

Tratamiento integral de patologías orales para la restauración funcional y estética

-

Integral treatment of oral pathologies for functional and aesthetic restoration



Autor

Thor Sabel Sánchez Lozano

Tutora TFG

María Guerrero González

Departamento de Cirugía, Ginecología y Obstetricia

- *Grado Odontología. Universidad de Zaragoza (Campus Huesca)*

- *Fecha de presentación: 3- 4 Julio 2017*

INDICE

Listado de abreviaturas	1
Resumen. Abstract.	2
Introducción	3
Objetivos	7
Caso Clínico 3828.	
1. Anamnesis	7
2. Hábitos	7
3. Exploración Extraoral	8
4. Exploración intraoral	9
5. Pruebas complementarias	11
6. Juicio diagnostico	12
7. Pronóstico	12
8. Opciones de tratamiento	12
9. Desarrollo del tratamiento elegido	13
• Fase higiénica	13
• Fase conservadora	14
• Fase protésica	14
• Fase de mantenimiento y reevaluación	17
Caso clínico 2255.	
1. Anamnesis	18
2. Hábitos	18
3. Exploración Extraoral	18
4. Exploración intraoral	18
5. Pruebas complementarias	21
6. Juicio diagnostico	22
7. Pronóstico	22
8. Opciones de tratamiento	23
9. Desarrollo del tratamiento elegido	24
• Fase sistémica	24
• Fase de control de la infección	24
• Fase conservadora	25
Discusión	26
Conclusiones	30
Bibliografía	31
Anexos	34

LISTADO DE ABREVIATURAS

A

ASA: American Society of Anesthesiologists

ATM: Articulación Temporomandibular

C

CCP: Cloruro de Cetilpirimidinio

N

NI: Nivel de Inserción

O

OMS: Organización Mundial de la Salud

P

PPR: Prótesis Parcial Removible

PPF: Prótesis Parcial Fija

PS: Profundidad de Sondaje

R

RAR: Raspado y Alisado Radicular

F

FCSD: Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte

I

IHO: Instrucciones en Higiene Oral

INF: Inferior

S

SEPA: Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración.

SUP: Superior

T

- **TAC:** Tomografía Axial Computarizada.

RESUMEN

❖ Tratamiento integral de patologías orales para la restauración funcional y estética

Resumen

En el presente trabajo se describe el procedimiento de restauración de salud oral en dos casos clínicos. En estos se lleva a cabo un proceso de diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento que nos indica las necesidades de cada paciente, las diferentes opciones terapéuticas y la coordinación entre las diferentes disciplinas para alcanzar la salud y funcionalidad óptima. Todo ello, valorando las condiciones del paciente a través de un correcto juicio diagnóstico con el que poder obtener el mejor resultado terapéutico, apoyándonos en bibliografía exhaustivamente revisada.

-. **Palabras clave:** pronóstico dental, plan de tratamiento, funcionalidad, salud oral, enfermedad periodontal.

❖ Integral treatment of oral pathologies for functional and aesthetic restoration

This work describes the oral health recovery procedure in two clinical cases. In both cases, emphasis in diagnosis, prognosis and treatment plan is done, which indicates pathological situations to treat and different options to develop them. Coordination among the different disciplines is essential to achieve an optimal results in health and functionality. All this, valuing the conditions of the patient and through a correct diagnostic trial and getting the best result based on the comprehensive revised bibliography.

-. **Key words:** dental forecast, treatment plan, functionality, oral health, periodontal disease.

INTRODUCCION

El aparato estomatognático es una unidad morfofuncional constituida por una serie de estructuras que forman parte del macizo craneofacial. Este participa en la realización de funciones vitales para la vida tales como: masticación, deglución, fonación y respiración [1]. Teniendo en cuenta las funciones del sistema estomatognático, se comprende cuál es la influencia de la cavidad bucal en la calidad de vida de los individuos. En ausencia de salud bucal, se alteran todas las funciones generales del individuo, tanto la parte biológica como psicosocioafectiva [2]. Por lo tanto, los objetivos de la odontología deben estar orientados hacia su conservación, mejorar la calidad de vida y mantener la integridad y dignidad de la persona. Para una correcta influencia sobre la salud oral, se requiere una promoción de la salud: prevención primaria y secundaria (exámenes periódicos e impedir la extensión de la enfermedad), recuperación y rehabilitación (devolver funcionalidad) [3]. Ninguna estructura es más importante que otra, todas en conjunto constituyen una unidad sistémica: el aparato masticatorio, el cual está compuesto por dientes, estructuras de soporte, huesos maxilares, articulación temporomandibular, músculos, labios, lengua, carrillos, sistema neuromuscular y vascular [1].

La consecución del éxito del tratamiento no solo depende de una correcta ejecución por parte del odontoestomatólogo, sino gracias a la implicación del paciente que está siendo tratado: el temor a tratamientos dentales, la incomodidad por el uso de prótesis etc, son situaciones que lastran la salud oral y las posteriores opciones de tratamiento [4]. El acto odontoestomatológico se podría definir como el conjunto de operaciones concretas sobre la cavidad oral que necesita del encuentro consciente y confiado entre profesional y paciente en busca de la prevención, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento o la rehabilitación del medio oral [3]. Los órganos dentarios tienen múltiples funciones dentro del aparato estomatognático siendo indispensables en la masticación, la deglución, digestión y por supuesto, para la estética facial [4].

El tratamiento de las patologías bucales depende en gran medida del desarrollo de nuevas técnicas junto con el conocimiento de aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vejez. Durante toda la vida, la mucosa oral experimenta modificaciones similares a las que afectan a la mucosa de otras partes del organismo, además de añadir los factores locales adquiridos (dieta y prótesis entre otros), que pueden influir en dichos cambios, provocando alteraciones en la mucosa [5]. Las enfermedades bucodentales más frecuentes son la caries, las afecciones periodontales, el cáncer de oral, los traumatismos y las lesiones congénitas.

La caries dental es una enfermedad de origen infeccioso en la cual los tejidos duros del diente son modificados. Se produce la descomposición molecular de los tejidos duros del

diente mediante un proceso histoquímico y bacteriano que termina con descalcificación y disolución progresiva de los materiales inorgánicos y desintegración de su matriz orgánica [6]. La caries afecta a nivel mundial al 60%-90% de los niños en edad escolar y a cerca del 100% de los adultos [7].

La enfermedad periodontal o periodontitis es una de las causas más comunes de la pérdida de dientes en los adultos. La etiología de esta infección crónica es el resultado de la colonización bacteriana por una variedad de microorganismos patógenos. La colonización y la posterior invasión de estos microorganismos Gram-positivos y Gram-negativos en el epitelio gingival conducen a una respuesta inmune innata, incluyendo la producción de diversos mediadores que conducen a la inflamación (gingivitis), lo que finalmente produce pérdida ósea y pérdida de inserción periodontal. Al ser una patología que afecta al tejido de sustento de los dientes, puede desembocar en la pérdida de estos ,produciendo el deterioro de las funciones orales y afectando a la salud en general [8].

En cuanto al cáncer oral se define como la proliferación anormal y descontrolada de células tumorales que invaden tejidos y órganos próximos y distantes y que, si no son tratadas a tiempo, ocasionan la muerte de los individuos en cuyo seno se desarrollan. Las localizaciones habituales son labios y comisura labial, mejillas, suelo bucal y lengua , paladar duro e istmo de las fauces [9]. La incidencia del cáncer de oral oscila en la mayoría de los países entre 1 y 10 casos por cada 100 000 habitantes. Su prevalencia es relativamente mayor en los hombres, las personas mayores y las personas con bajo nivel educativo y escasos ingresos. El tabaco y el alcohol son dos factores causales importantes [7]

Los traumatismos bucodentales son la segunda causa de atención odontopediátrica tras la caries, en un futuro muy cercano, la incidencia de las lesiones traumatismos constituirán la principal demanda de atención. Los traumatismos dentales se caracterizan porque no se rigen por un sólo mecanismo etiopatogénico, ni siguen un patrón predecible en cuanto a la intensidad o extensión [10]. A nivel mundial, entre el 16% y el 40% de los niños con entre 6 y 12 años padecen traumatismos bucodentales debidos a la falta de seguridad en los parques infantiles y escuelas, los accidentes de tránsito y los actos de violencia[7].

De acuerdo con los objetivos de la OMS, uno de los objetivos globales para la salud oral es que a partir de los 65 años o más, debería haber una reducción del 25% en el nivel actual del estado desdentados [11].

El éxito en la realización de cualquier tratamiento odontológico radica en un adecuado diagnóstico y planificación del mismo, de esta manera se logran optimizar los resultados para el beneficio de los pacientes [12].

Diagnóstico

El diagnóstico es la determinación, calificación o identificación de una enfermedad mediante los signos y síntomas que presenta el paciente. Para poder realizar un correcto diagnóstico se debe seguir un orden en su realización. Primeramente una anamnesis en la que recoger los datos referentes al paciente, teniendo en cuenta antecedentes médicos, quirúrgicos, alergias y medicación. Tras la correcta recogida de datos y adecuación del medio según los datos recopilados, se continúa con una exploración clínica para determinar la presencia o no de patología oral tanto a nivel intraoral como a nivel extraoral. Además y paralelamente se realizarán exámenes complementarios para confirmar o declinar la presencia de patología. Estos exámenes se basarán sobre todo en diferentes técnicas radiológicas, pruebas de laboratorio y demás pruebas específicas, todas ellas destinadas a la elaboración de un diagnóstico y poder programar el tratamiento.

Pronóstico

El pronóstico dental nos indica las condiciones en las que está cada diente y cómo será su evolución si no se lleva a cabo un correcto tratamiento. Permite valorar las necesidades de tratamiento de los dientes dentro de las diferentes especialidades que componen la odontología. Los dientes no solo están sujetos a sus condiciones particulares, sino que también se ven afectados por factores sistémicos. Entre los factores que afectarán al pronóstico dental encontramos:

- Factores sistémicos y mediambientales: enfermedades sistémicas, genética, hábitos
- Factores clínicos: edad, microbiología, control de la placa, colaboración del paciente, experiencia clínica del operador
- Factores periodontales: pérdida de inserción, defectos óseos, abscesos, trauma oclusal, recesiones gingivales etc.
- Factores endodónticos: estado pulpar, patología periapical, reabsorciones radiculares, número de conductos y forma etc.
- Factores dentales: caries, posición en la arcada, falta de ferrule.
- Factores iatrogénicos: restauraciones desbordantes, coronas mal adaptadas.

Pronóstico individualizado

Tras el diagnóstico odontológico y periodontal completo y detallado, el odontólogo debe haber recopilado suficiente información para dar un pronóstico concreto a cada diente presente. Son muchas las clasificaciones de pronóstico que se han planteado en Periodoncia. Autores como Mc.Guire y De la Rosa[13][14] han elaborado diferentes criterios para el establecimiento del pronóstico. La pérdida ósea, la profundidad de bolsa, la presencia y severidad de furcación, movilidad dental y proporción corono radicular eran condiciones que tenían en cuenta la para la clasificación de cada diente según su pronóstico. Para ello existe una *"Clasificación en base a parámetros diagnósticos objetivos"* cuyo esquema conceptual se fundamenta en la que emplean ciertos grupos académicos como el de la Universidad de Berna (Suiza). (ANEXO 1)

El pronóstico no siempre ha de determinar el tratamiento. De esta forma, puede que en el contexto de un plan de tratamiento global esté indicado extraer un diente de pronóstico cuestionable, y en otro contexto clínico, un diente de pronóstico malo decidamos mantenerlo por economía de tratamiento.

Tratamiento

El Plan de tratamiento debe tener el objetivo de lograr una óptima salud oral. Independientemente del estado funcional, la eliminación de las infecciones dentales agudas y del dolor es un objetivo a lograr en todos los pacientes. Los servicios estéticos ofrecen a la posibilidad de mejorar la estética mejorando la sonrisa, autoestima y calidad de vida [11]. El tratamiento multidisciplinario en odontología nos lleva a optimizar resultados clínicos, brindándonos una visión más amplia de las posibilidades de tratamiento hacia los pacientes. En la resolución de los casos es fundamental un adecuado diagnóstico de las patologías orales que pueden afectar al paciente, es por ello que el odontólogo de práctica general debe de conocer todas las áreas de la odontología y así realizar un adecuado diagnóstico, así mismo consultando con los demás especialistas realizar un adecuado plan de tratamiento para el beneficio del paciente[12].

OBJETIVOS

Principal

Aplicar los conocimientos y competencias adquiridos durante los estudios de Odontología aplicándolos en un trabajo relacionado con las especialidades del marco profesional, para lo que se presentan dos casos clínicos atendidos en el Servicio de Prácticas Odontológicas.

Específicos

Determinación del estado de los pacientes atendidos para la correcta determinación de un diagnóstico con la ayuda de las diferentes pruebas y métodos complementarios disponibles.

Elaboración de un correcto plan de tratamiento según los datos recogidos y valorar las diferentes opciones de tratamiento atendiendo a los avances científicos, la experiencia práctica, los recursos y las necesidades del paciente. Todo ello fundamentado en el estudio bibliográfico.

CASO CLINICO 3828

Paciente varón 64 años, jubilado, el 29 de Septiembre de 2016 acude a consulta para continuar con el tratamiento iniciado en el curso anterior.

1. ANAMNESIS

Paciente con hipercolesterolemia tratado con Provastina 20 mg (pravastatina sódica) 1 comp/día. El paciente refiere haber padecido úlcera duodenal hace 10 años para la cual tomaba Fremet (Inhibe secreción ácida basal y estimulada por alimentos, y reduce producción de pepsina (Citoprotector) de forma preventiva (ya no lo toma) y con tratamiento dietético en la revisiones se apreciaba como había curado sin secuelas. Además padeció una hernia discal hace 5 años la cual fue tratada quirúrgicamente sin dejar secuelas. No refiere alergias medicamentosas conocidas, aunque según un informe médico de urgencias refiere sensibilidad al contacto con lejías. Refiere alergia al polen.

2. HÁBITOS

2.1. Generales

Paciente no fumador. No consumidor de estupefacientes. Refiere ingerir una cerveza al día siendo un hábito variable.

2.2 .Odontológicos

Higiene bucal regular. Cepillado 1-2 veces al día. Acude al odontólogo para rehabilitar salud oral por tramos edéntulos. No hábito de onicofagia, mordisqueo nervioso o interposición de objetos (palillos de madera)

3. EXPLORACION EXTRAORAL

3.1. Descripción de la piel y labios

No presenta alteraciones dermatológicas, ni queilopatias.

3.2. Análisis estético facial

a. Frontal

Las líneas de referencia horizontal (ophriac, orbital, intercalar e intercomisural) son correctas, paralelas entre sí y existe paralelismo entre la línea bipupilar y el plano horizontal; la línea media vertical está centrada; las proporciones faciales son incorrectas (tercio inferior disminuido), se aprecia disarmonía horizontal. En el plano vertical se aprecia una disarmonía en la posición de las orejas teniendo en cuenta el tercio medio facial[15]. (ANEXO 2)

b. Perfil

Perfil facial normal (180°); retrusión labial inferior y superior, ángulo nasolabial disminuido (78°) ; labios finos , pero sin queilopatias. (ANEXO 3)

3.3 Exploración de la ATM

Para su estudio, el explorador se ha situado detrás del paciente, con el dedo índice y medio en el área pre-auricular y el dedo meñique en el conducto auditivo externo. Se realiza de forma bimanual [16] y comprende, por este orden, inspección, palpación de músculos y articulaciones, auscultación y manipulación mandibular. (ANEXO 4)

La exploración neuromuscular y de los pares craneales no evidencia signos clínicos patológicos[16].

No se detectan ruidos articulares (chasquidos/crepitación), ni rigidez, cansancio o tirantez a nivel facial. No presenta desviación en apertura, ni cambios bruscos en la mordida. No se aprecia patología en la articulación con unos valores de apertura, tanto de apertura cómoda como forzada dentro de lo normal [17]

3.4. Exploración glandular y cervical

No se detectan hallazgos clínicos en las cadenas ganglionares. La exploración glandular se realiza bimanualmente, con la cabeza de la paciente en hipoextensión. La exploración glandular no objetiva asimetrías a nivel submaxilar, ni parotídeo.

A nivel de los ganglios cervicales, se repite la sistemática de exploración palpando las cadenas ganglionares sin hallazgos de sintomatología o tumefacción[16].

4. EXPLORACION INTRAORAL

4.1. Mucosas

Mediante palpación manual y observación visual, se examinan las mucosas. No hay hallazgos en la zona interna de los labios, el paladar duro, blando, mucosa yugal y lengua. La exploración lingual se realiza mediante tracción con gasa, no observándose hallazgos patológicos en cara, zona dorsal, ventral, laterales y suelo de la boca. La secreción salivar es correcta tanto en cantidad como viscosidad de la misma.

4.2. Exploración periodontal

Se realiza exploración periodontal mediante el sondaje para evaluar la profundidad de la bolsa y con ello determinar el estado periodontal. Se lleva a cabo usando una sonda periodontal CP12 sin bola y kit de exploración básico (Espejo nº5 CS, Pinza College DP2 y Sonda explorador EXD5). Se evalúan seis localizaciones de cada diente siendo: mesial, central y distal por las zonas vestibulares y linguales.

Se aprecian encías con estado variable en cuanto a inflamación y tendencia al sangrado. Los márgenes gingivales son regulares. De los dientes presentes, ninguno presenta movilidad, ni lesiones furcales. En cuanto a recesiones, el diente 1.7, 1.3, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1 y 3.2. Encontramos valores de medios de Profundidad de Sondaje (PS) de 2.35 mm, media del Nivel de inserción (NI) de -3 mm, 54,17% de sangrado y 43,7% de placa. Los datos son registrados en el modelo de Periodontograma de la Clínica Odontológica de la FCSD de Huesca. (ANEXO 5)

En cuanto a la cresta alveolar, se encuentran reabsorciones e irregularidades de tipo B y grado III según Misch [23] y en el segundo cuadrante en la posición teórica del 2.3, existe una elevación indurada que no tiene sintomatología.

A la exploración visual, presencia de placa bacteriana perceptible a simple vista, lo que indica un valor de 2 según el índice de Placa de Loe y Silness. Se estima el promedio de las piezas seleccionadas para tal fin. Incluyendo las cuatro áreas del diente. Se estima que el paciente posea buen estado de salud bucal cuando el índice de Loe y Silness se mantiene en ≤ 1 [18]. Según el Índice Gingival de Loe y Silness [19] para la detección de la enfermedad

periodontal , el resultado promedio es de un valor de 2 (inflamación moderada, enrojecimiento, edema y lisura. Sangra al sonar). (ANEXO 6)

4.3 Exploración dental

Mediante exploración táctil y kit de exploración básico, se examinan uno a uno los dientes. Hay ausencias de 1.1, 1.2, 1.4, 1.5, 1.6, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 4.4, 4.5, 4.6 y 4.7; facetas de desgaste en 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 4.3 ; recesiones ya enumeradas; la colocación dental está alterada y se observan obturaciones previas de resina compuesta y amalgama de plata. Se registran además las patologías cariosas activas en un odontograma y se confirman posteriormente con las pruebas complementarias. El índice CAOD es de 22. La coloración dental está alterada y se observan tratamientos previos y patologías cariosas activas que se registran en un odontograma y se confirman posteriormente con pruebas complementarias.

El paciente es portador de dos Prótesis Parciales Removibles (PPR) esqueléticos que incluyen las piezas ausentes. Ambas prótesis están desajustadas y deterioradas impidiendo el uso de la prótesis inferior y estando la prótesis fracturada a nivel del 2.3 junto con coloraciones propias del uso.

4.4 Análisis oclusal

Se toman registros usando el arco facial para transferir la disposición del maxilar superior en relación al plano de Frankfort. Se realiza un montaje de modelos en el articulador Bioart, usando las referencias del arco facial para montar el modelo superior según la disposición en el paciente y relacionándolo con el inferior mediante una cera de mordida. Se programa la trayectoria condílea en 30° y 15°, sagital y lateral respectivamente[15] [20].

En el estudio intraarcada se observan arcadas ovaladas; los datos de curva de Spee no es valorable debido a las ausencias; la curva de Wilson superior se valora con los segundos molares concluyendo que se encuentra en norma, encontrándose las cúspides vestibulares en una posición más alta respecto a las palatinas. A nivel sagital se observa que no existe clase molar ni canina. No podemos valorar resalte , sobremordida, alineación de arcadas ni tipo de mordida debido a las ausencias [15] [21]. (ANEXO 5)

Se detecta a nivel individual, alteraciones en la erupción de diferentes dientes apreciables únicamente radiológicamente.

5. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

5.1 Periodontograma

Completado durante la evaluación periodontal. (ANEXO 6)

5.2 Estudio Radiológico

La radiografía panorámica realizada con Orthoralix® 9.200, muestra la existencia de obturaciones previas (1.7 y 3.7); facetas de desgaste (4.3,4.2,4.1,3.1,3.2) ; presencia de dientes incluidos (1.8,2.8 ,3.3). Se aprecia un diente transmigrado intraóseo sin patología correspondiente aparentemente al diente 3.3 y que en la exploración manual no es palpable ni por vestibular ni lingual. Se puede apreciar también la presencia de terceros molares incluidos superiores con una orientación coronal hacia vestibular, sin sintomatología referida.

Las pruebas radiológicas se realizan protegiendo al paciente con delantal plomado con aditamento para el cuello, protegiendo así el tiroides. (ANEXO 8)

5.3 Fotografías

La cámara Cannon® 450D EOS con objetivo de 100 mm y flash Macro Ring Lite® MR-14Ex, se emplea para realizar el estudio fotográfico. Los parámetros de sensibilidad, velocidad de obturación y balance de blanco tipo flash se mantienen fijos usando valores:

- ISO 200
- Velocidad de obturación: 1/125

Para la sesión Extraoral se modifican los valores de la escala y la apertura del diafragma para conseguir nitidez y una correcta iluminación de las fotos. Tomamos valores de 1:10 escala; 1.5 ft y 9 para la apertura del diafragma. Se toman fotografías frontales, perfil derecho y tres cuartos derecha , tanto en reposo como en sonrisa.

Para la sesión intraoral los valores son 1:2 en la escala, 1.3 ft y una apertura de diafragma de F32. Se toman fotografías oclusales usando espejos intraorales, fotografías en frontales y de sectores laterales. (ANEXO 9)

6. JUICIO DIAGNOSTICO

- Paciente ASA II: enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Clasificación de la situación física por la American Society of Anesthesiologists (ASA) [22]. (ANEXO 10)
- Respirador nasal
- Clase molar no valorable por las ausencias dentarias, patrón de crecimiento braquifacial.
- Enfermedad periodontal crónica generalizada ,(más de 30% de localizaciones) leve (PS < 4mm, sangrado al sondaje)
- Pérdida ósea en tramos edéntulos superiores e inferiores se clasifica como Clase B y grado 3 , según los criterios de clasificación del reborde alveolar residual elaborados por Misch [23]. (ANEXO 11)
- Hay ausencias de 1.1, 1.2, 1.4, 1.5, 1.6, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 4.4, 4.5, 4.6 y 4.7; que lo clasifican en arcada superior como clase IV, modificación 3 en ambos lados e inferior como clase I , según la clasificación de Kennedy [24](ANEXO 12)
- Diente incluido (3.3) transmigrado
- Lesiones cariosas de clase I (3.7), clase V (1.3), según la clasificación de lesiones cariosas de Black. (ANEXO 13)

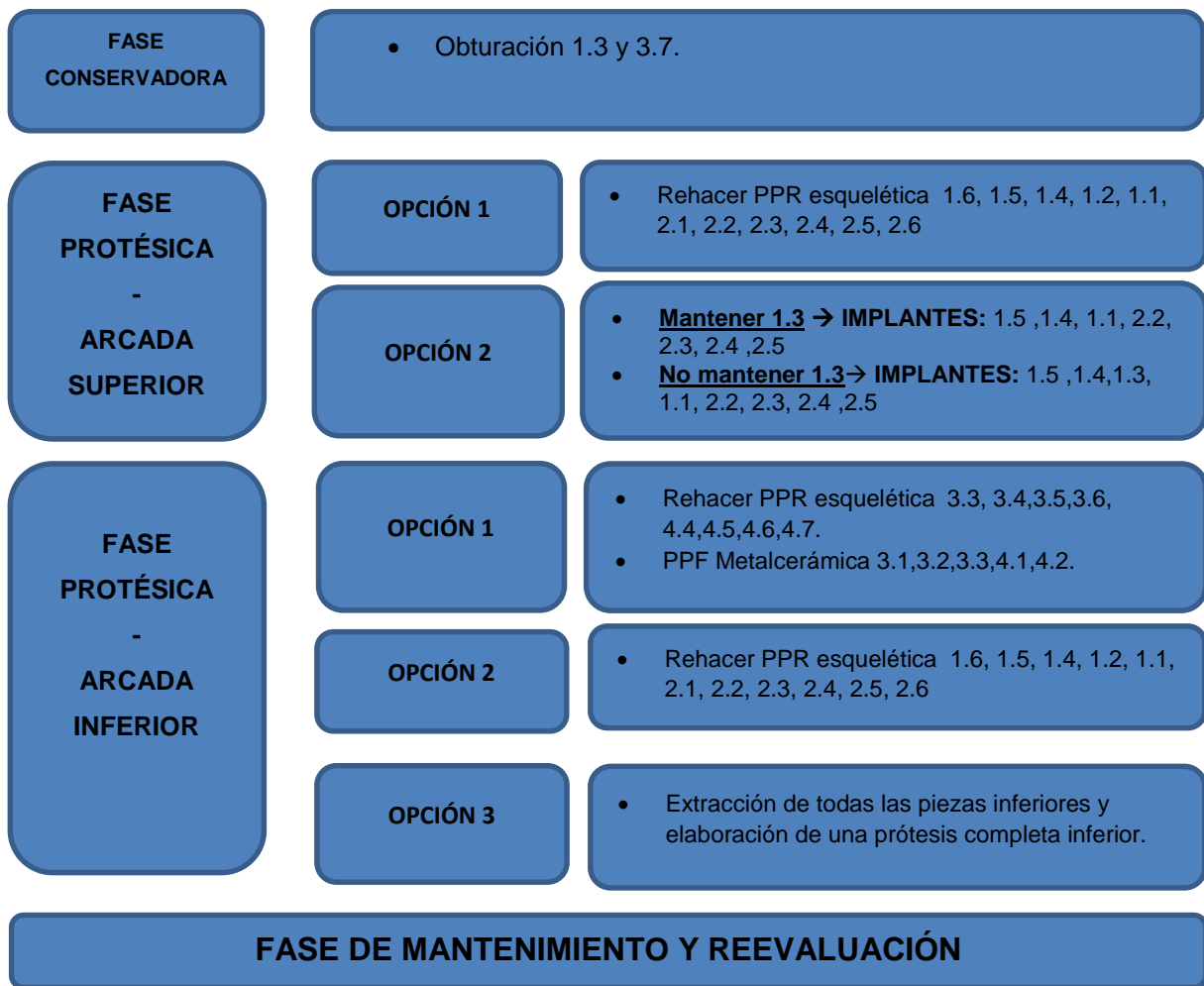
7. PRONÓSTICO

Según los criterios de la Universidad de Berna, que establecen un pronóstico individualizados de los dientes[13][14]. (ANEXO 1)

PRONÓSTICO BUENO	1.3, 1.7, 2.7, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3.
PRONÓSTICO CUESTIONABLE	
PRONÓSTICO NO MANTENIBLE	

8. OPCIONES DE TRATAMIENTO

FASE SISTEMICA	
FASE HIGIENICA	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación y educación del paciente • Control de la placa • Instrucciones en técnicas de higiene oral y en el mantenimiento de las prótesis removibles • Tartrectomía supragingival



9. PLAN DE TRATAMIENTO SELECCIONADO

Debido a las condiciones del paciente y valorando el resultado junto con la cuantía económica que significa cada uno de las opciones de tratamiento planteadas, se ha decidido realizar la opciones 1 para ambas arcadas. De esta forma, se elaborarán unas prótesis parciales (sup e inf) nuevas [20][24][25], además de la colocación de coronas ceramometálicas para rehabilitar el sector anteroinferior (3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3). Se recuperará dimensión vertical de oclusión adaptando tanto parte fija como removable[20].

-Fase sistémica: tras una confirmación del estado del paciente con ausencia de patologías sistémicas a tener en cuenta, intervenciones quirúrgicas, tratamiento farmacológico y alergias medicamentosas referidas, se decide emplear para los procedimientos que requieren anestesia usaremos Hidrocloruro de Articaina con Epinefrina al 1:200000 inyectando un

máximo de 6-7 carpules, teniendo en cuenta la dosis máxima para un adulto de entre 60- 70 kg , establecida en 6- 7 carpules [26].

-Fase higiénica: debido al importante papel del paciente en la salud oral, se realiza una correcta motivación y educación del mismo en técnicas de higiene oral para así llevar a cabo un correcto control de la placa usando los diferentes métodos a su disposición: pastas dentales, cepillos suaves y tras el tratamiento rehabilitador, el uso de métodos complementarios como el hilo dental, cepillos interproximales y colutorios con CCP para el uso habitual.

Se realiza una Tartrectomía supragingival con punta de ultrasonidos de periodoncia Sonosoft Perio Nº10 limpiando todas las superficies dentales. Tras ello, se realiza un pulido dentario usando un cepillo de profilaxis y copas de pulir, montados en contraángulo y complementado con pasta de profilaxis.

No se plantea la realización de técnicas básicas de tratamiento periodontal tipo RAR debido a los datos obtenidos en las pruebas exploratorias que no indican la necesidad de los mismos. Según los estudios realizados por Fabrizi y cols, para las bolsas de clase I (1-3 mm), hay una pérdida de inserción de 0,5 mm tras el RAR sin disminuirse la profundidad de sondaje [27].

-Fase conservadora

Obturaciones

Se eliminan las patologías cariosas de los dientes afectados clase I (3.7), clase V (1.3). Las maniobras previas son comunes en ambas: pruebas de vitalidad pulpar, exámen gingival, selección de composite y color (Grandio A4 en cervical de 1.3 y Grandio A3 para oclusal del 3.7) y aislamiento absoluto. Para el aislamiento se emplean diques de goma de latex Higienic Dental Dam, arco de young, portaclamps y clamps de Higienic system-9.

Realizamos una técnica infiltrativa periapical para realizar las obturaciones.

El procedimiento de actuación es similar: apertura y conformación cavitaria (dependiendo de la clase de Black) con fresa de diamante redonda (nº329); eliminación de los tejidos dentarios mecánicamente usando una fresa de contraángulo de carburo de tungsteno en contraángulo o los eliminaremos manualmente con cucharilla de dentina E1; regularización de base cavitaria y terminación de las paredes junto con el acabado en bisel; grabado con ácido ortofosfórico al 37% ; lavado y secado: aplicación de adhesivo en un solo paso o en dos pasos ;fotopolimerización; aplicación de composite fluido Flow; obturación mediante técnica

incremental; comprobación de la oclusión con papel de articular ; acabado y pulido con fresas de Rugby amarilla, fresa de Arkansas y pulidor de composite Prisma Gloss ®

Las peculiaridades de las obturaciones consideran el uso de base cavitaria a base de hidróxido de calcio (Dycal) por la profundidad de la preparación (3.7); así como el uso de hilo retractor de 3/0 Ultrapack® para la realización de la clase V (1.3).

-Fase protésica: Tras el estudio de las condiciones del paciente y valorando las diferentes opciones de tratamiento, el paciente decide llevar a cabo el tratamiento incluyendo la opción 1 para la arcada superior (PPR esquelética 1.6,1.5,1.4,1.2,1.1,2.1,2.2,2.3,2.4,2.5,2.6) y la opción 1 para la arcada inferior (PPR inferior en 3.3,3.4,3.5,3.6 , 4.4,4.5,4.6,4.7 y PF metal-porcelana 1,3.2,3.3,4.1,4.2) en función de sus necesidades y haciendo una valoración conjunta con el paciente. (ANEXO 14)

PPF metal- porcelana (inferior)

Se realiza PPF de metal-cerámica dentosoportada de 3.2 a 4.3 para rehabilitación del sector anteroinferior teniendo en cuenta la necesidad de aumentar la dimensión vertical de oclusión debido a la pérdida de la misma por la ausencia de piezas dentales. De esta forma, posteriormente se adaptará la parte removible a la nueva dimensión vertical marcada por la rehabilitación fija.

Una vez estudiada la viabilidad de los pilares de manera individual, el cumplimiento de la “Ley de Ante” y las consideraciones biomecánicas, en conjunto, se realiza el tallado de los mismos usando una fresa de diamante de grano medio con la punta redondeada para dar un acabado yuxtagingival en chanfer simple. Hacemos una reducción de alrededor de 1.5 mm para albergar la restauración metal-cerámica. Se selecciona el color (A 3,5) de la guía vita.

En los dientes tallados, se realiza retracción gingival mediante el método combinado mecanico-químico empleando dos hilos de *000 (Ultrapack®) e impregnados en Racestyptine® [28] y posteriormente tomaremos las impresiones usando silicona Express Putty Soft® y Light Body®. Con la más densa de estas (Express Putty Soft®) funcionalizamos una cubeta estándar con sistema de retención Rim-lock y realizamos la impresión añadiendo silicona Lighy Body® en la cubeta funcionalizada y en los muñones. Para la arcada inferior se toma una impresión con alginato (Zhermack®) y se registra la mordida en Posición de Maxima Intercuspidación (PIM) con cera Reus®.

Se requieren dos días para realizar los tallados y una visita más para la terminación de los márgenes y toma de la impresión definitiva. Posteriormente se necesitaron tres visitas más

para finalizar este tratamiento, en la primera se lleva a cabo la prueba de metal, donde se valora el íntimo ajuste marginal y el espacio oclusal libre para la porcelana. Tras comprobar el correcto ajuste marginal, en la siguiente visita se realiza la prueba de bizcocho teniendo en cuenta tres aspectos fundamentales: ajuste marginal, espacios interproximales y estética.

Finalmente, en la última cita, se procede al cementado definitivo de la PPF con Fortex®, eliminamos cemento sobrante y comprobamos el correcto posicionamiento. (ANEXO 14)

PPR esquelética (superior e inferior)

Tras la toma de impresiones preliminares se selecciona el color (A 3,5) y se elabora el diseño de la estructura metálica superior y una plancha base inferior adaptada a las coronas metal-cerámicas anteroinferiores. La estructura metálica se realiza guiándose del análisis del modelo y de los dientes pilares de las zonas de retención y vía de inserción con paralelómetro [29].

PPR Superior

Atendiendo a la clasificación de rebordes edéntulos de Kennedy[18][25] y a los estudios de Giraldo[29], la PPR superior debe de constar de un conector mayor de placa palatina uniendo los retenedores de acker con apoyos en 1.7 y 2.7 además de un apoyo en el cíngulo del 1.3.

En una visita se prueba la estructura metálica y se orientan los rodetes de cera Reus® atendiendo a la oclusión, fonética y estética. La prueba se realiza con unas planchas base inferiores adaptadas a la PPF. Con la ayuda de un cuchillete y un mechero bunsen, se realizan cortes transversales en el rodete de cera con el fin de hacerla más blanda y poder registrar correctamente la oclusión con la arcada superior y determinar la dimensión vertical y adaptar PPF y PPR. Una vez tomado este registro se envía nuevamente al laboratorio.

En la siguiente cita se prueban los dientes deacrílico sobre cera, comprobando los contactos en PIM, lateralidad protusiva y retrusiva, se alivian zonas de opresión y contactos prematuros. Debido a la incorrecta posición de los dientes anterosuperiores, volvemos a tomar registros de la oclusión desmotando los dientes del rodete de cera. Una vez tomado el registro envía al laboratorio para repetir la prueba. Tras comprobar la correcta posición de los dientes realizando los diferentes movimientos (protrusiva, lateralidad, retrusiva, etc.) se envía la prótesis a acabar.

Finalmente, se activan los retenedores sobre las superficies adecuadas de los dientes y evitar que roten respecto a la línea de fulcrum. Con ello se pretende reducir la inclinación anteroposterior de los pilares, por acción de palanca y estabilizar la posición dental frente a fuerzas horizontales que puedan producir movimiento[18][25][29].

PPR Inferior

De forma paralela con la PPR superior hemos realizado la PPR inferior, la cual necesitaba una PPR para una clasificación de Kennedy de clase I[18][25]. La realizaremos con un conector mayor en forma de doble barra lingual apoyado en la PPF y unos ganchos en 4.3 y 3.2.

En una visita se prueba la estructura metálica junto con la superior realizando una adaptación a la oclusión del paciente a través de los rodets de cera. Con la ayuda de un cuchillete y un mechero bunsen se realizan cortes transversales en los rodete de cera con el fin de hacerla más blanda y poder registrar correctamente la oclusión de ambas arcadas. Una vez tomado este registro, se envía nuevamente al laboratorio.

En la siguiente cita se prueban los dientes de acrílico sobre cera, comprobando los contactos en PIM, lateralidad protusiva y retrusiva, se alivian zonas de opresión y contactos prematuros. Debido al incorrecto posicionamiento de los dientes, se realiza una adaptación de los rodets y se repite la prueba.

Finalmente, en la última visita, se activan los retenedores de ambas PPR para que descansen sobre las superficies adecuadas de los dientes.

Una vez se realiza dicha activación, se coloca y entrega las PPR superior e inferior y se toman fotografías intraorales del resultado final del tratamiento.

-Fase de mantenimiento y reevaluación

La primera reevaluación de la PPR se realiza a los 7 días de la instalación y se examinan las áreas de soporte, relaciones oclusales y alteraciones en los tejidos duros y blandos. Debido a la presencia de molestias por parte del paciente en algunos sectores se decide ajustar la oclusión eliminando puntos de sobre carga y distribuyendo mejor las cargas. La propuesta de tratamiento se ha finalizado. El paciente ha solucionado sus necesidades principales. Se establece un programa de revisión. (ANEXO 15)

CASO CLINICO 2255

Paciente varón de 39 años, divorciado, jubilado debido a incapacidad laboral, que en Marzo de 2017 acude a consulta refiriendo: “ Quiero arreglarme la boca , para sonreír”

1. ANAMNESIS

Paciente diagnosticado de trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo clasificado como F25.1 según la clasificación CIE-10 establecida por la OMS. Lo definen como un trastorno en que los síntomas de esquizofrenia y depresión son ambos tan prominentes, que el episodio de la enfermedad no justifica un diagnóstico de esquizofrenia ni de episodio depresivo. Esta categoría debe utilizarse tanto para un único episodio como para un trastorno recurrente en el que la mayoría de episodios sean esquizoafectivos, de tipo depresivo[30].

El paciente está y tratado farmacológicamente con Lorazepam 1mg, Depakine Crono 300 mg (valproato sódico y ácido valproico), Invega 6mg (paliperidona), Quetiapina 100 mg. No presenta intervenciones quirúrgicas previas, ni antecedentes familiares de interés. No refiere alergias medicamentosas conocidas. El paciente refiere haber sido consumidor de drogas, actualmente consume cannabis de forma esporádica. El paciente refiere tener tendencia a las infecciones y sufrió gripe A durante 2016.

2. HÁBITOS

2.1. Generales

Fumador de 1 paquete de tabaco diario. No refiere consumir alcohol, pero si cannabis.

2.2. Odontológicos

Higiene Bucal inadecuada. Cepillado una vez al día. Visitas al odontólogo si dolor o por estética, no acude asiduamente. No hábito de onicofagia, ni mordisqueo nervioso.

3. EXPLORACION EXTRAORAL

3.1. Descripción de la piel y labios

Presencia aparente de queilitis actínica.

3.2. Análisis Estético Facial

3.2.1. Frontal

Las líneas de referencia horizontal: (ophriac, bipupilar, interalar e intercomisural) son incorrectas, no son paralelas entre sí y la línea bipupilar es paralela al plano horizontal; la línea media vertical se muestra desviada hacia la izquierda; las proporciones faciales son correctas, se aprecia disarmonía horizontal y vertical; en cuanto a simetría, se aprecia el lado derecho expandido[15]. (ANEXO 16)

3.2.2. Perfil

Perfil facial normal (167°); retrusión labial superior, Ángulo nasolabial disminuido (75°); labios inferior grueso y superior fino, con presencia de queilitis actínica (bermellón desdibujado). (ANEXO 17)

3.3. Exploración de la ATM, glandular y cervical.

Dicho procedimiento y resultados son similares a los del caso 3828. Del mismo modo que en el paciente anterior no se detectan hallazgos clínicos en la exploración de la ATM, glándulas o aspectos a tener en cuenta en la zona cervical. Valores de apertura dentro de lo normal cerca del límite inferior (40 mm) (ANEXO 4)

4. EXPLORACION INTRAORAL

4.1. Mucosas

Mediante palpación manual y observación visual, se examinan las mucosas. No hay hallazgos en la zona interna de los labios, el paladar duro, blando, mucosa yugal. En cuanto a la lengua, vemos que está saburral y teñida de un color amarillento por la presencia de placa y como consecuencia del tabaco. La exploración lingual se realiza mediante tracción con gasa, no observándose hallazgos patológicos en cara, zona dorsal, ventral, laterales y suelo de la boca. La estimulación digital salivar es positiva.

En la zona de la encía vemos una capa blanquecina que se desprende al raspado. Se establece un diagnóstico inicial de candidiasis.

Debido a la sospecha diagnóstica de candidiasis se valora una posible inmunodeficiencia por parte del paciente por antecedentes personales, tendencia a la infección y los hallazgos bucales.

Por ello, se establece un plan de interconsulta para valorar la posible infección por VIH y además conocer otros valores a cerca del paciente (sanguíneos, inmunológicos etc.).

Según los resultados obtenidos en los análisis el paciente no está infectado por el VIH, ni otros virus (VHB, VHC) y además todos los valores sanguíneos se encuentran entre los valores correctos. Existen resultados positivos en el consumo de Benzodiacepinas, al ser parte de la medicación (Lorazepam) y positivo en Cannabis reconocido por el paciente. (ANEXO 18)

4.2. Exploración periodontal

Se realiza estudio periodontal mediante sondaje, con sonda periodontal CP12 sin bola y kit de exploración básico (Espejo nº5 CS, Pinza College DP2 y Sonda explorador EXD5). Se estudian seis localizaciones por cada diente (mesial, central y distal, por la zona lingual/palatina y la vestibular). Se aprecian encías patológicas (enrojecimiento, sangrado e inflamación). Los márgenes gingivales están desnivelados.

No existen lesiones furcales en ninguno de los dientes presentes. No tiene movilidad patológica ningún diente. Se registran profundidades de sondaje de hasta 5 mm y 4 mm en varios puntos, 40 % de placa, 28% de sangrado y sin movilidad. Recesión en 3.3. Los datos son registrados en el modelo de Periodontograma de la Clínica Odontológica de la FCSD de Huesca. (ANEXO 19)

A la exploración visual se aprecian depósitos de placa bacteriana rodeando los dientes, incluso por los espacios interdentales y con depósitos de cálculo.

Según el índice Gingival de Løe y Silness para la detección de la enfermedad periodontal, el resultado promedio es de un valor de 2 (inflamación moderada, enrojecimiento, edema y lisura. Sangra al sondear). El IEP desarrollado por Ramfjord determina EP activa[19].(ANEXO 7)

4.3. Exploración dental

Mediante exploración táctil y de kit de exploración básico, se examinan uno a uno todos los dientes. Hay ausencias de 1.2,1.4,1.6,2.2,2.8,3.6 y 4.6; restos radiculares en 1.4, 1.7, 2.7, 3.4, 3.7,3.8,4.5,4.7 y 4.8; recesiones ya enumeradas; la coloración dental está alterada y se observan patologías cariosas que se registran en un odontograma. El valor del índice CAOD es 24. Vitalidad positiva en todos los dientes presentes.

4.4. Análisis oclusal

Se toman registros usando el arco facial para transferir la disposición del maxilar superior en relación al plano de Frankfort. Se realiza un montaje de modelos en el articulador Bioart, usando las referencias del arco facial para montar el modelo superior según la disposición en el paciente y relacionándolo con el inferior mediante una cera de mordida. Se programa la trayectoria condílea en 30° y 15°, sagital y lateral respectivamente [15][20].

En el estudio estático intraarcada, se aprecian arcadas triangulares y asimétricas; curvas de Spee alterada por la ausencia de piezas y fenómenos de extrusión e intrusión dental; la curva de Wilson no es valorable por la ausencia de molares[15][20][21]. Interarcada a nivel sagital observamos clase I canina derecha y en el lado izquierdo tenemos una clase I con tendencia a la clase II; resalte invertido y sobremordida invertida de 1mm, mordida invertida y líneas medias dentarias desviadas a la izquierda. La clase molar no es valorable por la ausencia de estos[15][21].

Individualmente se aprecian alteraciones de tamaño y forma debido a la patología cariosa y a las ausencias dentarias. En cuanto a alteraciones de la erupción, existe agenesia de los incisivos laterales superiores[15][20][21]. (ANEXO 20)

5. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

5.1. Periodontograma

Completado durante la evaluación periodontal. (ANEXO 20)

5.2. Estudio radiológico

La radiografía panorámica realizada con Orthoralix® 9.200, muestra los restos radiculares presentes en boca (1.4,1.7,2.7,3.4,3.7,3.8,4.5,4.7 y 4.8); patologías cariosas(1.1,1.3,1.5,1.8, 2.1,2.3,2.4,2.5,2.6,3.3,3.5,4.2,4.3,4.4)irregularidad del reborde óseo; patologías periapical (4.5).

Se aprecia una ocupación sinusal bilateral, además de un chiste de retención submucoso. Por ello, se solicita TAC y el paciente debido al costo, decide acudir al médico de cabecera para derivación a salud. (ANEXO 21)

5.3. Fotografías

La cámara empleada, el tipo de flash y los parámetros empleados para las diferentes fotografías son similares a los establecidos para el caso 3828, descrito anteriormente. (ANEXO 22)

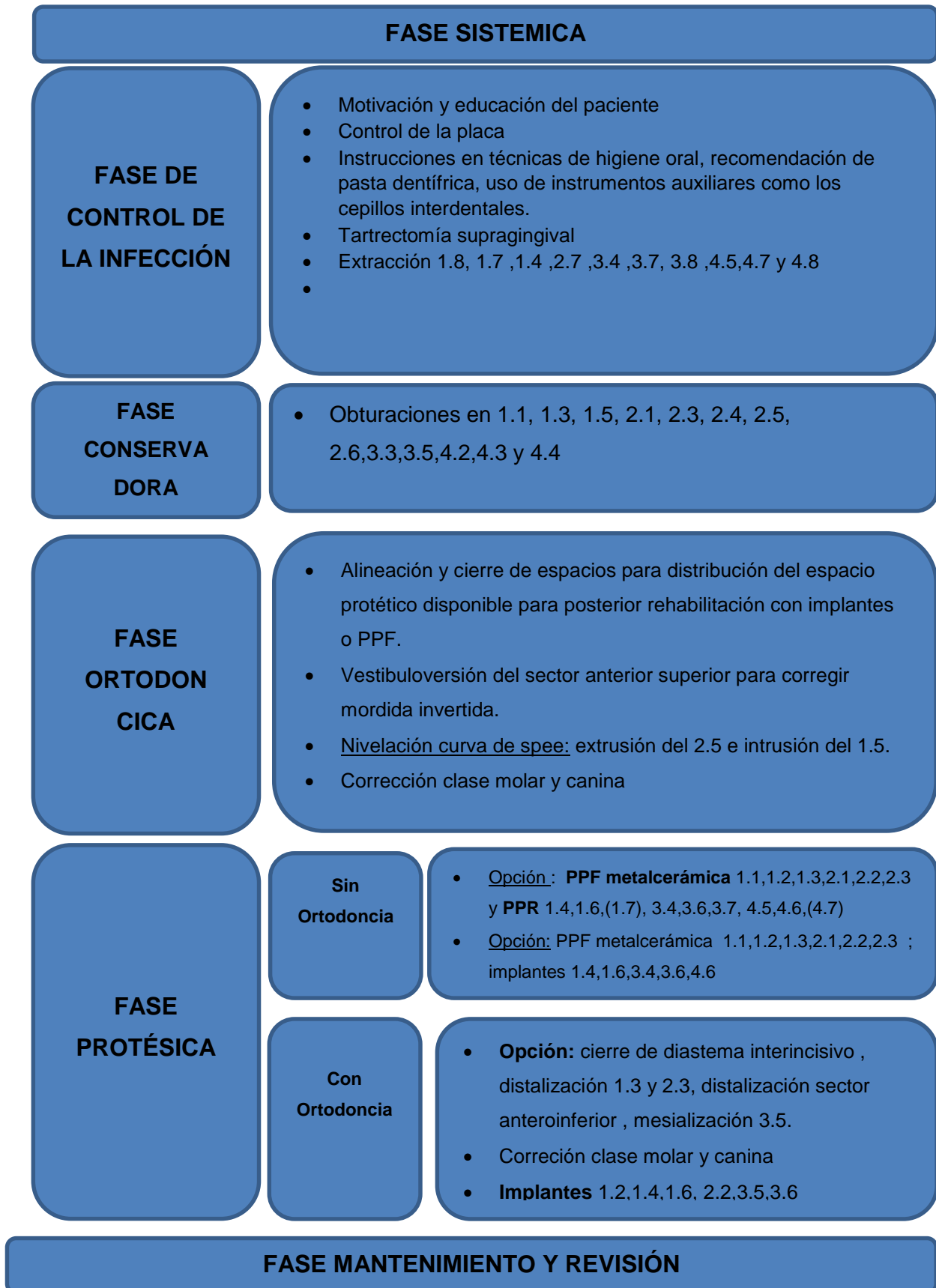
6. JUICIO DIAGNOSTICO

- Paciente ASA II: enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Clasificación de la situación física por la American Society of Anesthesiologists (ASA) [22].(ANEXO 10)
- Exdrogodependiente
- Paciente psiquiátrico, tratado y controlado[30].
- Respirador mixto
- Clase molar no valorable por la ausencia de molares
- Enfermedad periodontal, crónica generalizada (más de 30% de las localizaciones) moderada (PS de 4 a 6 mm , sangrado al sondaje)
- Lesiones cariosas de clase V (1.1,1.3,1.5,1.8,2.1,2.3,2.4,2.5,2.6,3.3,3.5,4.2,4.3 y 4.4), según Black. (ANEXO 13)
- Restos radiculares (1.4,1.7,2.7,3.4,3.7,3.8,4.5,4.7 y 4.8)
- Pérdida ósea en tramos edéntulos y con restos radiculares de tipo A y grado I según la clasificación elaborada por Misch[23].(ANEXO 11)

7. PRONÓSTICO

Según los criterios de la Universidad de Berna, que establecen un pronóstico individualizados de los dientes [13][14]. (ANEXO 1)

PRONÓSTICO BUENO	1.1,1.3,1.5,2.1,2.3,2.4,2.5,2.6,3.1,3.2,3.3,3.5,4.1,4.2,4.3,4.4
PRONÓSTICO CUESTIONABLE	
PRONÓSTICO NO MANTENIBLE	1.4,1.7,2.7,3.4,3.7,3.8,4.5,4.7 y 4.8

8. OPCIONES DE TRATAMIENTO

9. DESARROLLO DEL PLAN DE TRATAMIENTO ELEGIDO

- Fase sistémica: una vez estudiado el trastorno esquizoafectivo con tendencia depresiva del paciente y valorando el estado y medicación del paciente, se confirma la ausencia de interacciones farmacológicas entre la medicación del paciente y los fármacos usados en la práctica diaria. Por tanto, se decide emplear en los procedimientos que requieran técnicas anestésicas Articaina Hidrocloruro con Epinefrina 1:200000. Teniendo en cuenta la dosis aconsejada y máxima según el fabricante para un paciente de 65 KG se establece el límite en 11,4 ml, equivalente a 6 carpules. Se utiliza junto con Mepivacaína 3% sin epinefrina como refuerzo de la anestesia por su rápida acción y duración intermedia. Se combinan además un correcto manejo odontológico con un control óptimo del dolor, reducción de la ansiedad y estrés e integración del paciente en el tratamiento de forma que sea parte activa del mismo.

- Fase de control de la infección: se consideran fundamentales la motivación y educación, el control de la placa bacteriana, las IHO, instrucción para el uso del hilo dental, recomendación individualizada de cepillo eléctrico, cepillos interproximales, pastas dentales y colutorios.

Tras ello se lleva a cabo una tartrectomía con punta de ultrasonidos de periodoncia P4 (tipo EMS), por todas las superficies dentales. Se emplean cepillo y copa de pulir, montados en contraángulo, con pasta de profilaxis Twin-Pro®.

Exodoncias

Tras la obtención de los resultados de la analítica se planifica la exodoncia de los restos radiculares, con el fin de eliminar focos de infección y para la obtención de unos tejidos cicatrizados y reestructurados para su rehabilitación.

No se valora la prescripción de profilaxis antibiótica debido a la consideración de paciente sano y la ausencia de procesos patológicos de los dientes a exodonciar. Según Bascones y cols.[31], como norma general, la profilaxis está indicada siempre que exista un riesgo importante de infección, ya sea por las características mismas de la operación o por las condiciones locales o generales del paciente. Entre los factores que van a determinar la posibilidad de aparición de infección destacan el tipo y tiempo de cirugía así como el riesgo quirúrgico del paciente por su comorbilidad (valorable en términos de riesgo anestésico o clase ASA):diabetes, nefropatías, hepatopatías (cirrosis), cardiopatías y terapéuticas inmunosupresoras (corticoides, radioterapia, quimioterapia, infecciones previas con antibioticoterapia no bien conocida o racionalizada). Las intervenciones menores en pacientes sanos en general no requieren profilaxis.

Se realiza el consentimiento informado para exodoncia, se administra anestesia troncular del nervio dentario inferior usando agujas desechables largas Normon^R (27G 0.4x35 mm) para las exodoncias de los restos radiculares correspondientes a los dientes 34,36,37, 45 y 47. Además en situaciones de refuerzo, empleamos Mepivacaína 3% sin vasoconstrictor introduciéndola mediante técnica intraligamentosa, debido a su acción rápida y a la ausencia de vasoconstrictor que se sumaría al usado en la técnica troncular. Al tratarse de restos radiculares en los que tenemos que realizar principalmente maniobras de luxación por medio del botador recto aplicándolo en el espacio periodontal entre la raíz y el hueso alveolar, aprovechando la estructura del botador y generar un efecto cuña con el que luxaremos por toda la circunferencia de los restos hasta conseguir su exodoncia o permitir la prensión con un fórceps de restos radiculares. Tras la exodoncia, se legra el alveolo para la eliminación de restos del ligamento periodontal y además para estimular el sangrado del alveolo que permitirá la creación de un coágulo que inicie el proceso de cicatrización.

En el caso particular del 45 por la destrucción coronal se tuvo que realizar una extracción quirúrgica realizando un colgajo. Se realizó una incisión intrasulcular y crestal por distal del 45 junto con una descarga a nivel del 44. Con el periostótomo de Molt se separa la encía del hueso dejando expuesto el resto radicular. Con una pieza de mano con una fresa de ostectomía, se realiza una ostectomía parcial para así poder luxarlo usando un botador recto luxator. Tras la exodoncia se aprecia una lesión periapical correspondiente a un granuloma periapical que se apreciaba en las pruebas radiológicas. Se legra el alveolo usando una legra de tipo Lucas y se sutura usando puntos simples con sutura de 4/0 Supramid^R (poliamida) no reabsorbible por su escasa degradación y la su capacidad de mantener la fuerza tensil. (ANEXO 23)

Se dan al paciente instrucciones postquirúrgicas tanto de forma oral como en formato físico y se cita para la retirada de puntos transcurrida una semana. (ANEXO 24)

-Fase conservadora: debido al motivo estético por el que acude el paciente a consulta, decidimos comenzar realizando las obturaciones que tengan un componente estético teniendo en cuenta la gravedad y extensión de las lesiones cariosas.

Obturaciones

El paciente presenta numerosos dientes comprometidos por patología cariosa. Se establece por tanto un protocolo de actuación similar a todas ellas, en diferentes citas pero resolviendo las peculiaridades que presentan individualmente.

Se eliminan las lesiones cariosas de clase V (1.1,1.2,2.1,2.2,2.3,4.1,4.2,4.3,4.4,3.1,3.2,3.3), siguiendo la clasificación establecida por Black. Las maniobras previas y el procedimiento son

similares a los empleados en el caso 3828, descrito anteriormente. Para la elección del color usamos la guía de color de dientes anteriores AMARIS^R para la selección del color más similar al diente natural del paciente. Se obtura usando el color O4 de la guía AMARIS^R usando además el opaquer que tiene este fabricante para establecer una base que oculte el tejido oscurecido remanente y libre de caries y conseguir así un color natural y adecuado a la elección del composite.

Debido a que las obturaciones a realizar son clasificadas como Clase V según Black, es difícil valorar la necesidad de tratamiento endodóntico ya que es complicada la determinación de la extensión usando una radiografía periapical. En el procedimiento de obturación se ha visto que no era necesario el tratamiento endodóntico debido a que la naturaleza agresiva de la caries ha generado una lesión extensa y notable en superficie pero no en profundidad. La obturación del 4.3 en particular requirió la realización de una extensión hacia lingual realizando un recubrimiento cuspeado.

La planificación de este caso se realiza teniendo en cuenta las limitaciones de tiempo y los procedimientos realizados (necesidad de interconsulta, y por tanto evitar tratamientos sangrantes por precaución antes de la obtención de resultados) de tal forma que se realice una fase higiénica y conservadora para continuar con el tratamiento con los tejidos cicatrizados y sanos para una determinación del plan de tratamiento según las demandas del paciente, teniendo en cuenta las opciones de tratamiento planteadas. (ANEXO 25)

DISCUSION

En el presente trabajo se han desarrollado dos tratamientos concretos, sin embargo, son varias las alternativas al tratamiento protésico que se plantean para la resolución de los mismos y que son discutidas individualmente.

CASO CLINICO 3828

Arcada superior

La opción elegida 1, por el paciente consiste en rehabilitar los tramos edéntulos mediante la elaboración de una PPR esquelética. Según la clasificación establecida por Kennedy,[24] el paciente presenta una clase IV, modificación 3 en ambos lados. La confección de la PPR según Giraldo[29], la PPR superior debe de constar de un conector mayor de placa palatina uniendo los retenedores de Acker con apoyos en 1.7 y 2.7 además de un apoyo cingular en 1.3 juntos con acrílico para el apoyo mucosoportado.

El uso del metal se justifica dado que la base aporta soporte, estabilidad y retención. El metal está indicado en las prótesis dentosoportadas que no necesitan ser rebasadas o rebasar los contornos de los tejidos blandos para satisfacer necesidades estéticas. Según Escuin[20] la principal ventaja de las bases metálicas es la estimulación de los tejidos subyacentes y la prevención de la atrofia alveolar. La exactitud y permanencia de la forma, la capacidad higiénica, la conductividad térmica, el peso y el volumen son otras ventajas. Sin embargo el precio, la dificultad de ajustar y rebasar, son sus principales desventajas[20][24].

La segunda opción consistía en la rehabilitación mediante tratamiento implantológico sustituyendo la PPR por la colocación de implantes en posición 1.5 y 1.4 para rehabilitar el primer cuadrante. Valorar el mantenimiento del 13 por causas protésicas- implantológicas ya que según los criterios de la Universidad de Berna[13][14] está clasificado como diente con buen pronóstico. En caso de mantenerlo, colocar implantes en 1.1, 1.4, 1.5. En el caso de no mantenerlo, colocaríamos en 1.3, 1.1, 2.3, 2.4, 2.5. Previamente valorar radiográficamente cantidad y calidad del hueso mediante un TAC.

Según Raspall[32] ,la cresta alveolar requiere unas dimensiones mínimas tanto de altura como anchura: La altura recomendable es de 10 mm, aunque existen experiencias positivas con implantes más cortos en circunstancias concretas. Respecto a la anchura ósea mínima se ha sugerido que es necesario que exista al menos 1 mm de hueso a cada lado del implante. Si las dimensiones de un implantes estándar son 3.75 mm de diámetro se necesitaría una cresta alveolar con una anchura ósea de al menos 5.75 para su instalación. Si la valoración hubiera arrojado un resultado negativo, se plantearía la regeneración ósea para poder situar los implantes en una posición ósea adecuada.

Arcada inferior

El paciente decide elegir la opción 1 , que consta de una rehabilitación con coronas ceramometálicas en 3.1,3.2,4.1,4.2,4.3 junto con una rehabilitación con PPR de los dientes 3.3,3.4,3.5,3.6,4.4,4.5,4.6,4.7. Para la colocación de la PPF se evalúan los parámetros establecidos por Tilman y Ante , citados por Shillingburg[33]. Al cumplir los parámetros se decide rehabilitar de formas que sea una preparación única con la finalidad de dar soporte, estabilidad y retención. Debido a la colocación de PPF y PPR se planteó el tratamiento mediante una prótesis mixta con attaches para unificar ambas rehabilitaciones y además conseguir mejor estética eliminando así el brazo retenedor vestibular. Según el estudio Martin-Martínez y cols (34), la prótesis mixta es un tratamiento complejo en que no solo el atache es un elemento clave, sino que la prótesis fija en sí misma, constituye un tipo de restauración

que puede presentar complicaciones y fracasos. Como complicaciones se encuentran la fractura del atache y el descementado de la PPF por sobrecarga de la misma.

La opción 2 consta de la colocación de implantes para la rehabilitación de los sectores posteriores junto con coronas ceramometálicas anteriores. Para la colocación de implantes se valora el estado de la cresta ósea según los criterios de Raspall [32] y el paciente decide declinar la opción por motivos económicos como personales, al considerar la PPR suficiente en su rehabilitación.

La tercera opción consiste en la exodoncia de las piezas inferiores y la confección de una PPR completa. Se declina esta opción debido al buen pronóstico de los dientes según los criterios establecidos por la Universidad de Berna [13][19] Además se considera que el paciente tiene la suficiente capacidad funcional y motivacional para el mantenimiento de las piezas presentes y alcanzar una situación de salud periodontal y dental , quedando descartada la opción.

CASO CLINICO 2255

Ante la sospecha de paciente inmunodeprimido por el virus de la inmunodeficiencia humana se decide retrasar los tratamientos cruentos realizando primero una fase restaurativa hasta la obtención de los resultados de los análisis, junto con el motivo de consulta, la estética. Se decide estructurar así el tratamiento para evitar daños al paciente en el hipotético caso de inmunodeficiencia y para poder planificar correctamente los procedimientos con las pertinentes medidas higiénicas (vestimenta quirúrgica, manejo del material, aspiración etc.). Se mantiene la condición de paciente especial hasta la obtención de los resultados considerándolo paciente de alto riesgo y tomando por lo tanto medidas higiénicas en los diferentes procedimientos desarrollados en ese trabajo. Una vez confirmada la ausencia de patologías infectocontagiosas se establece finalizar con la fase restauradora y continuar con las exodoncias.

Se realizan obturaciones usando un composite híbrido debido a que su composición a base de polímeros y vídrios permiten disponer de gran variedad de colores y capacidad de mimetización con la estructura dental, menor contracción de polimerización, baja absorción de agua, excelentes características de pulido y texturización, abrasión y desgaste muy similar al experimentado por las estructuras dentarias, coeficiente de expansión térmica similar a la del diente, fórmulas de uso universal tanto en el sector anterior como en el posterior, diferentes grados de opacidad y translucidez en diferentes matices y fluorescencia [35].

Las referencias bibliográficas justifican la combinación disciplinas para la consecución de un mejor resultado ya que mediante un tratamiento ortodóncico previo ,además de recolocar en una buena posición los dientes existentes, se establecen los espacios donde posteriormente se van a poner prótesis [36]. El tratamiento ortodóncico se plantea como opción pero requiere de un análisis exhaustivo del paciente y de sus condiciones (hueso, encía, ATM etc.) con el objetivo producir la mejor combinación de oclusión dental, aspecto dental, facial y estabilidad de los resultados para maximizar los beneficios para el paciente [37]. Se debe analizar términos de anclaje para el movimiento anteroposterior de los dientes y los diferentes métodos para conseguirlo en ausencia de pilares posteriores (debido a las ausencias), como pueden ser microtornillos, placas, implantes etc. Se tiene que valorar además el estado psiquiátrico del paciente para comprobar que son capaces de soportar el uso aparatología fija, ya que una posible contraindicación de la ortodoncia sea la inseguridad de este sistema en situaciones de crisis delirante.

Las opciones que plantean la rehabilitación usando PPF se explican debido al estado de los dientes para ser pilares de prótesis y permitir además la rehabilitación de las ausencias mediante la elaboración de pónicos. Según la SEPA [38], los contornos de la prótesis son un factor importante a tener en cuenta ya que influyen en las condiciones gingivales condicionando la retención de placa, pérdida de inserción y ósea junto con una modificación de la flora. Se debe respetar además el ancho biológico y configurar la forma del pónico para que sea estético y fácilmente higienizable.

CONCLUSIONES

- La exodoncia conlleva un posterior proceso de cicatrización y remodelado óseo.
- El odontólogo tiene la capacidad y la obligación de producir un cambio en los pacientes a través de la instrucción en técnicas de higiene oral, la enseñanza sobre las diferentes patologías orales y la concienciación sobre la importancia de las piezas dentales y su función no reproducible al 100% con tratamientos odontológicos.
- La estética es un factor que hace que el paciente acuda a consulta desconociendo sus condiciones orales más allá de la misma. Una participación activa del odontólogo con el paciente producirá una modificación de la percepción de su estado oral, comenzando a valorar su salud bucal junto a la estética que busca.
- La rehabilitación protésica requiere de una acción integral de la odontología de forma que todas las especialidades actúen realizando un procedimiento de prevención, control y tratamiento de las patologías orales. De esta forma y siguiendo un correcto procedimiento de diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento se alcanzará una estabilidad en la salud del paciente.
- La realización de los tratamientos de forma sistemática y ordenada hacen que se agilice la práctica diaria y se obtengan mejores resultados por la disminución del número de errores y la magnitud de los mismos.
- La importancia de un paciente motivado es imprescindible para conseguir los resultados esperados y para su mantenimiento a largo plazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Miguel J, Parrilla M, Jiménez Z, Li Q. Rehabilitación ocluso-articular en un paciente bruxópata Occlusal-articular rehabilitation in a patient with bruxism. 2011;48(3):287–92.
2. Lajes Ugarte Maiteé, Aúcar López Judith, Cardoso Ignacio DGSM. Influencia de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de los pacientes. 2014;14(3):615–28.
3. Deangelillo CA. IMPORTANCIA DE LAS HUMANIDADES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA. Acta bioeth. 2006;12(1):55–8.
4. Castellanos GL, Belinda L, Ramirez L, Gabriela M, Garcia N, Lunagomez DH. Salud bucal , salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores. Rev Med UV J Julio - Diciembre 2014.
5. Hernández YP, Ayala DP, Milians E. La rehabilitación protésica en las lesiones bucales del adulto mayor Prosthetic rehabilitation in oral lesions of the aged adult. Rev Ciencias Médicas 2015 Feb 19(1) 13-23. 19(1).
6. Miguel Á, Sanz G, Aurora B, Nieto G, Nieto G, Carlos J, et al. Salud dental : relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutr. Hosp. Nutr Hosp. 2013;28:64–71.
7. OMS. Salud bucodental. Nota informativa. N°318. Abril 2012.
8. Bedi T, Mahendra J, Ambalavanan N. Defensins in periodontal health. J Dent Res indio. 2015;26:340–4.
9. Mart B. Cáncer oral : Puesta al día Update in oral cancer. Av Odontoestomatol. 25(5):239–48.
10. García Ballesta Carlos, Pérez Lajarín Leonor CNI. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales: Una revisión. RCOE. 8(2):131–41.
11. Rai S, Kaur M, Goel S BP. Moral and professional responsibility of oral physician toward geriatric patient with interdisciplinary management - The time to act is now! J Mid-Life Heal. 2011;2(1):18-24.
12. Vega D, Cardoso S. Rehabilitación Integral en Odontología. Odontol Sanmarquina. 2012;15(1):31–4.
13. M. de la Rosa Garza C.D., M.C. FID, J.A. Cepeda Bravo C.D. MC, R. Caffesse C.D., M.C. DO. Pronóstico periodontal y su evolución. PERIODONCIA Y OSTEointegración. 2005;15(3).

14. Zambrano MEA, Calzavara D. Puesta al día en Periodoncia Pronóstico en Periodoncia . Análisis de factores de riesgo y propuesta de clasificación. PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACION. 2005;15(2).
15. Fradeani. M. Análisis Estético. In: Quintessence, SL. 2006.
16. Okeson JP. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 5º ed. Barcelona: Elsevier España; 2003.
17. P.quirás, F. Monje EV. Diagnóstico de la patología de la articulación temporomandibular.pdf. AMF. 2010;6(11):638-.
18. Bordoni N, Doño R M. Preconc. 1992. Organización Panamericana de la Salud.
19. M.J.Aguilar, M.V. Cañamas, P. Ibañez FG. Importancia del uso de índices en la practica periodontal diaria del higienista dental.pdf. PERIODONCIA. 2003;13(3).
20. Henar TJE. Prótesis dental II: guía de prácticas. 2005.
21. WR. Proffit. Ortodoncia teoría y práctica. 2º ed. Madrid: Mosby; 1994.
22. M. Donado. Cirugía bucal. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2013.
23. Misch C. Bone classification, training keys to implant success. Dent Today. 1989;8:39-44.
24. Bocage. MG. Prótesis Parcial Removable, Clínica y Laboratorio. 1º Edición. Editorial Bocage/Feuer, 2009.
25. Rendón R. Prótesis parcial removable: conceptos actuales, atlas de diseño. 1º ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006.
26. López Píriz R, Solá Linares E. Guía Práctica. El Manejo de los Fármacos en Odontología.
27. Fabrizi S, Barbieri Petrelli G. Tratamiento quirúrgico vs terapia periodontal básica : estudios longitudinales en periodoncia clínica. Av Periodoncia. 2007;19(3):161–75.
28. Salazar R, Asistente P, Direcci PUC V, Bello A, Grandes LP, Vzla C-. Métodos de separación gingival en prótesis fija. Acta Odontológica Venez. 2007;45(2):1–8.
29. Giraldo OL. CÓMO EVITAR FRACASOS EN PRÓTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLE HOW TO AVOID FAILURES IN REMOVABLE PARTIAL PROSTHESIS. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2008. 2008;19 (2): 80.
30. García P, Magariños M. GUÍA DE BOLSILLO DE LA CLASIFICACION CIE-10.CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO CON GLOSARIO Y CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE

INVESTIGACION. EDITORIAL PANAMERICANA. 1994.

31. Bascones A, Gutiérrez JL, Bagán AB. Documento de consenso sobre la utilización de profilaxis antibiótica en cirugía y procedimientos dentales. 2009;6:181–202.
32. Raspall G. Cirugía oral e implantología. 2ª edición editorial panamericana. 2007.
33. Shillingburg H. Fundamentos esenciales en prótesis fija. 3ª ed. Barcelona: Quintessence. 2000.
34. Martín-martínez S, Antonio J. de attaches extracoronarios utilizados en prótesis mixta Survival study of three systems of extracoronary attachments used in mixed prostheses. RCOE. 2003;8:275–83.
35. Hervás-García A, Martínez-Lozano MA, Cabanes-Vila J, Barjau-Escribano A, Fos-Galve P. Composite resins. A review of the materials and clinical indications. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11:E215-20.
36. Sada-Garralda V, Caffesse R. Enfoque ortodóncico en el tratamiento multidisciplinario de pacientes adultos. RCOE. 2004;9(2):195–207.
37. Paul AA, Rafael R. Tamé El tratamiento de ortodoncia en el paciente adulto. 2014;3(8):283–7.
38. Molina JN, Mariana D, Duarte B, Blanca D, Cotonat P, Cristina D, et al. Dossier Rehabilitación del paciente periodontal mediante prótesis fija dentosoportada : consideraciones prácticas y secuencias de tratamiento. 2011;



∞ANEXOS∞



ANEXO 1. CRITERIOS PERIODONTALES UNIVERSIDAD DE BERNA

- **Dientes con buen pronóstico**

Se incluyen dentro de este grupo todos aquellos dientes que no se encuadran dentro de las dos siguientes clasificaciones.

- **Dientes con pronóstico cuestionable**

A. Por criterios periodontales:

- Furca grado II o III.
- Defectos angulares profundos
- Defectos horizontales de más de 2/3 de la longitud de la raíz.

B. Por criterios endodóncicos:

- Infraobtusión del canal tras terapia endodóncica.
- Patología periapical.
- Postes y pernos de gran tamaño (cuando se requiere retratamiento endodóncico).

C. Por criterios dentales:

- Caries radicular profunda o en la zona de la furcación.

- **Dientes no mantenibles («Irrational to treat»)**

A. Por criterios periodontales:

- Abscesos de repetición.
- Lesiones endo-periodontales complejas.
- Pérdida de inserción hasta el ápice.

B. Por criterios endodóncicos:

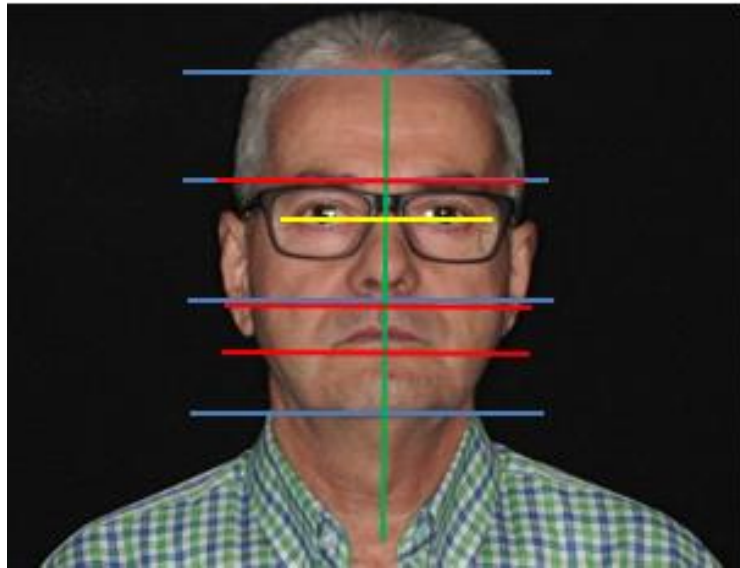
- Perforaciones del canal radicular en el tercio medio.

C. Por criterios dentales:

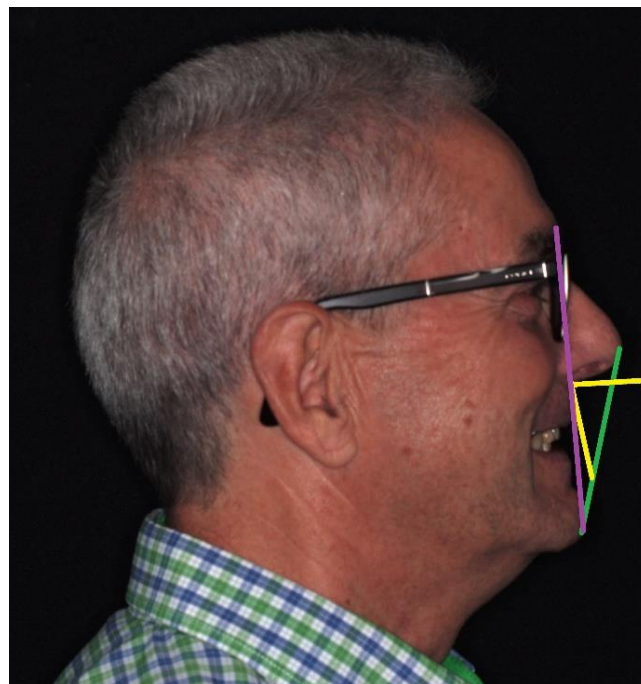
- Fracturas horizontales complejas o fracturas verticales.
- Caries en canal radicular.

Preferentes de exodoncia: Terceros molares no funcionales (sin antagonista) con profundidad de sondaje mayor de 6 mm en distal del segundo molar; o bien, segundos molares sin antagonista (no funcionales) con profundidad de sondaje mayor de 6 mm en distal del primer molar.⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

ANEXO 2. ANÁLISIS ESTETICO FACIAL. FRONTAL



ANEXO 3. ANALISIS ESTÉTICO FACIAL. PERFIL



ANEXO 4. EXPLORACION ATM

Inspección: observar al paciente de pie y si existen deformidades faciales y/o asimetrías de maxilares y de las arcadas. Evaluar signos de desgaste oclusal excesivo. Mandar al paciente que abra y cierre la boca. La apertura debe ser en línea recta.

Palpación: se palparán los músculos y la ATM. La palpación debe ser indolora.

Temporal: se le manda al paciente apretar los dientes y se palpa. Es importante también palpar el tendón del temporal dentro de la boca, deslizándolo el dedo sobre la rama ascendente de la mandíbula hasta la apófisis coronoides.

Masetero: se invita al paciente a apretar los dientes y se palpa su inserción en los arcos cigomáticos y en el borde inferior de la mandíbula

Esternocleidomastoideo: se palpa en su totalidad atrapándolo entre los dedos.

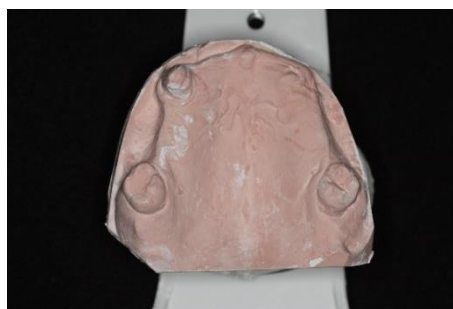
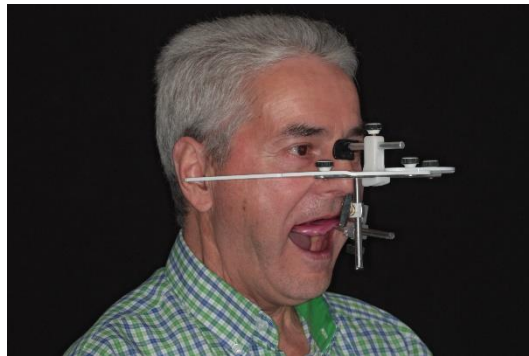
ATM: se hará preauricular e intraauricularmente en reposo y movimiento con la boca cerrada y abierta.

Manipulación mandibular: lo primero es comprobar la amplitud de la apertura. Se mide entre los bordes incisales de los incisivos. Lo normal es de 40-45 mm.

Se comprobará la presencia de *end feel* (se indica al paciente que abra la boca lo máximo que pueda o hasta que aparezca dolor y a partir de ahí se fuerza la apertura). Si abre más, el problema es muscular, en caso contrario estamos ante un problema óseo.

También se observará si existe dolor o dificultad para los movimientos de protrusión y lateralidad.


ANEXO 5. ANALISIS OCLUSAL 3828








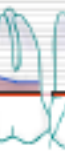

















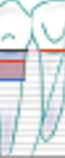








































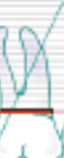

















































ANEXO 6. PERIODONTOGRAMA

SEPA Periodontograma

Nombre _____ Apellidos _____ Fecha de nacimiento _____ nº HC 3626 _____

Manual uso 

		1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
SUPERIOR																	
Implante																	
Movilidad		0					0									0	
Pronóstico individual																	
Furca																	
Sangrado / Supuración																	
Placa																	
Anchura encía																	
Margen gingival		0 0 0					0 0 0									0 0 0	
Profundidad de sondaje		3 3 3					3 3 3									3 3 3	
Vestibular																	
Palatino																	
Profundidad de sondaje		3 3 3					3 3 3									3 3 3	
Margen gingival		2 0 0					2 0 0									2 0 0	
Placa																	
Sangrado / Supuración																	
Furca																	
Nota																	
INFERIOR																	
Nota																	
Furca																	
Sangrado / Supuración																	
Placa																	
Margen gingival							3 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0					0 0 0	
Profundidad de sondaje							1 2 3	2 2 3	2 2 3	2 2 3	3 2 2					0 0 0	
Lingual																	
Vestibular																	
Profundidad de sondaje							3 1 3	3 1 3	3 1 3	3 1 3	3 2 2					3 1 3	
Margen gingival							3 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0					0 0 0	
Anchura encía																	
Placa																	
Sangrado / Supuración																	
Furca																	
Pronóstico individual																	
Movilidad							0	0	0	0	0					0	
Implante																	
		4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

ANEXO 7. CODIGOS Y CRITERIOS INDICE GINGIVAL DE LÖE Y SILNESS

Tabla 4 Códigos y criterios del índice gingival de Løe y Silness (IG), 1967	
Código	Criterio
0	Encía normal, no inflamación, no cambio de color, no hemorragia.
1	Inflamación leve, ligero cambio de color, ligero edema, no sangra al sondear.
2	Inflamación moderada, enrojecimiento, edema y lisura. Sangra al sondear y a la presión.
3	Inflamación marcada, marcado enrojecimiento, edema, ulceración, tendencia a la hemorragia espontánea, eventualmente ulceración.

ANEXO 8. ORTOPANTOMOGRAFIA 3828

ANEXO 9. FOTOGRAFÍAS 3828





ANEXO 10. CLASIFICACION ASA

- **ASA I:** Paciente sano, sin alteración orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica.
El proceso patológico por el que se realiza la intervención es localizado y no produce alteración sistémica.
- **ASA II:** Alteración sistémica leve a moderada, producida por el proceso que se interviene o por otra patología.
 - Fumador.
 - Hipertensión controlada.
 - DM controlado.
 - Obesidad leve.
 - Asma bronquial.
 - Anemia.
- **ASA III:** Alteración sistémica grave o enfermedad de cualquier etiología, aunque no sea posible definir un grado de discapacidad.
 - Angor
 - Obesidad severa
 - Estado postIAM
 - Asma, EPOC, BONO
 - HTA mal controlada

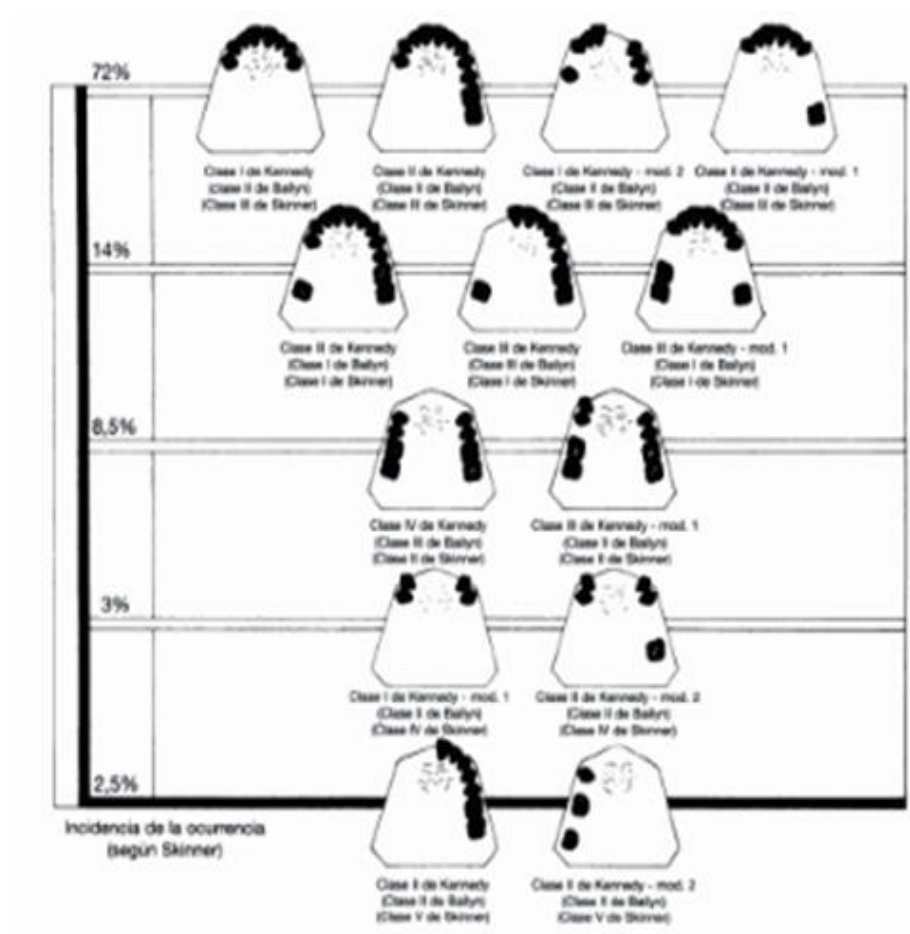
- **ASA IV:** Alteración sistémica grave que amenazan la vida del paciente, no siempre corregible con la intervención.
 - Angor inestable
 - ICC
 - Enfermedad respiratoria incapacitante
 - Fallo hepatorenal
- **ASA V:** paciente moribundo con pocas posibilidades de supervivencia, sometido a la intervención como único recurso para salvar su vida.
- **ASA VI:** paciente donante de órganos para trasplante, en estado de muerte cerebral.

ANEXO 11. CLASIFICACION MISCH DEL REBORDE ALVEOLAR

Carl E. Misch estableció en 1989 una clasificación del reborde alveolar residual según el espacio disponible, tanto en sentido vertical como bucopalatino.

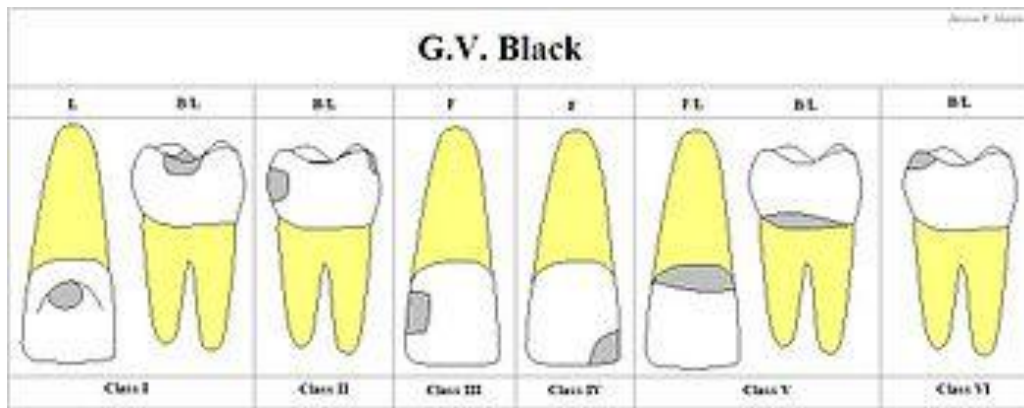
- En sentido buco-palatino, describió dos tipos de reborde alveolar residual:
 - tipo A, cuando las dimensiones superaban los 5 mm.
 - tipo B, con dimensiones entre 2,5 a 5 mm.
- En sentido vertical describió 4 grados:
 - grado I, con dimensiones igual o mayores a 10 mm entre el piso sinusal y la cortical del reborde alveolar.
 - grado II, entre 8 y 10 mm entre el piso sinusal y la cortical del reborde alveolar.
 - grado III, entre 4 y 8 mm entre el piso sinusal y la cortical del reborde alveolar.
 - grado IV, menor a 4 mm. entre el piso sinusal y la cortical del reborde alveolar.

ANEXO 12. CLASIFICACIÓN DE REBORDES EDENTULOS DE KENNEDY



ANEXO 13. CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES CARIOSAS DE BLACK

- **CLASE I:** superficies oclusales, superiores e inferiores, de dientes posteriores (premolaes y molares).
- **CLASE II:** superficies oclusales y caras interproximales, superiores e inferiores, de dientes posteriores (premolaes y molares).
- **CLASE III:** superficies interproximales, superiores e inferiores, de dientes anteriores (caninos e incisivos). Normalmente se producen por no pasar el hilo dental.
- **CLASE IV:** superficies incisales, superiores e inferiores, de dientes anteriores (caninos e incisivos).
- **CLASE V:** a nivel del cuello del diente, vestibular o lingual, superiores e inferiores.
- **CLASE VI:** pequeñas lesiones cariosas en puntos de cúspides de molares.



ANEXO 14. FOTOGRAFÍAS FASE PROTÉSICA.







ANEXO 15. FINAL TRATAMIENTO 3828



ANEXO 16. ANALISIS ESTÉTICO FACIAL. FRONTAL



ANEXO 17. ANALISIS ESTÉTICO FACIAL. PERFIL



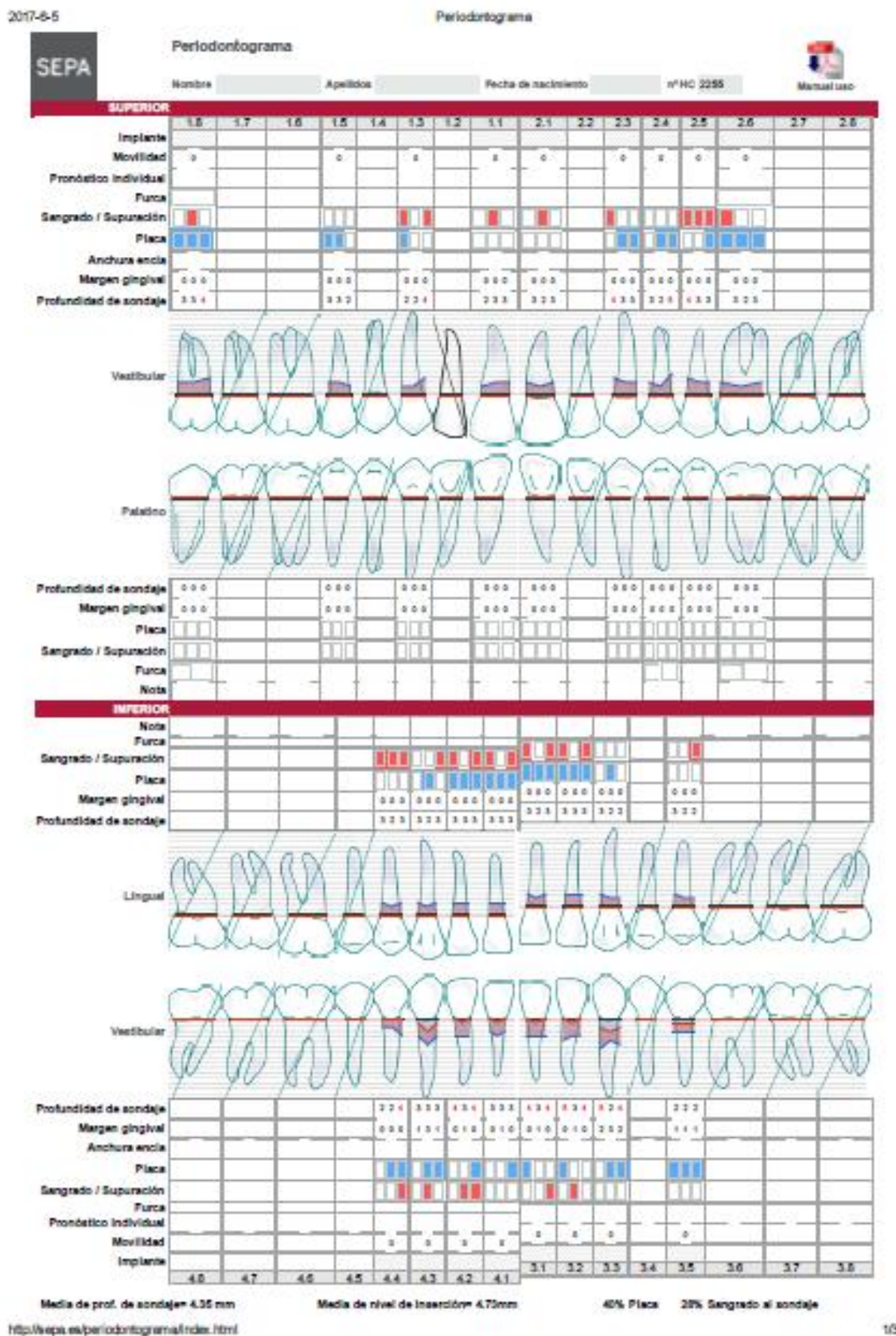
ANEXO 18. DOCUMENTOS INTERCONSULTA

Informe de Resultados de Serología				
Muestra: SUERO/PLASMA				
Prueba	Resultado	Unidades	Valores de referencia	Validado por
Hepatitis 'B'				
HBs Ag (quimioluminiscencia)	Negativo			LTS
Anti HBc (quimioluminiscencia)	Negativo			LTS
Hepatitis 'C'				
Anti VHC (quimioluminiscencia)	Negativo			LTS
Estudio del VIH				
VIH 1 y 2 combo Ag y Ac (quimioluminiscencia)	Negativo			LTS

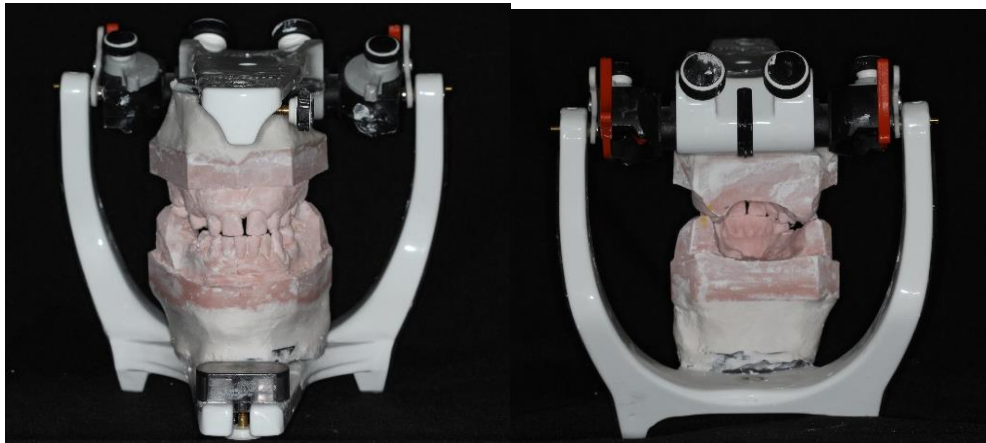
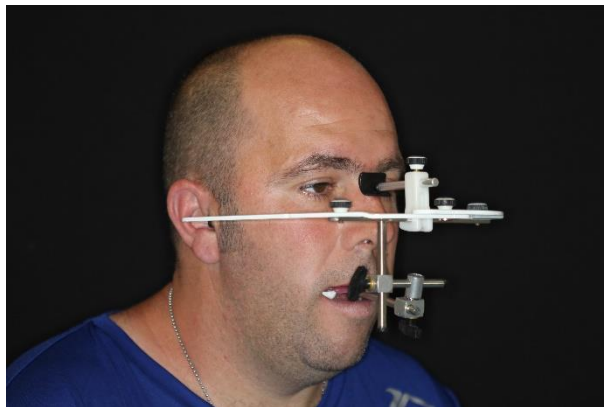
Observaciones ABUSO (DE) DROGAS DEPENDIENTE				
BILIRRUBINA TOTAL.....	0.69	0.3	1.2 mg/dl	
PROTEINAS TOTALES.....	7	6.6	8.3 g/dl	
ALBUMINA.....	4.27	3.5	5.2 g/dl	
A L T.....	45	0	50 UI/L	
A S T.....	31	0	50 UI/L	
A L P.....	58	30	120 UI/L	
G G T.....	49	0	55 UI/L	
L D H.....	142	0	248 UI/L	
COLESTEROL.....	195	150	200 mg/dl	
COLESTEROL HDL.....	43	40	69 mg/dl	
COLESTEROL LDL.....	103.8		> ng/dl	
COL - TOTAL/ COL - HDL.....	4.53	2	5.1	
TRIGLICERIDOS.....	241	50	150 > ng/dl	
SERVICIO DE MICROBIOLOGIA				
VIH 1 y 2 combo ag y ac (quimioluminiscencia)				
Anti HBc (quimioluminiscencia)				
HBs Ag (quimioluminiscencia)				
Anti VHC (quimioluminiscencia)				

Observaciones ABUSO (DE) DROGAS DEPENDIENTE				
GLUCOSA.....	0	0	mg/dL	0 - Negativo
CUERPOS CETONICOS.....	0	3		0 - Negativo
BILIRRUBINA.....	0	0		0 - Negativo
UROBILINOGENO.....	0	3.5		0 - Normal
NITRITOS.....	-			Negativo
MUESTRA AISLADA				
Informe:				
DROGAS DE ABUSO				
MDMA (EXTASIS)				
PPX (PROPOXIFENO)				
TCA (ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS)				
BUP (BUPRENORFINA)				
METADONA				
CANNABIS				
OPIACEOS				
COCAINA				
BENZODIACEPINAS				
ANFETAMINAS				
Bioquímica				
FILTRADO GLOMERULAR (CKD-EPI)				
2				
GLUCOSA.....	75	74	100 mg/dl	105.8 - >90 mL/min/1.73 m
UREA.....	36	17	43 mg/dl	
CREATININA.....	0.91	0.67	1.17 mg/dl	
ACIDO URICO.....	6.1	3.5	7.2 > ng/dl	
Colesterol No-HDL.....	162		> ng/dL	
Sedimento sin nada patológico de men				

BIOQUIMICA				
Capítulo/Determinaciones	Resultado	Rangos de Normalidad	Unidades	
HEMOGRAMA				
HEMATIES	5.64	4.5	5.9 x 10(12)/L	
HEMOGLOBINA	160	130	170 g/L	
V. HEMATOCRITO	0.50	0.35	0.501 L/L	
VCM	87.8	80	98 fL	
HCM	28.3	27	33 pg	
CHCM	323	300	370 g/L	
A.D.E.	13.8	12	15 %	
PLAQUETAS	158	150	400 x 10(9)/L	
VPM	11.7	7	11 > L	
LEUCOCITOS	6.50	4	11 x 10(9)/L	
#NEUTROFILOS	3.5	1.6	7 x 10(9)/L	
#EOSINOFILOS	0.2	0	0.4 x 10(9)/L	
#BASOFILOS	0	0	0.2 x 10(9)/L	
#LINFOCITOS	2.4	1.2	4 x 10(9)/L	
#MONOCITOS	0.4	0.12	0.8 x 10(9)/L	
%NEUTROFILOS	53.6	40	75 %	
%EOSINOFILOS	2.6	0	5 %	
%BASOFILOS	0.3	0	2 %	
%LINFOCITOS	37.3	20	45 %	
%MONOCITOS	6.2	2	10 %	
ORINA				
DENSIDAD.....	1.008	1.005	1.031	
pH.....	7.0	4.5	8	
PROTEINURIA (cualitativa)		0	25 mg/dL	Q - Negativo

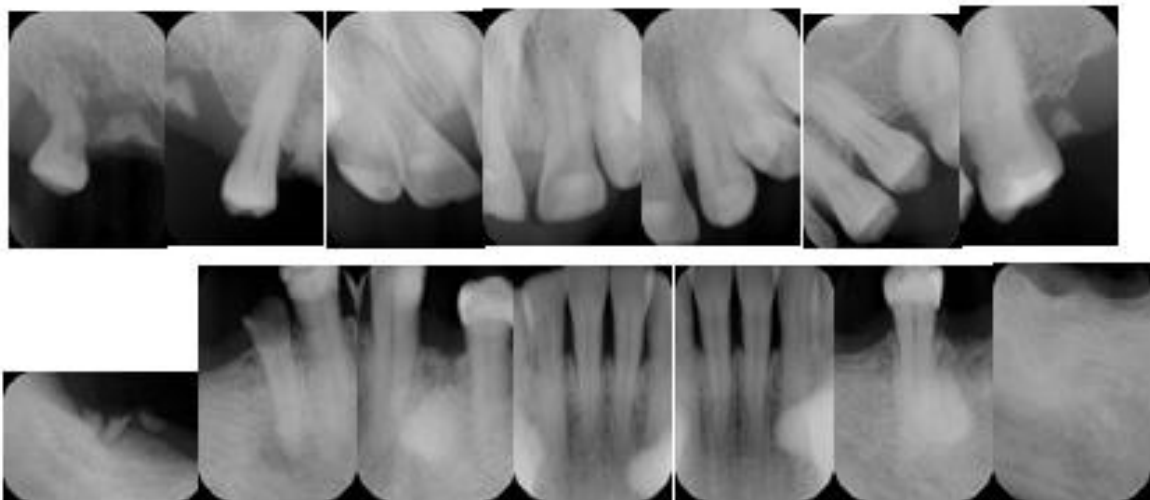
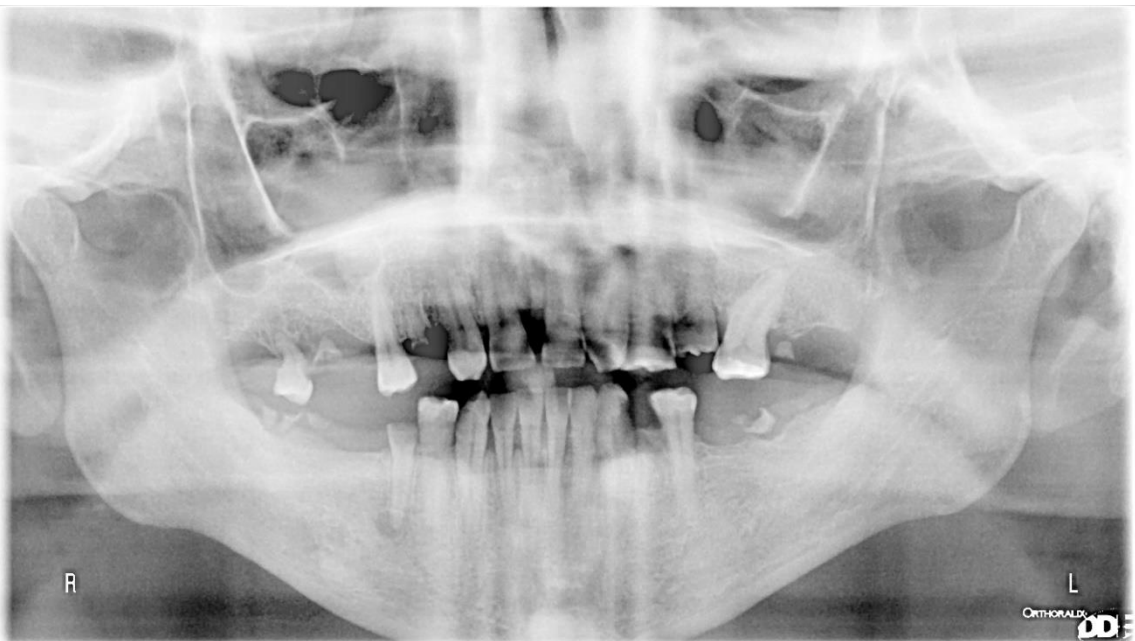
ANEXO 19. PERIODONTOGRAMA 2255

ANEXO 20. ANALISIS OCLUSAL 2255





ANEXO 21. ORTOPANTOMOGRAFIA Y SERIE PERIAPICAL 2255

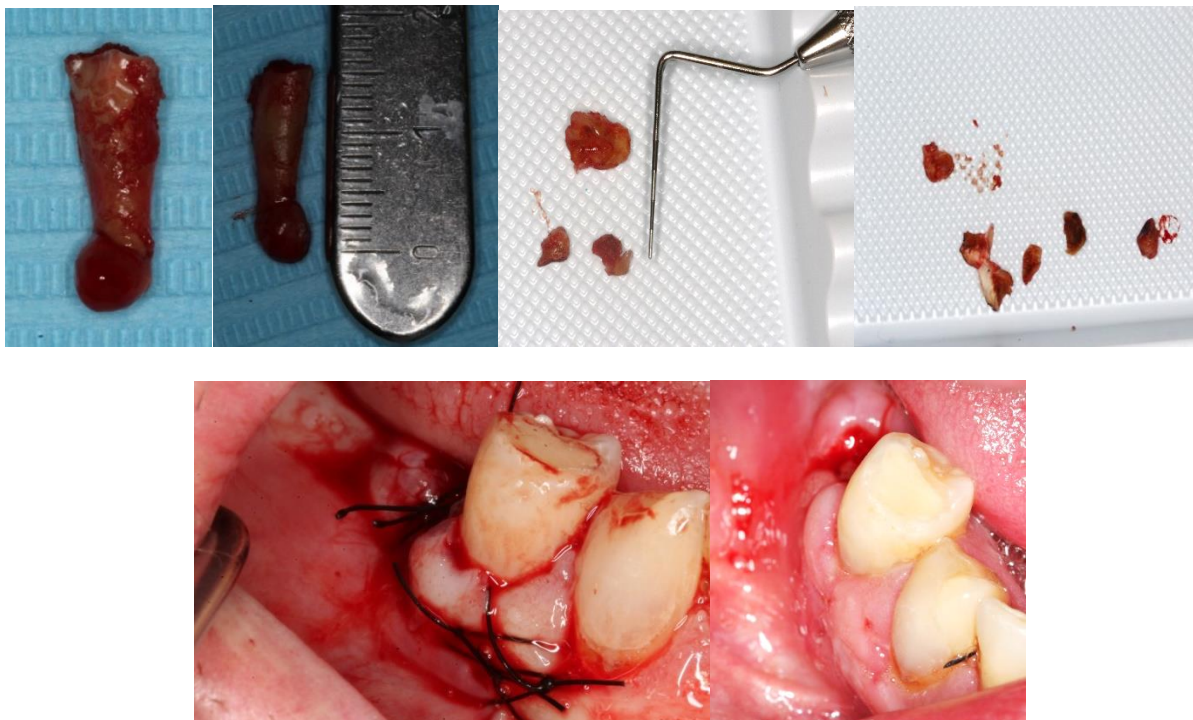


ANEXO 22. FOTOGRAFIAS 2255





ANEXO 23. EXODONCIAS



ANEXO 24. RECOMENDACIONES POSTQUIRÚRGICAS.

En la cirugía oral se produce una manipulación de la encía y frecuentemente del hueso, por lo que es habitual la existencia de inflamación postoperatoria de intensidad variable. Su aparición no es motivo de alarma y lo normal es que empiece a disminuir a partir de del tercer día o después de la intervención. Durante las primeras 48 horas es frecuente edema o inflamación, hematoma, sangrado, limitación de la apertura oral, y fiebre ligera (37-38°C). Para acelerar su recuperación y prevenir posibles complicaciones es importante que siga las siguientes recomendaciones:

1. Muerda la gasa que se ha dejado colocada después de la intervención durante una hora. Durante el día de hoy no se enjuague la boca con nada, no escupa y tome todos los Alimentos líquidos y fríos.
 2. Al llegar a casa, colóquese hielo por fuera de la zona intervenida manteniéndolo 5-10 minutos y descansando otros 10 minutos durante las primeras 6 horas después de la intervención.
 3. Deberá dormir las dos primeras noches con la cabeza elevada.
 4. Si se produce algún sangrado en la zona de la intervención, no se alarme. Es importante que no escupa, ni se enjuague con nada y que vuelva morder otra gasa o algodón secos durante 12 horas.
 5. A partir de mañana comience a comer lo que pueda, sin que sean alimentos calientes o duros.
 6. A partir de mañana tenga una rigurosa higiene oral y enjuáguese con agua con sal (una cucharadita de sal en un vaso de agua templada) o agua de manzanilla varias veces al día hasta que cicatrice la herida. Puede cepillarse y usar dentífrico, excepto en la zona intervenida.
 7. Antes de abandonar la clínica, se le informará si el tipo de puntos empleados se caen solos o hay que retirarlos.
 8. Es peligroso fumar durante los 5 días siguientes a la intervención.
 9. Si tiene que contactar con nosotros llame al 974 292 787.
 10. Tome la medicación que se le haya prescrito.
 11. Evitar la exposición prolongada al calor y la práctica de deportes o actividades físicas intensas durante 3 días.
- Agradecemos su preferencia por nuestro tratamiento, que procuramos efectuar según los más elevados patrones de calidad utilizando las mejores técnicas y tecnologías disponibles.

ANEXO 25. FASE CONSERVADORA



