

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CARRERA DE ESPECIALISTA EN PROSTODONCIA

Trabajo:

TESIS

Tema:

**“EVALUACIÓN DE PATOLOGÍAS
SISTÉMICAS, SU INCIDENCIA EN LA SELECCIÓN
DEL TRATAMIENTO PROTÉTICO ”**

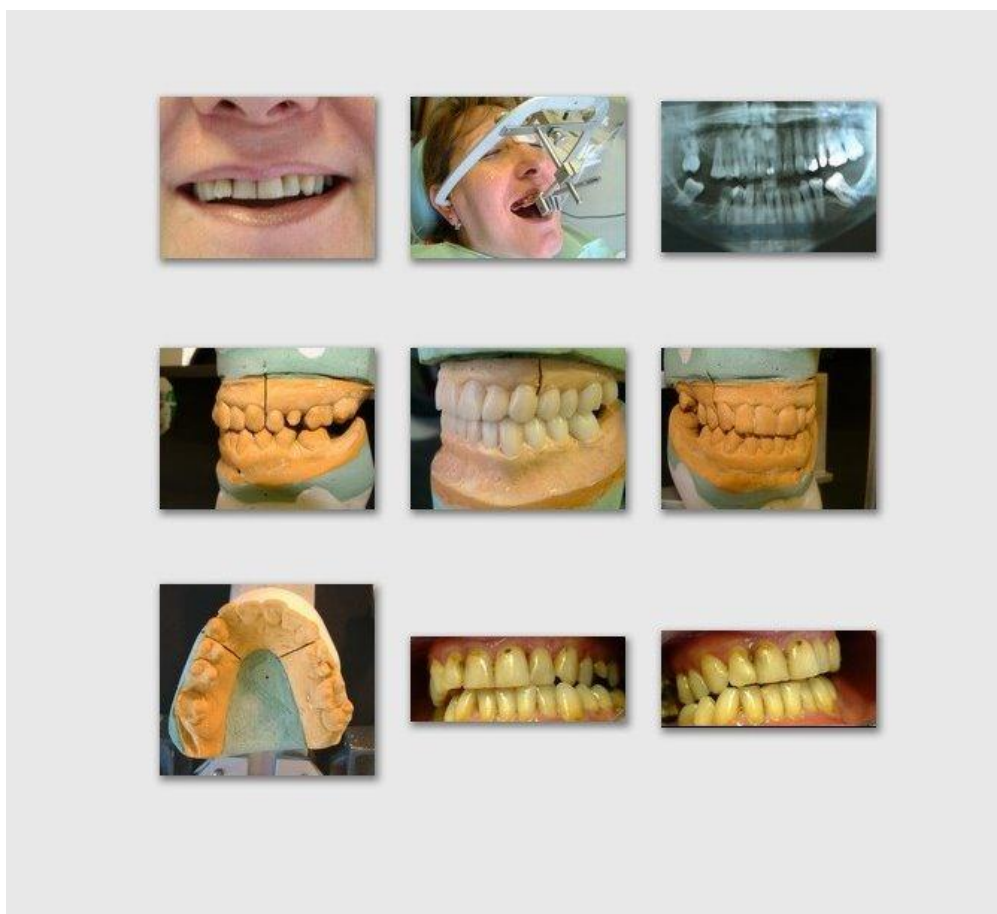
Alumno:

Dra. Jimena Rojas Flores.

Mendoza, Argentina

Año 2008.

PARTE I



PARTE I:

A. OBJETIVO DEL TRABAJO.

B. INTRODUCCIÓN.

A. OBJETIVO DEL TRABAJO

El objetivo de este trabajo es establecer la incidencia de patologías sistémicas y el hábito de fumar en la determinación de un plan de tratamiento predecible en la rehabilitación odontológica de un paciente.

B. INTRODUCCIÓN

De la información obtenida en la anamnesis de la historia clínica, obtenemos muchos datos significativos a tener en cuenta. Éstos son principalmente afecciones sistémicas, que en base al objetivo planteado en primera instancia de este trabajo, se evaluarán con apoyo de la literatura científica de investigación. Los protocolos adecuados y porcentajes significativos, posibilitarán o no planificar el tratamiento, y utilización de técnicas quirúrgicas con implantes dentales óseointegrados en las brechas desdentadas.

Desde el advenimiento de la implantología en 1969, por Branemark. Los implantes dentales se han convertido en el tratamiento de elección en muchos casos.

En la literatura de revisión se evalúan distintas pautas de protocolos que a la hora de planificar tendremos que tener en cuenta, los factores sistémicos o generales y los factores locales. (1,7, 27)

❖ Dentro de los factores sistémicos encontramos:

1. Edad del paciente.
2. Sexo.
3. Diversas condicionantes médicas.
4. Hábitos tóxicos del paciente.
5. Perfil psicológico.

❖ Dentro de los factores locales encontramos: (1, 7, 27)

1. Cantidad y calidad de hueso (factores de acogida).
2. Cantidad y calidad de tejidos blandos.
3. Presencia actual o pasada de infección.
4. Oclusión.
5. Diseño de prótesis.
6. Numero y disposición de los Implantes.
7. Longitud y diámetro, factores críticos para lograr y mantener la oseointegración.
8. El revestimiento de los implantes.
9. Cantilevers y conexiones a los dientes naturales.

El tratamiento con implantes no debe ser llevado a cabo sin un examen cuidadoso de muchas variables, incluido el sistema de acogida y de las variables locales.

El éxito de los implantes se define como un implante dental óseointegrado que es restaurado con éxito y que contribuye al éxito de una restauración funcional del tratamiento dental. ⁽¹⁾

Un implante fracasado se define como un implante que no logró cumplir con los objetivos planificados, esto es, no existió oseointegración antes de la segunda etapa de la cirugía, o una pérdida de oseointegración y/o fallo mecánico en la segunda etapa después de la cirugía. ⁽¹⁾

La probabilidad de fracaso es mayor después de la colocación, y se va reduciendo desde el momento de la colocación hasta los 5 años posteriores a la cirugía. ⁽¹⁾

Un número tangible de implantes no se óseointegran o no sobreviven a largo plazo, las complicaciones y la pérdida de los implantes puede ser costoso, tanto en términos de tiempo como también en recursos financieros. ⁽¹⁾

Las decisiones de planificación, siempre que sea posible, deben basarse en predicciones basadas en estudios previos, donde se obtienen resultados exitosos en un gran número de casos, en un periodo de tiempo prolongado. ^(1, 21, 24,25)

Esto demuestra que no podemos realizar un tratamiento con resultado efectivo, si no se sigue un protocolo minucioso, Los tipos de complicaciones que puede ocurrir es un aspecto importante de la

planificación del tratamiento a tener en cuenta. El dentista y su paciente deben tener una comunicación fluida, por tanto, el consentimiento informado debe ser perfectamente explicado por parte del profesional y comprendido por el paciente. (1, 7, 9,10 ,15)

Se considera importante para la planificación del tratamiento con implantes, que los pacientes, además de tener una buena salud general, sean capaces de tolerar el estrés que ocasiona la cirugía reparadora y las extensas citas que requiere el tratamiento. (1)

PARTE II: DESARROLLO



PARTE II: DESARROLLO

CAPITULO I:

- A. HISTORIA CLÍNICA
- B. ESTUDIOS ESTÁTICOS, CLÍNICOS Y RADIOGRÁFICOS
- C. ANÁLISIS FUNCIONAL (CLÍNICO Y SOBRE MODELOS)

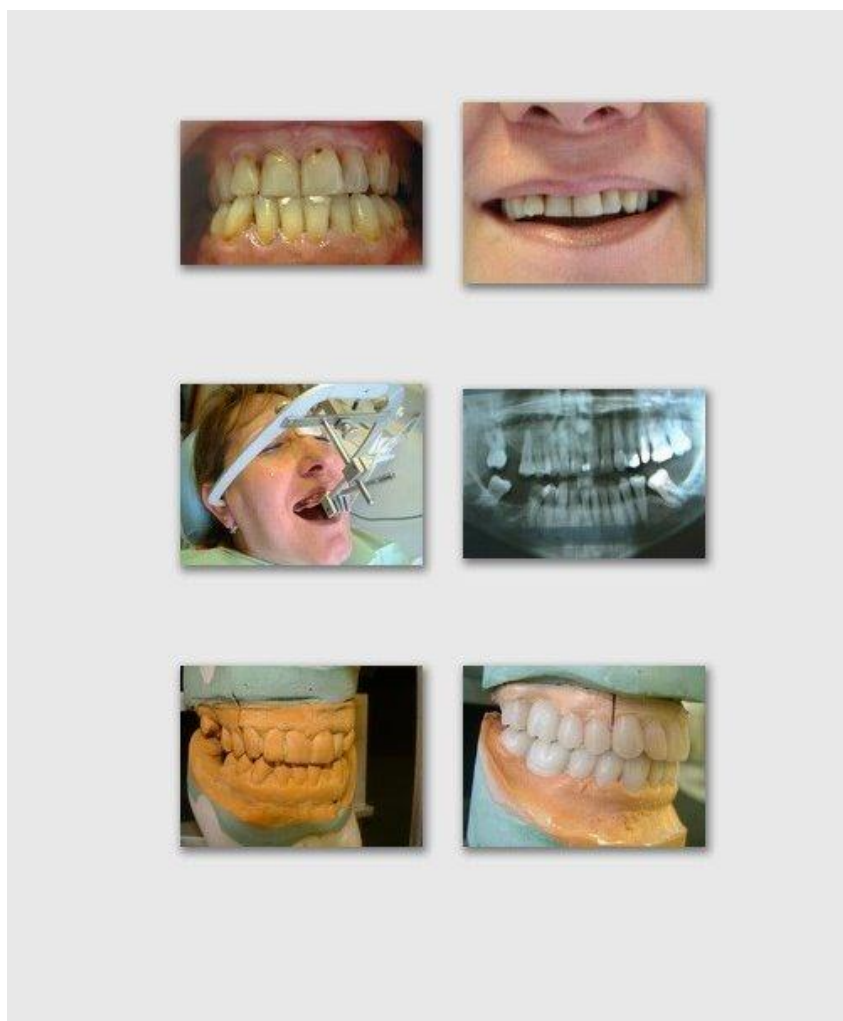
CAPITULO II

- A. DISCUSIÓN.
- B. CONCLUSIÓN DE LA DISCUSIÓN.
- C. DESCRIPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PRE Y POST QUIRURGICOS Y PROTETICOS.
- D. PRONOSTICO.
- E. PLAN DE TRATAMIENTO.

CAPITULO III:

- A. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.
- B. ÍNDICE.

CAPITULO I



CAPITULO I

A. HISTORIA CLÍNICA

1. Datos del Paciente.
2. Motivo de la Consulta.
3. Antecedentes médicos:
 3. a. Antecedentes Médicos generales.
 3. b. Perfil Psicológico.
 3. c. Hábitos Tóxicos.
4. Antecedentes Odontológicos.
 4. a Antecedentes Odontológicos generales.
 4. b Odontograma.

B. ESTÚDIOS ESTÁTICOS, CLÍNICOS Y RADIOGRÁFICOS

1. Hallazgos Clínicos Generales.
2. Análisis de las Estructuras Periodontales.
3. Análisis de Parámetros Estéticos.
4. Evaluación de los Elementos Dentarios por Sectores.
5. Estudios Complementarios.

C. ANÁLISIS FUNCIONAL (CLÍNICO Y SOBRE MODELOS)

A. HISTORIA CLÍNICA

Evaluación del Diagnóstico:

Dentro de la etapa de diagnóstico se evaluará historial médico e historial odontológico, que nos dará información importante para evaluar el estado general y local del paciente, sus distintas patologías sistémicas y las influencias positivas o negativas que éstas puedan tener a nivel oral.

A partir de aquí podremos obtener un pronóstico a priori del tratamiento. Esto será determinante para nuestra elección, que de ser adecuada, determinará el éxito del tratamiento, al conseguir la fusión de la armonía estética y del equilibrio funcional.

1. Datos del Paciente:

Nombre y Apellido: Patricia....

Edad: 48 años.

Sexo: Femenino.

Raza: Blanca

Estado civil: casada

Lugar y fecha de nacimiento: Mendoza 16/05/60

Religión: católica.

Profesión: Empresaria

Grado de escolaridad: universitaria.

2. Motivo de la Consulta:

El motivo por el cual la paciente acude a la consulta, es para encontrar una solución a su problema estético, ocasionado por los efectos del pernicioso hábito del tabaco.

3. Antecedentes Médicos:

3. a- Antecedentes Médicos generales:

1. Está bajo tratamiento médico, control por enfermedad cardiovascular (ECV) y tratamiento de diabetes.
2. Toma medicación para control de sus patologías.
3. Infarto de miocardio en el año 2006.
4. Ha sido intervenida quirúrgicamente de cesáreas, vesícula y ovarios.
5. No ha recibido transfusiones sanguíneas.
6. No ha experimentado reacciones alérgicas.
7. No presenta alteraciones de la presión arterial.
8. No presenta alteraciones de glándula tiroides.
9. No presenta enfermedades infecciosas a repetición ni dolores de garganta.
10. No es propensa a hemorragias.
11. No ha sufrido traumatismos en cabeza, ni en zona nasogeniana, ni en mandíbula.
12. Esta en periodo menopáusico.
13. No es operada del corazón.
14. No sufre enfermedades nerviosas, ni de insomnio.

15. Tiene dieta especial. Por ser diabética.
16. Es fumadora, desde los 15 (quince) años. (llego a fumar más de 2 paquetes de cigarrillos por día).
17. Bebe alcohol en forma moderada.
18. No es operada de la nariz, ni de la garganta.
19. No ha sido irradiada en cabeza o cuello.
20. No advierte cambios en la cantidad de saliva segregada.

3. b- Perfil Psicológico:

Paciente colaborador y predispuesto (aparentemente).

.....refiere que tiene gran temor a sufrir dolor, no tiene tolerancia a sufrirlo.

3. c- Hábitos tóxicos:

La paciente es fumadora hace más de 15 años (fumadora de + de 20 cigarrillos diarios), por problemas médicos hace dos años que no fuma (o fuma menos, de un paquete diario).

Cuestionario confidencial para ser completado por el paciente

Sr./Sra. Patricia Beckford HCNº 7 Fecha 02/01/07
 Fecha Nacimiento: _____
 Ocupación: empresaria

ENFERMEDAD ACTUAL
 Motivo de la consulta: Catetico
 Desde cuando percibe el problema: desde más de 10 años
 Síntomas iniciales: causado de catetización

HISTORIA MÉDICA
 Marque con un círculo lo que corresponde: S N

¿Está bajo tratamiento médico?	<input checked="" type="radio"/> S	¿No	
¿Toma algún medicamento?	<input checked="" type="radio"/> S	¿No	
¿Tuvo alguna enfermedad grave?	<input checked="" type="radio"/> S	¿No	
¿Ha sido intervenida quirúrgicamente?	<input checked="" type="radio"/> S	¿No	
¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?	<input checked="" type="radio"/> S	¿No	
¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?			
Rumatismo	<input checked="" type="radio"/> S	Hepatitis A - B - C	<input checked="" type="radio"/> S
Artritis	<input checked="" type="radio"/> S	Epilepsia	<input checked="" type="radio"/> S
Asma	<input checked="" type="radio"/> S	Cardíacas	<input checked="" type="radio"/> S
Bronquitis	<input checked="" type="radio"/> S	Diabetes	<input checked="" type="radio"/> S
Tuberculosis	<input checked="" type="radio"/> S	Renales	<input checked="" type="radio"/> S
Artería	<input checked="" type="radio"/> S	Gota	<input checked="" type="radio"/> S
Venéreas (Ej. Sífilis)	<input checked="" type="radio"/> S	Chagas	<input checked="" type="radio"/> S
¿Ha experimentado reacciones alérgicas?	<input checked="" type="radio"/> S	Anestésicos	<input checked="" type="radio"/> S
Antibióticos	<input checked="" type="radio"/> S	Dipirina	<input checked="" type="radio"/> S
Yodo	<input checked="" type="radio"/> S	Hipertensión	<input checked="" type="radio"/> S
¿Presenta alteraciones de la presión arterial?	<input checked="" type="radio"/> S	Hipotensión	<input checked="" type="radio"/> S
Hipertensión	<input checked="" type="radio"/> S	¿Presenta enfermedades infecciosas o repetidas?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Presenta enfermedades infecciosas o repetidas?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Presenta con frecuencia dolores de garganta?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Presenta con frecuencia dolores de garganta?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Es propenso a hemorragias?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Es propenso a hemorragias?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Ha sufrido traumatismos en cabeza, cara o mandíbula?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Ha sufrido traumatismos en cabeza, cara o mandíbula?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Está embarazada?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Está embarazada?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Está en período menopáusico?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Está en período menopáusico?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Toma con frecuencia las siguientes drogas?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Toma con frecuencia las siguientes drogas?	<input checked="" type="radio"/> S	Antibióticos	<input checked="" type="radio"/> S
Antibióticos	<input checked="" type="radio"/> S	Corticoides	<input checked="" type="radio"/> S
Anticoagulantes	<input checked="" type="radio"/> S	Dilantina	<input checked="" type="radio"/> S
Anticonceptivos	<input checked="" type="radio"/> S	Diuréticos	<input checked="" type="radio"/> S
Antinflamatorios	<input checked="" type="radio"/> S	Hormonas	<input checked="" type="radio"/> S
Anorexígenos	<input checked="" type="radio"/> S	Sedantes	<input checked="" type="radio"/> S
Agripina	<input checked="" type="radio"/> S	Antitumorales	<input checked="" type="radio"/> S
¿Es operado de corazón?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Tiene prótesis cardíaca?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Es operado de corazón?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Sufrir enfermedades nerviosas?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Sufrir enfermedades nerviosas?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Ha estado o está actualmente bajo tratamiento psicológico?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Ha estado o está actualmente bajo tratamiento psicológico?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Sufrir de esonismo?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Sufrir de esonismo?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Tiene dieta especial?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Tiene dieta especial?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Bebe alcohol?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Bebe alcohol?	<input checked="" type="radio"/> S	Cantidad	<input checked="" type="radio"/> S
Cantidad	<input checked="" type="radio"/> S	¿Desde qué edad fuma?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Desde qué edad fuma?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Es operado de nariz?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Es operado de nariz?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Es operado de garganta?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Es operado de garganta?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Respira por la boca?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Respira por la boca?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Recibió reeducación respiratoria?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Recibió reeducación respiratoria?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Ha recibido radiaciones en cabeza o cuello por tratamientos de tumores?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Ha recibido radiaciones en cabeza o cuello por tratamientos de tumores?	<input checked="" type="radio"/> S	¿Advierte cambios en cantidad de saliva segregada?	<input checked="" type="radio"/> S
¿Advierte cambios en cantidad de saliva segregada?	<input checked="" type="radio"/> S		

Los datos consignados tienen carácter de declaración jurada

Patricia Beckford
Firma del Paciente

Figura 1. Registro de antecedentes médicos de la paciente.

4. Antecedentes Odontológicos:

4. a- Antecedentes Odontológicos generales:

- . No ha tenido tratamiento de ortodoncia.
- . Ha padecido enfermedad periodontal, fue detectada y tratada.
- . No ha recibido tratamiento de "mala mordida".
- . No es portadora de prótesis parcial removible.
- . Le faltan molares, pero no los ha remplazado por prótesis.
- . No ha sido tratada por problemas en sus músculos masticatorios, ni en su articulación temporomandibular.
- . No despierta con sensibilidad en sus dientes y/o maxilares.
- . No aprieta los dientes durante el día.

- . Nunca le han dicho que rechina los dientes al dormir.
- . Sus dientes no le lastiman al morder.
- . No presenta ni dolor, ni malestar en los ojos, oídos u otra parte de la cara.
- . No sufre de migrañas, ni de dolores de cabeza.
- . No siente dolores en cuello, ni rigidez en músculos. Tampoco sensación de cansancio en los músculos que mueven su mandíbula.
- . No tiene dificultad para tragar, ni para abrir completamente la boca.
- . Nunca ha padecido de gota o artritis.
- . No ha tenido dolor en la articulación temporomandibular y no ha recibido golpes fuertes en el costado de la cara o mandíbula.
- . No ha tenido problemas en oídos tales como cambios en la audición o zumbidos.
- . Nunca ha percibido chirridos, clicks o saltos en sus articulaciones temporomandibulares.
- . No tiene actualmente ningún dolor relacionado con articulación o músculo.
- . No tiene dolores o molestias que interfieran con su actividad.
- . Dice no padecer ningún problema en su articulación temporomandibular.
- . No considera necesitar tratamiento articular.
- . Se come las uñas, no se muerde lengua o labios.
- . Las situaciones cotidianas algunas sí le producen estrés, sí tiene niños a su cargo.
- . Considera que su trabajo no le ocasiona estrés.

Interrogatorio realizado por el profesional

Por favor conteste sí o no a las siguientes preguntas

¿Ha tenido tratamiento de Ortodoncia?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Ha tenido enfermedad periodontal?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Ha tenido tratamiento por una "mala mordida"?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Tiene coronas o puentes en su dentadura?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Usa prótesis parcial removible?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Le falta algún molar que no haya reemplazado protésicamente?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Ha sido tratado por problemas en sus músculos masticatorios o problemas de la articulación temporomandibular?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Despierta con sensibilidad en sus dientes y/o maxilares?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Apríeta los dientes durante el día?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Le han dicho alguna vez que rechina los dientes al dormir?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Siente que sus dientes le lastiman al morder?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Tiene algún dolor o malestar alrededor de los ojos, oídos u otra parte de la cara?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Sufre de dolores de cabeza?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Sufre de migraña?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Sufre frecuentemente de dolores en el cuello o rigidez de los músculos del mismo?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Suele tener sensación de cansancio en los músculos que mueven su mandíbula?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Tiene dificultad para abrir completamente la boca?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Tiene dificultad para tragar?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Ha tenido artritis alguna vez?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Ha tenido gota alguna vez?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Ha recibido algún golpe fuerte en un costado de la cara o mandíbula?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Ha tenido dolor alguna vez en la articulación temporomandibular?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Ha tenido problemas en sus oídos, tales como cambio en la audición o como un zumbido?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Ha oído como un chirrido que viene de las articulaciones temporomandibulares?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Ha oído como un "click" o percibido como un salto en sus articulaciones temporomandibulares?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Tiene actualmente algún dolor relacionado con la articulación o músculos?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Le interfiere con su trabajo o actividad alguna molestia o dolor de su articulación?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Siente alguna vez como que este dolor o molestia ha disminuido o se le ha quitado completamente?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Cree que su problema de la articulación temporomandibular es serio?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Cree que necesita tratamiento por este problema?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Se come las uñas o se muerde la lengua o labios?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Tiene niños chicos a su cargo?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Considera que su trabajo le produce stress?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Hay situaciones cotidianas que le producen stress?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Los datos consignados tienen carácter de declaración jurada

Patricia Piro de Beckford
Firma del Paciente

Figura 2. Registro de antecedentes odontológicos de la paciente.

4. b- Odontograma:

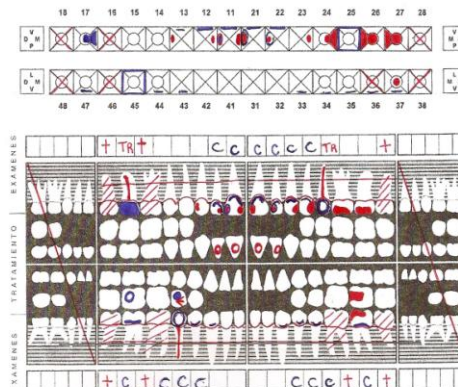


Figura 3. Odontograma de la paciente.

B. ESTUDIOS ESTÁTICOS, CLÍNICOS Y RADIOGRÁFICOS

1. Hallazgos Clínicos Generales:

1. a Dientes Presentes:

Total de elementos presentes: 25

Elementos presentes: 17, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 37, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45 y 47.

1. b Dientes ausentes:

Elementos ausentes o perdidos por caries: 7

Elementos ausentes: 18, 16, 28, 38, 36, 46 y 48

1. c Brechas desdentadas:

1. c- a Brecha postero superior derecha: 15 – 17 (Fig.4 A)

Brecha corta y recta.

Reborde residual favorable en altura.

Reborde desfavorable en ancho, mide 6 mm, (la medida mínima para rehabilitar con implantes es 7-8 mm).

Mucosa de consistencia firme, no depresible.

Inserción de bridas, frenillos aceptables.

Rx. Cantidad ósea favorable.

Determinantes: Pérdida del elemento por caries.

1. c- b Brecha Postero Inferior Izquierda: 37 –35 (Fig. 4 B)

Totalmente colapsada por la mesialización del elemento 37.

1. c- c Brecha Postero Inferior Derecha: 45 – 47 (Fig. 4C)

Brecha corta y levemente cóncava hacia maxilar superior.

Reborde residual favorable en altura y en largo, mide 10 mm.

Mucosa de consistencia firme.

Inserción de bridas y frenillos aceptable.

Rx: cantidad ósea favorable.

Determinante: pérdida de elemento dentario por caries.



Figura 4. A, Brecha max. sup. 15-17. B, Brecha max. inf. Colapsada 37-35. C, Brecha max. Inf. 45-47.

1. d -Dientes Migrados:

Elem. 17 hacia M-V, Elem. 15 hacia M-D, Elem. 12 hacia V-M,

Elem. 22 hacia P-M, Elem. 26 hacia O, Elem.27 hacia V,

Elem. 37 hacia M-L, Elem.34 hacia M-L, Elem. 33 hacia M-V-L,

Elem.32 hacia L, Elem. 42 hacia L, Elem.43 hacia M,

Elem. 44 hacia M-L, Elem. 45 hacia M-L, Elem. 47 hacia M-L.

1. e -Dientes Sanos:

Total de elementos sanos: 6

Elementos sanos: 15, 14, 31, 32, 41,42.

1. f- Dientes Cariados:

Total de elementos careados o con recidivas: 15

Elementos careados: 11, 12, 13, 21, 22, 23, 25, 37, 34, 35, 33, 43, 44, 45, 47.

1. g- Dientes con obturación definitiva:

Total de elementos obturados con amalgama: 3 (tres).

Elementos obturados: 24 O-D, 26 O-M y 27 O.

1. h- Dientes con obturación provisoria:

Total de elementos: 1

Elementos 17 O-M.

1. i- Datos Periodontales:

Presencia de placa bacteriana.

Índice gingival de Løe y Siness: valor 3.

Cálculo supra y subgingival.

Gingivorragia.

Tejidos Blandos: En aparente normalidad, no presenta ulceraciones, ni lesiones blancas en, mejillas, piso de boca, lengua, en mucosas del paladar hay enrojecimiento.

Índice gingival de Loe y Siness

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
V		0		0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
M		2		0	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	
P		1		0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	
D		2		1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	
Índice Grupo 1: 2					Índice Grupo 2: 2					Índice Grupo 3: 1						
boca = 3																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
V		2		2	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	
M		3		2	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	
P		1		1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	
D		2		3	3	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	
Índice Grupo 4: 3					Índice Grupo 5: 1					Índice Grupo 6: 4						

Figura 5. Índice gingival.

1. k- Registro de Hidratos de Carbono:

- 5 momentos de azúcar diarios totales.
- 3 momentos de almidón.
- 0 momento de azúcares entre las comidas.
- 0 momentos de bebidas erosivas.
- Sí ha recibido tratamientos preventivos de caries como fluoruros.
- Determinación del riesgo cariogénico:
- Índice de O' Leary: 40%

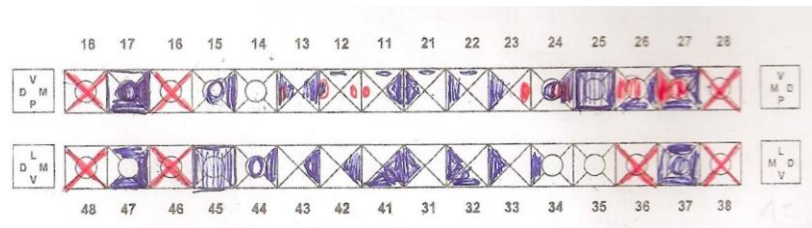


Figura 6. Índice de O' Leary, dando un 40%: Determinando riesgo.

2. Análisis de las Estructuras Periodontales:

2. a- Diagnóstico Clínico:

- . Periodontitis crónica moderada localizada.

2. b- Justificación:

- . Más prevalente en adultos.
- . Modificada por factores ambientales:
 - a- fumadora hace mas 15 años.
 - b- Stress
- . Relación causa-efecto: Índice de placa O' Leary: 40% -> **Riesgo**.
- . Cálculo subgingival.
- . Índice gingival de Løe y Silness: 3.
- . Menos del 30% de los dientes involucrados.

3. Análisis de Parámetros Estéticos: (17,28)

3. a- Estética dento facial:

.Frente: normal. (Fig. 7 A).

.Perfil: normal. (Fig. 7 B).

.Línea de la sonrisa (Fig. 8 A): es normal, el labio superior cubre el tercio cervical, lo cual es favorable.

.Corredor bucal (Fig. 8 B): es normal, no hay invasión de piezas dentarias.

.Alineamiento tridimensional (Fig. 8 C): alterada.

.Nichos incisales (Fig. 8 A): aceptable.

.Altura gingival (Fig. 8 B): altura normal, sonrisa normal, presencia de papilas con altura disminuidas.



Figura 7. A, Frente. B, Perfil.



Figura 8. Estética dento facial: A, Línea de la sonrisa es favorable, posee sonrisa media. B, Corredor bucal, normal. C, Alineamiento tridimensional alterado.

3. b- Estética Dental:

Color dentario: alterado.

Textura superficial: modificada por presencia de restauraciones en caras V.

Contorno: aceptable.

Forma y proporción: aceptable. Dientes de forma cuadrática.

Nichos incisales: aceptables.

Línea de la sonrisa: normal, sonrisa media.

3. c- Estética Gingival:

Color: normal, rosa coral opaco.

Textura: aceptable.

Forma: aceptable.

Contorno: aceptable.

Presencia de papilas interdentarias: altura disminuida.

3. d- Listado Estético: (Belser - Magne, 2002) (Fig.9)

Salud gingival: aceptable

Cierre interdental: disminuido.

Eje dental: aceptable en el sector izquierdo, desfavorable en el sector derecho. (Fig.9 A)

Zenith gingival: aceptable, alterado en el elem. 12. (Fig.9 B)

Balance de los niveles gingivales: aceptable.

Nivel de la relación de contacto: aceptable.

Dimensiones dentarias relativas: aceptable.

Morfología dentaria: dientes cuadráticos.

Caracterización dentaria: alterada.

Textura superficial: alterada.

Color: alterado.

Configuración del borde incisal: aceptable.

Línea del labio inferior: normal.

Simetría de la sonrisa: aceptable. (Fig.9 C)

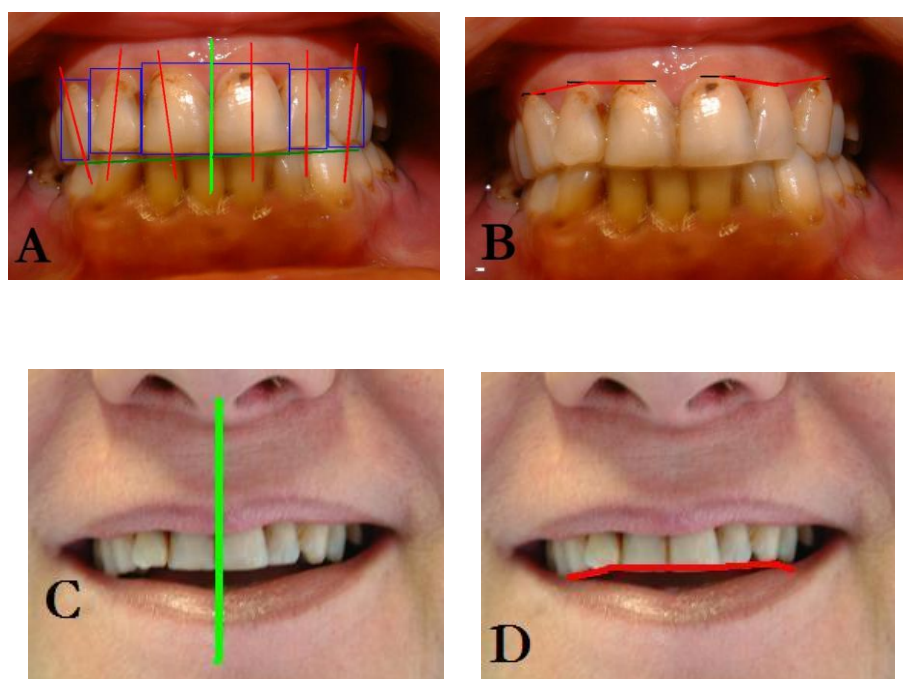


Figura 9. Parámetros estéticos. A, Listado estético aplicado al caso clínico. B, Zenith gingival da una v invertida del lado derecho, favorable del lado izq. C, Simetría de la sonrisa. D, Curvatura de la sonrisa.

4. Evaluación de los elementos dentarios por sectores:

4. a- Sector Antero Superior Derecho:

- Examen Clínico: (Fig. 10 A)

Elementos dentarios remanentes: N° 11, 12 y 13

Elemento 11: (Fig. 10 B)

Relación long. Corono radicular aceptable, vital, enf. Periodontal tratada, no presenta movilidad, falta técnica de higiene (THO) interdientaria, por V, M y D obturaciones filtradas, faceta de desgaste a nivel incisal, eje coronario normal, cambio de coloración.

Determinantes: compromiso estético, obturaciones filtradas desgaste a nivel incisal.

Elemento 12: (Fig. 10 B).

Relación long. Corono radicular aceptable, vital, enfermedad periodontal tratada, no presenta movilidad, falta técnica de higiene en caras libres y proximales, facetas de desgaste a nivel incisal mesial, por V-M Obturación filtrada, inclinación del eje coronario hacia V-M, cambio de coloración, Zenith gingival aumentado, por obturación cervical.

Determinantes: desalineado hacia V-M, compromiso estético, obturación filtrada.

Elemento 13: (Fig. 10 C).

Relación long. corono radicular aceptable, vital, enf. Periodontal tratada, no presenta movilidad, falta de técnica de higiene oral en caras proximales, a nivel coronario presenta restauración filtrada por D, faceta

de desgaste leve a nivel incisal, cambio de coloración en cara vestibular, ubicación del eje coronario aceptable.

Determinante: leve compromiso estético.

- Examen Radiográfico: (Fig. 10 E).

Se observa:

Perdida ósea en sentido horizontal (11, 12 y 13).

Raíces cónicas (11, 12 Y 13).

Cámaras pulpares normales (11 y 12).

Radio lucidez compatible con remanentes de caries (11 V-M, 12 M-V, 13 D).

Radio opacidad compatible con restauraciones en M y D. (11, 12) y D (13).

Cámara pulpar estrecha (13).

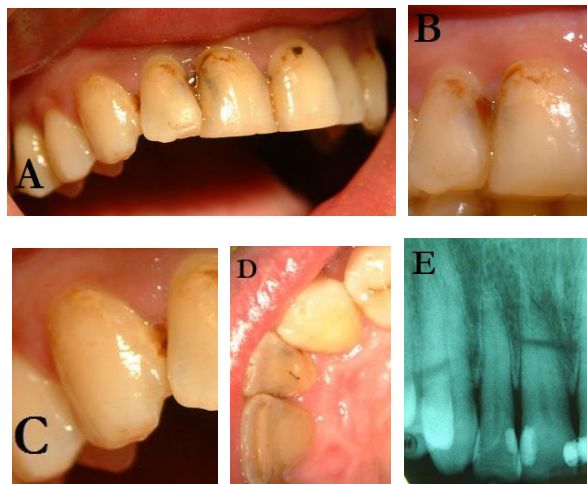


Figura 10. A, Vista V. B, Elem. 12 y 11 vista V. C, Elem. 13 vista V. D, Elem. 11, 12 y 13 vista P. E, Rx.

4. b- Sector Postero Superior Derecho:

- Examen Clínico: (Fig. 11 A, B y C)

Elementos dentarios remanentes: N° 14, 15 y 17

Elemento 14:

Relación long. Corono radicular aceptable, vital, no presenta movilidad, buen nivel de Inserción, insuficiente técnica de higiene oral, faceta de desgaste en contactos A, inclinación del eje coronario hacia M-P. Determinantes: faceta de desgaste a nivel de la cúspide palatina vertiente mesial.

Elemento 15:

Relación long. Corono radicular aceptable, vital, no presenta movilidad, buen nivel de inserción, insuficiente técnica de higiene oral a nivel proximal, inclinación del eje coronario hacia M-P y girada su cúspide V hacia M-D, levemente sobre erupcionado.

Determinantes: sobre erupcionado por perdida de cara oclusal del antagonista, la giro versión coronaria por pérdida del elem. Vecino.

Elemento 17:

Relación corono radicular afectada. Desvitalizado, sin sintomatología clínica. No presenta movilidad. Remanente coronario presenta obturación provisoria O-M. Insuficiente THO, inclinación del eje coronario hacia M-V.

Determinantes: por ausencia del elemento vecino hay pérdida ósea en sentido vertical y girado hacia M-V.

- Examen Radiográfico: (Fig. 11 D)

Se observa:

Perdida ósea en sentido horizontal y vertical en D del elm. 15 y M del 17

Raíces cónica (14 y 15)

Cámaras pulpares estrechas (14 y 15)

Conducto radicular obturado con material radio paco, obturación aceptable. (17) sin proceso periapical aparente.

Restauración provisoria O-M (17).

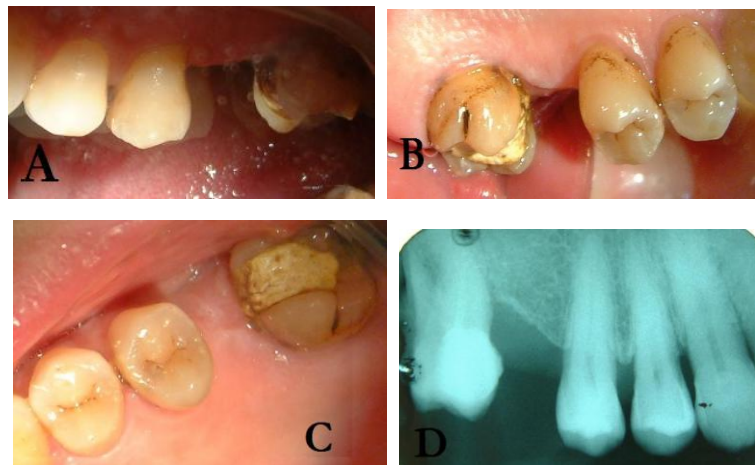


Figura 11. A, Elem. 14, 15 y 17 vista V. B, Vista P. C, Vista O. D, Rx.

4. c- Sector Antero Superior Izquierdo:

- Examen Clínico: (Fig. 12 A, B, C y D)

Elemento dentario remanente: N° 21, 22 y 23.

Elemento 21:

Relación long. Corono radicular aceptable, vital, enf. Periodontal tratada, no presenta movilidad, insuficiente técnica de higiene oral a nivel interdentario, facetas de desgaste a nivel I, restauraciones filtradas por M y D, caries en V, ubicación del eje coronario aceptable.

Determinantes: compromiso estético, obturaciones filtradas.

Elemento 22:

Relación long. Corono radicular aceptable, vital, enf. Periodontal tratada, no presenta movilidad, falta THO a nivel interdentario, restauración filtrada por M, inclinación del eje coronario hacia P e inclinada hacia M, cambio de coloración.

Determinantes: compromiso estético, obturación filtrada, desalineado hacia P-M.

Elemento 23:

Relación long. Corono radicular aceptable. Vital. No presenta movilidad. Buena técnica de higiene oral. Restauración filtrada por V. Ubicación del eje coronario aceptable. Cambio de coloración cara V. Faceta de desgaste en borde I.

Determinantes: compromiso estético, obturación filtrada.

- Examen Radiográfico: (Fig. 12 E)

Se observa:

Perdida ósea en sentido horizontal leve. (21, 22 y 23)

Raíces cónica. (21, 22 y 23).

Cámaras pulpares normales.

Radio lucidez compatible con remanentes de caries. (M-22)

Radio opacidad compatible con restauraciones en (M y D 21)

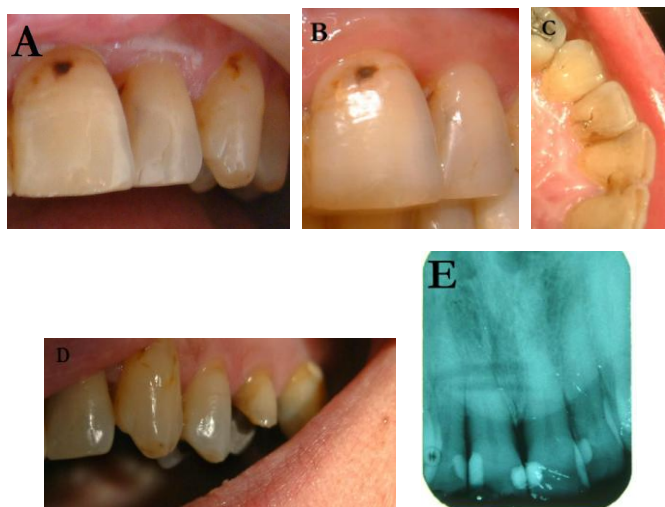


Figura 12. A, Elem. 21, 22 y 23 vista V. B, Caries cervicales elem. 21 y 22. C, Vista P muestra restauraciones filtradas. D, Vista V del elem. 23. E, RX. Mostrando pérdida ósea.

4. d- Sector Postero Superior Izquierdo:

- Examen Clínico: (Fig. 13 A Y B)

Elementos dentarios remanentes: N° 24, 25, 26 y 27

Elemento 24:

Relación long. Corono radicular aceptable, vital, no presenta movilidad, buena técnica de higiene oral, inclinación del eje coronario aceptable, restauración definitiva aceptable a nivel O-D con amalgama.

Elemento 25:

Relación long. Corono radicular afectada por pérdida de estructura coronaria, desvitalizado, sin sintomatología clínica, retención extra radicular favorable, buen nivel de inserción, presencia de perno colado.

Determinantes: falta de estructura coronaria, compromiso estético y funcional.

Elemento 26:

Relación corono radicular aceptable, vital, no presenta movilidad, insuficiente técnica de higiene oral, levemente sobre erupcionado por pérdida del antagonista, restauración definitiva con amalgama O-M aceptable, pérdida del punto de contacto a nivel M.

Determinantes: la sobrerupción por modificación de la oclusión del plano antagonista, y por pérdida de estructura coronaria del elemento vecino, también hay pérdida de papila y punto de contacto.

Elemento 27:

Relación long. Corono radicular aceptable, vital, no presenta movilidad, restauración definitiva por O, eje coronario desviado hacia V por falta del elemento antagonista.

Determinantes: no posee oclusión con el antagonista.

- Examen Radiográfico: (Fig. 13 C)

Se observa:

Perdida ósea en sentido horizontal leve (24, 25, 26, 27).

Raíces cónica.

Elemento -24- Cámara pulpar estrecha. Restauración O-D

Elemento -25- Conducto radicular obturado con material radiopaco, Obturación aceptable, presencia de perno, no presenta sintomatología.

Obturaciones radio pacas a nivel coronario. (26)

Perdida ósea vertical por M del elem.- 26-

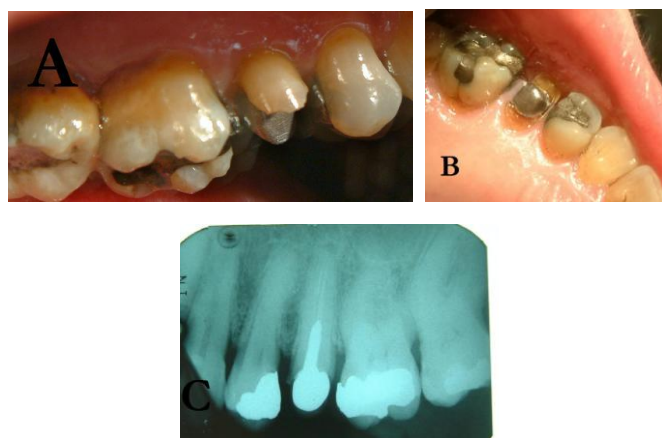


Figura 13. A, Vista V en elem. 25 presenta perno colado, Restauraciones O-M en el 24 y O en el 26. B, Vista P. C, Rx. Se visualizan restauraciones y pernos.

4. e- Sector Antero Inferior Derecho:

- Examen Clínico: (Fig. 14 A y B)

Elementos dentarios remanentes: N° 41, 42 y 43

Elemento 41:

Relación long. Corono radicular aceptable, vital, no presenta movilidad, técnica de higiene insuficiente, inclinación del eje aceptable, faceta de desgaste a nivel I.

Determinantes: faceta de desgaste a nivel I.

Elemento 42:

Relación long. Corono radicular aceptable, vital, no presenta movilidad, técnica de higiene regular, buen nivel de inserción, inclinación del eje coronario hacia lingual.

Determinantes: desalineado hacia L.

Elemento 43:

Relación long. Corono radicular aceptable. Vital. No presenta movilidad. Buena técnica de higiene oral. Inclinación del eje coronario es hacia M, caries V.

Determinantes: desalineado hacia M.

- Examen Radiográfico: (Fig. 14 C)

Se observa:

Perdida ósea en sentido horizontal leve.

Raíces cónicas. (41, 42 y 43).

Cámaras culpares estrechas. (41, 42 y 43).

Ensanchamiento periodontal vertical leve.

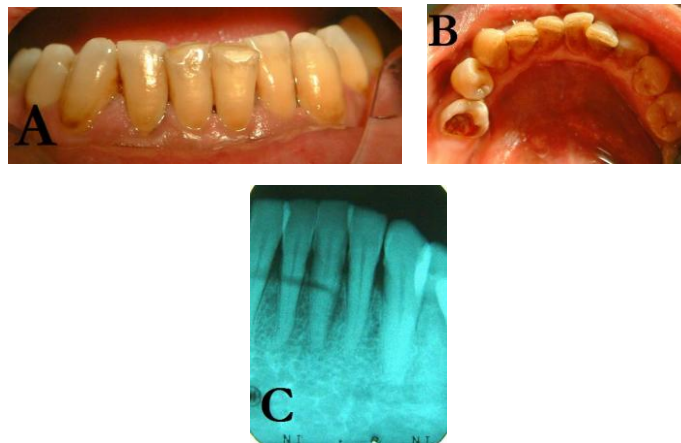


Figura 14. A, Vista V. B, Vista L. C, Rx.

4. f- Sector Postero Inferior Derecho:

- Examen Clínico: (Fig.15 A y B)

Elementos dentarios remanentes: N° 44, 45 y 47

Elemento 44:

Relación long. Corono radicular aceptable, vital, no presenta movilidad, buen nivel de inserción, buena técnica de higiene, inclinación del eje coronario hacia M y L, faceta de desgaste en cúspide V vertiente I-M.

Elemento 45:

Relación long. Corono radicular afectada, desvitalizado, sin sintomatología clínica, inclinación del eje coronario hacia M-L, pérdida de papila D por pérdida de elemento vecino, compromiso estético.

Determinante: por ausencia del elemento vecino hay pérdida ósea en sentido vertical y desalineamiento hacia M-L, falta de estructura coronaria ocasionando problemas en la oclusión y en la estética.

Elemento 47:

En tejidos blandos se observa inflamación gingival leve y falta de papila interproximal. Relación long. Corono radicular aceptable, vital, no presenta movilidad, buen nivel de inserción. Inclinación del eje coronario hacia M y L por ausencia del elem. Vecino, caries por L-M-V.

Determinantes: desalineado hacia M y L.

- Examen Radiográfica: (Fig. 15 C)

Se observa:

Perdida ósea en sentido horizontal leve y vertical en D del elm. 45.

Raíces cónicas. (44, 45 y 47).

Cámara pulpar estrecha en elm. 44.

A nivel apical del elm. 45 se observa radio lucidez compatible con proceso periapical.

Perdida ósea en sentido horizontal y vertical en M del elem. 47.

Obturación O con material radio opaco. (47)

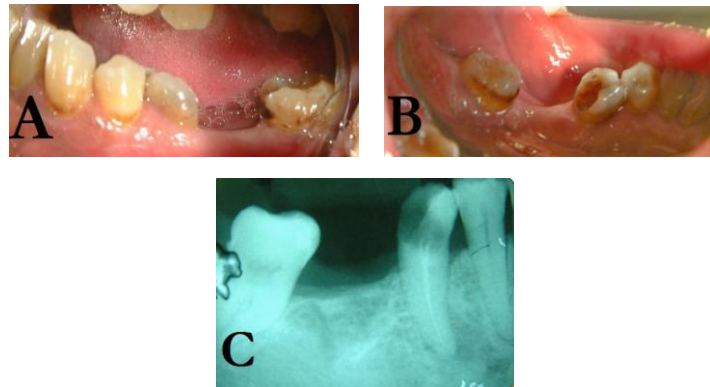


Figura 15. A, Vista V. B, Vista L. C, Rx. Se observa el elem. 45 con tratamiento de conducto, y a nivel apical una zona radiolúcida, puede ser compatible con proceso apical.

4. g- Sector Atero Inf. Izquierdo:

- Examen Clínico: (Fig. 16 A y B)

Elemento dentario remanente: N° 31, 32, 33.

Elemento 31:

Relaciona long. Coronoradicular aceptable, vital, no presenta movilidad, buen nivel de inserción, regula THO a nivel interproximal, inclinación del eje aceptable, faceta de desgaste a nivel I.

Determinantes: faceta de desgaste a nivel I.

Elemento 32:

Relación long. Corono radicular aceptable, vital, no presenta movilidad, buen nivel de inserción, inclinación del eje coronario hacia lingual.

Determinantes: desalineado hacia L, compromiso estético.

Elemento 33:

Relación corono radicular aceptable. Vital, no presenta movilidad, buen nivel de inserción, caries cervical, inclinación del eje coronario hacia V-M-L.

Determinante: desalineamiento coronario.

- Examen Radiográfico: (Fig. 16 C)

Se observa:

Perdida ósea en sentido horizontal y vertical hacia M leve.

Cámara pulpar estrecha.

Ensanchamiento leve del ligamento periodontal.

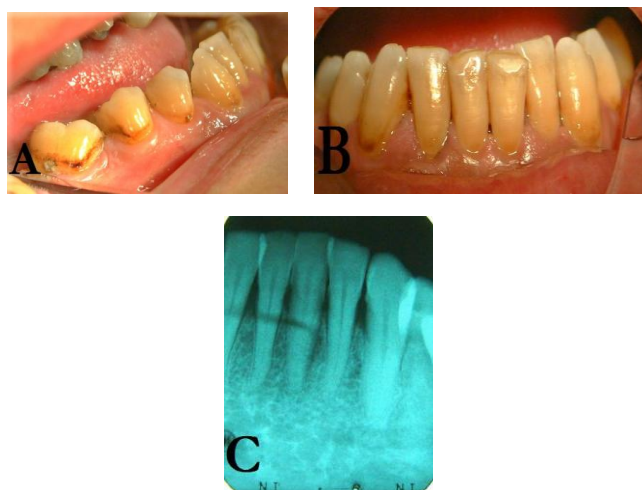


Figura 16. A, Vista V. B, Vista frontal. C, Rx.

4. h- Sector Postero Inferior Izquierdo:

- Examen Clínico: (Fig. 17).

Elementos dentarios remanentes: N° 34, 35 y 37

Elemento 34:

Relación corono radicular aceptable, vital, no presenta movilidad, buen nivel de inserción, buena técnica de higiene oral, caries cervical, inclinación del eje coronario hacia M-L.

Determinante: desalineamiento hacia L.

Elemento 35:

Relación corono radicular aceptable, vital, no presenta movilidad, insuficiente THO, caries cervical, inclinación del eje coronario aceptable, pérdida de papila D, falta de punto de contacto en cara D.

Determinante: falta del punto de contacto a nivel D por ausencia del elemento. Vecino.

Elemento 37:

En tejidos blandos inflamación gingival, ausencia de papila interdentaria. Relación corono radicular aceptable, vital, no presenta movilidad, buen nivel de inserción, restauración O definitiva aceptable, inclinación del eje coronario es hacia M-L.

Determinantes: ausencia del elem. Vecino por lo cual genera mesialización del elemento 37, provocando cambio en la oclusión.

- Examen Radiográfico: (Fig. 17).

Se observa:

Perdida ósea leve en sentido horizontal y vertical (ensanchamiento periodontal), del elemento (37).

Raíces cónicas (34- 35).

Cámara pulpar estrechas (34- 35).

Perdida ósea horizontal leve y vertical más marcada por la falta del diente vecino. (37).

Obturación radio opaca en cara O. (37).

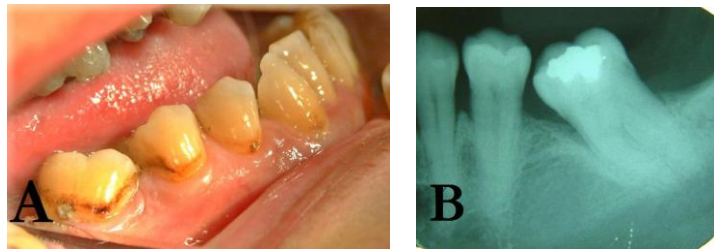


Figura 17. A, Vista V. B, Rx se observa mesialización del 37, con Ensanchamiento de la cortical.

5. Estudios Complementarios:

5. a- Radiografía panorámica: (Fig. 18).



Figura 18. Radiografía panorámica.

5. b- Seriada radiográfica: (Fig. 19).

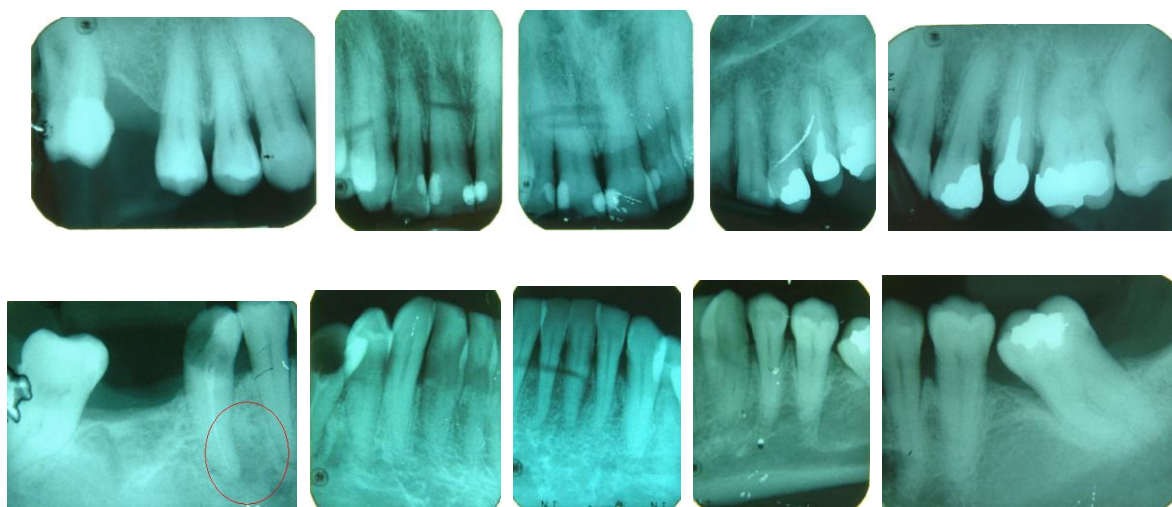


Figura 19. Radiografías periapicales.

C- ANÁLISIS FUNCIONAL (CLÍNICO Y SOBRE MODELOS)

1. Ángulo de trayectoria condílea:
 - D: 35 mm
 - I: 33 mm
2. Ángulo de Bennet:
 - D: 12 mm.
 - I: 15 mm.
3. Caracteres estéticos:
 - Perfil normal.
 - Frente normal.
4. Relación dento-facial: normal.
5. Relación dento-labial: normal.
6. Relación de tamaño intermaxilar: normal.
7. Forma de las arcadas dentarias: cuadradas.
8. Línea media: normal sin desviación. (Fig. 20 C)
9. Apertura bucal entre los bordes incisales: 40mm.
10. Apertura bucal entre rebordes alveolares: 60mm.
11. Forma de dientes: cuadráticos.
12. Color de Incisivos superiores: A3 de Vita.
13. Fonética: normal.
14. Deglución: normal.
15. Mucosa firme.
16. Trayectoria de la mandíbula: al abrir y cerrar es recta.
17. Relación incisal en sobre mordida: 2 mm vertical, 1 mm horizontal.
18. Clasificación de Angle: Clase I.
19. Curva de Spee: alterada
20. Curva de Wilson: alterada

21. Plano oclusal alterado: por pérdidas dentarias extrusión del elemento 15 por falta de contacto antagónico, mesialización del elemento 37 por ausencia del elemento 36.
22. En relación céntrica no presento primer contacto.
23. A nivel muscular no presenta patología aparente.
24. A nivel articular no presenta patología aparente.



Figura 20. A, Frente. B, Perfil. C, Línea de la sonrisa.
D, Relación del labio inf.



Figura 21. A, Relación del labio sup. B, Relación dentaria.
C, Apertura bucal.

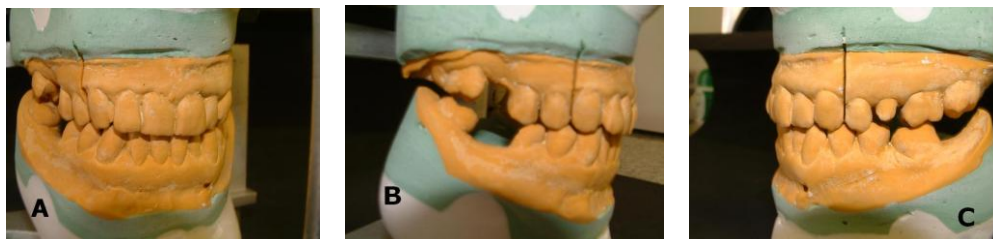


Figura 22. A, Modelos vista frontal. B, Modelos vista lateral derecha. C, Modelos vista lateral izquierda.

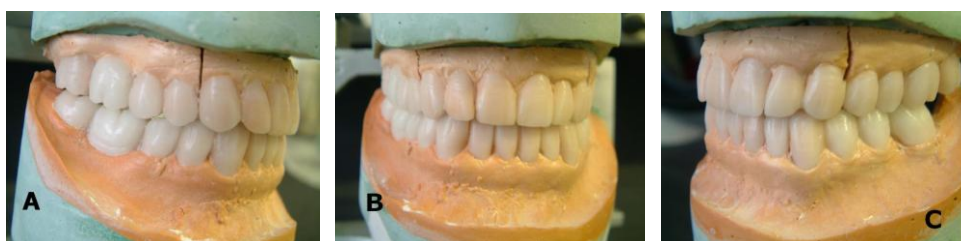


Figura 23. Encerado de diagnostico A, Vista lat. Derecha. B, Vista Frontal. C, Vista lat. Izq.



Figura 24. A, Guía canina derecha. B, Maxilares en PMI. C, Guía canina izq.

CAPITULO II



CAPITULO II

A. DISCUSIÓN.

1. Introducción de la Discusión.
2. Discusión: Influencia en el Paciente Diabético.
3. Discusión: Influencia Negativa del Tabaco.
4. Discusión: Influencia de Patologías Cardiovasculares.

B. CONCLUSIÓN DE LA DISCUSIÓN.

C. DESCRIPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PRE Y POST QUIRURGICOS Y PROTETICOS.

1. Medicación de rutina que recibe la paciente para el control de sus patologías sistémicas.
2. Medidas Preoperatorios.
3. Medidas intraoperatorias.
4. Medidas postoperatorias.
5. Medidas Protéticas.

D. MEDIDAS DE URGENCIAS.

E. PRONOSTICO.

F. PLAN DE TRATAMIENTO.

A. DISCUSIÓN

1. Introducción de la Discusión.

Del análisis diagnóstico surge la importancia de valorar la bibliografía para otorgar información que den pautas claras para evaluar un plan de tratamiento adecuado.

Lamber y col.; Karoussis y col. A la hora de realizar una planificación, las decisiones del tratamiento debe basarse en predicciones basadas en evidencia con mayor éxito a largo plazo. Los estudios se realizan sacando una media aritmética en años de supervivencia, las tasas de éxito y las incidencias de complicaciones biológicas, donde la muestra debe ser significativa. Las tasas de éxito superiores al 95%, en un periodo de observación de 10 años, son significativas y representativas. (24,25)

Weyant, de su estudio sugiere que cuando los implantes fallan, lo hacen poco tiempo después de su colocación, y la probabilidad de fracaso disminuye de manera constante a través del tiempo en los primeros cinco años posteriores a la cirugía. (17, 18)

Los resultados mostraron que la supervivencia de los implantes se asocia con:

1. La condición médica del paciente.
2. El revestimiento de material del implante.
3. Implante quirúrgico y las complicaciones de curación. (18)

La peri-implantitis de los tejidos blandos de se asoció con la influencia del:

1. el paciente fumador.
2. El revestimiento del implante.
3. La experiencia del cirujano.

El protocolo preoperatorio es de importancia para la supervivencia del implante, como el revestimiento del mismo con hidroxiapatita. ⁽¹⁹⁾

2. Discusión influencia en el paciente diabético.

Debido a que la esperanza de vida ha aumentado, es cada vez más frecuente encontrarnos con pacientes diabéticos.

Hay tres tipos de diabetes:

- 1 - Tipo 1 – insulina dependiente mellitas.
- 2 - Tipo 2 – no dependiente de insulina.
- 3 - Gestacional.

En estudios para demostrar si la diabetes Tipo 2 se considera un factor de riesgo o excluyente; se vio que los pacientes con diabetes Tipo 2 tienen un número mayor de fracasos ($P = 0.02$)

El uso de implantes recubiertos con HA mejoró la supervivencia de 13,2%. Pacientes con diabetes Tipo 2 tienen mayor riesgo que los pacientes no diabéticos, sin embargo estos hallazgos deben ser confirmados por estudios con un muestreo mayor. ^(22, 27)

Los pacientes diabéticos muestran retraso en la cicatrización de heridas, aumento de la pérdida de hueso alveolar, aumento de enfermedad periodontal, aumento de la destrucción del tejido inflamatorio. El metabolismo óseo y el metabolismo mineral también son alterados.

Sin embargo varios estudios han demostrado el éxito de los implantes dentales en pacientes diabéticos controlados. Los estudios muestran mayor éxito en el uso de implantes revestidos con HA y también con el uso de enjuagues de clorhexidina momentos antes de la cirugía. ⁽¹⁾

Mayores tasas de fracasos se encontraron en pacientes diabéticos de largo tiempo. Aumentando el riesgo de complicaciones micro vasculares, como la neuropatía y la retinopatía. ⁽¹⁾

En modelos experimentales de diabetes, se produce una reducción del nivel de hueso-implante de contacto, esto se puede revertir mediante tratamiento con insulina. ^(1, 14)

En comparación con la población general se ve una mayor tasa de fracaso en pacientes diabéticos. La mayoría de estos fracasos se producen durante el primer año de funcionamiento de carga, aparentemente refiriéndose a las complicaciones microvasculares de esta condición como un posible factor causal. ^(1, 14)

Es necesario tener ciertas consideraciones especiales para la colocación de implantes en pacientes diabéticos. Un buen control de

glucemia plasmática, junto con otras medidas, ha demostrado mejorar los porcentajes de supervivencia del implante en estos pacientes. (1, 14, 16)

Hoy están tratados los pacientes diabéticos con éxito incluyendo en tratamientos con injertos óseos. (16)

3. Discusión sobre la influencia negativa del tabaco

Los riesgos para la salud asociados con el consumo de tabaco han sido exhaustivamente documentados e incluyen aumento de la incidencia de la enfermedad periodontal, mayor riesgo de osteítis después de la cirugía oral y el riesgo para la cicatrización de la herida debido a la hipoxia. (1)

Información relacionada directamente a los implantes dentales, apunta a mayores tasas de fracasos de implantes entre los fumadores que los no fumadores. (1, 2, 5)

Los resultados sugieren que el aumento de los fracasos de implantes en los fumadores no son el resultado de una mala cicatrización o la óseo integración, sino de exposición de los tejidos peri-implantarios al humo del tabaco. (3)

Se sabe que los efectos nocivos del humo del cigarrillo. La nicotina y el monóxido de carbono, son los principales componentes del humo del cigarrillo, parecen ejercer una influencia en la reparación de la herida mediante la inhibición de la epitelización, dañando el componente sanguíneo y generando una hipoxia a nivel celular. ⁽³⁾

Los datos también sugieren que los efectos negativos pueden reducirse por medio de:

- 1) la cesación del hábito de fumar
- 2) el uso de antibióticos preoperatorios
- 3) el uso de implantes recubiertos con HA. ^(1, 5, 27)

El efecto nocivo del tabaco produce:

- 1) aumento en la aparición de enfermedad periodontal
- 2) mayor riesgo de osteítis después de una cirugía oral
- 3) disminución de la cicatrización por la hipoxia producto de la acción vasoconstrictora. ⁽⁵⁾

Un estudio realizado a largo plazo, el seguimiento fue en 8 años, con una muestra de más de 2.900 implantes colocados, en 800 pacientes.

Se evaluó:

- 1) Pacientes fumadores
- 2) Pacientes no fumadores y exfumadores

El estudio reveló un aumento de fracaso en fumadores posterior a la cirugía. ⁽⁵⁾

El éxito en la oseointegración de los implantes en fumadores se aumentó con el uso de: (1, 5, 19)

- 1) antibióticos prequirúrgicos
- 2) implantes recubiertos con HA.
- 3) dejar de fumar

Según algunos autores tendrían la teoría de: que el efecto del tabaco en la curación de las heridas, después de la colocación de implantes, es diferente al efecto posterior a las extracciones dentarias, porque las heridas del implante están cerradas, y la íntima adaptación del implante al hueso el tejido no permite en la misma magnitud, que actué la nicotina con su efecto vasoconstrictor en la zona. (7)

Los tejidos blandos alrededor de los implantes están afectados negativamente por el tabaco. Se ha asociado una mayor incidencia de peri implantitis (inflamación de la mucosa, y aumento de la resorción ósea). (7)

Los fumadores tienen mayor aumento de pérdida ósea en el contorno del implante que los no fumadores. (2)

En estudios realizados por Haas, se encontró mayor aumento de periimplantitis en maxilar que en mandíbula. Uno de los efectos conocidos del tabaco es reducir la densidad ósea. En las fauces de fumadores hay más pobre calidad ósea. (1)

La prevalencia de hueso tipo 4 fue dos veces mayor entre los fumadores en comparación con los no fumadores o incluso con los fumadores ligeros. El uso del tabaco aumenta las tasas de fracaso, el riesgo es mayor en los fumadores crónicos que en los fumadores ocasionales. ⁽¹⁾

El protocolo propuesto por Bain recomienda a los pacientes dejar de fumar por un mínimo de 1 semana antes y por lo menos, 8 semanas después de la cirugía de implantes. ^(1, 2, 4)

Otro estudio demostró que el hábito de fumar es perjudicial para el éxito de los implantes oseointegrados, pero dió independencia de la cantidad de consumo de cigarrillos, no se observó correlación entre los niveles de consumo de cigarrillos < 15 cigarrillos diarios, frente al consumo de 15 o más por día ($p > .99$). ⁽⁶⁾

El porcentajes de fracasos en pacientes fumadores son significativamente mayores (11,28%) que los no fumadores (4,76%), ($p < .001$). Observándose tanto en maxilar como en mandíbula. Las tasas de fracaso se redujo al aumentar la longitud del implante. ⁽⁴⁾

4. Discusión de informes sobre patologías cardiovasculares

La frecuencia de prescripción de implantes dentales exige una mayor atención de la salud, condición sistémica en el tratamiento de criterios de inclusión y de exclusión.

Los riesgos de una alteración en la cicatrización de respuesta en pacientes con ciertos tipos de enfermedades cardiovasculares (ECV), sugieren un posible riesgo de fracaso del implante en estos pacientes especiales. ⁽⁸⁾

Las ECV tienen muchas formas de presentación como son: hipertensión, arteriosclerosis, estenosis vascular, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca congénita.

Las ECV producen un efecto directo sobre el tejido arterial de abastecimiento a través de diferentes mecanismos.

Cada manifestación a su vez puede perjudicar el proceso de curación, ya que depende del suministro de oxígeno entregado por un normal flujo de sangre.

La presencia de oxígeno adecuada aumenta la actividad de fibroblastos, la síntesis de colágeno, el crecimiento capilar y la actividad de los macrófagos, que a su vez impiden la infección en la herida. Estas patologías CV afectan el flujo sanguíneo y reducen la tensión arterial de oxígeno y elementos nutrientes. Por lo tanto son de importancia en el resultado de la oseointegración. ⁽⁸⁾

Otros estudios mostraron que el flujo sanguíneo a nivel de piel sería más pobre en los ancianos y en los pacientes con arteriosclerosis, hipertensión, y anemia. Desde que se sugiere que el proceso de cicatrización de la herida se retrasa en estos pacientes, mayor cuidado se debe ejercer en el tratamiento de sus heridas. La isquemia es perjudicial para la cicatrización de las heridas. (10, 11, 12)

B. CONCLUSIÓN DE LA DISCUSIÓN.

Del análisis realizado, se encontró que no existe un factor sistémico o hábito que sea una contraindicación absoluta para la colocación de implantes oseointegrados en el paciente adulto. (1)

A pesar de que el abandono del hábito de fumar puede mejorar el resultado en la mayoría de los casos. El factor local más importante para el éxito, es la cantidad y calidad de hueso disponible en la zona del implante. (1,5, 19)

Si bien ninguna de las condiciones examinadas anteriormente son contraindicaciones absolutas para la terapia de implantes, una combinación de factores de riesgo podrían proporcionar una contraindicación.

El aumento de la previsibilidad del éxito de los implantes es otra razón por la cual los pacientes deben ser advertidos para dejar de fumar permanentemente. ⁽¹⁾

Las recomendaciones preoperatorios en el paciente fumador son de gran importancia. ⁽³⁾

El conocimiento del tipo de complicaciones que pueden ocurrir en procedimientos dentales, es un aspecto importante de la planificación del tratamiento. ⁽⁷⁾

No parece que en pacientes con estado de salud comprometida aumente la tasa de fracasos del implante. ⁽⁹⁾

Concluyendo, se podría decir que no existe un factor local o general que sea una contraindicación absoluta para la colocación de implantes. Una combinación o sumatoria de factores de riesgo, podría proporcionar una contraindicación absoluta.

No hay que dejar de lado el perfil psicológico del paciente, como se dijo anteriormente los tratamientos con implantes son: costosos económicamente, requieren de largas citas y del compromiso personal del paciente, para cumplir con las indicaciones.

Por último diremos:

“Es de absoluta importancia la utilización de protocolos, que den pautas claras para obtener el éxito de nuestro tratamiento”.

C. DESCRIPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PRE Y POST QUIRURGICOS Y PROTETICOS.

1. Medicación de rutina que recibe la paciente para el control de sus patologías sistémicas: ⁽⁴⁷⁾

1. a- D.B.I.AP:

- .Acción Terapéutica: Hipoglucemiante oral.
- .Composición: cada comprimido: Metformina clorhidrato 850mg.
- .Dosis que toma el paciente: 2 por día.

1. b- CARVEDIL:

- .Acción Terapéutica: Antianginoso. Antihipertensivo.
- .Composición: cada comprimido: Carvedilol 125 mg.
- .Dosis que toma el paciente: 2 por día.

1. c- CARDIOASPIRINA:

- .Acción Terapéutica: Antiagregante plaquetario
- .Composición: cada comprimido: ácido acetilsalicílico 103mg.
- .Dosis que toma el paciente: 2 por día.

1. d- LOTRIAL:

- .Acción Terapéutica: Antihipertensivo
- .Composición: cada comprimido: Enalapril Maleato 0,5mg.
- .Dosis que toma el paciente: 1 por día.

2. Medidas Preoperatorios:

Se tendrá en cuenta:

2. a- Medicación de rutina que recibe el paciente: (47, 57, 60)

1. Cardioaspirina:

Por su acción terapéutica de antiagregante plaquetario, se recomienda la suspensión de la toma 48 horas previas a la intervención quirúrgica.

2. Metformina, Carvedilol y Enapril Maleato:

Se tomaran como de costumbre, no generan interacción medicamentosa.

2. b- Profilaxis antibiótica: (1, 5, 19, 55, 56)

Se aconseja dar una dosis doble de la habitual una hora antes de la intervención para hacer coincidir el pico plasmático del fármaco con el momento de la cirugía.

El antibiótico de elección para la profilaxis es la amoxicilina, especialmente su asociación con ácido clavulánico por vía oral (2 g una hora antes). Debe señalarse que en pacientes alérgicos a la droga se podrá utilizar la clindamicina presentación es en cápsulas 300mg. ampolla inyectable 300mg: 1 amp. Inyectable 600mg: 1 amp.

La profilaxis antibiótica estaría indicada en aquellos pacientes en los que el riesgo de infección postoperatoria fuera alto, como por ejemplo: endocarditis bacteriana, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, diabetes mal controlada, pacientes con déficit inmunitario, portadores de by-pass arteriales recientes, etc.

2. c- Premedicación antiséptica: (1, 44)

La eficacia de la clorhexidina como antiséptico en la cavidad bucal, por medio de enjuagues orales reduce en forma importante la placa bacteriana.

Se aconseja el uso de enjuagues bucales de clorhexidina al 0,02%, de dos a tres veces al día, desde el día antes de la intervención hasta un par de días después de la misma.

El paciente mantendrá el líquido en contacto con la zona intervenida durante 30-45 segundos, luego evitará ingerir alimento alguno durante una hora.

2. d- Indicación sobre el cigarrillo: (1, 2, 4)

Se le recomendará dejar de fumar como mínimo de 1 semana antes y por lo menos, 8 semanas después de la cirugía de implantes.

3. Medidas intraoperatorias:

3. a- Tipo de anestésico local: (48, 49, 50, 51, 58, 59)

Por sus patologías cardiacas se hará hincapié en el uso de anestésico local sin Epinefrina, pudiendo utilizarse por ejemplo, Lidocaína al 2% sin vasoconstrictor.

4. Medidas postoperatorias:

4. a- Antibiótico terapia:

Se continuará con la toma de los antibióticos utilizados en la fase prequirúrgica, completándose 7 días, con tomas cada 12 horas.

4. b- Analgesia y control de la inflamación:

Se aconseja administrar una pauta fija que el paciente debe seguir estrictamente, con esto se conseguirán niveles plasmáticos óptimos, asegurando una correcta analgesia y el adecuado control de la inflamación.

Los fármacos más utilizados para controlar los síntomas postoperatorios son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como el Ibuprofeno.

La dosis de administración 200-400mg/4-6 horas, puede aumentarse a 600mg/6-8 horas, sin pasar de 2400mg/día.

Otros fármacos se pueden utilizar como por ejemplo: Ketorolac, Naproxeno, Piroxicam, Paracetamol; solos o combinados.

Los corticoides son sin duda alguna los fármacos con mayor potencia antiinflamatoria. No están recomendados en pacientes con patologías diabéticas, úlcera péptica, insuficiencia renal, miastenia gravis, embarazo, tendencias sicótico, diverticulitis e hipertensión, estando contraindicados en forma absoluta en casos de tuberculosis, herpes simple ocular, glaucoma, psicosis aguda o alergias.

4. c- Otras medidas a tomar:

1. Dieta:

No ingerir alimentos las primeras 4-6 horas de la intervención, continuando después con una dieta líquida o blanda, preferiblemente fría o a temperatura ambiente, no ingerir alcohol.

2. Reposo:

Ambulatorio, no realizar actividad física importante.

3. Sueño:

Dormir con la cabeza en posición más elevada que el cuerpo.

4. T.H.O:

Evitar el cepillado de las zonas intervenidas para no traumatizarlas, pudiendo utilizarse geles como el parodium que posee en su composición gluconato de clorhexidina al 0.02%, se aconseja el uso de cepillos dentales postquirurgicos los cuales tienen las cerdas extremadamente más blandas.

5. Hielo:

Aplicar durante las primeras 24-48 horas en la zona donde se intervino, con intervalos breves de 10 minutos, para no enfriar en exceso la piel de la zona.

Con la aplicación de hielo se conseguirá reducir el edema y el dolor, disminuyendo el riesgo de hemorragia y de hematomas.

6. Restricción:

No efectuar movimientos de succión (tomar mate), escupir o hacer buches.

5. Medidas protésicas:

5. a- Preparación de pilares vitales: (49)

Por sus patologías cardíacas, habrá que tener siempre presente que tipo de anestésico local a utilizar. Por sus patologías cardíacas se hará hincapié en el uso de anestésico local sin Epinefrina, pudiendo utilizarse por ejemplo, Lidocaína al 2% sin vasoconstrictor.

5. b- Cuidados a tener en la toma de impresión: (48, 49, 50,51, 58, 59)

Los hilos retractores impregnados con adrenalina, en general no parecen estar asociados con importantes efectos cardiovasculares en pacientes sanos o con leve a moderada enfermedad del corazón.

La reducción de la dosis o los anestésicos locales sin vasoconstrictores están indicados en pacientes con enfermedad más importante, la epinefrina y los hilos retractores impregnados deben utilizarse con precaución o evitarse en determinadas situaciones.

D. MEDIDAS DE URGENCIAS: (52, 53, 54, 61, 62)**1. Frente al paciente diabético:****1. a Hiperglucemia:**

La hiperglucemia es el aumento en exceso de glucosa en sangre, se da en pacientes diabéticos.

Las causas: de la hiperglucemia son haber ingerido demasiada comida, o en su caso un fallo por defecto de la medicación para la diabetes (ya sea insulina o comprimidos orales), aunque también puede darse en casos de enfermedad o estrés acentuado.

Los diabéticos a menudo portan tarjetas de identificación que permiten identificar la posible causa del coma.

Síntomas: Los síntomas son todos los contrarios al shock hipoglucémico;

- .Puede haber desvanecimientos o mareos,
- .se pone caliente, colorado con piel seca.
- .mucho sed.
- .ganas frecuentes de orinar.

Tratamiento: Se debe llamar a la ambulancia para traslado y realizar corrección de glucemia lentamente con insulina corriente en guardia médica.

1. b- Hipoglucemia:

La hipoglucemia es la es disminución de glucosa en la sangre. Puede ser una enfermedad en sí misma o aparecer como una complicación de la diabetes.

La glucosa es el alimento del cerebro, absolutamente necesario, consumiendo a diario una media de 120 gr. Cuando la hipoglucemia se presenta en un paciente es porque el valor de la glucosa es inferior a 50mg/dl .La presencia de los síntomas propios de la hipoglucemia, la escasez de glucosa en la sangre y la desaparición de esos síntomas tras estabilizar la glucosa son los tres pilares que caracterizan la hipoglucemia.

Causas: sea cual sea la causa de la hipoglucemia, hay que evitar que se vuelva a producirse. Puede deberse por ejemplo a error en la inyección de la insulina, antidiabéticos orales, enfermedades como insuficiencia hepática, etc.

Síntomas: La hipoglucemia puede o no venir acompañada de síntomas.

Unas veces se ven síntomas claros del descenso del nivel de azúcar en la sangre y otras veces, aparece de manera inesperada. Los síntomas más comunes de la hipoglucemia son: temblor, nerviosismo, sudoración, palidez, debilidad, dificultad para hablar, mareos desmayos, convulsiones, coma.

A veces es difícil diagnosticar una hipoglucemia a los ancianos, ya que no suelen venir acompañados de los síntomas arriba descritos.

Tratamiento de urgencia: Cuando estamos en plena crisis, los alimentos que debemos dar serán aquellos que contengan hidratos de carbono de absorción rápida, ya que su función es elevar los niveles de azúcar de forma automática y transitoria.

Administrar glucosa en forma de azúcar por vía sublingual; si no responde en forma positiva, trasladar al paciente a un centro médico.

El hecho de que sean de absorción rápida, es debido a que en caso necesario, si la hipoglucemia persiste será posible administrarlos de nuevo al cuarto de hora o a la media hora. Posteriormente, cuando hemos superado la hipoglucemia, habrá que ingerir hidratos de carbono de absorción lenta, ya que éstos consolidarán la recuperación. Como son: frutas galletas, leche

2. Frente a descompensaciones cardiacas:

¿Cómo prevenir y como tratarlas si ocurren?

2. a Hipotensión arterial-Hipertensión arterial:

El diagnóstico clínico lo realiza el médico. Nosotros podemos sospechar con algunos signos y síntomas y mediante la toma de presión arterial con un tensiómetro.

Pero cuáles son las manifestaciones y qué debemos hacer hasta que llegue el médico?

Hipotensión: Se sugiere

El paciente puede referir mareos, sueño, debilidad, palidez, frío incluso desmayo.

Generalmente si controlamos su pulso es taquicárdico (acelerado) depende del grado de hipotensión: 1º desaparece el pulso radial, luego el inguinal y finalmente el carotideo (shock)

Se debe recostar y levantar las piernas, si está lúcido se puede dar alguna bebida con sales, lentamente de a "sorbitos" (Gatorade) puede ser por deshidratación o insolación, post diarrea y vómitos intensos, también por una descarga vagal

Hipertensión arterial:

Generalmente si el paciente tiene antecedente de ser hipertenso o de estar medicado y no realizar el tratamiento.

Suele referir cefalea, zumbidos en los oídos, dolor occipital en casos severos puede tener amortiguada la mitad del rostro, desviación de la comisura labial, asimetría de rostro. No puede inflar los cachetes (mejillas), dificultad para hablar, impotencia para mover la mitad del cuerpo (hemiplejía). Esto último es grave, es un accidente cerebro vascular (ACV) (hemorragia cerebral por hipertensión arterial).

Tener presente que se pueden presentar los mismos síntomas con presión arterial normal en los infartos cerebrales (se tapó una arteria, no se rompió). Muchas veces la única manifestación es el sangrado nasal o epistaxis (los capilares sanguíneos se rompen por el aumento de presión arterial, es como un fusible que salva la vida), por lo tanto en ancianos con epistaxis no se debe cauterizar.

Si sospecho que una persona tiene alta su presión arterial elevada:

1. debo llamar a la emergencia.
2. Tranquilizarla.
3. si puedo controlar la presión arterial y constatar que está aumentada es mejor.
4. Si está medicado con algún hipotensor o tranquilizante se puede repetir la dosis que habitualmente toma hasta que llegue la ambulancia.
5. El sangrado de nariz ya explicamos como tratarlo.

Nunca levantar las piernas.

No dar bebidas o alimentos con sal.

2. b Pérdidas de conciencia:

La **consciencia** es un estado en el que el encéfalo permanece en completa vigilia; es decir, donde el cerebro es plenamente consciente de las sensaciones que recibe y de las órdenes que transmite.

La pérdida de consciencia o **inconsciencia**, es el estado en el que el cerebro tiene abolidos determinados actos reflejos y sólo reacciona ante determinados estímulos, en función de la profundidad o grado de inconsciencia alcanzado. En este estado pueden verse afectadas también las reacciones vegetativas.

Existe un estado intermedio, más próximo al de inconsciencia, denominado de **semiinconsciencia**, en el que el cerebro se encuentra aturdido y no está plenamente capacitado para reaccionar normalmente: sus actos son lentos, torpes y confusos. Una persona que se encuentre semiinconsciente, solemos decir que está **desorientada**.

Las causas que originan la pérdida de consciencia pueden ser producidas por:

- Traumatismos mecánicos en el sistema nervioso central (SNC).
- Falta de riego sanguíneo en el cerebro (muerte de sus células por falta de oxígeno).
- Intoxicaciones agudas (de cualquier índole).
- Fallos del propio sistema nervioso central.
- Impresiones fuertes.

Dichas causas se dividen en cuatro grandes grupos:

- **Traumatismos:** tras caídas o golpes violentos sobre la cabeza.
- **Intoxicaciones:** alcohol, drogas, medicamentos.
- **Alteraciones metabólicas:** diabetes.
- **Alteraciones neurológicas:** epilepsia, A.C.V., etc.

En primeros auxilios lo esencial es determinar simplemente la presencia o ausencia de la consciencia (y de las otras constantes vitales) con independencia de la causa que haya motivado su ausencia.

No obstante, veamos la clasificación más simple de las diferentes formas en las que se presenta una pérdida de consciencia.

Según su grado, se clasifican en:

- **Lipotimia:**

Generalmente se trata de un desmayo o desvanecimiento pasajero. Es la pérdida de consciencia breve, superficial y transitoria debida a una disminución brusca del flujo sanguíneo cerebral.

Todo desvanecimiento o desmayo conlleva, como respuesta del mecanismo autónomo de defensa, a una caída; con ello, el encéfalo, pretende asegurar su aporte de sangre, favoreciendo el riego, ante la posible disminución de la presión sanguínea

Causas: Puede estar causada por fatiga, hambre, emoción repentina, lugar poco ventilado, calor, etc.

Síntomas: mareos, sudoración, malestar gástrico, visión borrosa, palidez, etc.

Tratamiento de urgencia: ayudar al paciente a tenderse y levantarle las piernas sobre el nivel del corazón. En caso de que el espacio no ayude siéntelo en una silla, inclínelo hacia delante y colóquele la cabeza entre las rodillas, el tórax o la cintura.

Que esté en un lugar aireado, no expuesto al sol.

Poner su cabeza de lado para evitar que la lengua obstruya la vía aérea, o por si vomita.

No permitirle la incorporación rápidamente.

No darle nada por boca hasta que haya recuperado el conocimiento completamente.

- **Síncope:**

El síncope se presenta de una manera súbita ya que se trata de un paro momentáneo del corazón que origina pérdida total y repentina de la consciencia.

Puede estar causado por una enfermedad cardiaca u otros motivos de origen nervioso. Normalmente se restablece la circulación en 5 a 20 segundos y entonces la palidez viene sustituida por un enrojecimiento, debido a la entrada de la sangre oxigenada en los vasos dilatados de la piel.

Los primeros auxilios se deben limitar a mantener tranquilo y cómodo al enfermo, aflojándole sus vestimentas y buscando ayuda médica. Si la cara enrojece, se pueden elevar ligeramente la cabeza y los hombros, y si palidece se pueden elevar los miembros inferiores. En la epilepsia hay que evitar las autolesiones (mordeduras de lengua) y los traumatismos. Si por cualquier motivo cesa la respiración se debe aplicar respiración artificial.

- **Shock y colapso:**

El colapso es la paulatina falta de riego al cerebro. Mediante la palabra shock (choque) se trata de determinar un estado grave de trastorno circulatorio que ocasiona una disminución importante del riego sanguíneo en la periferia del cuerpo, pudiendo provocar un funcionamiento renal deficiente. En toda lesión grave (herida sangrante, fractura, quemadura extensa o profunda, enfermedades del corazón, intoxicaciones) es probable que aparezca la complicación del shock. A veces es el único indicio de una hemorragia interna gástrica o intestinal.

Este es el llamado **shock hipovolémico**, es decir, el producido por disminución del volumen sanguíneo, pero existen otros tipos que no trataremos y sólo enunciamos a título de curiosidad como son el shock traumático (producido por un fuerte choque emocional) y el shock anafiláctico (producido por una fuerte reacción alérgica a medicamentos o venenos de seres vivos).

Coma:

Es la pérdida de consciencia prolongada, con disminución o ausencia de los reflejos protectores (deglución, tos, mecanismo del vómito (arcadas), etc.) y de reacción ante determinados estímulos externos.

El coma es un estado del que se sale muy difícilmente. Se puede permanecer en coma durante varios años. Generalmente el coma profundo conlleva a la muerte.

Dada la tremenda complejidad para una correcta valoración del grado de profundidad del coma, se han establecido diversos parámetros entre los que se encuentran el Test de Glasgow y el Test Neurológico. El más simple, utilizado en Socorrismo, es el llamado A-V-D-N, que valora la reacción ante distintos estímulos (Alerta-Verbal- Dolor-Ninguno).

E. PRONÓSTICO.

Dada la condición se puede considerar un pronóstico favorable en la medida que el paciente efectuó el tratamiento y un plan de mantenimiento.

F. PLAN DE TRATAMIENTO

Se recomienda empezar por un protocolo específico:

Diagnostico: Paciente de alto riesgo y actividad de caries y enfermedad periodontal.

1- Terapia básica periodontal. ⁽⁴⁴⁾

- Control de dieta
- Control de T.H.O.
- Reeducción y motivación.
- Utilización de índices de PB.
- Utilización de fluoruros.

2- Terapia periodontal. (43,44)

- Desgaste selectivo. (46)
- Placa miorelajante, debido al bruxismo leve y a las facetas de desgaste por la disposición oclusal alterada, se recomienda una placa miorelajante en acrílico termocurado, con guías caninas que favorezcan las desoclusiones posteriores y protección del grupo anterior. (41)

Dadas las características específicas del paciente, en cuanto a sus patologías sistémicas, hábitos tóxicos, perfil psicológico y factores locales. No se recomienda un plan de tratamiento con implantes.

Se recomienda:

1. Plan de Tratamiento N° 1:

1. a- Maxilar Superior:

En el sector anterior: abarcando los elementos 12, 11, 21 y 22, se recomienda la rehabilitación protética con carillas de porcelanas puras, hay compromiso estético y se prefiere un tratamiento conservador. Con la introducción de las carillas en los años 80 se redefinió el tratamiento dental cosmético conservador. (33-35,36-40)

La aceptación rápida de esta técnica se puede atribuir a la facilidad y a la simplicidad del diseño. Las preparaciones de cerámica pura de cobertura completa de la corona requieren el retiro del 63% al 72% (por peso), del peso sin preparación total de la corona. (33- 35,36)

En la preparación del diente para las chapas de cerámica, se quita del 3% al 30% del peso de la corona.

Para una sola restauración de la corona, el retiro de la estructura del diente requerido, para una corona metalo-cerámica es de 4.3 veces mayor que para una preparación de cerámica de la chapa y 2.4 veces mayor que para una preparación de cerámica completa de la chapa. (33-35,36)

Las preparaciones para las coronas de cerámica pura, fueron aproximadamente el 11% menos invasoras que para las coronas metalocerámicas.

Las chapas cerámicas tienen un diseño menos invasivo. Daniel Edelhoff y col., pone énfasis en la utilización de chapas cerámicas ya que atribuye la facilidad y simplicidad del diseño de la preparación. También pone énfasis en los diseños alternativos, que darán resultados óptimos en cuanto al funcionamiento y a la estética, camuflando, triángulos negros (por disminución de la altura de las papilas), restauraciones y decoloraciones dentarias que afectan la sonrisa.

Otro estudio (Christían Stappert y col.) demostró, que los dientes restaurados con tres tipos de chapas del Empress 1 del IPS, tienen una resistencia a la fractura similar a la de los incisivos sin preparación (p= . 555). (35)

También se utilizarán para el tratamiento: carillas de acrílico provisionales, (34) necesarias para la protección de la estructura dentaria. Le dará más estética y comodidad al paciente; también una idea más acabada del trabajo terminado y de sus posibles modificaciones.

En el sector postero lateral derecho abarcando los elementos 15-17, con su correspondiente brecha; se realizará un puente adhesivo, ya que es un tratamiento conservador, debido a que el elemento 15 es un elemento sano ⁽³⁰⁾.

Las dentaduras parciales fijas adhesivas se han convertido en una alternativa a las dentaduras parciales fijas metalocerámicas convencionales.

Distintos materiales y diseño de la preparación del diente exhibieron un patrón similar de la tensión, con un área compresiva definida en el lado oclusal del pónico, una zona extensible en la porción gingival del pónico, y picos extensibles de tensión en las áreas de la conexión del estribo/ del pónico.

Se demostró un componente resistente, que transfería favorablemente la tensión dentro del diente y del complejo de la restauración.

Cuando hay necesidad de un reemplazo estético de un solo diente, con una reducción, como mínimo, invasora del diente y hay una contraindicación del implante o rechazo por parte del paciente, las opciones restaurativas adhesivas son una opción favorable. ⁽³⁰⁾.

Las dentaduras parciales fijas adhesivas son alternativas no sólo de un tratamiento conservador, sino también una alternativa para un solo diente faltante en el sector posterior. ⁽³¹⁾

En el tratamiento que se realizará en el elemento 25, se recomienda: la rehabilitación mediante una corona de porcelana sobre metal.

Se elige este tipo de material debido a que, el componente estético no está tan comprometido, por ser el sector lateral. Como ese elemento ya posee un perno colado, si se utilizara una corona de porcelana pura no tendría sentido (por las características ópticas), hay métodos que pueden mejorar dichas características para que no se transluzca el color del perno colado. ⁽³⁷⁻³⁹⁾

1. b-Maxilar Inferior:

El elemento 45 presenta Rx. tratamiento endodóntico, a nivel apical muestra una radiolucidez compatible con proceso periapical, a pesar que clínicamente la paciente no presenta sintomatología.

Se recomienda retratamiento endodóntico para que el pronóstico sea aceptable.

El tratamiento del sector 45-46, será: Retratamiento de conducto en elemento 45 con colocación de perno colado. Puente metalocerámica abarcando la brecha desdentada. ^(38,39)

Los estudios complementarios de 3 a 5 años en alúmina han demostrado una supervivencia de 88-90%, estos resultados son menos favorables comparados a fpds metalocerámica con índices de supervivencia del 95, 90, y 85% en 5, 10 y 15 años. ⁽³²⁾

CAPITULO III



CAPITULO III

A. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

B. ÍNDICE.

A. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1) - Melanie R. Wood, Stanley G. Vermilyea. "A review of selected dental literature on evidence based treatment planning for dental implants: report of the committee on research in fixed prosthodontics of the academy of fixed prosthodontics". J. P. 2004(92, 5:447-462).
- 2)- Hultin M, Fischer J, Gutafsson A, Kallus T, Klinge B. "Factors affecting late fixture loss and marginal bone loss around teeth and dental implants". Clin. Implant Dent Relat Res. 2000; 2 (4): 203-8.
- 3)- Sherwin Ma, Gastwirth Cm. "Efectos nocivos del tabaquismo en extremidades inferiores, cicatrizacion de heridas". J Foot Surg 1990; 29 (1): 84-7.
- 4)-Bain Ca, Moy Pk. " La asociación entre el fracaso de los implantes dentales y el hábito de fumar cigarrillos". Int J Oral Maxillofac Implant. 1993; 8 (6): 609-15.
- 5) - Lambert Pm, Morris HF, Ochis. "La influencia Del tabaco en 3 años de éxito clínico dental en la óseo integración de los implantes" An Periodontal 2000 Dec; 5 (1): 79-89
- 6) - Joseph Y. K. Kan, Kitichai Rungcharassaeng, Jaime L. Lozada, Charles J. Goodacre. "Effects of smoking on implant success in grafted maxillary sinuses". J. P. 1999; 82:307-11.
- 7)- Charles J. Goodacre, Joseph K. Y. Kan, Kitichai Rungcharassaeng. "Complicaciones Clínicas de los implantes óseointegrados". J. P. 1999; 81: 537-52.
- 8)- Vali Khadivi, James Anderson, George A. Zarb. "Las enfermedades cardiovasculares y los resultados del tratamiento con cirugía óseointegrados." J. P. 1999; 81:533-6.
- 9)- Smith Ra., Berger R., Dodson Tb. " Factores de riesgo asociados a los implantes dentales en pacientes sanos y médicamente comprometidos". Int J Oral Maxillofac implnts. 1992; 7 (3): 367-72.

-
- 10)- Tsuchida Y, Fukuda O, Kamata S. "La correlación del flujo sanguíneo de la piel con la edad, colesterol total, hematocrito, la presión arterial y hemoglobina". *Plast Reconstr surg.* 1991; 88 (5):844-50.
- 11)- Quirinia A, Viidik A. "La influencia de la edad sobre la cicatrización de la piel y heridas isquémicas insicionales". *Mech Dev.* 1991; 58 (2-3): 221-32.
- 12)- Bradley Jc. "La importancia clínica de edad en el suministro vascular de la mandíbula". *Int J Oral Surg.* 1981; 10 (1): 71-6.
- 13) - Pascal Magne, Alemán O. Galucci, Urs C. Belser. "Anatomic crown width/length ratios of unworn and worn maxillary teeth in white subjects". 2003; 89 (5): 453-61.
- 14)- Mellado Valero A., Ferrer Garcia J. "Efectos de la Diabetes en la óseo integración de los implantes dentales". *Medicina oral Patol. Oral ciru bucal.* 2007 jan1; 12 (1): E 38-43
- 15)- Joseph K. Y. Kan, Kitichai Rungcharassaeng, Jay Kiim, Jaime L. Lozada, Charles J. Goodacre. "Factores que afectan la supervivencia de los implantes colocados en el injerto de seno maxilares: un informe clínico". *J.P.*2002; 87: 485-9.
- 16)- Farzad P, Andersson L, Nuberq J. "Implantes dentales en el tratamiento en pacientes diabéticos". *Implant Dent* 2002; 11 (3): 262-7.
- 17)- Weyant Rj, Buró Ba. "Una evaluación de las tasas de supervivencia y de los pacientes dentro de la agrupación de fallas de implantes endosseous oral". *J Dent Res.* 1993; 72 (1): 2-8.
- 18)- Weyant Rj. " Características asociadas a la pérdida y peri-implantitis de tejidos endosseous salud de los implantes dentales". *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1994; 9 (1): 95-102.
- 19)- Orenstein Ih, Petrazzuolo V, Morris Hf, Ochi S. "Variables que afectan a la supervivencia de un solo diente recubierto de hidroxiapatita implantes en maxilares ant al 3 años". *Ann Periodontol.* 2000; 5 (1): 68-78.
- 20)- Cochran Dl, Buser D, Diez Bruggenkate Cm, Weingart D, Tm Taylor, Bernard Jp, Peters H, Jp Simpson. " El uso de la reducción de tiempos de curación en los implantes

ITI con un sandblasted y grabada con ácidos (SLA) . Clin Oral Implants Res. 2002; 13 (2): 144-53.

21)- Ferrigno N, Laurenti M, S. Fanali. "Los implantes dentales colocación en relación en relación con el piso del seno". Clin Oral Implants Res. 2006; 17 (2): 194-205.

22) - Morris Hf, Ochi S, Winkler S." Supervivencia de implantes en pacientes con diabetes tipo 2". Ann Periodontol. 2000; 5 (1): 157-65.

23)- Winkler S, Morris Hf, Ochi S. "Supervivencia de implantes a 36 meses en relación con la longitud y el diámetro". Ann Periodontol. 2000; 5 (1): 22-31.

24)- Lambrecht Jt, Filippi A, Kunzel Ar, Schiel Hj. "A largo plazo de evaluación sumergida y sólida no sumergida ITI". Int J Oral Maxillofac Implants. 2003; 18 (6): 826-34.

25)- Karoussis Ik, Bragger U, Salvi Ge, Burgin W, Lang Np. " Efecto del diseño de los implantes sobre la supervivencia y las tasas de éxito de los implantes de titaneo". Clin Oral implants Res. 2004; 15 (1):8-17.

26)- Quirynen M, De Soete M, Van Steenberghe D. "Riesgos infecciones de los implantes orales: revisión de la literatura". Clin Res implants orales. 2002; 13 (1): 1-19.

27)- Terence E. Donovan, William Becker, Alan H. Brodine, John O. Burgess, Robert J. Cronin, Jamen B. Summitt. "Annual review of selected dental literature: Report of the committee on scientific investigation". J. P. 2007; 98 (1): 36-67.

28) - Denno P. Tarnow, Anne W. Magner, Paul Fletcher. "The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla". J. Periodontol. 1992; 63: 995-996.

29)- Stephane Viennot, Francis Dalar, Guillaume Malquarti "La combinación de prótesis fijas y prótesis removible que usan aleación de crco"..J.P2006 (96; 2: 100-3)

30)- Pascal Magne, Nikolaos Perakis, Urs C. Belser, Ivo Krejci. "Distribución de la tensión en prótesis parciales fijas adheridas embutidas- ancladas, influencia de materiales y preparación del estribo". May 2002 (Vol.87, Issue 5, pages 516-528).Journal of Prosthetic DentistryUniversity of Geneva Switzerland

-
- 31)- Miguel Iglesias, Alfonso Arellano "Prótesis parcial fija embutidas acercamiento conservador para restaurar dientes que faltan en posterior" Journal of Prosthetic Dentistry May 2003 (Vol.89, Issue5, Pages 443-445)
- 32)- Pavel Bradna, Darina "Una descripción de las consideraciones del tratamiento para las restauraciones estéticas". CernaJournal of Prosthetic DentistryDic 2006 (Vol96, Issue 6, Pages 433-442)
- 33)- "Carillas de porcelana pura contra la preparación tradicional de la chapa: una discusión de la extensión ínter proximal." Jeffrey S. Rouse. Journal of Prosthetic Dentistry. Dic 1997 (Vol.78, Issue 7, Pages 545-549) San Antonio, Texas.
- 34) - "Carillas de porcelanas puras provisional: reporte clinico"
Maya Zalkind, Nira Hochman Journal of prosthetic dentistry Feb 1997 (Vol77, Issue 2, Pages 109-110) Hebrew University Jerusalem, Israel.
- 35)- "La longevidad y carga de la falta de chapas de cerámica con diversa preparación de diseño, después de la exposición a un simulador masticatorio".
Christian Stappert. Ummuhan Orden, Tomas Gerds, Jorg R. Strub Journal of prosthetic Dentistry. August 2005 (Vol.95, Issue 2, Pages 132-139)
- 36)- "El retiro de la estructura del diente se asocio a los varios diseños de la preparación para los dientes anteriores". Daniel Edelhoff, John A. Sorensen.
Journal of Prosthetic Dentistry May 2002 (Vol.87, Issue5, Pages University of Aachen Germany.
- 37)- "Una comparación estética de la corona metalo cerámica y abutmet metálico con corona totalmente cerámica y el abutment de zirconio: reporte clínico".
Philip Leong Biow Tan, James T. Dunner Jr. Journal of Prosthetic dentistry
March 2004 (Vol.91, Issue 3, Pages 215-218)
- 38)- "Reconstrucción corono radicular de dientes desulpados: un estudio mecánico" Laurente Pierrisnard, frederic Bohin, Patrick Renault, Michel Barquins.
Journal of Prosthetic Dentistry. Otuber 2002 (Vol. 88, Issue 4, Pages 442-448).
- 39)- "Un modelo para fabricar un poste y una base del molde que es estéticamente cuando esta utilizada debajo de ana corona todo de porcelana" Yehia A. Massoud

Journal of Prosthetic Dentistry. November 2002 (Vol.88, Issue 5, Pages New York).

40)- "Evaluación retrospectivo de 546 coronas anteriores y posteriores de coronas de porcelanas puras, en la practica general". Barry S. Segal Journal of prosthetic Dentistry. June 2001 (Vol.85, issue 6, Pages 544-550).

41)- "Tratamiento de Oclusión y afecciones Temporomandibulares".

Jeffrey P. Okenson.

Quinta edicion, capitulo 15, pagina 507-535.

42)- Alonso, Albertini, Bechelli. Oclusión y diagnostico en rehabilitación oral. (1 ed. 4º reimp. Ed. Panamericana. 2005; 16:433-466)

43)- Gary Armitage. Diagnostico y clasificación de las enf. Periodontales. (Periodontology 2000.2005; 9:9-21)

44)- Spiovano. Factores y nivel de riesgo de las enf. Producidas por biofilm de placa. Revista de la facultad de odontología (UBA). Año 2004.vol19nº47:33-40 y año 2005.Vol. 20 nº48:25.35.

45)- Harrel Stephen. Fuerzas oclusales como factores de riesgo de enf. Periodontal. (periodontology 2000.2004;7:111-17)

46)- Yoshihiro tsukiyama and col. An evidence-based assessment of occlusal adjustment as a tretment for temporomandibular disorders. (Journal of Prosthetic dentistry 2001:86:57-66).

47)- Rodolfo P Rothlin, Mario H. Núñez y col. "Medicamentos Rothlin: de interacciones farmacológicas y productos farmacéuticos". 4ª ed. Buenos Aires: ASMED, 2008.

48)- Bader JD, Bonito AJ, Shugars DA. " Una revisión sistemática de los efectos cardiovasculares de la epinefrina en hipertensos pacientes dentales". Oral Surg Oral Med OralPatholOralRadiolEndod.2002Jun;93(6):647-53.

- 49)- Pallasch TJ. "Vasoconstrictores y el corazón". J Dent Assoc Calif. 1998 Sep; 26(9):668-73,676.
- 50)- Meechan JG, Parry G, Rattray DT, Thomason JM. "Efectos de los anestésicos locales dental en el trasplante cardíaco del receptor". Br Dent J. 2002 Feb 9; 192 (3):161-3
- 51)- McClymont LG, Crowther JA. "Anestesia local con combinaciones de sustancia vasoconstrictora en cirugías de septum". J Laryngol Otol. 1988 Sep; 102 (9):793-5
- 52)- Margaix Muñoz M, Jiménez Soriano Y, Poveda Roda R, G. Carrión. "Las enfermedades cardiovasculares en la práctica dental. Prácticas consideraciones". Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 Mayo 1; 13 (5): E296-302.
- 53)- Julien J. "Complicaciones cardíacas en no-insulino-dependiente diabetes mellitas". J complicaciones de la diabetes. 1997 Mar-Abr; 11 (2):123-30. Enlaces Servicio de Diabetología, Hotel-Dieu de París, Francia.
- 54)- Nunn P. "Urgencias médicas en la atención de la salud oral". J Dent Hyg de Verano 2000; 74 (3):238-9.
- 55)- Fonseca SN, Kunzle SR, Junqueira MJ, Nascimento RT, de Andrade JI, Levin AS. "La aplicación de dosis de profilaxis antibiótica para la prevención de sitio quirúrgico infection". Arch Surg. 2007 Jun; 142 (6):576-7
- 56) - Dion YM, Richards GK, Prentis JJ, EJ Hinchey. "La influencia de la oral versus parenteral preoperatorio de metronidazol en la sepsis siguientes cirugía de colon". Ann Surg. 1980 Ago; 192 (2):221-6.
- 57)- Krishnan B, Shenoy NA, Alexander M. "Exodoncia y tratamiento antiplaquetario terapia". J Oral Maxillofac Surg. 2008 Oct; 66 (10):2063-6.
- 58)- Moore PA, Hersh EV, Papas AS, Goodson JM, Yagiela JA, Rutherford B, Rogy S, L. Navalta. "Farmacocinética de lidocaína con epinefrina después de anestesia local con inversión fentolamina mesylate". Anesth Prog. Verano de 2008; 55 (2):40-8.

59) - Berlin J, Nusstein J, Reader A, Beck M, Tejedor J."Eficacia de la lidocaína y carticaina en una de las principales intraligamentosa inyección administrada con un ordenado controlado por anestésico local entrega system".Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005 Mar; 99 (3):361-6.

60)- Moreira P, Filho PM, Silva EA, Weksler C, Tura BR, Fonseca Mda G, Cunha AB, Fischer RG." Efecto del tratamiento periodontal sobre anticoagulación oral en pacientes con enfermedad del corazón.Cardiol Rev puerto. 2007 Oct; 26 (10):977-89.

61)- Hwang D, Wang HL." Contraindicaciones Médicas a la terapia de implantes: parte I: absoluta contraindicaciones".Implante Dent. 2006 Dic; 15 (4):353-60.

62)- Hwang D, Wang HL. "contraindicaciones médicas a la terapia de implantes: Parte II: contraindicaciones relativa".
Implante Dent. 2007 Mar; 16 (1):13-23.

B. ÍNDICE

PARTE I:	2
A. OBJETIVO DEL TRABAJO	3
B. INTRODUCCIÓN	3
PARTE II: DESARROLLO	7
CAPITULO I:...	9
A. HISTORIA CLÍNICA	11
1. Datos del Paciente.....	11
2. Motivo de la Consulta.....	12
3. Antecedentes médicos.....	12
3. a. Antecedentes Médicos generales.....	12
3. b. Perfil Psicológico.....	13
3. c. Hábitos Tóxicos.....	13
4. Antecedentes Odontológicos.....	14
4. a. Antecedentes Odontológicos generales.....	14
4. b. Odontograma.....	16
B. ESTUDIOS ESTÁTICOS, CLÍNICOS Y RADIOGRÁFICOS	17
1. Hallazgos Clínicos Generales.....	17
2. Análisis de las Estructuras Periodontales.....	21
3. Análisis de Parámetros Estéticos.....	22
4. Evaluación de los Elementos Dentarios por Sectores.....	25
5. Estudios complementarios.....	40
C. ANÁLISIS FUNCIONAL (CLÍNICO Y SOBRE MODELOS)	41
CAPITULO II:	44
A. DISCUSIÓN	46
1. Discusión: Influencia en el Paciente Diabético.....	46
2. Discusión: Influencia Negativa del Tabaco.....	47
3. Discusión: Influencia de Patologías Cardiovasculares.....	53

B. CONCLUSIÓN.....	54
C. DESCRIPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PRE Y POST QUIRURGICOS.....	56
D. MEDIDAS DE URGENCIAS.....	63
E. PRONOSTICO.....	72
F. PLAN DE TRATAMIENTO.....	72
CAPITULO III:	77
A. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
B. ÍNDICE.....	86