecánica. Primero con la lima del 15. Irrigación mediante hipoclorito sódico rebajado con agua para la desinfección química del conducto, la eliminación de virutas de dentina, evitar la impulsión de restos al periápice, evitar tapones apicales y eliminar el barrillo dentinario, disolver restos orgánicos y lubricar el conducto para favorecer el limado.

Vamos aumentando el diámetro de las limas sin modificar la longitud de trabajo e irrigando entre todas ellas hasta llegar a la lima maestra.

Finalmente nuestra **lima maestra** será la del **45**.



Foto 24. Apertura.



Foto 25. Longitud de trabajo en la Rx



Empezamos step-back. Introducimos nuestra lima maestra e irrigamos. Restamos 1 mm a la longitud de trabajo y aumentamos la lima: La última lima es la de **60 a 19 mm**. Irrigamos. Damos por finalizado el step-back.

Procedemos a la introducción de Hidróxido de Calcio. Este cemento lo mantendremos unas semanas como antibacteriano. Colocamos una bolita de algodón en la entrada al conducto y cerramos con Cavit.

16 de Diciembre de 2014

Obturación del conducto del diente 2.1. y reconstrucción final de composite con poste de fibra de vidrio:

En primer lugar eliminamos el Cavit. Eliminamos el Hidróxido de Calcio remanente para poder rellenar nuevamente con cemento sellador y gutapercha. Usamos una lima del 15 con la longitud de trabajo e irrigamos con hipoclorito sódico.

Introducimos gutapercha maestra 45 a 22mm. Y hacemos radiografía periapical de confirmación. (Véase anexo 4. Foto 27 y 28)

Procedemos a la mezcla del cemento sellador, usamos Resina Epoxídicas (AH Plus ®). Ventajas frente a otros selladores: Más biocompatibilidad, menos tinción, menor tiempo de fraguado, menor solubilidad, mejor mezcla (pasta-pasta).

Primero introducimos la gutapercha maestra impregnada en el sellador. Después con el condensador más fino vamos abriendo espacio para las gutaperchas accesorias. Logramos introducir cuatro gutaperchas accesorias, y tomamos periapical de nuevo para confirmar que el conducto está condensado completamente. Quemamos la gutapercha sobrante, taponando la entrada al conducto.

Empleamos poste de fibra de vidrio Rebuilda ®. Eliminamos parte de la obturación de gutapercha hasta dejar aproximadamente 4 mm desde el foramen apical, el poste debe estar incluido 2/3 dentro del conducto y 1/3 para la reconstrucción de la corona.

Acortamos el poste fuera de boca a la longitud deseada mediante fresas de diamante.

Realizamos la reconstrucción normalmente, usamos adhesivo monodosis, y composite A3 para el tercio incisal y A4 para la zona más gingival. La última capa de composite la expandimos mediante el uso de un pincel para potenciar más el efecto natural.

19 de Febrero de 2015

Impresiones de alginato para prueba de metal. Se le toman al paciente dos impresiones con alginato de la arcada superior y la arcada inferior. Las vaciamos y enviamos al laboratorio para la realización de la estructura metálica de la prótesis esquelética superior e inferior.

26 de Febrero de 2015

Realizamos prueba de metal en boca. Observamos que el paciente no cierra completamente. Evaluamos con papel de articular y observamos que tiene mucha oclusión en los topes oclusales tanto superiores como inferiores de los molares. Marcamos con rotulador permanente dichos puntos y volvemos a enviar al laboratorio para que nos rebajen metal.

16 de Abril de 2015

Segunda prueba de metal. El paciente tiene una oclusión estable esta vez, cierra completamente las dos arcadas y no existen interferencias ni prematuridades en lateralidades ni protusiva. Tomamos prueba de color para prueba de dientes en cera.

Color B3 para el frente anterior y B4 para el sector posterior ambos de la guía VITA.

22 de Abril de 2015

Prueba de dientes en cera. Observamos que la oclusión de la zona posterior esta casi borde a borde y la zona anterior correcta. Pedimos un reajuste de todo el sector posterior.

30 de Abril de 2015

Segunda prueba de dientes en cera. Ahora el paciente presenta una oclusión correcta tanto en la zona anterior como la posterior, los molares superiores ocluyen por fuera de los inferiores con las cúspides palatinas en los surcos centrales de los inferiores. Pedimos al laboratorio la prueba final. El diastema correspondiente a la ausencia del diente 1.2. se rehabilitará en último lugar, ya que es un espacio demasiado amplio mesio-distalmente para ser rehabilitado mediante aumento de grosor de los dientes adyacentes (quedarían antiestéticos) y por otro lado, es demasiado estrecho para poder poner un diente añadido a la prótesis de tamaño normal. El paciente quiere añadir cualquier diente para cerrar ese espacio. Le informamos de que no podrá rehabilitarse con un diente simétrico al lateral del lado opuesto, sino que añadiremos un diente muy estrecho. (Véase anexo 6. Foto 30)

06 de Mayo de 2015

Prueba final de la prótesis. Ajustes adecuados, le enseñamos al paciente como debe poner y quitarse las prótesis, como posicionar los dedos dentro de la boca y donde debe hacer fuerza para que la prótesis pueda ser retirada. Lo citaremos para controlar el periodo de adaptación.

Realizamos fotos finales con la rehabilitación funcional y estética finalizada. (Véase anexo 7. Fotos 31)

Foto 32. Fotos extraorales con las prótesis esqueléticas. Frontal y lateral derecha del paciente.





Foto 33. Fotos antes de la rehabilitación y después.

Tras la finalización de todas las fases, desde la higiénica hasta la rehabilitación protésica hemos apreciado un cambio significativo en el aspecto estético, y por supuesto en la funcionalidad oral del paciente. En las fotos extraorales se observa en las fotos en sonrisa la desviación de la sonrisa hacia el lado izquierdo del paciente antes de la rehabilitación y tras ella se aprecia una simetría en sonrisa casi simétrica completa.

En las primeras fotos en sonrisa se aprecia también la dificultad del paciente para mostrar sus dientes cuando se le pedía sonreír, en las fotos finales no hizo falta pedirle al paciente que nos enseñase sus dientes, mostraba una sonrisa natural sin necesidad de forzarla.

Hemos podido observar a nivel psicológico del paciente una gran mejoría en su autoestima y una motivación por su aspecto físico que será muy positivo para que no descuide su higiene oral en un futuro. (Véase anexo 8. Fotos de comparación antes y después de la rehabilitación completa)

Caso 2: Caso clínico 3231

➤ **Anamnesis, historia médica y odontológica.**

❖ Paciente mujer de 36 años de edad. De profesión ama de casa.

1. Con referencia a sus antecedentes médicos, se trata de una paciente de origen marroquí. No refiere antecedentes de alergia ni de patologías sistémicas pasadas o presentes de ningún tipo.

Fue sometida a una cirugía de cesaria hace siete años. Refiere la toma de anticonceptivos orales *Yasmín®*.

2. En sus antecedentes odontológicos, cabe destacar la inexistente higiene oral, con acumulo generalizado de placa. La paciente refiere no haber ido al dentista desde hace algunos años (la última vez fue en su país, donde le

realizaron una prótesis parcial removible de acrílico superior). Estamos frente a una paciente con periodontitis crónica generalizada del adulto cuyas pruebas de confirmación se especifican más adelante.

3. En el motivo de consulta y tras preguntarle qué esperaba de nosotros, la paciente en primer lugar nos mostró una revivida de periodismo del corazón y nos dijo “quiero arreglarme los dientes y tener la boca como ella” (la paciente señalaba la sonrisa de una figura femenina donde la estética destacaba notablemente).

➤ **Exploración extraoral de la paciente:**

En el examen físico extraoral cabe destacar que se trata de una paciente de estatura media 1'67 cm, de peso 69 kg. Presenta deambulación normal, no característica. Constitución normo-gruesa, tronco y miembros anchos, gruesos, hombros caídos, musculatura robusta, cráneo pequeño, manos delgadas, tórax pronunciado, rostro braquifacial, ancho-redondo. Respiradora nasal, con cara simétrica. Presenta labios pasivos y elásticos. Tras examinar el ATM no presenta ninguna alteración y tampoco adenopatías a la palpación.

➤ **Exploración intraoral del paciente:**

1.- Con las pruebas anteriormente descritas y estudiadas podemos realizar el análisis del diagnóstico (odontograma). En él se detalla:

- ✓ Ausencias dentales previas: 4.8., 4.7., 4.6., 3.8., 3.7., 3.6., 2.8., 2.3., 2.1., 1.8., 1.6., 1.3.
- ✓ Ausencia de corona clínica. Preservación de resto radicular: 2.7.
- ✓ Caries de Clase I: 2.6. (ocluso-distal).
- ✓ Caries de Clase II: Distal: 1.5.
- ✓ Destrucción cervical vestibular: pieza 2.4.
- ✓ Presencia de Cálculo: De 3.3 a 4.3 por lingual y vestibular y placa generalizada.
- ✓ Previa tinciones vestibulares de todo el sector posterior superior e inferior.
- ✓ Reconstrucciones previas con composite: 1.1., 1.2., 1.4., 2.2., 2.4., 4.5.
- ✓ Endodoncias previas: 1.1., 1.4., 2.2., 2.4., 4.5.
- ✓ Paciente con periodontitis crónica generalizada del adulto.
- ✓ Clasificación de Kennedy-Applegate: Clase III.
- ✓ Infección por candidas en el paladar duro, a consecuencia de su prótesis parcial removible (estomatitis protética). A continuación se detalla información acerca de esta infección hoy en día frecuente.

➤ **Periodontograma inicial:** (Véase anexo 9. Foto 34)

En el estudio periodontal inicial apreciamos algunos puntos con profundidades de sondaje bastante agudas como son el diente 1.2, 1.1., 2.4., 2.5., 2.6. en su punto palatino-distal, 4.2., 4.1., 3.1., 3.2.

La placa bacteriana es lo que más nos interfiere a la hora de valorar el estado periodontal, ya que es tan generalizada y en grandes proporciones que la sonda periodontal encuentra dificultades a la hora de penetrar en el surco gingival.

El sangrado consecuente del acumulo de la placa bacteriana también es evidente y generalizado sobre todo en la zona inferior y zona posterior del segundo cuadrante.

Existe movilidad de algunas piezas:

- Movilidad grado I: 1.5., 1.2., 2.2., 2.4., 3.2., 4.1., 4.2.
- Movilidad grado II: 1.1., 2.5., 3.1.

➤ **Exploraciones complementarias:**

1. Serie radiográfica: (Véase anexo 10. Foto 35)

A continuación se detalla la serie periapical y la ortopantomografía de la paciente, en ella se aprecia la pérdida ósea generalizada sobre todo a nivel inferior y en la zona de los incisivos centrales inferiores, y las múltiples reconstrucciones y endodoncias que se detallan más adelante en su odontograma.

En el estudio radiográfico periapical apreciamos la pérdida ósea generalizada sobre todo en las zonas edéntulas como son las zonas posteriores de la arcada inferior, y en la zona de los incisivos centrales inferiores.

El cálculo se aprecia con bastante claridad sobre todo en la zona de incisivos inferiores, donde radiográficamente apreciamos imágenes radioopacas en mesial y distal de éstos, compatible con placa bacteriana calcificada.

Observamos las múltiples reconstrucciones de composite todas ellas con acabados muy desbordantes y sin pulir, lo que compromete la salud gingival de la paciente, el acumulo de la placa bacteriana, favoreciendo la inflamación gingival, el sangrado y por consiguiente el efecto negativo de pérdida de inserción. Se observa también en la pieza 2.4. pérdida de estructura dental a nivel distal.

(Véase anexo 11. Foto 36. Estudio Ortopantomografía)

2. Fotografía extra e intraoral:

A continuación se detallan las fotos extraorales donde podemos apreciar que la paciente presenta un aumento del tercio facial inferior. En el análisis del perfil y estudiando el ángulo nasolabial, observamos que éste es de 90° en reposo, se

encuentra dentro de la normalidad. Presenta retroquelia del labio superior y del inferior según el análisis estético de Steiner. En el estudio de la línea media facial, se aprecia simetría, y coincide la línea facial y dental cuando la paciente sonríe.

➤ **Fotos intraorales:** (Véase anexo 11. Foto 40)

En la fotografía intraoral frontal en oclusión, cabe destacar los espacios edéntulos del frente antero-superior, muy alejado de la estética. La línea media dental no coincide con la inferior ya que el diente 1.1. se encuentra en relación normal con su antagonista pero el diente 2.2. se ha desplazado distalmente hasta posicionarse encima del diente 3.3 por ausencia del 2.3.

Se observa un biotipo gingival grueso, y a pesar de ser un paciente periodontal, no se aprecian recesiones gingivales en relación a su estudio periodontal y sus pérdidas de inserción exceptuando el diente 3.1. por vestibular donde si que se aprecia una recesión gingival.

Se aprecia cálculo generalizado y mucho más evidente en la zona interproximal de los incisivos inferiores, y tinciones extrínsecas de prácticamente todas las caras vestibulares.

En la foto intraoraloclusal superior (Véase anexo 11. Fotos 41 y 41) en primer lugar lo más significativo es la estomatitis eritematosa del paladar duro, compatible con una candidiasis protética a consecuencia de su prótesis removible acrílica mal adaptada y la inexistente higiene oral, dos puntos a favor para el crecimiento patógeno de la infección fúngica.

También apreciamos sobre todo en la zona anterior la gingivitis consecuente de las reconstrucciones subgingivales tan desbordantes que presenta la paciente, sin olvidar la nula higiene oral. Observamos la caries de clase I hacia distal en el diente 2.6. y las múltiples ausencias.

La paciente refería haberse rehabilitado en su país lo que hoy podemos apreciar en su boca. Lo que nos hace muy difícil el diagnóstico ya que la paciente no sabe qué le hicieron o qué piezas fueron sustituidas o extraídas. Por lo general, el diente más estudiado y que mayor problemática nos ha dado es sin duda el 2.2., ya que en boca aparentemente por su morfología y anatomía hace volcarnos hacia un incisivo central, pero estudiando sus radiografías a nivel radicular hace inclinarnos hacia el diente 2.1 con una reconstrucción anatómicamente más grande de lo normal y muy desbordante. En la prótesis previa de la paciente aparece integrado el diente 2.1. de manera que sumado al gran tamaño de su incisivo lateral el efecto es similar a la presencia de tres incisivos centrales superiores en boca.

En la fotografía intraoraloclusal inferior (Véase anexo 14. Foto 42) se aprecia en mayor medida todo el cálculo de la zona incisiva, provocando una gingivitis en esa zona e incluso puntos donde el sangrado es casi esporádico.

Observamos las ausencias a partir de los dientes 3.5. y 4.5. y rotaciones en incisivos como es la rotación mesio-lingual del diente 4.1.

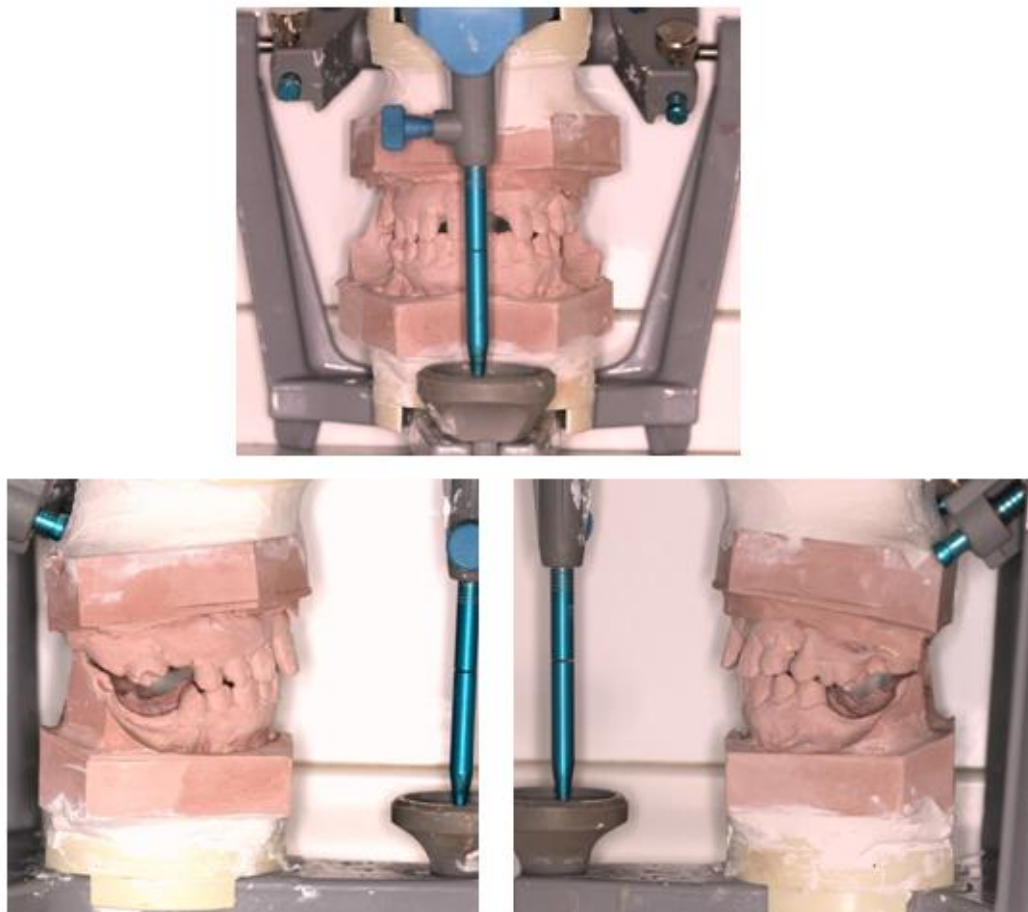
En las fotos siguientes (Véase anexo 15. Foto 43) se aprecia una lesión vestibulo-distal del diente 2.4. posiblemente debido a la prótesis donde una sección de acrílico cubre excesivamente esta zona del diente, y esto sumado a la higiene oral de la paciente que brilla por su ausencia, esto ha dado como resultado una caries extensa supra y subgingival.

En las fotos de su prótesis también se puede apreciar que los dientes artificiales que van en ella tienen unos márgenes muy sobrecontorneados y sin pulir lo que esto se le suma a los demás factores productores del estado gingival de la paciente. Se aprecian restos en la prótesis de la infección por candidas que presenta en el paladar duro.

La prótesis previa de la paciente pretende sustituir sobre todo el espacio edentulo del frente antero-superior que es en primer lugar lo más prioritario para la paciente, por lo que presenta un incisivo central simulando el diente 2.1. y un pequeño lateral microdóntico para cerrar el diastema presente en el espacio interproximal de 1.1. y 1.2.

➤ **Modelos de estudio montados en articulador**

Foto 44. Montaje en articulador de los modelos de estudio.



Habiendo expuesto el caso desde el inicio y con toda la información recopilada, se realizó un diagnóstico y unos planes de tratamiento que varían según la opción protésica.

OPCIONES DE TRATAMIENTO

Con las pruebas complementarias y el estudio de radiografías y modelos se desarrollan varios planes de tratamiento aceptables, será el propio paciente el que escoja la opción variable del tratamiento que más se ajuste a sus expectativas y requisitos tanto estéticos y funcionales como económicos.

- **PLAN DE TRATAMIENTO COMÚN A TODAS LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO**

- 1. FASE HIGIÉNICA E INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL:

- Evaluación periodontal (periodontograma)
- Profilaxis con ultrasonidos.
- Raspado y alisado radicular de todas las piezas remanentes.
- Instrucciones de higiene oral y motivación del paciente.
- Reevaluación del estado periodontal a los 3 meses (periodontograma de reevaluación).
- Evaluación y control de la candidiasis protética con farmacología y pautas de higiene para la prótesis.

- 2. FASE EXODONCIA Y RESTAURADORA:

- Exodoncia de restos radiculares de 2.7.
- Obturación con composite de 1.5 (clase II distal), 2.6 (clase I)

- 3. FASE DE MANTENIMIENTO:

- *Férula de Michigan (según la opción escogida)*
- Reevaluación periodontal anual.

- **OPCIONES VARIABLES DE TRATAMIENTO EN LA FASE PROTÉSICA:**
FASE 3

OPCIÓN 1

- *Carillas de composite en el diente 1.1. y 1.2. aumentando medio milímetro por distal y medio milímetro por mesial de cada carilla para disminuir el diastema en la medida de lo posible.*

- *Rehabilitación de espacio edéntulo mediante la colocación de implante osteointegrado y corona metal-cerámica unitaria (piezas 1.6).*

OPCIÓN 2

- *Prótesis fija (puente ceramometálico) en todo el frente antero-superior y pónico sustituyendo la pieza 2.1. Tallado de todas las piezas presentes en dicho sector y utilizadas como pilares. Aumentar la dimensión mesio-distal de las piezas para cerrar los diastemas (1.1-1.2-2.2). Los dientes laterales mediante el tallado se disminuirán de tamaño para favorecer la estética y los centrales más pequeños también en sentido longitudinal.*
- *Rehabilitación de espacios edéntulos mediante prótesis parcial removible de acrílico superior e inferior.*

OPCIÓN 3

- *Rehabilitación posterior y anterior mediante prótesis parcial esquelética superior e inferior.*

OPCIÓN 4

- *Rehabilitación fija del sector posterior mediante un puente en la zona del primer cuadrante rehabilitando el diente 1.6.*
- *Cualquiera de las opciones del frente anterior, anteriormente mencionadas.*

*Las cuatro opciones variadas de tratamiento protésico, podrían combinarse entre ellas dependiendo de las expectativas y requisitos del paciente.

PLAN DE TRATAMIENTO DE ELECCIÓN

De acuerdo a nuestro criterio ético y moral, debemos explicarle a la paciente las fases ineludibles del tratamiento, estas serán la fase higiénica y restauradora, y seguidamente le informamos de las cuatro opciones variables del tratamiento que hace referencia a la fase protésica. A fin de orientar al paciente hacia la opción más acertada para su caso, debemos explicarle las consideraciones positivas y negativas de cada opción.

Haciendo hincapié en el motivo de consulta que la paciente nos transmitió el primer día en consulta, donde su principal objetivo era la rehabilitación estética, podemos tomar la decisión de empezar por la opción más estética posible y la más funcional a nivel anterior y posterior. No debemos olvidar la prioridad de la paciente hacia el tratamiento económicamente más asequible.

Por lo general, lo más estético sería tal y partiendo de la situación que presenta la paciente, los puentes metal cerámica rehabilitando el diente 2.1. que se encuentra ausente. Podríamos también valorar la opción de la colocación de implante

osteointegrado en el 2.1. y reconstrucción con carillas de cerámica en los dientes 1.1., 1.2., 2.2., pero habiendo presentado las endodoncias de tales dientes exceptuando el diente 1.2., es favorable el tallado de las piezas y la protección que proporcionan las coronas de metal cerámica a largo plazo.

Por lo que finalmente en un acuerdo entre nuestro plan de tratamiento y la paciente, se decide la opción de tratamiento siguiente:

Rehabilitación del frente antero superior mediante la colocación de puentes metal-cerámica, rehabilitando la ausencia del diente 2.1. y puente posterior metal cerámica de 1.7. al 1.5. rehabilitando el 1.6. Y rehabilitación postero-inferior mediante prótesis parcial removible deacrílico.

DISCUSIÓN

En la realización de los planes de tratamiento de ambos pacientes existen unas ventajas y desventajas de cada uno que sirven de ayuda a la hora de inclinarse hacia un tratamiento u otro. A continuación se exponen las ventajas y desventajas de los distintos tratamientos para ambos casos clínicos:

Ventajas de las carillas de composite: Comodidad, estética, bajo coste, tratamiento conservador (evitamos el tallado de sus dientes), biocompatible.⁹

Ventajas de los implantes osteointegrados: Comodidad, prótesis fija, conservador, estética, éxito a corto y largo plazo, durabilidad de aproximadamente 25 años.¹⁰

Desventajas de las carillas de composite: Carillas de composite tienen una vida más corta que la porcelana, variabilidad cromática del composite a largo plazo.⁹

Desventajas de los implantes osteointegrados: Económicamente más costoso, lesiones traumáticas en los nervios del área intervenida, e infecciones subsecuentes al procedimiento. ¹⁰

Ventajas de puentes ceramometálicos: Estética, mayor durabilidad de la porcelana, estabilidad química, buenas propiedad ópticas, buenas propiedades de superficie, biocompatible, alta resistencia mecánica, buen ajuste marginal, radioopacidad.¹¹

Prótesis parcial removible acrílica: Bajo coste, más higiénico, manejo más fácil en laboratorio si debemos añadir más piezas en un futuro, bajo peso.

Desventajas de puentes ceramometálicos: Menos conservador (tallado de piezas), coste elevado, en dientes rotados y/o inclinados a veces es necesario endodonciar antes de tallar, fragilidad: no deformable. ¹¹

Desventajas de prótesis parcial removible acrílica: Incomodidad de prótesis removible, alteración de la fonética durante periodo de adaptación, aftas por roce en periodo de adaptación, amplia curva de aprendizaje, sialorrea en el periodo inicial.

Ventajas prótesis esquelética: Relativo bajo coste (menos que implantes, y mayor que prótesis parcial de resina), estabilidad, retención, mayor resistencia a la fractura que la prótesis deacrílico.

Desventajas prótesis esquelética: Estética más comprometida (ganchos metálicos), mayor coste que prótesis de resina, mayor peso, alteración fonética durante periodo de adaptación, aftas por roce en periodo de adaptación, amplia curva de aprendizaje, sialorrea en periodo inicial, mayor dificultad en laboratorio para añadir dientes nuevos al esquelético.

- ✓ No debemos olvidar que cualquier opción escogida debe ir íntimamente ligada en primer lugar a unas instrucciones y una motivación de higiene oral totalmente minuciosa.
- ✓ Es de vital importancia la enseñanza e hincapié en técnicas de cepillado dental. Silness y Løe, evidenciaron la relación íntimamente ligada entre la higiene bucal deficiente y la presencia de afecciones gingivales. Este estudio fue compatible con los resultados de LopezCoutinho en Brasil donde fue significativa la relación entre la eficiencia del cepillado y el índice de gingivitis.¹²
- ✓ Sobre todo los pacientes que usan prótesis dental necesitan de un cuidado específico de higienización que debe ser verbal y escrito, estimulando la higienización de los espacios edentulos, pues hay un acumulo de restos alimenticios que irán, a trasladarse a los dientes remanentes, principalmente en pacientes con xerostomía. Después de cada comida, las prótesis deben ser removidas e higienizadas obligatoriamente y en la noche deben ser removidas para descansar el reborde.^{13,14}
- ✓ Cepillos especiales aumentan la eficiencia de la limpieza dentro de los ganchos de las prótesis parciales removibles o en las bases de acrílico. No existe un consenso acerca de la solución más adecuada para higiene de las prótesis. Algunos autores recomiendan la crema dental, otros, el jabón de piedra, jabón de coco o jabón líquido neutro. Polvos y cremas adhesivas deben ser indicados con cautela, pues pueden inducir la reabsorción ósea, favorecer el acumulo de bacterias por el acumulo de alimentos, pudiendo generar problemas en dientes remanentes.¹⁵
- ✓ Además de toda la afectación dental que la gingivitis y enfermedad periodontal traen consigo, también está asociado al déficit de higiene oral las infecciones de diversos tipos como son las candidiasis. Una de estas afectaciones es la que sufre nuestra paciente **3231**.

Candidiasis atrófica o eritematosa crónica o estomatitis protética.

Según Bagán junto con otros autores, la candidiasis recibe la definición de "enfermedad micótica causada por cualquiera de las especies del género Candida, constituyéndose como una enfermedad oportunista, muy frecuente en nuestros días, en la que siempre debemos investigar la presencia de factores favorecedores del crecimiento y transformación patógena del germen".

La candidiasis es una enfermedad muy frecuente y una de las micosis más importantes en la cavidad bucal; afecta a ambos sexos y a cualquier edad, aunque son más frecuentes en los extremos de la vida. 16,17

- *Factores predisponentes generales*

- Endocrinos: diabetes, hipotiroidismo, obesidad, embarazo, etc.
- Enfermedades malignas: hemopatías, carcinomas, etc.
- Deficiencias inmunitarias: SIDA, neutropenias, trasplantados o afecciones congénitas como: síndromes de endocrinopatía familiar.
- Toxicomanías: alcohol, tabaco, marihuana, drogas parenterales, etc.
- Tratamientos antibióticos, corticoterapia, quimiorradioterapia, psicotropos, antidepresivos, etc.
- Otros: factores alimentarios: desnutrición, malabsorción, carencias vitaminas, síndrome de Sjogren; estados terminales de algunas enfermedades.

- *Factores predisponentes locales*

- Xerostomía.
- Mala higiene oral (incluyendo el tabaquismo).
- Uso de medicamentos corticoides, antibióticos, etc.
- Mal estado de la prótesis dental.
- Alteración de la dimensión vertical.
- Traumatismos: mordisqueo, irritación crónica, prótesis, ortodoncia, etc.
- Uso del chupete en los lactantes.
- Factores anatómicos: lengua fisurada, maloclusión, etc.

Las prótesis mal adaptadas por cualquier causa, asociadas en ocasiones con su deficiente higiene, son causantes de estados inflamatorios de la mucosa bucal.

Se ha encontrado que el 70 % de individuos con signos clínicos de estomatitis protética exhiben un crecimiento fúngico; la *C. albicans* fue la especie aislada con mayor frecuencia (75 %). 18

Ceballos y otros autores han encontrado candidiasis en el 50,31 % de la población portadora de prótesis. Se ha relacionado esta afección con procesos infecciosos de la mucosa bucal; la *Candida albicans* es el germen responsable de la enfermedad.10

Ceballos y *Macfarlane* coinciden en que estos hechos pueden ser por la falta de higiene y el desajuste que sufre la prótesis con el paso del tiempo, lo cual crea retención de alimentos, indispensables para el desarrollo de las levaduras. 10

Según *Shafer*, la enfermedad se caracteriza por enrojecimiento, edema, granulación palatina y aparición de sensaciones subjetivas diversas como hormigueo, quemazón o prurito, referidas todas ellas al área de soporte de la prótesis. 18

Newton clasificó clínicamente el proceso en 3 períodos o fases evolutivas:

- Primer período (Grado I): Punteado rojizo sobre la mucosa palatina.
- Segundo período (Grado II): Mucosa aparece hiperémica, lisa y atrófica.

- Tercer período (Grado III): Aparición de una mucosa hiperémica de aspecto nodular o granular. 18,19

En cuanto al tratamiento se dispone en general de las siguientes alternativas terapéuticas:

1. Control de factores predisponentes.
2. Colutorios.
3. Antimicóticos específicos tópicos y/o sistémicos en uso tópico:
 - Derivados poliénicos: Nistatina, Anfotericina B.
 - Derivados imidazólicos: Miconazol, Ketoconazol, Clotrimazol, Econazol.
 - Derivados triazólicos: Fluconazol, Itraconazol.
4. Tratamiento sistémico: se utilizan los derivados imidazólicos y triazólicos, así como en casos muy excepcionales la Anfotericina B.

Lo primero que debemos hacer es extremar la higiene y controlar los factores locales y sistémicos antes mencionados. Las prótesis dentales se pueden colocar en una solución de hipoclorito sódico diluido en agua (5-10 %) durante la noche después de haberlas cepillado enérgicamente con detergente. 18

Para el tratamiento de la candidiasis oral por prótesis, la paciente deberá mantener en boca cada 6-8h un antifúngico (Nistatina®), tras unos minutos se debe tragar, para prevenir y/o tratar posibles infecciones faríngeas.

ENDODONCIA DEL CASO 2989

En relación al paciente del primer caso con **historia clínica 2989** se tuvo muy en cuenta la necesidad de la endodoncia del diente 2.1. ya que a primera vista es lo primero que apreciamos y lo que más nos aleja de la estética. Se usó poste de fibra de vidrio *Rebilda®* ya que el tejido remanente de esmalte se encontraba muy por debajo de lo que se considera necesario para llevar a cabo una buena reconstrucción posterior.

Hoy en día los sistemas de pernos prefabricados de fibra de vidrio han ido ganando terreno sobre los sistemas colados, metálicos prefabricados y de fibras no estéticas. No obstante, los pernos prefabricados requieren de más estudios clínicos que demuestren su durabilidad a largo plazo.

En lo referente a los dos sistemas de pernos (colados y prefabricados), al revisar la literatura, diversos autores (20,21) coincidieron en que los dientes restaurados con pernos colados individuales tenían menos resistencia a la fractura de sus raíces, que los restaurados con pernos prefabricados, ya que según estudios de protésicos dentales, los primeros provocaron mayor cantidad de fracturas radiculares por concentración de estrés por la rigidez aumentada de la aleación colada, que transmite directamente las tensiones inducidas a los tejidos radiculares remanentes, al no admitir deformación elástica acorde con la dentina y el cemento radicular. 22,23

De acuerdo a la parte protésica de ambos casos clínicos no debemos olvidar la importancia fundamental de rehabilitar la cavidad oral para favorecer la vida de nuestros pacientes en todos los sentidos o parte importante de ellos.

La prótesis dental es mucho más que una simple reposición de los dientes, es una integradora familiar, social, mantiene la salud general y eleva la expectativa de vida, y la autoestima, por proporcionar condiciones a los pacientes de formar el bolo alimenticio de forma adecuada, impidiendo que disminuya la consistencia alimenticia y esto lleve a un déficit proteico. 13

Para la elaboración de nuestro plan de tratamiento protésico, un examen clínico y radiográfico minucioso es fundamental para identificar problemas específicos en el hueso alveolar así como la integridad pulpar y periodontal. El montaje de los modelos iniciales en el articulador es de gran importancia, pues permiten verificar discrepancias en el plano oclusal, la presencia o ausencia de espacio para la rehabilitación oral, la necesidad de cirugías pre-protésicas o alteraciones en la dimensión vertical. 24

Es de vital importancia la presentación de todas las opciones de tratamiento al paciente, con sus ventajas, desventajas, costos, tiempo de tratamiento y número de sesiones necesarias. 24

CONCLUSIÓN

Las distintas prioridades en cuanto a la rehabilitación oral de nuestros dos casos clínicos es de valoración sumamente importante. Por una parte hemos podido observar que el caso clínico 2989 se trata de un hombre cuya aspiración principal en la rehabilitación oral era la necesidad de devolverle la funcionalidad de la zona posterior para la correcta masticación y en segundo lugar devolverle la estética en la medida de lo posible del frente anterior.

Algo muy distinto en cuanto a requisitos estéticos es nuestro caso clínico 3231 donde dicha estética toma la prioridad absoluta y donde la paciente refiere tener deseos de conseguir una boca digna de admirar. La parte posterior y su funcionalidad aunque debe de tener la importancia de mayor grado, esta paciente no parece darle la importancia que merece una masticación satisfactoria.

Podemos deducir de estos dos casos clínicos, ambos de distintos sexos, que lo que se conoce como diferencias de estética en cuanto a diferencias de sexo, es totalmente cierto, tanto es así, que hemos podido apreciar en el caso 2989 (hombre) que su objetivo a grosso modo es poder comer satisfactoriamente, y por el contrario nuestro caso 3231 (mujer), deja a un lado la funcionalidad y exige de nosotros una exquisita estética del frente anterior.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Atkinson HF, Ralph WJ. Tooth loss and biting force in man. J Dent Res. 1976; 52(2):225-8.
2. Silva FJ, Gonçalves J, Rocha MD, Borges SA, Salazar MS, Uemura SE. Eficiencia masticatoria en portadores de prótesis parcial removible. RevEstomatol Herediana. 2006; 16 (2) : 93 - 97.
3. Escudero-Castaño N, Perea-García MA, Bascones-Martínez A. Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. AvPeriodonImplantol. 2008; 20, 1: 27-37.
4. Borel. J. Manual de prótesis removible. 2da Edición. Barcelona, Editorial Masson.1995. 25-50.
5. Bascones-Martinez A F-RE. Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. AvPeriodonImplantol. 2005;17(3):147-56
6. Verdugo-Díaz RJ, Sánchez Rubio-Carrillo RM, Sánchez Rubio-Carrillo RA, Barreras-Serrano A, Plata-Orozco MD. Evaluación de la reproducción del plano oclusal al montar en dos sistemas de arco facial y articulador semiajustable: comparación de los articuladores Whip-Mix y Denar Mark II. RCOE 2011;16(1):25-31
7. Academy of Prosthodontics. The glossary of prosthodontic terms. J Prosthet Dent 2005; 94(1): 10-92.
8. Rosenstiel S, Land M, Fujimoto J. Modelos diagnósticos y procedimientos relacionados. En: Prótesis fija contemporánea. 4.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2006. p. 42-81
9. Peña López J. M. Técnica y sistemática de la preparación y construcción de carillas de porcelana. RCOE 2003; 8 (6):647-668.
10. Catalán Bajuelo, E. Soliva Garriga, J. Estrada Fión, D., Prótesis unitaria implantosoportada, URL disponible en: <http://www.tonal.es/archivos/catalan.pdf>, Fecha de acceso: 28 de febrero 2013
11. Álvarez-Fernández.M, Peña-López.JM, González.IR, Olay-García.MS. General features and properties of metal-free ceramics restorations. RCOE, 2003, Vol 8, Nº5, 525-546
12. López Coutinho TC, Almeida Tostes M. Children Gingivitis Prevalence. RGO (Porto Alegre). 2002;43(3):170-4.
13. Brunetti RF, Montenegro FLB.Odontogeriatría: Noções deinteresse clínico. São Paulo: ArtesMédicas; 2002.
14. Zwetchkenbaum SR, Shay K.Prosthodontic considerations forthe older patient. Dent Clin NorthAm. 1997; 41(4):817-45.

15. Misch CE. Prótese sobre implantes:Umguiapasso-a-passo. SãoPaulo: Ed. Santos; 2006.
16. Llop A, Valdés-Dapena MM, Zuazo JL. Microbiología y parasitología médicas. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
17. Negroni M. Enfermedades micóticas. En: Negroni M. Microbiología estomatológica. Fundamentos y guía práctica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2009.p.363-8.
18. McMullan-Vogel CG, Jude HD, Ollert MW, Vogel CW. Serotype distribution and secretory acid proteinase activity of *Candida albicans* isolated from the oral mucosa of patients with denture stomatitis. *Oral MicrobiolImmunol* 2000;14(3):183-9.
19. López J, Jané E, Chimenos E, Roselló X. Actualización de la candidiasis oral. *ArchOdont* 1997;13(5):259-71.
20. Ceballos A. Micosis bucales. En: Ceballos A. Medicina bucal. Granada: Gráficas Anel;1999.p.60-6.
21. Dean, J., Jeansonne, B., Sarkan, N.: In vitro evaluation of a carbonfiber post. *Journal Endont.* 2000;24:807-810
22. Sidoli, G., King, P., Setchell, D.: An in vitro evaluation of a carbonfiber- based post and core system. *Journal Prosthet Dent.* 1999;78:5-9.
23. Garcia, F.: Restoration of the endodontically treated tooth. *TheDental Clinics Of North America.* 2002;46 (2): 367-384.
24. Canalda, C., Brau, E.: *Endodoncia. Técnicas clínicas y bases científicas.* Barcelona, Editorial Masson, S.A. 2001.