



# CASO CLINICO

## CLINICA AMBULATORIA II

Magíster Odontogeriatría

Claudia Salazar Legarda.



## INFORMACION SOCIODEMOGRÁFICA

---

- 71 años.
- Vive solo.
- Zona de residencia: rural.
- Nivel educacional: universitario.
- Nivel socioeconómico: medio.
- Jubilado, dueño de casa.
- Trabaja en agricultura.
- MOTIVO DE CONSULTA: "arreglar mi dentadura y mejorar masticación".
- Autovalente.

# CONDICION SISTEMICA

---

MMSE: 14 (normal).

ALCOHOL: AUDIT-C Test: 5 +

= mayor probabilidad de que el paciente esté afectando su salud / seguridad.

## FACTORES DE RIESGO:

- Fumador de más de 10 cigarrillos/día.
- ***Aparente hipoacusia bilateral (derivación a especialista) 25/05/2018.***

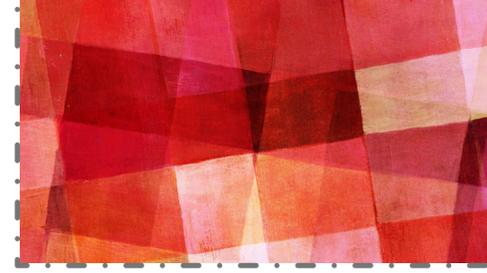


## ENFERMEDADES CRÓNICAS:

- Diabetes mellitus II.
- Dislipidemia.
- Hipotiroidismo.
- Hiperplasia prostática benigna.

## MEDICAMENTOS:

- ~~Metformina~~ (Clorhidrato de metformina) comprimidos 500 mg / día.
- ~~Forxiga~~ ( Dapagliflozina Propanodiol.) tabletas 10 mg / día.
- Crestor (Rosuvastatina cálcica) comprimidos, 20 mg / día.
- Eutirox 50 mg (levotiroxina sódica) comprimidos / día, en ayunas (media hora antes de desayunar).
- Gotely Dúo (dutasterida-tamsulosina), cápsulas 0,5 mg / día.



# **FACTORES DE RIESGO PARA EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

REVIEW ARTICLE: EPIDEMIOLOGY,  
CLINICAL PRACTICE AND HEALTH**Implications of tobacco smoking on the oral health of older adults**Rupali Agnihotri<sup>1</sup> and Sumit Gaur<sup>2</sup>*Departments of <sup>1</sup>Periodontology and <sup>2</sup>Pedodontics and Preventive Dentistry, Manipal College of Dental Sciences, Manipal University, Manipal, Karnataka, India*

The present review further strengthens the unequivocal association between smoking and poor oral health. Smoking accelerates the aging process and weakens the immune system. This increases susceptibility to infections and aggravates the existing systemic conditions in older adults. Therefore, healthcare providers should continuously strive to motivate older adults for smoking cessation.

**Reconocer hábitos, evaluar estado, e implementar métodos**

**Efectos de abandonar el cigarrillo:**

- Desde los 20 min después de dejar el hábito.
- Circulación sanguínea y función pulmonar empiezan a restablecerse a los 3 meses.
- Al año empieza a disminuir riesgo de enfermedad coronaria.
- A los 5 años disminuye riesgo de cáncer.

**Modelo 5 A's****1. Interrogar.****2. Consejos firmes, beneficios, información.****3. Nivel de dependencia de nicotina:**  
Fagestrom.**4. Apoyo** familiar y farmacéutico, NRT:  
parches, gomas de mascar, inhaladores,  
tabletas, **aerosoles**.Farmacoterapia: vareniclina, bupropion  
(contraínd, falla renal). Vacunas de nicotina.**5. SEGUIMIENTO** y control: 1 semana, 1, 3, 6,  
12 meses.

# Association of Age-Related Hearing Loss With Cognitive Function, Cognitive Impairment, and Dementia

## A Systematic Review and Meta-analysis

Published online December 7, 2017.

David G. Loughrey, BA(Hons); Michelle E. Kelly, DPsychBAT; George A. Kelley, BA; Sabina Brennan, PhD; Brian A. Lawlor, MD, FRCPI, FRCPsych

### Key Points

**Question** Is age-related hearing loss associated with an increased risk for cognitive decline, cognitive impairment, and dementia?

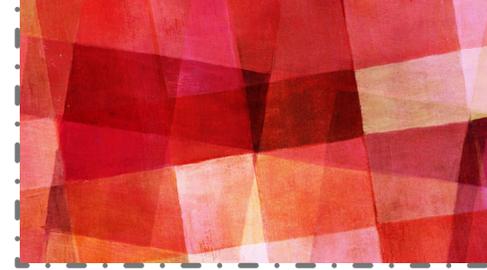
**Findings** In this systematic review and meta-analysis of 36 epidemiologic studies and 20 264 unique participants, age-related hearing loss was significantly associated with decline in all main cognitive domains and with increased risk for cognitive impairment and incident dementia. Increased risks for Alzheimer disease and vascular dementia were nonsignificant.

**Meaning** Age-related hearing loss is a possible biomarker and modifiable risk factor for cognitive decline, cognitive impairment, and dementia.

### Conclusions

Age-related hearing loss is a potential risk factor for cognitive decline, cognitive impairment, and dementia. The effect sizes for all 3 main outcomes were small, but they compared with meta-analytic estimates for other risk factors more commonly investigated in this population. Additional research, particularly randomized clinical trials, is warranted to examine cognitive implications of treatment and to explore the possible causal mechanisms underlying this relationship.

# ESTADO NUTRICIONAL



## Estado nutricional:

- Cuestionario MNA-SF: 14 puntos, normal o bien nutrido.
- Dieta hipercalórica: 4 comidas + 2 colaciones.
- Disminuir consumo de carbohidratos simples y azúcares.
- Consumir proteínas + fibra.
- Aumentar ingesta de líquidos.

Dieta: Recordatorio de 24 horas

Día de semana:

Tiempo de Comida	Hora (00:00)	Nombre de Alimentos y/o preparaciones	Desglose de Ingredientes de preparaciones.	Cantidad en medidas caseras	Cantidad en g totales/cc	Observaciones
Desayuno	7:00	café y yogurth con avena	3 tazas café, avena, yogurth rasero, pan, manteq.	3 tazas, 7 cucharas, 2 rodajas	70 gr	
Colación	11:00	fruta	1 plátano	1 plátano		
Almuerzo	14:00	lentejas con longaniza	lentejas, arroz integral, longaniza, huevo camo	1 plato lentejas, 1 plato ensalada	200 gr	
Colación	18:30	Frutas	1 manzana, 1 plátano, café + stevia	1 taza café	50 gr	
Once	18:00	té mate y pan integral	1/2 litro mate, 3 rebanadas pan + mantequilla		70 gr.	
Colación						
Cena	21:00	pan, queso fresco y vino	pan integral, queso fresco, vino carmenere	3 rodajas pan, 2 rodajas queso, 2 copas vino	50 gr.	
Colación durante la noche						

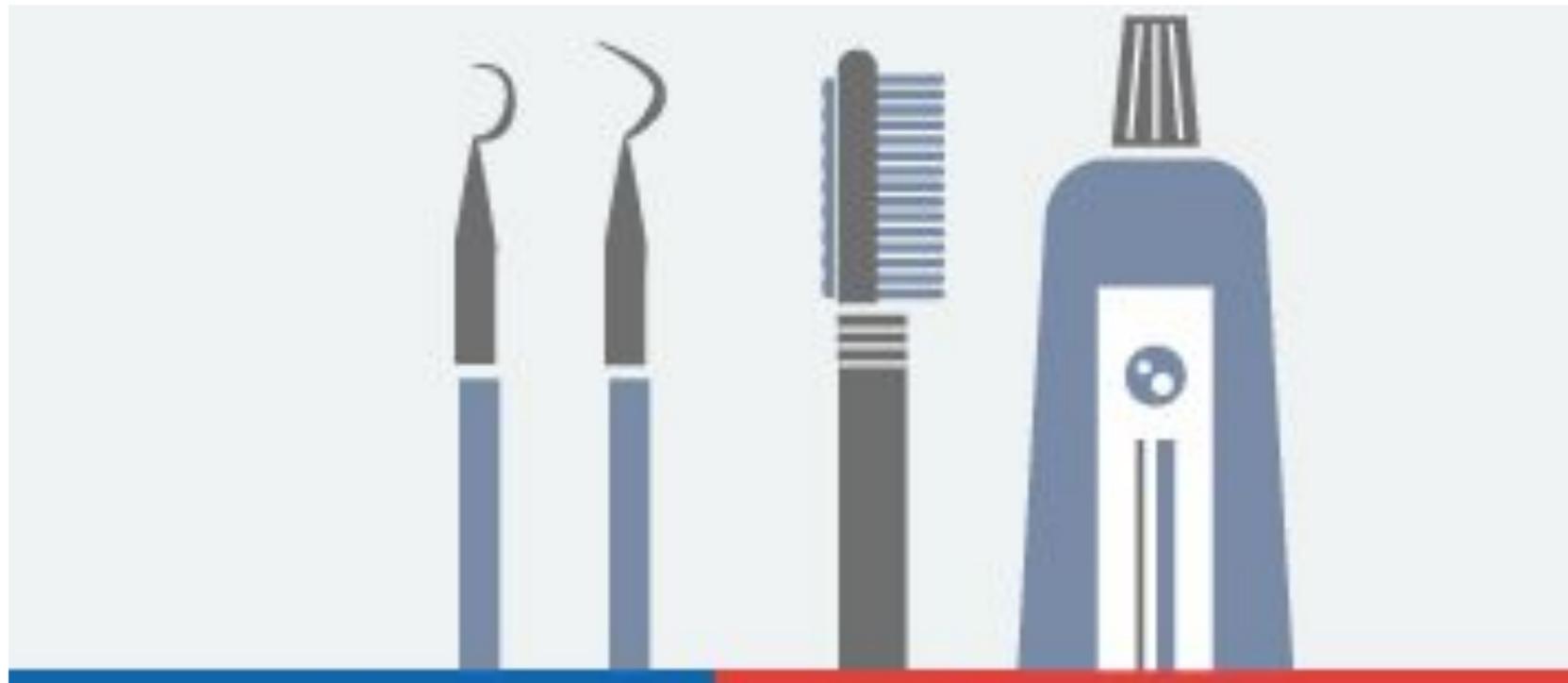


# ANAMNESIS ODONTOLÓGICA

---

- Última visita al odontólogo: menos de 6 meses.
- Motivo de consulta: tratamiento.

- Higiene de 1 a 2 veces / día.
- Cepillado.
- Higiene deficiente.



- Autoreporte de salud bucal: Peor.
- Calidad de vida asociada a la Salud Bucal (OHIP-7Sp): 5  
= Buena calidad de vida .

# EXAMEN EXTRAORAL

---



Tercio  
s



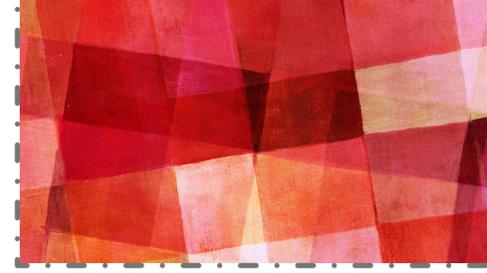
Planos  
Biotipo:  
Maseterino

Perfil convexo= < 170



# EXAMEN EXTRAORAL

---



## EXAMEN DE LA SONRISA

- Labio superior: sonrisa baja.
- Labio inferior: sonrisa recta.

# EXAMEN INTRAORAL

---



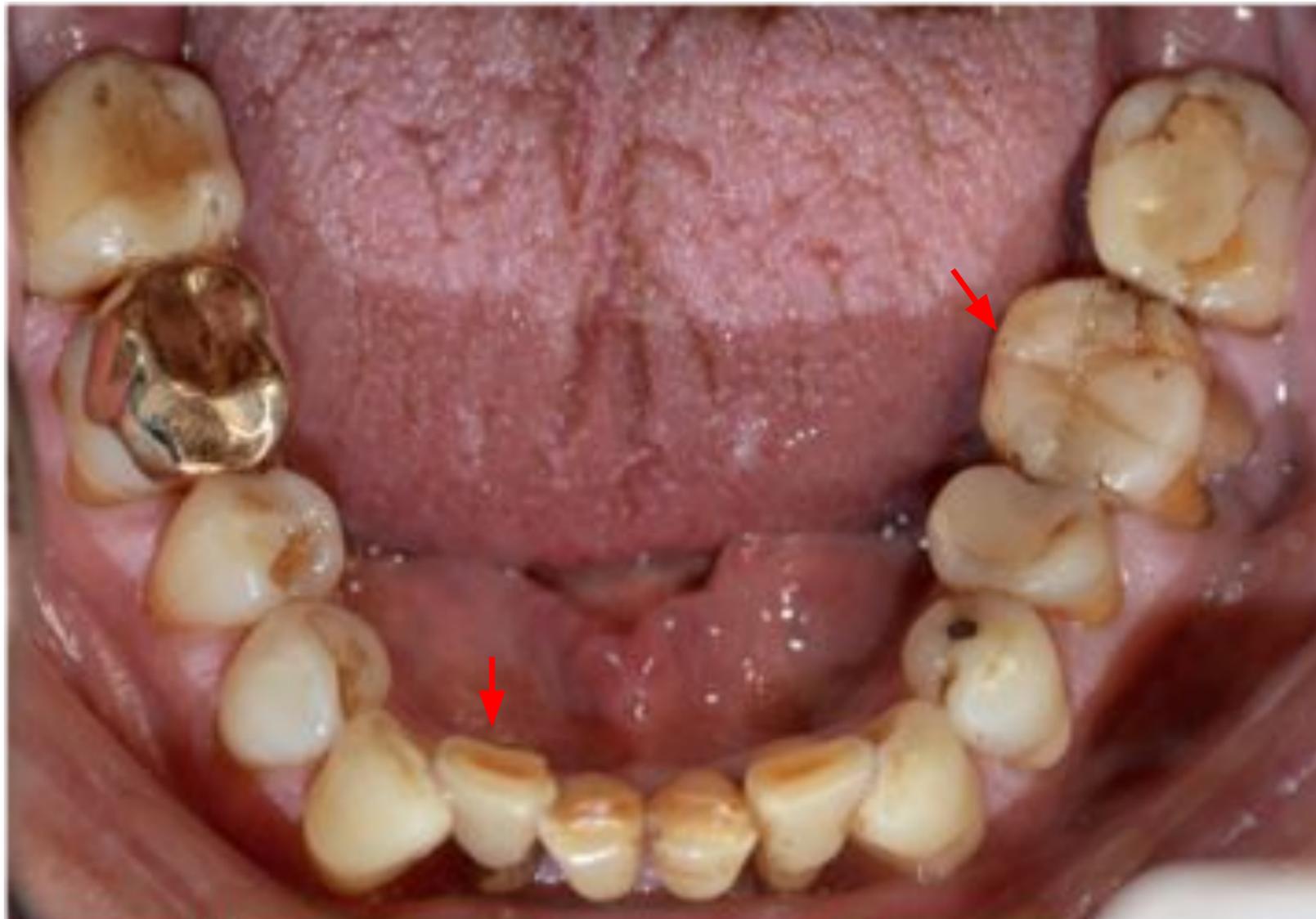
# EXAMEN INTRAORAL MAXILAR



0= sana; 1=caries; 2= obturada con caries; 3= obturada sin caries; 4= pérdida debido a caries; 5= pérdida por otra razón; 6= sellante; 7= P.F.U, P.F.P, Carilla, Implante; 8= no erupcionado; 9= no registrado.

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
X	X	X	7	2	0	0	1	1	0	1	1	7	X	R.	X	coron a
				5			2	2		5	6			R		ICDA S coron al

# EXAMEN INTRAORAL MANDIBULAR



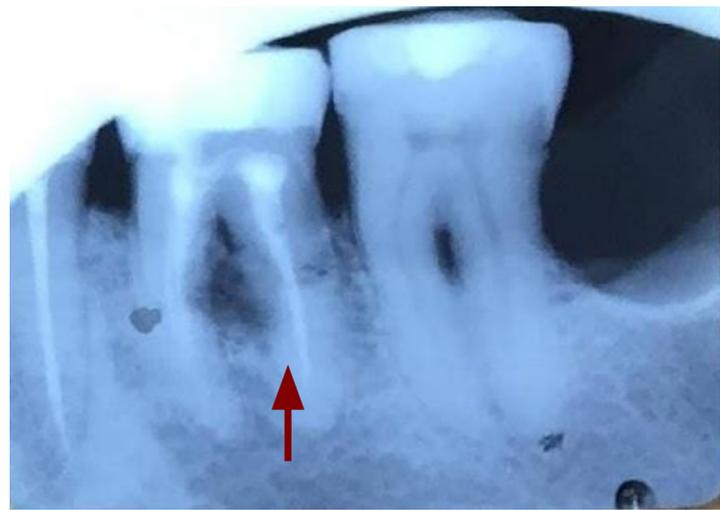
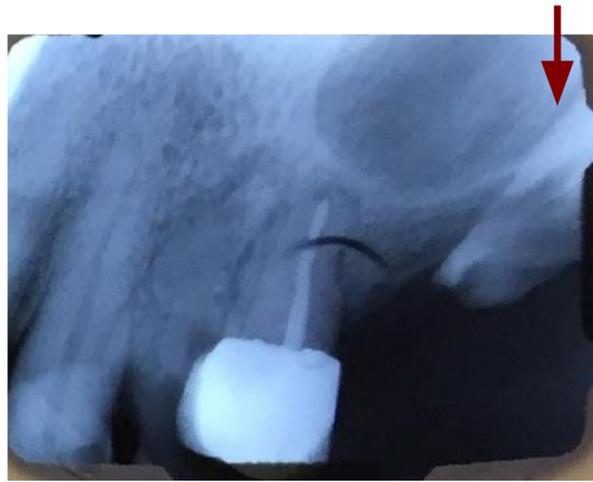
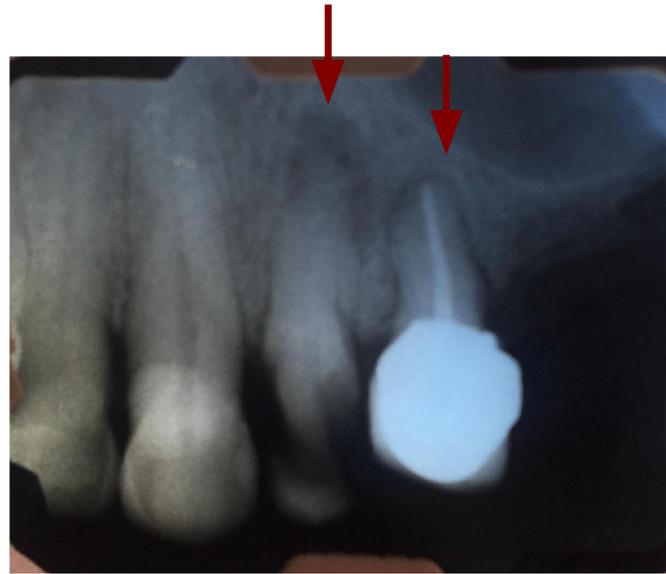
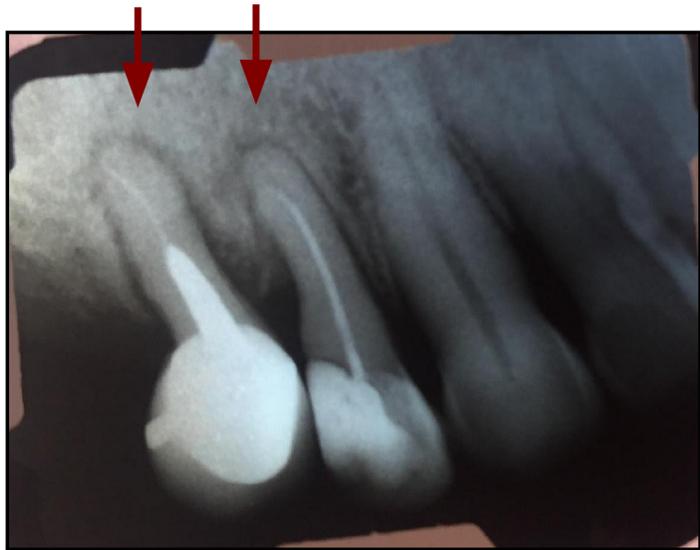
0= sana; 1=caries; 2= obturada con caries; 3= obturada sin caries; 4= pérdida debido a caries; 5= pérdida por otra razón; 6= sellante; 7= P.F.U, P.F.P, Carilla, Implante; 8= no erupcionado; 9= no registrado.

4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.	4.	3.	3.2	3.3	3.	3.5	3.6	3.7	3.8	
						2	1	1			4					
X	3	7	0	3	0	1	0	0	0	0	3	2	2	2	X	corona
												3	3	3		ICDAS
																coronario
						1+	2+			2+(d)			2+	1+		ICDAS
						(v)	(M)	(d.v.)					(v)	(v)		raíz
							0									



# EXAMEN RADIOGRAFICO INICIAL

---



# ESTADO PERIODONTAL

---

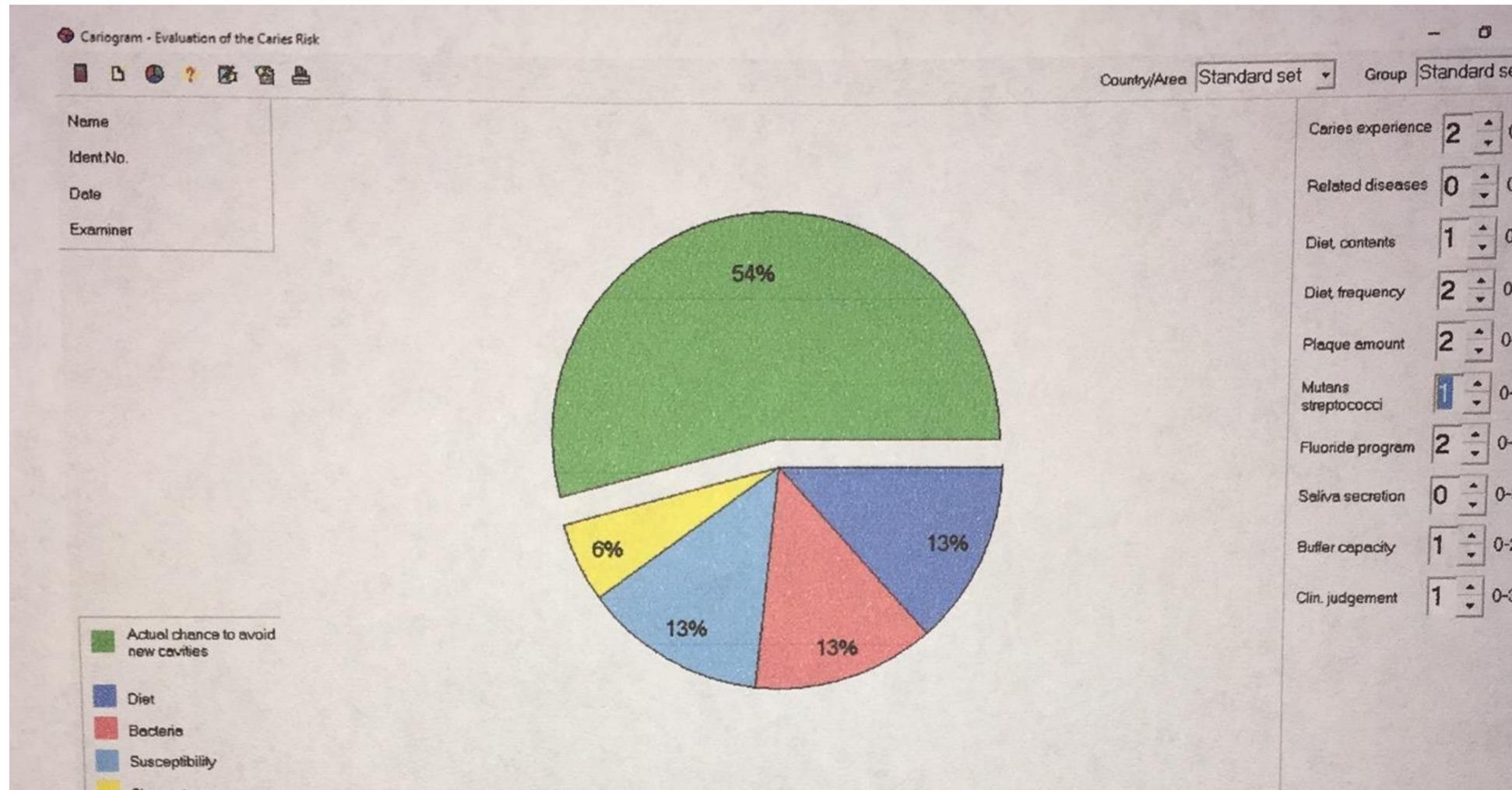
## Periodontitis crónica generalizada moderada.

### Fundamentos diagnósticos:

- Signos clínicos y radiográficos de destrucción periodontal.
- Presencia de sacos periodontales: 1.5, 2.4, 3.6, 4.2.
- Sangrado al sondaje en: 1.5 (m), 2.4 (m), 2.7 (d).
- Presencia de placa bacteriana y cálculo supra y subgingival generalizado.
- Pérdida ósea moderada generalizada Rx.
- Pérdida ósea severa en grupo V de 3.6 y 4.6.
- Movilidad grado 2 de p: 3.6 y 4.2.
- Defecto de furca tipo I (lindhe) p: 3.6.
- Recesiones gingivales generalizadas.

# RIESGO CARIOGENICO

---



# DIAGNÓSTICO

---



- Paciente de sexo masculino, 71 años de edad, con antecedentes mórbidos de DM2, Dislipidemia, Hipotiroidismo e Hiperplasia prostática benigna.
- Fumador pesado.
- Presenta Perfil convexo y biotipo maseterino.
- Neutro oclusión canina derecha e izquierda, rotación de 3.3 y 4.3 y apiñamiento de grupo V, trauma oclusal en pfu 1.5 y 2.5. Interferencia de 4.2 en desoclusión anterior.
- Periodontitis crónica moderada generalizada, movilidad grado 2 en 3.6 y 4.2, lesión de furca tipo I en 3.6, recesiones gingivales generalizadas.
- Desdentado parcial superior clase I de Kennedy, Reborde tipo VI de Atwood en maxilar.
- Múltiples restauraciones defectuosas de resina compuesta, atriciones, abfracciones y pigmentaciones extrínsecas.
- Múltiples lesiones de caries coronal, lesiones de caries radicular activas.
- Resto radicular 2.7.
- P.D 1.5, 2.5: tratamientos endodónticos deficientes en longitud y ancho; ensanchamiento de ligamento periodontal, 2.4 presencia de granuloma apical, 3.6 lesión de caries radicular y tratamiento endodóntico expuesto, 4.2 lesión de caries radicular y tratamiento endodóntico expuesto.
- Riesgo cariogénico moderado 54%.

# PRONÓSTICO

---



## **P. GENERAL:**

Regular, debido a la presencia de enfermedades de base, enfermedad periodontal activa y a su estrecha relación con el cigarrillo, por lo tanto tratamiento está enfocado en mantener estable el sistema estomatognático

## **P. INDIVIDUAL:**

Dudoso / Reservado 1.5, 2.5, 3.6, 4.2.

# PLAN DE TRATAMIENTO

---

## FASE HIGIENIZACIÓN

- Estabilización sistema estomatognático.
- Interconsulta a periodoncia y endodoncia.
- Instrucción de higiene oral, control mecánico: técnica de barrido, cepillo dental PHB súper 7 cerdas suaves, cepillo interproximal interprox plus mini. Prescripción de colutorio de Clorhexidina 0,12% 2 veces por día, durante 15 días.
- Control de enfermedad periodontal activa:
  - Tratamiento periodontal mecánico: destartraje supra y subgingival.
  - Control de condicionantes de placa: pulido diagnóstico: 1.4, 1.3, 2.2, 2.3, 2.5, 3.4, 4.4, 3.3, 3.
  - Pulido radicular por cuadrantes.
- Instrucción de dieta
- Intercepción de malos hábitos: tabaquismo.
- Disminución del nivel de infección:
  - Inactivación de lesiones de caries activas.
  - Tratamiento radicular: 1.4 (retratamiento), 2.4 (granuloma apical).
- Aplicación Barniz de flúor 22.600 ppm.
- Rp caristop 5000 ppm.
- Eliminación supracontactos 1.5, 2.5 e interferencia de 4.2.



# PLAN DE TRATAMIENTO

---

## FASE QUIRÚRGICA

- Acceso quirúrgico radicular 3.6 (defecto de furca tipo I, LCR+).
- Exodoncia 2.7.

## FASE RESTAURATIVA

- OPERATORIA DIRECTA:
  - 3.6 Ionómero de vidrio convencional.
  - 4.2 Ionómero de vidrio modificado con resina.
  - 1.1 Restauración resina compuesta (v)
  - 2.1 Restauración resina compuesta (v)
  - 3.5 restauración resina compuesta(o-d-l).

## OPERATORIA INDIRECTA

- 1.4 prótesis fija unitaria metal porcelana.
- 2.4 prótesis fija unitaria metal porcelana.

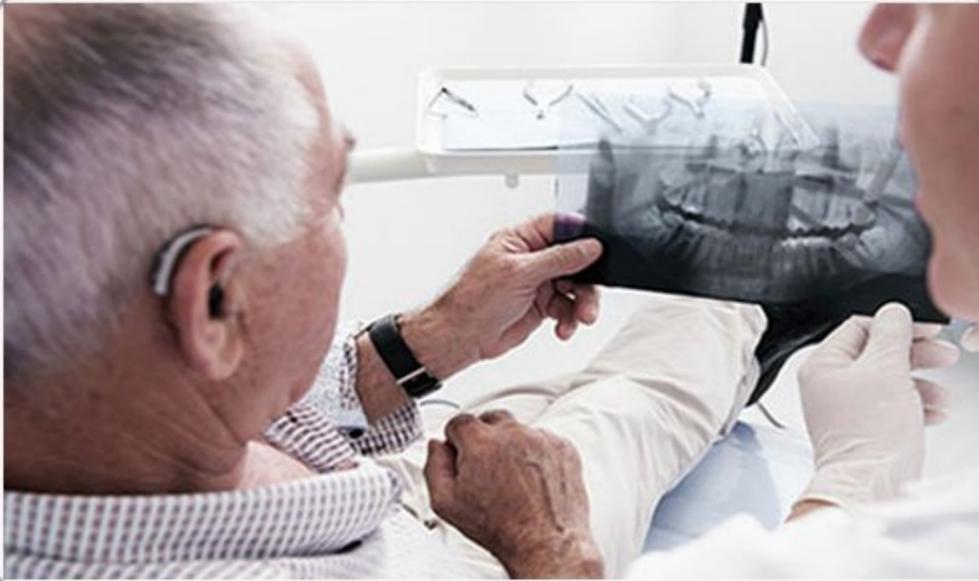


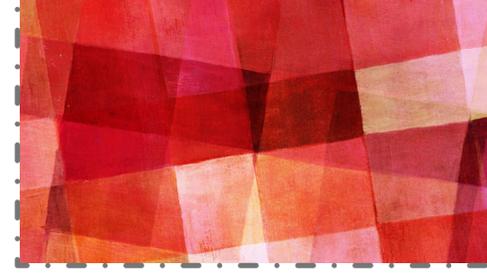
# PLAN DE TRATAMIENTO

---

## FASE MANTENIMIENTO

- Control y mantenimiento periodontal cada tres meses:
  - Refuerzo técnica de higiene, dieta y motivación.
  - Profilaxis, destartraje, debridamiento.
  
- Flúor barniz 22.600 ppm c/ 6 meses.
  
- Control y pulido de restauraciones.
  
- Control radiográfico de piezas dentarias comprometidas periodontalmente c/6meses.
  
  
- Control clínico y radiográfico de tratamientos radiculares.

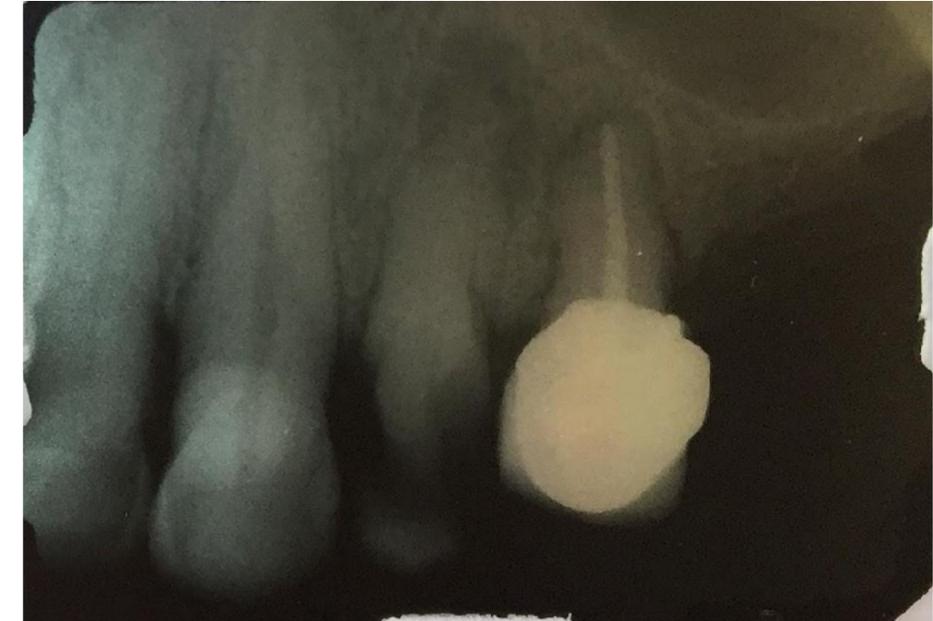
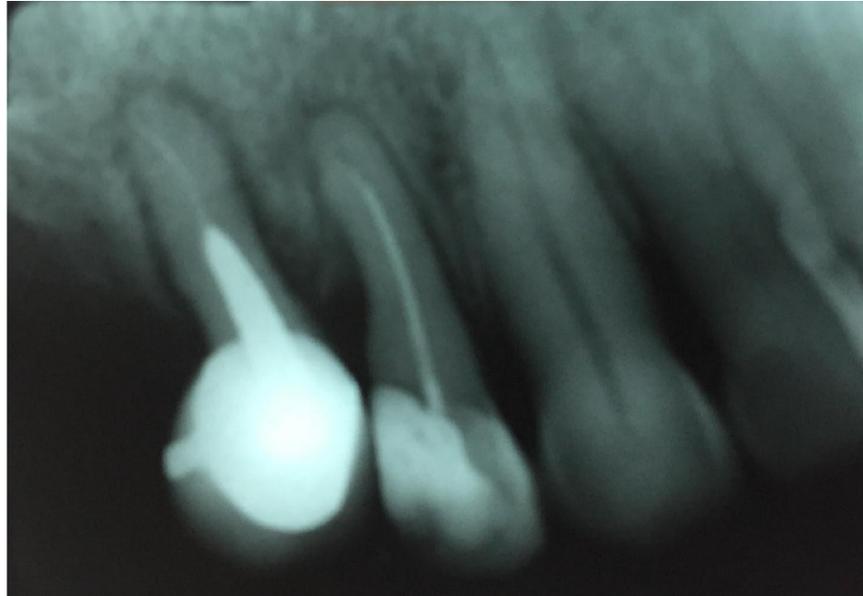




# EVOLUCION DE TRATAMIENTO

# INTERCONSULTA ENDODONCIA Y PERIODONCIA

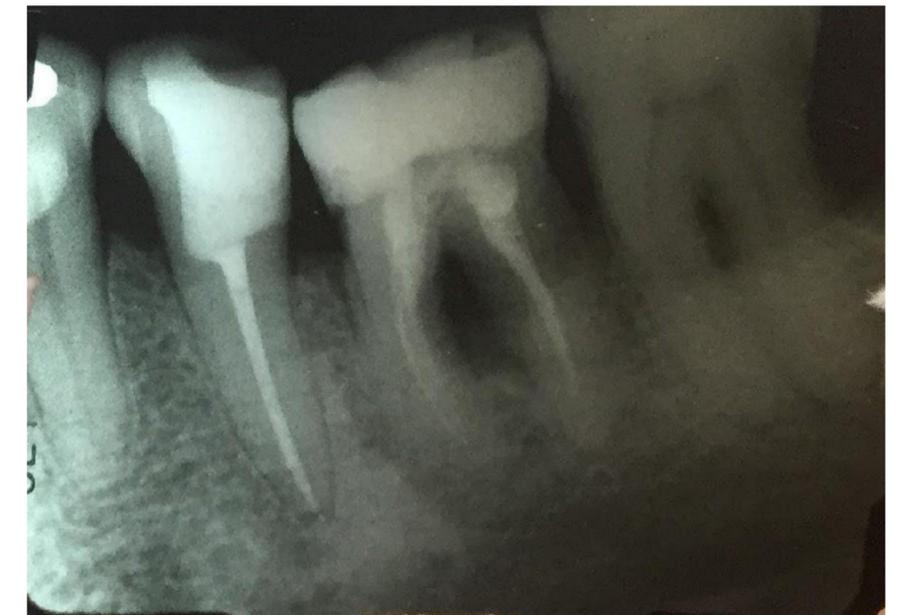
---



## Diagnóstico Radiológico:

PIEZAS 5 (1.4) Y 12 (2.4)

- Reabsorción ósea marginal moderada a severa en pieza 5 (1.4).
- Pieza 5 (1.4) obturación ocluso distal extensa penetrante; tratada endodónticamente con relleno opaco, granuloma apical con espacio periodontal total ensanchado en distal ¿lesión de origen periodontal?.
- Pieza 12 (2.4) caries coronaria extensa penetrante, dos conductos finos, granuloma apical y para apical distal.



## Diagnóstico Radiológico:

PIEZAS 23 (4.2) Y 30 (3.6)

- Reabsorción ósea marginal severa.
- Pieza 23 (4.2) atrición, obturación de cara libre penetrante; tratada endodónticamente con relleno opaco, espacio periodontal total ensanchado.
- Pieza 30 (3.6) obturación coronaria extensa penetrante, tratada endodónticamente con relleno opaco; no se observa lesión ósea apical.

# TERAPIA PERIODONTAL



## TERAPIA RESTAURADOR MINIMAMENTE INVASIVA



## TERAPIA MINIMAMENTE INVASIVA



## TERAPIA MINIMAMENTE INVASIVA



## TERAPIA MINIMAMENTE INVASIVA



07/10/2017

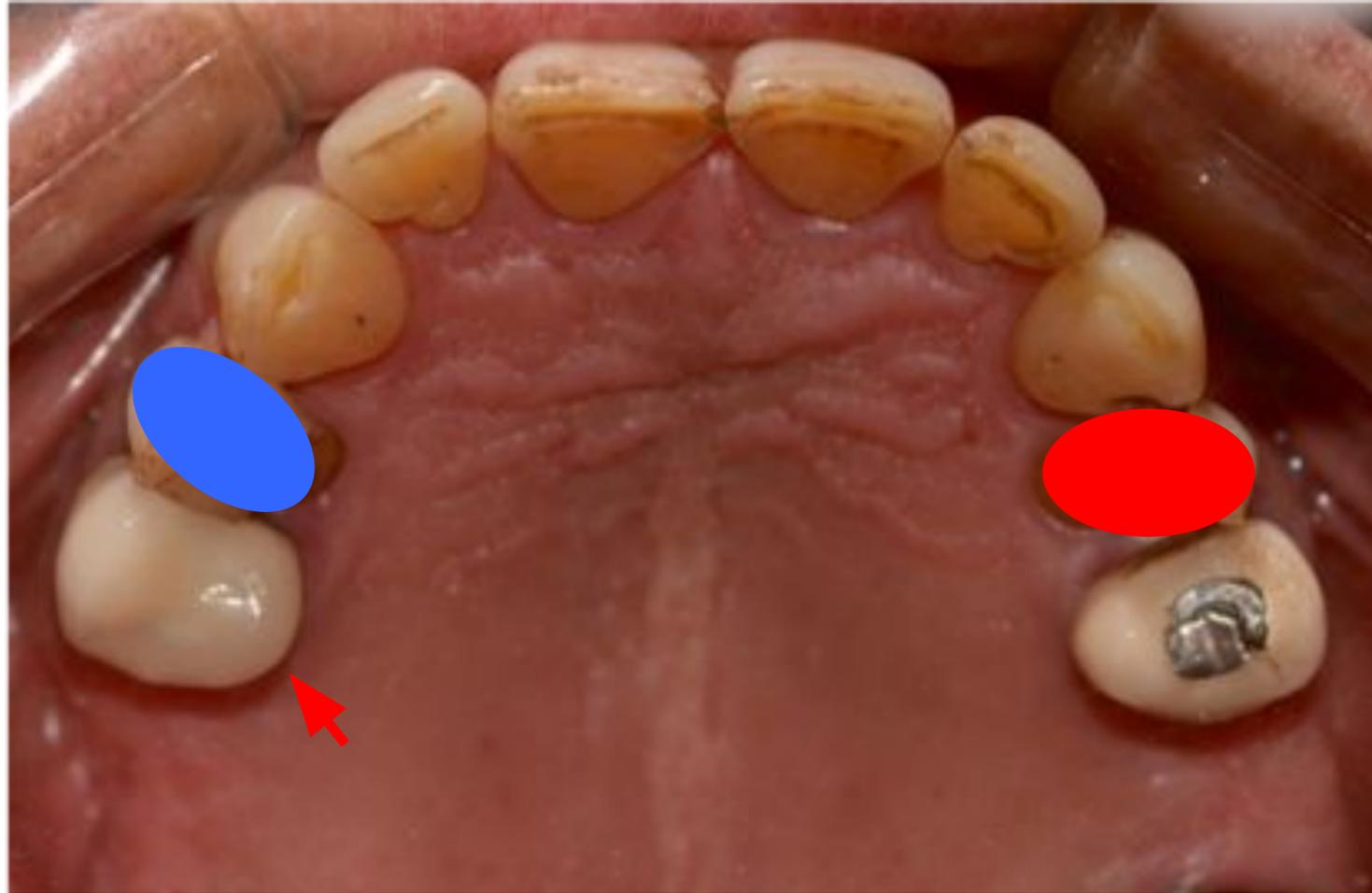
## TERAPIA MINIMAMENTE INVASIVA



## CONTROL OCLUSAL



# TERAPIA RESTAURADORA INDIRECTA

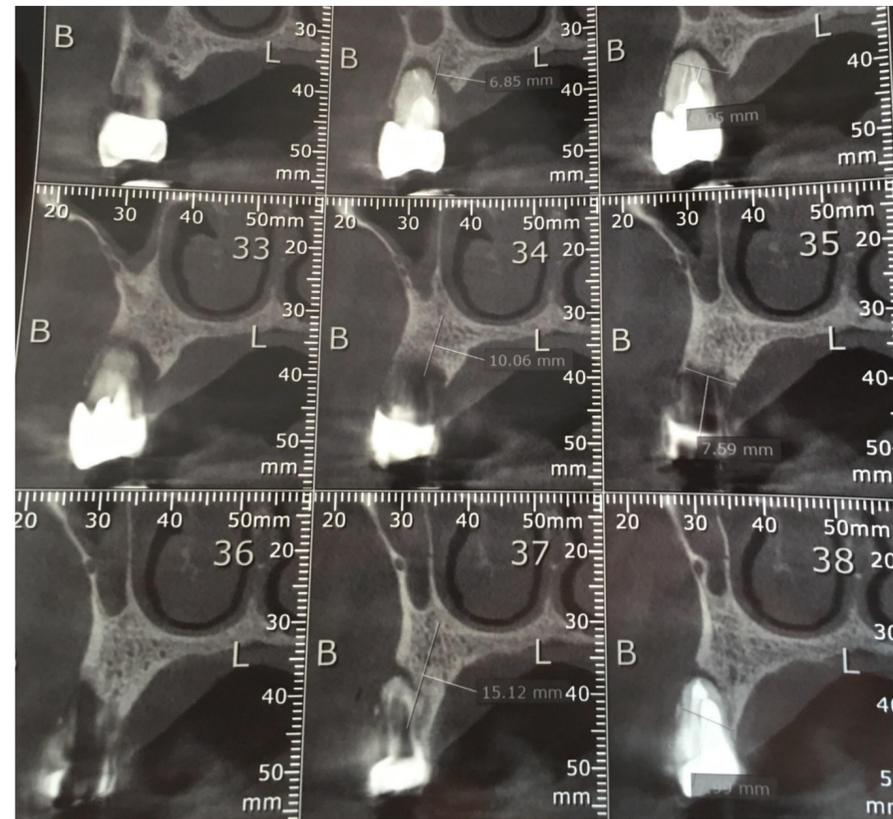
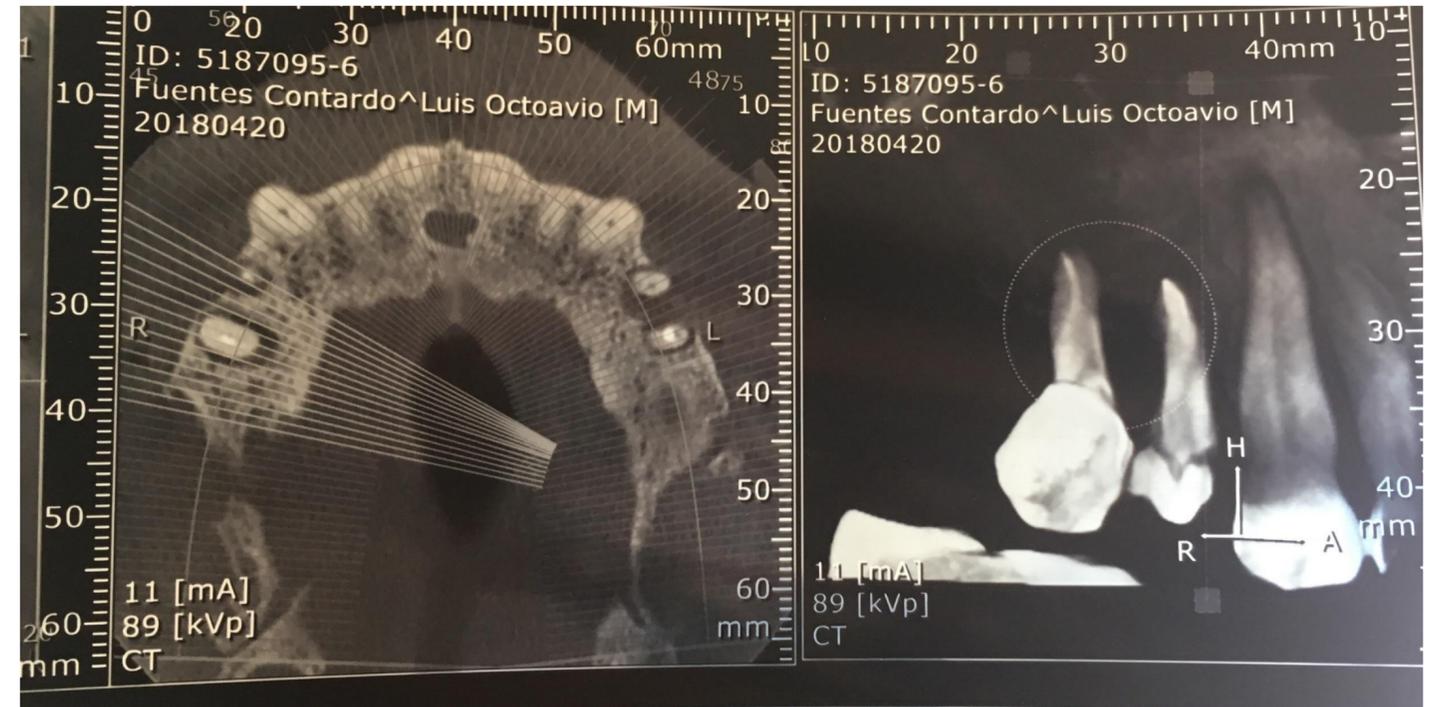
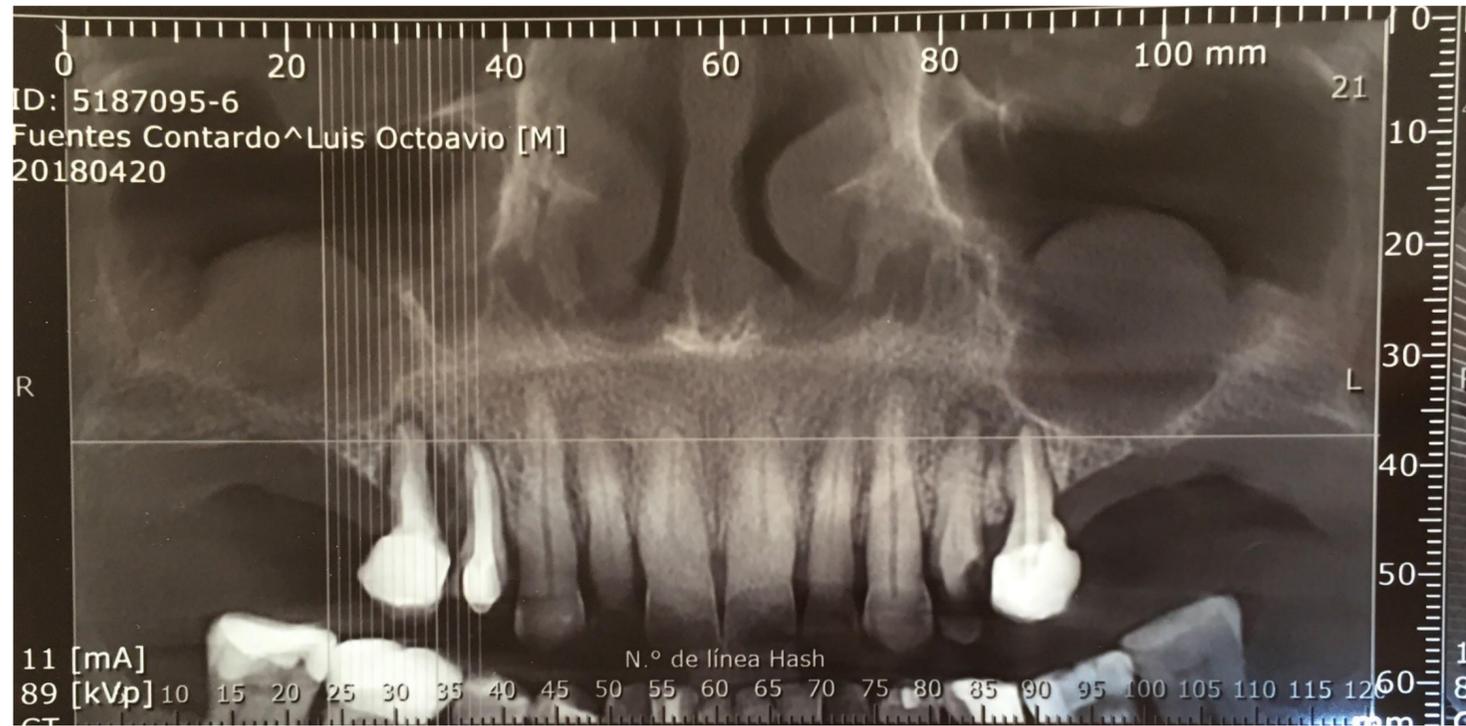


07/10/2017

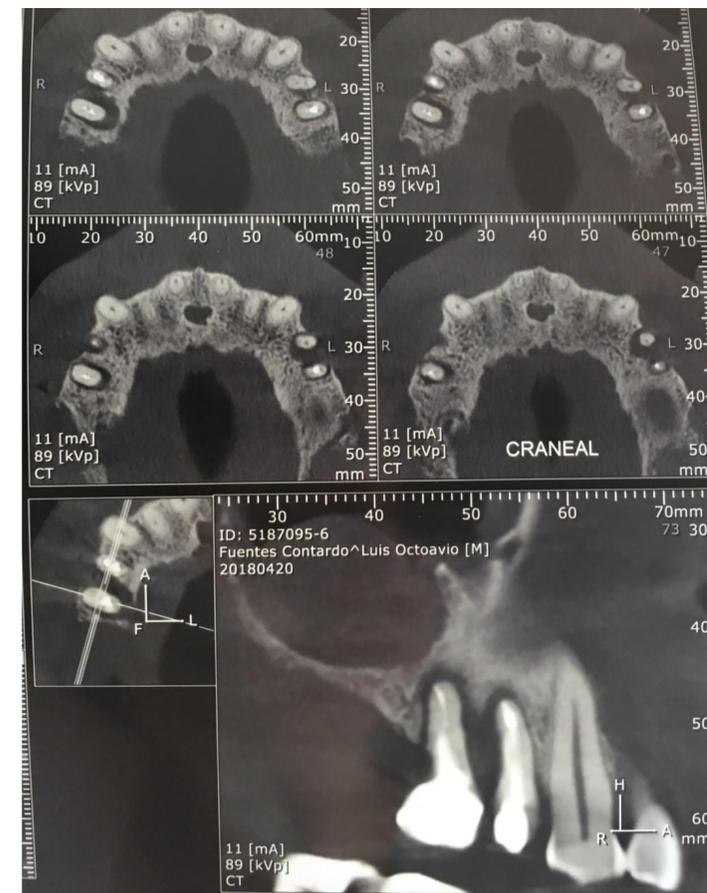


13/04/2018





## CONE BEAM MAXILAR



In light of the findings of this meta-analysis, we conclude that smoking may be associated with significantly increased rates of implant failure and marginal bone loss. Research exploring various preventive and interventional measures that may limit the adverse effect of tobacco on implant outcomes is strongly encouraged. Additionally, the potential adverse effects of smoking on treatment outcomes should be discussed with the patient before treatment, and the dental clinical decisions should be case-specific.

