

Proyecto de Graduación

**Universidad Latinoamericana de Ciencia y
Tecnología**

Alumno: Juan Alvarado

Profesor: Pedro Hernández

Profesor Guía: Agustín Sáenz

Tipo de Proyecto: Caso Clínico

**Tema: Restauraciones endodónticas y
protésicas en paciente con problemas
estéticos y funcionales por caries
avanzada.**

Fecha: 27/08/08

Resumen

En el siguiente trabajo se realizará la rehabilitación total de una paciente haciendo énfasis en la estética de la parte anterior de la boca, y funcional de la parte posterior.

Los principales procedimientos con que se tratará a la paciente son endodoncias en los centrales superiores y en las primeras premolares superiores, a las cuales se les restaurará posteriormente colocándoles un endoposte prefabricado a cada una y luego una corona también a cada una.

En la parte inferior de la boca se le colocará una prótesis parcial removible y se enfatiza en un problema que presenta la paciente durante todo el tratamiento por el constante acumulo de cálculo en anteriores inferiores.

Todos los tratamientos fueron realizados sin presentar problema alguno y la rehabilitación cumplió a cabalidad las expectativas del operador y de la paciente la cual se mostró agradecida al final del tratamiento por los objetivos realizados.

Se recuerda que el único problema que presentó el caso clínico fue el constante acumulo de cálculo que presentaba la paciente; por esto, luego de terminado el tratamiento en la clínica se indica a la paciente citas mensuales de revisión para controlar el problema, además de las debidas medidas de higiene que debe mantener la misma en el hogar.

Abstract

In the following project I performed a full healing treatment of a female patient, making emphasis in the esthetic of the front side of the mouth; and functional to the back end of the mouth.

The main procedures performed to the patient were “endodontic treatments” to the above front-central pieces and to the first above premolars. These were later restored making a prebuilt-endoposte to each one; and later a crown to each one as well.

In the bottom side of the mouth I placed a removable partial prosthesis, making emphasis to an issue that the patient showed during the entire treatment, it constantly showed residues of tartar in the bottom back pieces.

All treatments were performed successfully with no complications. Also, the recovery met all the expectations of the performer and the patient whom showed a lot of gratitude and satisfaction for the results obtained.

The only issue showed by this case was the constant accumulation of tartar by the patient. Upon finishing the treatment at the clinic, we schedule the patient for monthly appointments to control this condition, as well as suggestions for personal hygiene habits that she must have at home from now on.

Índice

Introducción.....	5
Antecedentes.....	6
Objetivo	7
Marco teórico.....	8
Caso clínico	17
Descripción del caso.....	17
Diagnóstico.....	18
Pronóstico.....	19
Plan de tratamiento.....	20
Evolución del caso.....	21
Análisis de resultados	27
Conclusiones.....	28
Recomendaciones	29
Bibliografía:.....	30

Introducción

La odontología general y restauradora consiste en el diagnóstico de todos los problemas relacionados con la salud y la función de la sonrisa, incluidos el tratamiento y la reparación de dientes, encías y tejidos fracturados, infectados o dañados de alguna u otra forma.

Los dentistas generales actúan como proveedores de atención primaria para sus pacientes, verifican sus necesidades de salud bucal y coordinan el tratamiento con especialistas cuando es necesario. Un dentista general realiza diversos servicios que incluyen todo tipo de procedimientos desde los cuidados preventivos hasta el reemplazo de los dientes perdidos.

Conociendo la importancia de la odontología y estando consiente de que presenta diversos problemas intraorales, la paciente E.F.A se presenta a la clínica de especialidades odontológicas de ULACIT. Allí se procedió a realizar la respectiva apertura del expediente en el cual se toman modelos de estudio, índice de placa, índice de sangrado, sondaje, se toman las debidas radiografías y se le explican las adecuadas indicaciones de higiene oral.

Luego de haber realizado el debido estudio del caso, se concluye que dicha paciente presenta fracturas múltiples y restauraciones en mal estado que afectan el aspecto estético de sus dientes anteriores, además de dificultades masticatorias por la fractura de ambas primeras premolares superiores y ausencia de varias molares y premolares inferiores. Por lo anterior se procede a presentarle a la paciente el plan de tratamiento donde la misma acepta y se compromete a asistir a las citas para cumplir con su rehabilitación.

Antecedentes

Tomada en cuenta la importancia de esta rehabilitación y al estudiar el caso, se va a hacer referencia a los siguientes antecedentes con el fin de ampliar el panorama de esta rehabilitación.

Debido a la rehabilitación endodóntica, se debe mencionar los materiales que se podrían y el que se debe utilizar para obturar el conducto como menciona la Dra. Liliana Guerra de la Universidad Central de Venezuela, (1988) la cual enfatiza que “con anterioridad al siglo XIX, el relleno del conducto radicular se limitaba a la utilización del oro. Posteriormente las obturaciones con diversos metales, como el oxocloruro de zinc, la parafina y las amalgamas, tuvieron grandes grados de éxito y satisfacción. Pero la evolución continuó, hasta llegar a la gutapercha tan usada en nuestros días”.

Al observar que en la arcada inferior la paciente refiere una extensión distal, se le planteó la rehabilitación con implante, el cual dicha paciente no aprueba por cuestiones económicas. Por lo tanto se apoya el punto de vista del Estudiante Javier Leonardo Martínez Trellez, (2003) “En algunos casos, el mejor tratamiento es una prótesis parcial removible, que puede proporcionar apoyo a través del arco, estabilizar los dientes en una posición determinada, y juntar a los restantes en una unidad positiva. Restaura la función y controla la dirección de la fuerza contra los tejidos y los dientes restantes. La prótesis removible es rígida, bilateral, repone estructuras faltantes y puede proveer excelente control de la posición dental, la oclusión y la unidad de la arcada”.

Como se realizarán coronas en lugares distintos de la arcada superior, se retoma el punto de vista del Dr. E. Fernández Bodereau y Dr. Pablo Naldinib, (1998), los cuales hacen referencia en que “la línea de terminación es el corolario a nuestra preparación dentaria, que garantiza la integridad marginal, mecánica, biológica y estéticamente, pudiendo ser de diferentes conformación, según el sistema de restauración que se planea realizar. Los diferentes sistemas de restauraciones coronarias completas son: metálicas, metaloplásticas, metalocerámicas y cerámicas, teniendo cada una indicaciones específicas determinadas por las exigencias restaurativas del caso”

Objetivo

En dicha rehabilitación se quiere lograr una completa recuperación de la funcionalidad masticatoria producida por la ausencia y fractura de diversas piezas posteriores del paciente y mejorar la estética debido a las diversas fracturas y restauraciones en mal estado con las cuales se presentó la paciente al consultorio antes de comenzar el tratamiento.

Marco teórico

Para tener una completa rehabilitación de un paciente con las características mencionadas, se debe iniciar considerando los conocimientos básicos de lo que se va a realizar. El termino endodoncia, proviene del griego Endo que significa "dentro" y Odontos que significa "diente". Eso conduce a la pregunta ¿Qué es el tratamiento endodóntico o una endodoncia? El tratamiento endodóntico trata el interior del diente. Si una caries infecta la cámara donde se encuentra el nervio, la única forma de salvar el diente sin extraerlo es con un tratamiento del conducto radicular.

Dentro de la dura cubierta exterior del diente hay una pulpa formada por vasos sanguíneos, vasos linfáticos y nervios que nutren al diente. Los conductos radiculares que contienen la pulpa se extienden hasta la parte terminal de la raíz llegando al hueso.

Una caries profunda o una lesión en la superficie del diente puede ocasionar graves daños e infecciones en los nervios y vasos de la pulpa. La endodoncia o tratamiento de conductos consiste en limpiar la cámara pulpar, así como los conductos infectados y colocar después un material de obturación para sellar esos espacios que fueron previamente limpiados y desinfectados.

¿Qué es un conducto radicular? Los conductos radiculares son los canales huecos que van desde la cámara central a la parte inferior de las raíces del diente. El tratamiento endodóntico del conducto radicular es llamado frecuentemente tratamiento de conducto, aunque los endodoncistas y otros profesionales en el campo de la odontología hacen referencia a él como procedimiento, terapia o cirugía del conducto radicular.

Para saber si es necesaria una endodoncia se debe tomar en cuenta la condición de la pulpa, ya que el tratamiento es necesario cuando la pulpa dental se inflama o se infecta. Puede haber varias causas de inflamación: caries profunda, procedimientos dentales repetitivos, una fractura en el diente debido a algún golpe, etc. Si la inflamación o la infección de la pulpa no se tratan, puede causar dolor y formar un absceso.

Las señales de una pulpa afectada son: dolor espontáneo, sensibilidad prolongada al frío o al calor, cambio de color del diente, inflamación y molestia en la encía alrededor del diente afectado. Sin embargo, en algunas ocasiones estos síntomas pueden no presentarse.

Para realizar dicho tratamiento se comienza por la eliminación de las zonas dañadas del diente. Por lo general, esto se realiza bajo anestesia local, de modo que el tratamiento de conducto habitualmente no es más incómodo que la realización de un empaste. Una vez que el endodoncista ha abierto una brecha en la cámara pulpar, es posible que se inyecte más anestésico directamente en el nervio del diente. Esto alivia en forma eficaz cualquier otro dolor.

El endodoncista elimina el tejido dentro de la cámara pulpar y limpia todo tejido nervioso remanente de los conductos radiculares. Una vez que se ha eliminado el tejido pulpar dental, el dentista ensancha ligeramente el conducto radicular y endereza la cámara pulpar para prepararla para el empaste. Posteriormente, el interior del diente se desinfecta.

Cuando el diente se ha preparado adecuadamente, el endodoncista obtura el conducto radicular con un material similar al caucho llamado empaste de gutapercha. La cámara pulpar se llena con algodón y se utiliza un empaste provisorio para sellar la apertura. Durante una visita subsiguiente, el endodoncista saca el empaste provisorio, rellena la cámara pulpar con un material de refuerzo central y luego repara el diente con un empaste o una corona. En esta visita, el endodoncista también examinará en busca de complicaciones, tales como posibles infecciones.

Ya terminada la parte de eliminación de focos de infección, se inicia la preocupación por la arcada superior, estando conscientes de que la odontología estética hace referencia a una infinidad de tratamientos dentales diseñados para mejorar la sonrisa y corregir los dientes astillados, agrietados, manchados y con espacios asimétricos. Desde carillas de porcelana hasta empastes del color del diente, los pacientes pueden elegir de una variedad de soluciones de la odontología estética para restaurar la salud y la vitalidad de su sonrisa.

Antes de comenzar cualquier tipo de restauración protésica, se debe recordar que los tratamientos endodónticos debilitan estructuras dentarias, por lo que se recomienda la colocación de endopostes prefabricados para apicalizar las fuerzas y que las piezas no se fracturen. Dicho tratamiento se realiza con unas fresas gates o limas peeso eliminando la obturación de 2/3 de la raíz respetando 1/3 de la obturación, después se elige el endoposte dependiendo del calibre del conducto. Luego se toma una radiografía en la cual el conducto se debe ver como cuando estaba obturado, es decir, sin ningún espacio radiolúcido. Después se el endoposte con una fresa de diamante 2 mm por debajo de la línea oclusal, luego de cortado se acondiciona el conducto y el endoposte, se deja actuar por 1 minuto, después se lava el conducto y se seca con puntas de papel, se coloca ácido grabador 30 segundos tanto en el conducto como en el endoposte. Después de que se lava y seca perfectamente, se coloca el adhesivo que viene con el endoposte y se retira el excedente antes de fotopolimerizarlo, de lo contrario el endoposte se desajusta a que no baja todo, y por último se coloca la resina dual en el endoposte y se introduce en el conducto, se retiran los excedentes de resina y se fotopolimeriza 1 minuto.

Para iniciar se preparan las piezas que posteriormente se van a restaurar. Para esto se debe tomar en cuenta el grado de destrucción coronaria, la historia clínica general y dental, la edad, biotipo facial, exigencias, demandas y expectativas estéticas, durabilidad, posibilidades económicas y disposición del paciente. Entonces, la solución restaurativa puede requerir desde los procedimientos más conservadores, como la odontología adhesiva y frentes laminares de porcelana, hasta los más invasivos, como restauraciones coronarias completas, puentes o incluso implantes.

Los pasos o etapas y las técnicas de tallado o acondicionamiento de estos elementos deben respetar un protocolo básico, que puede variar según la bibliografía, pero el fundamento es invariable.

Escencialmente, estos pasos son:

- Reducción oclusal.
- Reducción proximal.
- Reducción vestibular y lingual.
- Reducción proximal.
- Preparación del margen cervical o línea de terminación.
- Terminado y pulido final de la preparación.

La siguiente descripción se centrará específicamente en la preparación del margen o terminación gingival, la cual se denomina como la zona donde termina la preparación. Esta dependerá del tipo de restauración que se realice, del sector dentario y de la ubicación bucal. Representa la culminación de una preparación racional y entre sus objetivos se pueden citar los siguientes: permite una adecuada visualización de la magnitud de tejido desgastado en sentido axial y apical, su nitidez ayuda a determinar la exactitud de la impresión tomada en esas localizaciones, facilita la correcta delimitación del troquel y la evaluación de la adaptación de la restauración, tanto sobre el troquel como clínicamente.

Como se ha mencionado anteriormente, existen distintas formas de terminación: chanfer o chaflán, chanfer con bisel, hombro recto, hombro recto con bisel y ángulo interno redondeado y filo de cuchillo, borde en cincel o bisel difuso.

El chanfer es quizás la terminación de preferencia por su sencillez y conservación de tejido, permite un adecuado escurrimiento del medio cementante y establece un límite definido. Su espesor es inadecuado cuando se pretende conseguir una buena estética o una resistencia mecánica. Su tallado se realiza con una piedra flama. Cuando se necesite la incorporación de un frente estético en la restauración, se deberá realizar un chanfer más profundo; su mayor espesor le confiere resistencia a la deformación mecánica y térmica. Este chanfer acentuado se realiza con una piedra troncocónica de extremo redondeado o una flama de diámetro más grande.

A esta terminación se le puede añadir un bisel, con la finalidad de reducir la brecha o gap de desadaptación marginal de la restauración, permitiendo un acoplamiento más preciso en función de la angulación del mismo; su tallado se realiza con una piedra cilíndrica con punta en techo de rancho, en 90° o cónica, o una fresa múltiple filo en forma de flama.

El hombro recto es un tallado marginal nítido y categórico, requiere mayor profundidad de desgaste que el chanfer, y otorga resistencia a las restauraciones; contrariamente, su ajuste marginal es deficiente. Es conveniente que su ángulo interno o axiokingival tenga conformación redondeada, lo que permite una mejor impresión, minimiza las deficiencias técnicas de laboratorio, favorece el escurrimiento del cemento y el asentamiento final de la restauración evitando concentraciones de fuerzas en esa zona.

Su tallado se realiza con una piedra troncocónica de extremo plano con ángulos redondeados. Para mejorar su adaptación marginal podemos añadir un bisel conformando lo que se denomina “hombro recto con bisel y ángulo interno redondeado”, el cual preserva los beneficios del hombro recto como buen espesor de desgaste, que brinda resistencia a la restauración y espacio para la incorporación de materiales estéticos y contrarresta su ajuste marginal deficiente. Este diseño es muy utilizado porque combina potencial estético, de resistencia y precisión. Su tallado se realiza con una piedra troncocónica de extremo plano con ángulos redondeados, y el bisel con una piedra cilíndrica con punta en techo de rancho, en 90° o cónica, o una fresa de múltiple filo en forma de flama.

Los márgenes en filo de cuchillo, borde en cincel o bisel difuso son escasamente nítidos, quedando relegados a situaciones comprometidas, como en los dientes con relación tejido duro-pulpa desfavorable o inclinados para evitar un mayor desgaste, como el que exigiría un chanfer o un hombro. Es un tallado muy conservador del tejido dentario y respetuoso con la integridad pulpar, pero no es aconsejado por su escasa nitidez y escasa reducción dentaria, lo que provoca restauraciones muy delgadas y poco resistentes, pudiendo acarrear problemas técnicos durante el colado del metal, como un deficiente cubrimiento o deformaciones del mismo por liberación de tensiones acumuladas.

Para lograr mayor resistencia hay que incrementar el espesor del metal, lo que conlleva una restauración sobrecontorneada. Su exigua delimitación no permite evaluar con exactitud la adaptación de la restauración además, su espesor limita la posibilidad de utilizar materiales estéticos. La ubicación de la línea de terminación debe tender a alejarse de la encía siempre que sea posible, pero hay situaciones en que nos vemos obligados a localizarla subgingivalmente como al remover caries u obturaciones en esa zona ante la necesidad de mayor extensión a fin de lograr una mayor longitud del pilar para una retención adicional, pobre higiene oral, susceptibilidad a las caries o simplemente por razones estéticas, evitando la visualización del margen de la restauración, siempre que las características morfológicas de la encía lo permita.

La localización supragingival posibilita la correcta evaluación de la línea de terminación, tanto en la boca como en la impresión y el modelo, a la vez que preservamos la salud periodontal. Si se debe operar dentro del crevice gingival habrá que observar las medidas necesarias para no producir ninguna lesión sobre los tejidos gingivales durante las maniobras operatorias. Durante estas maniobras, los tejidos blandos serán separados preventivamente del instrumental rotatorio a través de la colocación de hilo retractor o la utilización de instrumental de mano.

Estas maniobras pueden causar alguna alteración, aunque de carácter transitorio, en relación con la lesión permanente que produce el instrumental rotatorio al cortar el tejido, alterando su conformación marginal, especialmente de forma vestibular, donde resultan más vulnerables y susceptibles a las lesiones causadas.

Terminado el proceso de preparación, se realiza en el laboratorio la confección de las coronas, de las cuales se utilizarán dos tipos diferentes, comenzando por las coronas anteriores. Estas serán de cerámica sin metal, pueden estar confeccionadas de porcelana, resinas o materiales dentales cerámicos. Dichas coronas crean una apariencia extremadamente natural. El material cerámico del color del diente es translúcido, como el esmalte de los dientes naturales, y se puede imitar el tamaño y la forma en detalle para complementar al resto de su sonrisa.

Sin embargo, las coronas dentales cerámicas no son tan resistentes como las coronas metálicas y no funcionan tan bien en los dientes posteriores, que soportan mucha presión de la oclusión y la masticación.

Ya confeccionadas las coronas de los anteriores, se confeccionan la de los posteriores, las cuales se realizan de porcelana fundida sobre metal y son más fuertes que las versiones cerámicas puras. No obstante, sus casquetes metálicos dan una apariencia opaca a estas coronas. Debido a que carecen de la calidad reflectante de los dientes naturales, las coronas de porcelana fundida sobre metal no son tan discretas como las coronas de cerámica sin metal. Asimismo, con este tipo de corona y con el paso del tiempo, es posible que se vea una franja delgada de metal a lo largo de la línea de la encía.

Una vez rehabilitada la arcada superior, se enfatiza en la arcada inferior, a lo que se debe se le colocara una prótesis parcial removible, por lo que se debe tener presente conceptos importantes como el de prótesis, que son aparatos dentales removibles que reemplazan los dientes perdidos. A diferencia de los implantes y puentes dentales, que se fijan en forma casi definitiva al hueso, las prótesis son dientes protésicos anexados a una estructura de soporte.

Las prótesis se pueden sacar por la noche, para limpieza, o siempre que se desee. Las prótesis más asequibles son las confeccionadas de dientes protésicos plásticos tradicionales, pero incluso el costo de las prótesis estéticas de porcelana más costosas generalmente es menor que el costo de los implantes.

Los distintos tipos de prótesis son retenidas en la boca de tres maneras diferentes:

- Sobre la mucosa: encías y paladar (bóveda palatina).
- En dientes propios del paciente: en forma de ganchos (retenedores).
- Sobre implantes: podrán ser prótesis fijas y removibles.

Según esta retención podemos clasificar las prótesis como:

- Mucosoportadas: se apoyan exclusivamente sobre la mucosa bucal.
- Dentosoportadas: se apoyan en piezas dentarias propias del paciente.
- Implantosoportadas: se apoyan sobre implantes dentarios.
- Mucodentosoportadas: Se apoyan en la mucosa y en los dientes propios del paciente.
- Mucoimplantosoportadas: Se apoyan sobre la mucosa bucal e implantes dentarios.
- Dentoimplantosoportadas: Se apoyan en dientes del paciente y en implantes dentarios.

Dentro de las prótesis removibles tenemos:

- Prótesis completa mucosoportada.
- Prótesis completa implantomucosoportada.
- Prótesis parcial removible dentomucosoportadas: acrílicas y esqueléticas.

Una modalidad de la prótesis es la parcial removible, la cual es dentomucosoportada, por tanto se sujeta en los dientes del paciente y en la mucosa.

Se les llama parciales porque no hay falta de todas las piezas dentarias, solo faltan algunas, y el diseño del aparato permite que el paciente se lo pueda sacar de la boca cuando quiera.

Si la base que soporta las piezas dentarias es de acrílico, decimos que es una prótesis parcial removible acrílica, y si la base es metálica decimos que es un esquelético o prótesis esquelética.

El apoyo sobre las piezas dentarias puede ser con retenedores o ganchos y mediante anclajes o attaches

Los retenedores suelen ser metálicos, y rodean a la pieza dentaria sujetando la estructura base de la prótesis. Al ser antiestéticos se han buscado otras soluciones, por ejemplo hoy se confeccionan de color blanco, pero con efectividad variable.

Los anclajes son un sistema de retención de las prótesis que consiste en apoyar la prótesis en un sistema macho hembra que queda por debajo de la estructura metálica de la prótesis y al eliminar los retenedores visibles, tienen un efecto estético favorable.

Es necesario realizar coronas en las piezas que van a sujetar la parte hembra del anclaje irán en la parte posterior y en ella encajará la parte del esquelético, que suele ser una bola o un elemento rectangular y al entrar quedará la prótesis retenida. Hay anclajes extracoronarios e intracoronarios, cambia la disposición del anclaje, pero el objetivo es el mismo.

Caso clínico

Descripción del caso

Al presentarse la paciente a la clínica y expresar sus molestias, se le realizaron los debidos estudios y se llegó a la conclusión de que específicamente la paciente presentaba:

- APP: No refiere
- APNP: No refiere
- APF: Padre y hermanos con diabetes tipo II y madre con osteoporosis
- AA: No refiere
- AQ: No refiere

Ausencia de las piezas: 1.8, 2.8, 3.8, 3.6, 4.5, 4.6, 4.8

Fractura de las piezas: 1.4, 2.4

Movilidad avanzada en: 3.5, 3.7

Obturaciones en mal estado y caries residual en: 1.1, 1.2, 1.3, 1.5, 1.6, 1.7, 2.1, 2.2, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.7, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4

Bolsas periodontales en: 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 4.3



Diagnóstico

Al analizar el caso se puede diagnosticar que la paciente presenta:

- Periodontitis leve localizada en la zona de los anteriores inferiores de origen bacteriano.
- Además de necrosis pulpar de origen bacteriano por causa de la caries residual en 1.1 y 2.1.
- Necrosis pulpar por causa de fracturas sin tratar de las piezas 1.4 y 2.4.
- Movilidad clase III de las piezas 3.5 y 3.7.
- Además de múltiples obturaciones en mal estado en el resto de piezas presentes en boca.

Pronóstico

Gracias a las condiciones en las que se presentó dicho paciente a la consulta y luego de un arduo examen clínico y estudio del caso, se llega a la conclusión de que el pronóstico en general de la boca del paciente es bueno. Tomando en cuenta que dos de las piezas dentales 3.5 y 3.7 eran las que contaban con un mal pronóstico por tanto fueron extraídas para la debida restauración protésica de la arcada inferior de la paciente.

Plan de tratamiento

- Se iniciará el plan de tratamiento con la parte higiénica tratando la periodontitis con raspados y alisados manuales eliminando los focos infecciosos.
- Se confeccionará una prótesis parcial removible inferior para reponer la funcionalidad masticatoria.
- Se continuará realizando endodoncias en 1.1, 2.1, 1.4, 2.4.
- Se colocarán endopostes prefabricados en las piezas en las que se realizó el tratamiento endodóntico con el fin de reforzar la pieza tratada.
- Se continuará colocando coronas completas en las ya mencionadas piezas con el fin de reponer estética y funcionalidad.
- Por último se cambiarán las operatorias en mal estado presentes en la paciente.

Evolución del caso

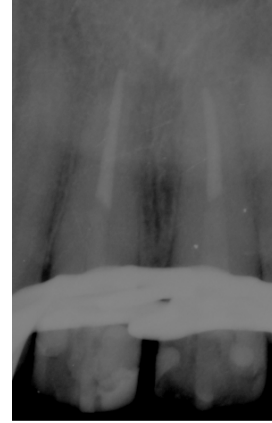
Para iniciar el tratamiento se le realiza al paciente la fase higiénica con sesiones de raspado y alisado manual por hemiarcada. Se organizan las sesiones que necesita el paciente de raspado y alisado durante todo el tratamiento para mantener el sector de anteriores inferiores libre de cálculo ya que siempre que regresa a la consulta presenta cálculo en dicho sector.

Luego de estabilizar al paciente higiénicamente y tomar las medidas específicas para mantenerlo estable, se procede a realizar los tratamientos de nervio específicos para las piezas 1.1 y 1.2, debido a que por cuestión estética la paciente informa que le quiere dar prioridad al sector delantero.



Ya terminadas las endodoncias se le realizan a las piezas 1.2 y 2.2 operatoria clase tres y clase cuatro con resina para ir mejorando la estética del sector anterior del paciente.

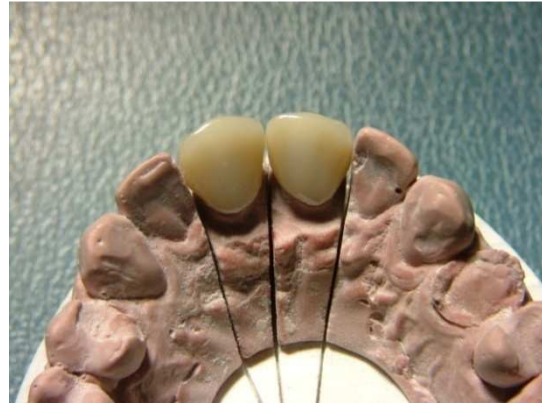
Una vez restauradas estas piezas con operatorias, se prosigue con restauración de los centrales superiores colocándoles un endoposte prefabricado a cada pieza por individual.



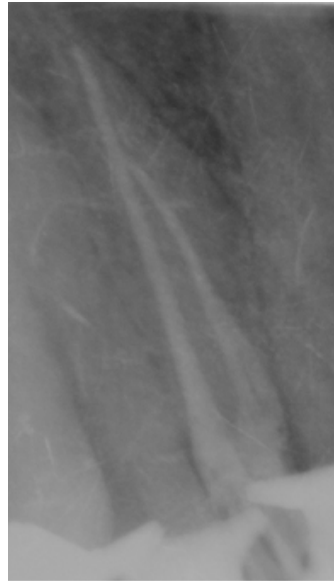
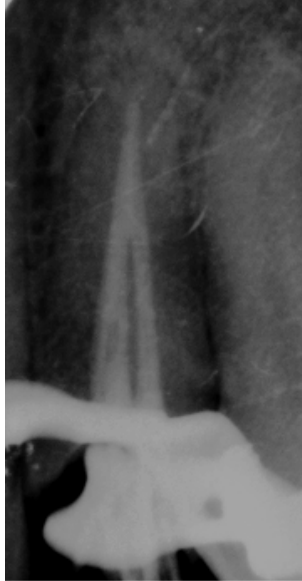
Ya colocados los aditamentos para fortalecer las piezas se procede a prepararlas con un desgaste circunferencial para darle a cada una la restauración específica la cual es una corona completa de porcelana.



Cuando las piezas están debidamente preparadas se les toma la impresión y se envía al técnico para que realice las preparaciones en porcelana. Ya cuando las coronas están realizadas se cementan en el paciente con un material adecuado para que no se trasluzca y afecte el color de la porcelana.



Luego de haber terminado el sector anterior se continúa con la parte posterior para recuperar la funcionalidad. Por prioridad, con el fin de eliminar focos infecciosos, se inicia con la parte superior realizando endodoncias biradiculares en las piezas 1.4 y 2.4.



Ya tratadas endodónticamente se coloca el endoposte prefabricado respectivo para cada pieza.



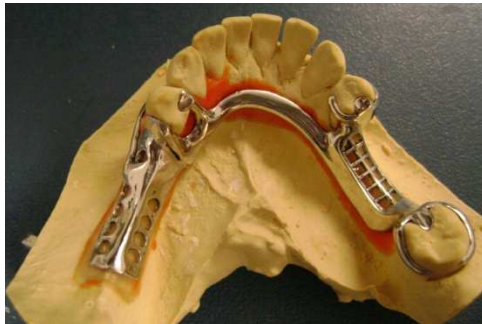
Terminado el proceso endodóntico y de refuerzo de estas dos piezas se procede al desgaste circunferencial para colocar las coronas.



Al igual que los centrales superiores se le toma la impresión a las preparaciones y se envía al técnico dental para que realice las coronas. Una vez en el consultorio se cita al paciente y se le cementan.



Finalizada la rehabilitación de la arcada superior se procede con la inferior, realizando apoyos específicos en algunas piezas y tomando una impresión. Esta va a ser enviada posteriormente al técnico para que realice una estructura de cromo cobalto, la cual debemos ajustar en la boca del paciente con la finalidad de que entre y salga en los espacios edentulos sin causar trauma alguno.



Cuando este metal se ajusta bien en el paciente se reenvía de nuevo al técnico para que este le añada con acrílico los dientes en los espacios edentulos y luego se lo coloca de nuevo al paciente.



Ya terminada la rehabilitación del paciente se pactan citas control a los 8 días, luego a los 15 días y luego al mes para constatar que la rehabilitacion tuvo los resultados esperados y no generó ningún tipo de problema.

Análisis de resultados

La mayor complicación que presentó el paciente durante todo el tratamiento dental fue el constante acumulo de cálculo dental en la zona dental específica de los anteriores inferiores. A la paciente se le realizó toda la fase higiénica antes de comenzar cualquier tratamiento dental, pero cada vez que volvía a la consulta se presentaba con una cantidad considerable de cálculo en la zona ya mencionada, por lo que se tuvo que tener un estricto control con raspado y alisado manual en cada cita para evitar que el cálculo avanzara e impidiera continuar con la rehabilitación.

Con respecto al resto de los tratamientos de dicha rehabilitación, todos se realizaron siguiendo las normas respectivas para cada procedimiento sin que ninguno presentara ningún inconveniente.

Conclusiones

Una vez terminada la rehabilitación total del paciente, se puede concluir que todos los procedimientos fueron realizados sin complicación alguna y en el tiempo pronosticado. Por lo cual se lograron todos los objetivos de dicho tratamiento, ya que el paciente está en total acuerdo y conformidad con la estética en la parte anterior de su boca refiere que le alegra volver a reír sin ningún tipo de complejo ni pena.

En cuanto a la parte anterior de la boca se logró el cometido de restablecer la funcionalidad, a lo que el paciente aduce que le es más sencillo masticar los alimentos, lo cual no era así antes de los tratamientos que se le fueron efectuados.

A continuación se mostrarán las fotos del caso antes y después del tratamiento para observar la evolución y conclusión exitosa del caso.

Antes



Después



Recomendaciones

La recomendación específica para el paciente se produce debido al problema que presentó este durante todo el tratamiento. Este se deberá presentar a consulta una vez al mes para realizar un raspado y alisado manual en el sector de los anteriores inferiores y profilaxis general en la boca.

También se recomendó la debida técnica de cepillado dental con un mínimo de tres veces diarias y el uso diario del hilo dental para evitar el acumulo de placa y cálculo dental, además de la utilización de un enjuague bucal.

Bibliografía:

Weimtraub, G. (1985) Revisión de los componentes de la prótesis parcial removible y su diseño en relación con la salud tisular. *Clinicas Odont. Nort.* 1: 41 - 58.

Von Steyern, P., Widolf-Kroon, R., Nilker, K., Basker, R. (1995) Removable partial denture habits in general dental practice in Sweden. *Swed Dent J.* 19 (5) 205 - 11.

Chiche GJ, Pinault A. Prótesis fija estética en dientes anteriores: Masson, S.A. 2000: pag. 13.

Miller, E. (1975) Prótesis Parcial Removible. Editorial Interamericana. México D.F. - México.

Adult Orthodontics, Articles: Dental Health, California Dental Association Online, February 25, 2002.

Eustaquio, R.; Garner, L.D.; Moore, B.K.: Comparative tensile strengths of brackets bonded to porcelain with orthodontic adhesive and porcelain repair systems, *Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.*, 94:421-425, 1988.

Nebbe, B.; Stein, E.: Johannesburg, So Africa, Orthodontic brackets bonded to glazed and deglazed porcelain surfaces, *Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.* 109:431-436, 1996.

Murray, J.J.: The Prevention of Dental Disease. Oxford University Press, Oxford 1989.

Elderton, R.J.: Clinical Dentistry in Health and Disease. Vol.3, The Dentition and Dental Care. Heinemann 1990.

Murray, J.J.: Fluorides in Caries Prevention. Wright 1991.

Sims, W.: Common Dent Health 2, 129(1985)

Rugg-Gun, A.: In the Prevention of Dental Disease. Oxford University Press 1989.

<http://www.docshop.com/spanish/education/dental/glossary/>; docshop; 18/07/07

<http://www.odontologia-online.com/estudiantes/trabajos/jmlt/jmlt04.html>; estética en prótesis parciales removibles; Javier Martinez; 18/07/07

<http://www.docshop.com/es/education/dental/general-dentistry/crowns/> 10/07/08