

**INFORME PERICIAL DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO A XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
EN XXXXXXXXXXXX.**

Juicio Verbal XXXXXXXXXXXX

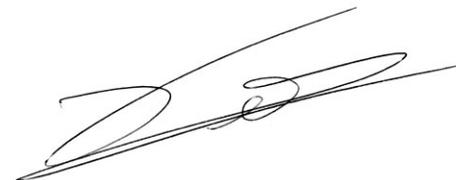
Demandante: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Demandado: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Realizado por Dr. Víctor Alonso de la Peña

(Dr. En Medicina y Cirugía, Profesor Asociado de la Facultad de Odontología de Santiago de Compostela, Profesor del Máster de Prótesis, Implantes y Oclusión de la Universidad de Santiago de Compostela).

Santiago de Compostela, FECHA





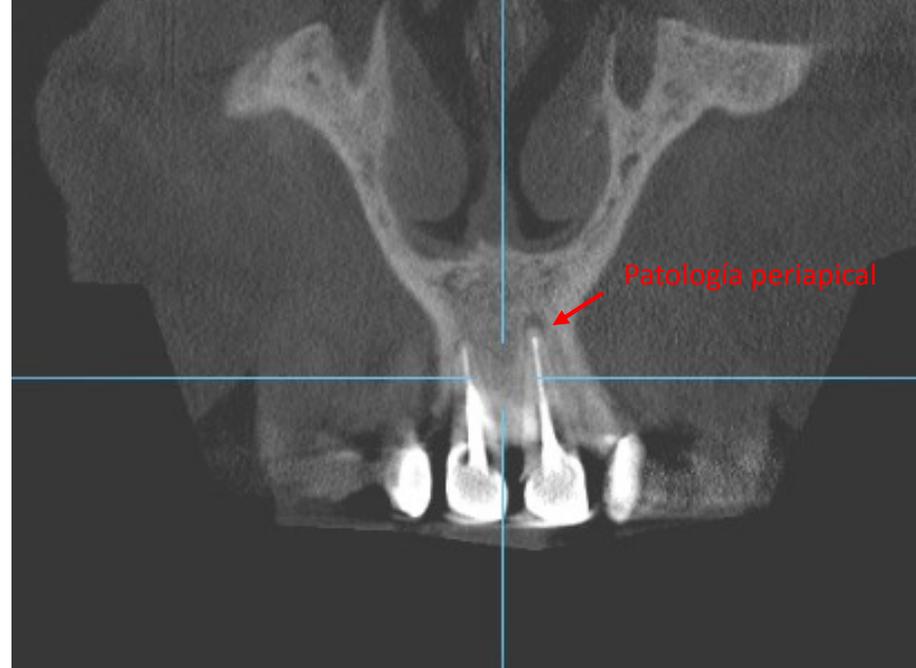
Rx panorámica de la paciente XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (FECHA), antes de empezar el tratamiento en XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

En el informe de dicha clínica, en la hoja que en su encabezado se lee en *“REVISIÓN CON ODONTOGRAMA”* en su último párrafo dice: *“tiene endodoncias en 16 – 11 – 22 – 24 – 43 – 45 **todas bien**”*.

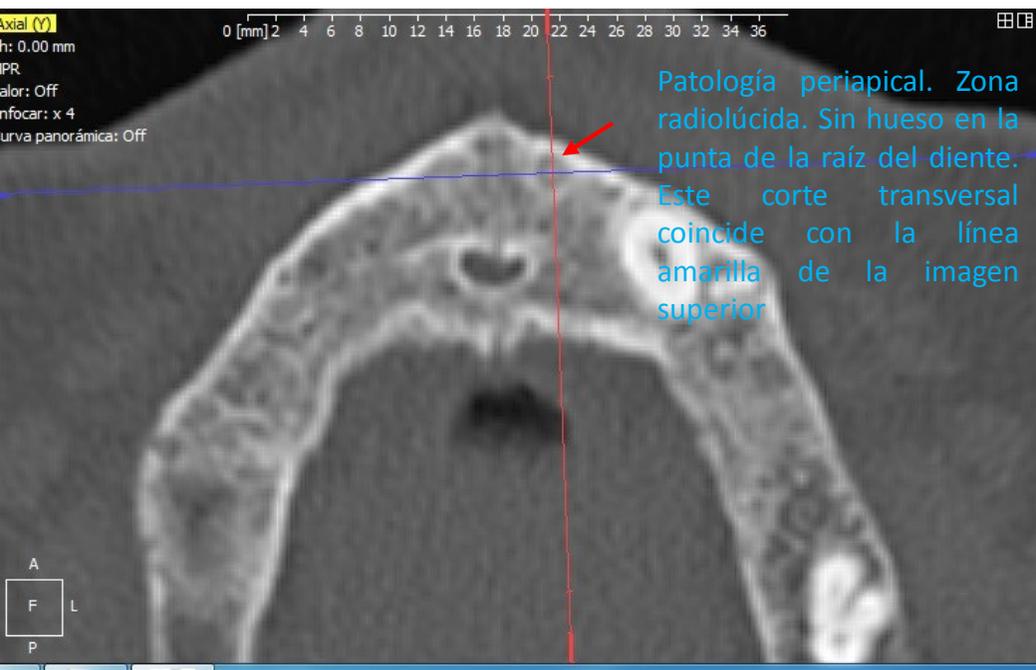
Considero que esta afirmación no es correcta, ya que como voy a exponer detalladamente, en 4 de ellas hay patología o no están correctamente hechas.



TAC FECHA

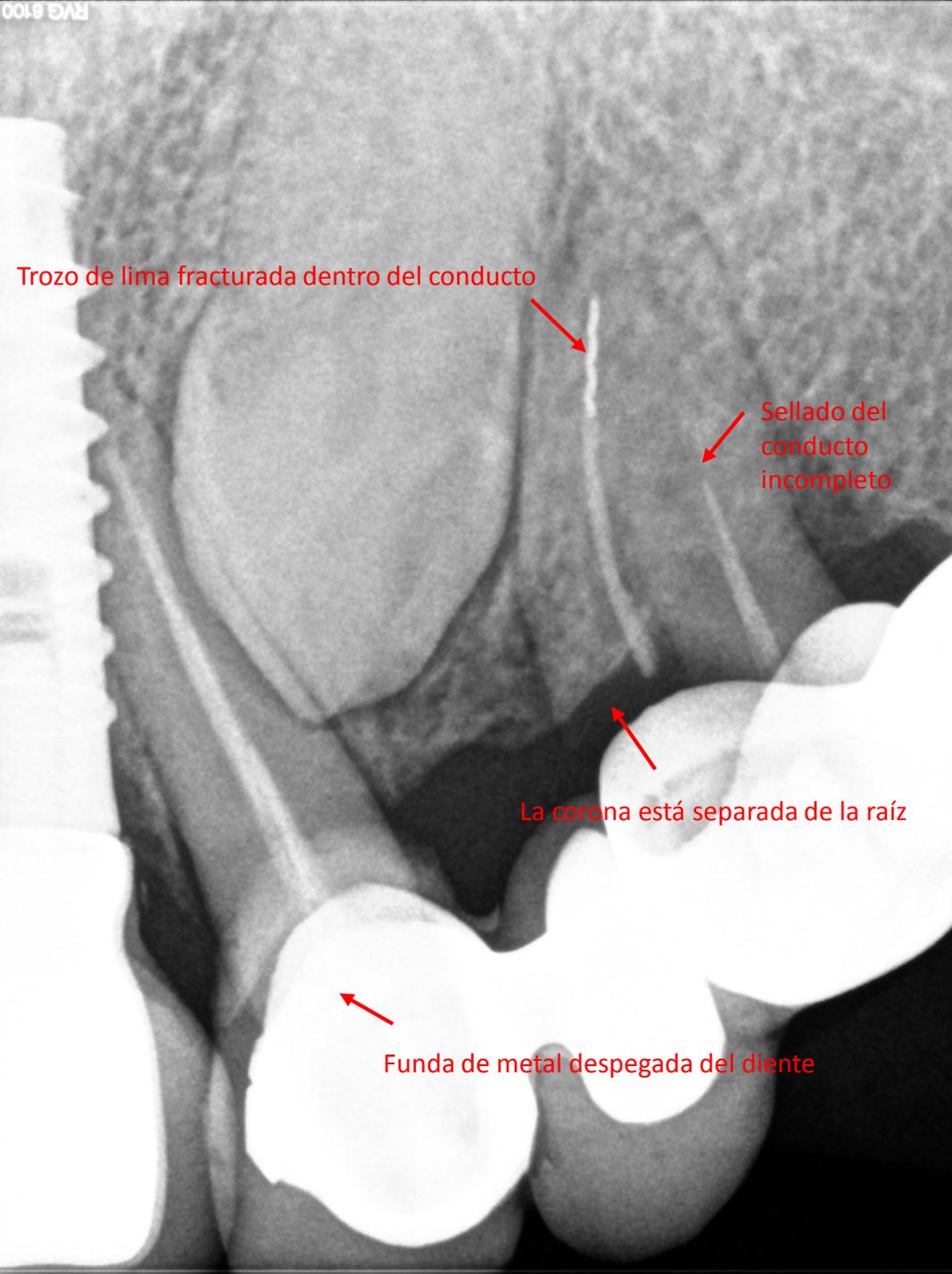


Tac FECHA



Patología periapical. Zona radiolúcida. Sin hueso en la punta de la raíz del diente. Este corte transversal coincide con la línea amarilla de la imagen superior

Hay patología periapical (en la zona de punta de la raíz) en el incisivo central superior izquierdo (21), con pérdida de tejido óseo. Con esta patología, antes de cualquier intervención se debería valorar rehacer la endodoncia o realizar una apicectomía (cortar la punta de la raíz con sellado retrógrado). Por esto tampoco me parece ajustado a la realidad que en *DETALLE DE TRATAMIENTOS REALIZADOS PACIENTE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX*, el FECHA se diga textualmente “11 y 21, sin movilidad **con endodoncia en buenas condiciones**”.



Rx realizada en la clínica del Dr. Alonso de la Peña 6/6/2019.

En esta zona no se hizo ningún tratamiento por parte de la clínica XXXXXXXXXXXXXXXX, ni donde fue tratada posteriormente.

La endodoncia del premolar superior izquierdo (que tiene 2 raíces con un conducto cada una), tampoco está bien. En uno de los conductos se aprecia una lima rota y en el otro el sellado no llega ni a la mitad de la raíz. La corona y la estructura dentaria están separadas, posiblemente por caries. A la exploración que se hizo el día FECHA en la clínica del Dr. Alonso el, se constata que la corona del incisivo lateral está despegada del diente. Todo esto explicaría la movilidad de dicho puente, y no por la enfermedad periodontal, como afirman los profesionales de la clínica XXXXXXXXXXXXXXXX.

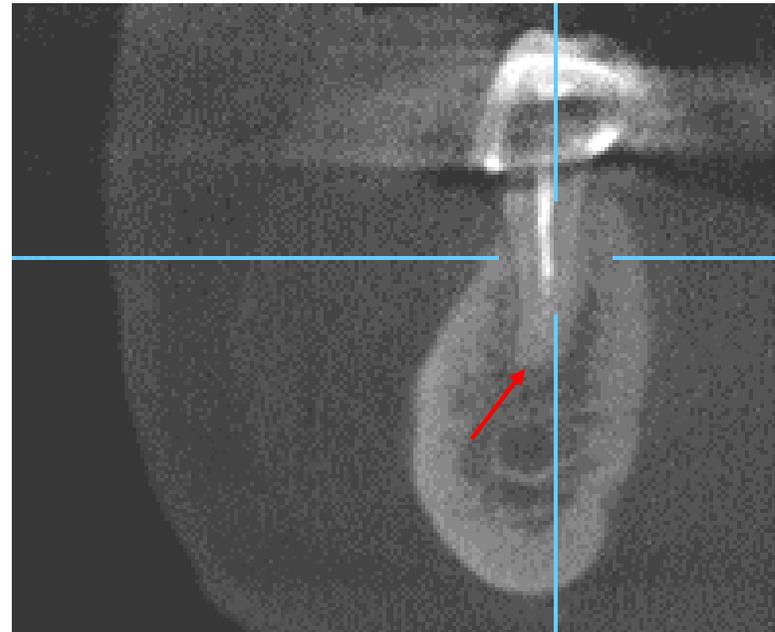
Lo que no se entiende, es que después de hacer una exploración con radiografías y TAC incluidos, raspaje de todos los dientes, en el historial clínico en ningún momento hacen referencia a estas alteraciones. Es más, achacan, como explicaremos más adelante, que la movilidad de dicho puente es debido a la enfermedad periodontal que supuestamente padece la paciente.

La endodoncia del canino inferior derecho (43) (Fig. 2) y segundo premolar inferior derecho (45) (Fig. 3) no están correctamente realizadas. El relleno de gutapercha no llega hasta el extremo de la raíz, sobre todo la del segundo premolar, donde el sellado apenas sobrepasa la mitad de la raíz. Esto se puede ver claramente en el Tac con FECHA.

Canino inferior derecho (43).



2º premolar inferior derecho(45).



Las flechas rojas indican dónde debería terminar el sellado (color blanco).

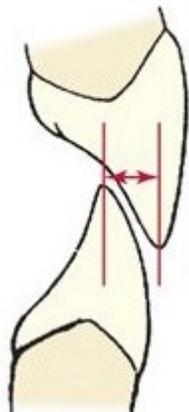


Según se puede ver en el TAC, con la boca cerrada, la paciente tiene una oclusión traumática, ya que los incisivos inferiores contactan con la cara interna de los superiores, de forma que con los movimientos mandibulares percuten incisivos superiores e inferiores de forma anómala, lo que conlleva a movilidad. Esto también podría provocar la patología que se observa en el extremo de la raíz. En condiciones normales, los incisivos superiores e inferiores no llegan a chocar al cerrar la boca. En cambio, en este caso el borde incisal de los incisivos inferiores choca con la cara interna de los superiores.

TAC FECHA

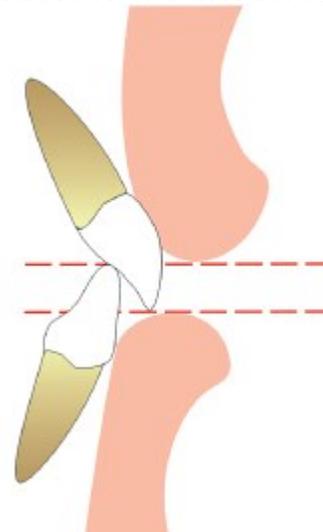
En ningunos de los informes de la clínica XXXXXXXXXXXXXXXXXse hace referencia a esta patología previa.

Normal



Oclusión normal. Los incisivos superiores con los inferiores no contactan.

Oclusión traumática



Oclusión traumática parecida a la que presenta la paciente.

La historia clínica de los incisivos centrales superiores

Como ya he comentado, al resultar en muchas líneas ilegible la historia manuscrita de "TRATAMIENTOS REALIZADOS", me ciño a "DETALLE DE TRATAMIENTOS REALIZADOS PACIENTE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX". Insisto en que esta última es mucho más amplia, con numerosos comentarios que no aparecen en la ficha manuscrita.

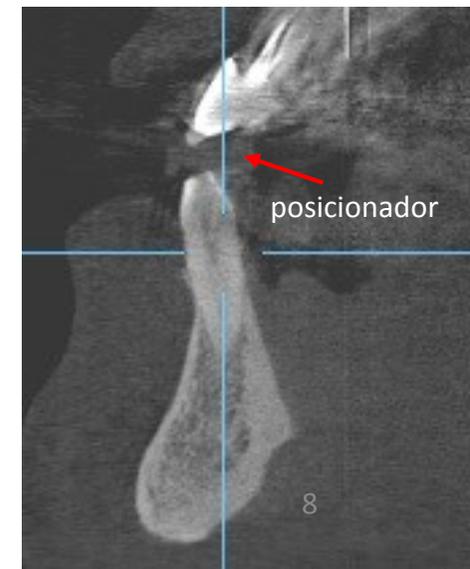
- FECHA. 11 y 21 , **sin movilidad, con endodoncia en buenas condiciones.**
- FECHA : "se **despega** el puente 11-21, se vuelve a cementar provisorio y se da presupuesto de pernos provisionales...."
- FECHA : se instalan pernos definitivos y coronas provisionales en 11 y 21
- FECHA : se instalan un nuevo juego de provisorios de las piezas 21-11-12
- FECHA : ahora la encía mucho mejor. Prueba de 11-21. Ajustada y **controlada la oclusión.**
- FECHA : encía inflamada zona mesial del 11-21
- FECHA : **se despegó corona de 21**, se vuelve a cementar definitivamente. Se explica necesidad de utilizar una férula.
- FECHA : Se le dice que se lesiona lo más débil que es el cemento. **(En ningún momento se dice que cemento se usó.)**
- FECHA : Tiene movilidad tipo 1 en el sector anterior , en 11 y 21 y puente antiguo del sector 20
- FECHA : posible fisura
- FECHA : se decide extracciones de 11 y 21
- FECHA : se **despegó** corona
- FECHA : se vuelve a **despegar** la corona

Tac FECHA

En el Tac realizado después de la colocación de las coronas, observamos que la oclusión sigue siendo traumática.

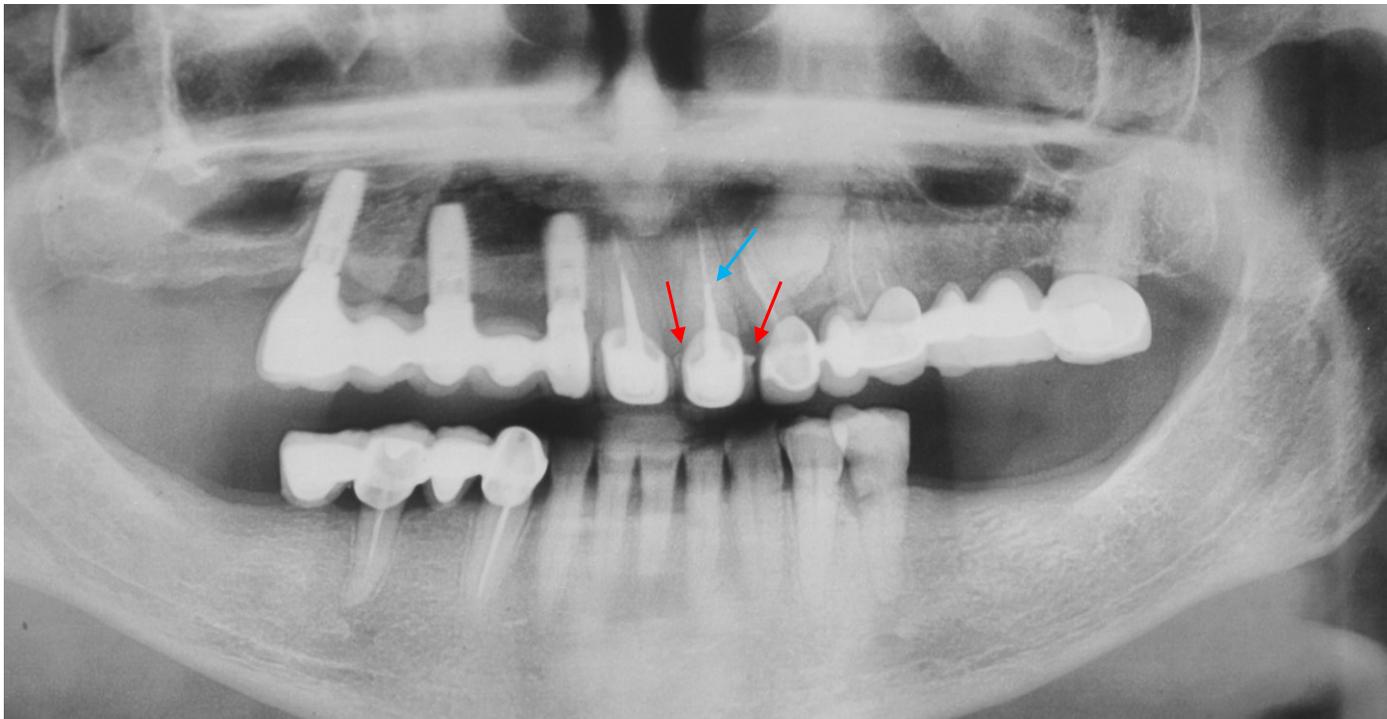
En este caso, los dientes no están en contacto porque entre ambos hay un posicionador para realizar la radiografía.

Esto podría explicar la movilidad que dicen se observó en los dientes anteriores.



El despegamiento de una corona, no suele ser causa del cemento, como dice la Clínica XXXXXXXXXXXX en su informe. Una corona bien ajustada, es muy difícil que se descementa, incluso cuando se hace con cemento provisional. Por eso es inadecuado afirmar *“Se le dice que se lesiona lo más débil que es el cemento”*, sin mencionar que cemento se ha utilizado. Una corona se descementa en repetidas ocasiones cuando su ajuste sobre la estructura que va encajada no es el adecuado, tanto del perno como de la corona.

Como se observa en la RX panorámica realizada el FECHA, el ajuste de la corona definitiva del incisivo central superior izquierdo no es correcto, está sobrecontorneada (flechas rojas). Esto puede provocar inflamación de encía No puedo entrar en más detalles al no haberlas visto *“in situ”*. También se aprecia que el perno muñón colado del diente 21 es corto, no llega hasta los 4 mm del ápice. Esto supone una retención defectuosa añadida (flecha azul), que facilita su descementación. Con la Rx tampoco puedo opinar sobre el ajuste de dicho perno. Preguntada a la paciente si cuando se le descementaba la corona, afirma que siempre se caía con el perno muñón colado. Es decir, no se ajusta a la realidad cuando se dice que se *“despega la corona”*, sino que en los informes de la clínica XXXXXXXXXXXXXXXXX, se debería haber dicho, *“descementación de perno con corona”*.



En el informe DETALLE DE TRATAMIENTOS REALIZADOS PACIENTE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX”,

- “FECHA : “Cita con XXXXXXXXXXXXXXX(urgencia) dice que **siente movilidad, posible fisura**, se le vuelve a decir necesidad de férula. Se explica que es un tema de fuerza ...otra vez”.

Ahora se dice que la movilidad del diente es por una fisura y no por enfermedad periodontal

- “FECHA : se vuelve a despegar la corona y se vuelve a cementar.”

Por las fotos proporcionadas XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, realizadas el FECHA, observamos que no se ha descementado la corona, sino es el perno muñón colado con dicha corona, como hemos comentado. La paciente confirma que siempre ocurrió esto, cosa que yo, obviamente no puedo confirmar.

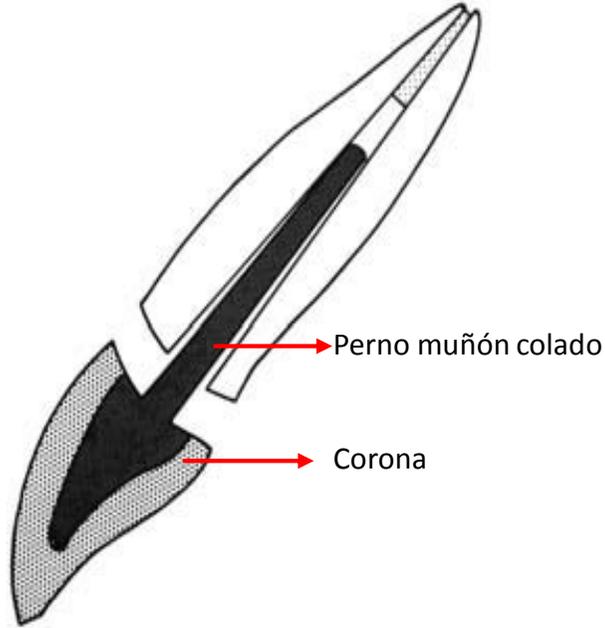


En resumen, si antes de iniciar el tratamiento, en la exploración inicial se dice:

- FECHA. 11 y 21 , **sin movilidad, con endodoncia, en buenas condiciones”, y durante el tratamiento se afirma**

- FECHA :Prueba de 11-21. Ajustada y **controlada la oclusión.**

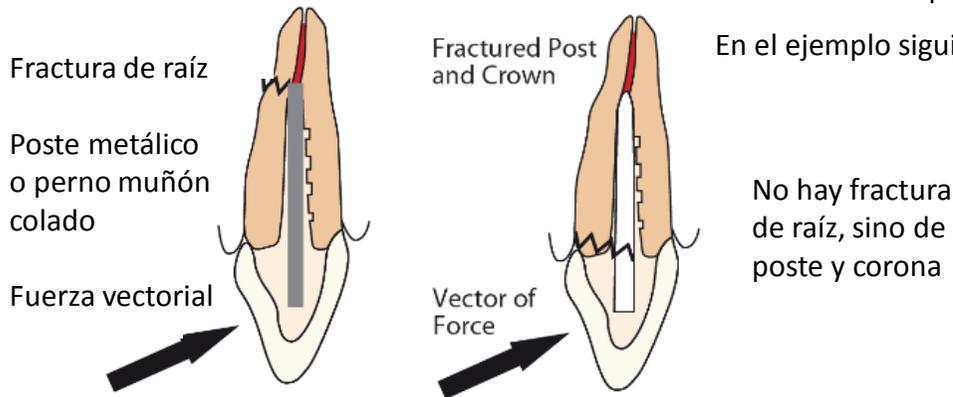
Pero después todo fueron problemas, por culpa de la paciente, como se dice en el informe (no ponerse férula, enfermedad periodontal...). Por lógica, esto no se sostiene.



Esto es lo que le ha pasado a la paciente XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, según se observa en las fotos. La descementación es del perno y no de la corona. Además, como ya comenté, un factor influyente es que el perno muñón colado del incisivo central superior izquierdo, no llega a ser de una longitud de 2/3 de la raíz, es decir, es corto, lo que facilita la descementación. Debe llegar a 4 mm al extremo de la raíz (como se ve en el esquema).

Si se produjo una fisura en el diente que tantas veces se descementó, cuyo único tratamiento es la extracción, la causa más común sería el desajuste de dicho perno dentro de la raíz, además de la maloclusión. Los pernos muñones colados no son el tratamiento más adecuado en estos casos, ya que al ser mucho más rígidos que la raíz dentaria, distribuyen las fuerzas de forma violenta provocando fracturas de raíz. Los postes de fibra de vidrio tienen unas propiedades físico-mecánicas más parecidas a la raíz de un diente natural, por lo que si falla por fuerzas excesivas la fractura es favorable, se produce a nivel del cuello dentario sin romper la raíz, siendo este tipo de postes los más adecuados para este caso. En cambio, los fracasos con un perno muñón colado, son catastróficos, con fractura irrecuperable de la raíz.

En el ejemplo siguiente, de una publicación internacional, se explica gráficamente.



La enfermedad periodontal de la paciente XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

”DETALLE DE TRATAMIENTOS REALIZADOS PACIENTE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX”

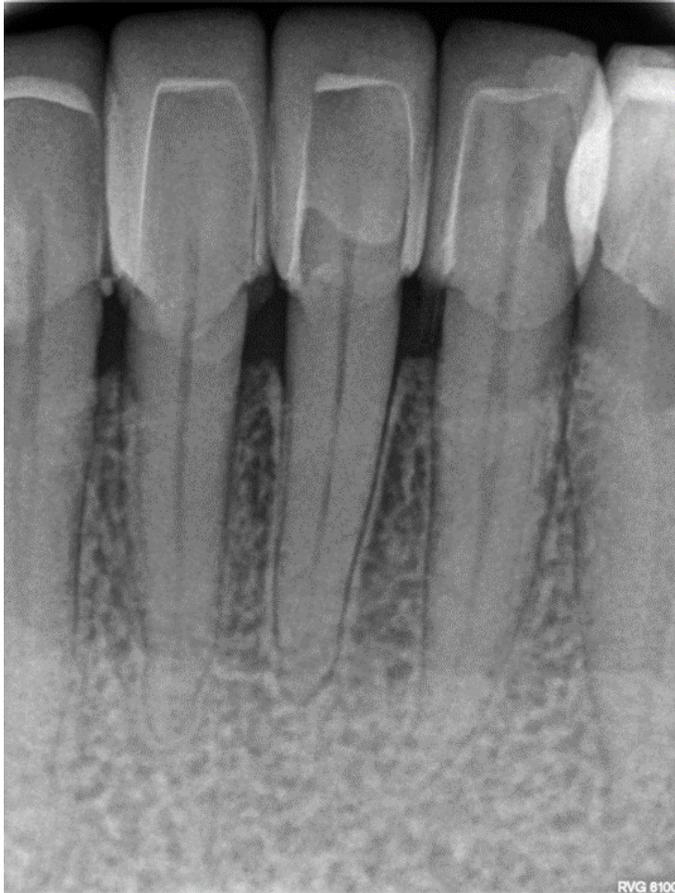
- FECHA. 11 y 21 , **sin movilidad**, con endodoncia, en buenas condiciones
- FECHA Cita para periodontograma con la XXXXXXXXXXXXXXXX. Se le muestra **movilidad**. Periodontitis crónica del adulto moderada. Tiene **movilidad** tipo I en el sector anterior, en 11 y 21 y puente antiguo del sector superior izquierdo.
- FECHA. raspaje superior con XXXXXXXXXXXXXXXX
- FECHA . raspaje inferior con la XXXXXXXXXXXXXXXX

Al contrario de lo que dice el escrito del letrado de la defensa, en su página nº3, 2º párrafo, sí se le hizo tratamiento periodontal.

Es decir, después del tratamiento realizado en la clínica XXXXXXXXXXXXXXXX, es cuando aparece la movilidad en los incisivos centrales. Es más, ¿Cómo se puede decir que la movilidad del puente superior izquierdo es debido a enfermedad periodontal?. Como ya se dijo, hay descementación de una corona y caries extendida de bajo de otra.

En el periodontograma realizado en la clínica XXXXXXXXXXXXXXXX, en la pieza 11 la profundidad de sondaje es de 2-2-3 mm. por la parte anterior y 2-2-4 mm por la parte posterior. En el incisivo central superior izquierdo (21), fueron de 4-4-2 y 3-2-2 respectivamente. En la periodontitis leve o moderada la profundidad de sondaje no debe ser superior a 4 mm. En el periodontograma realizado solo se llega a esta profundidad de sondaje en alguna parte de 3 dientes de los 14 que tiene y en el resto 1, 2, o 3 mm. Por lo dicho, no se puede achacar la movilidad de los dientes anteriores a esta enfermedad, ni tampoco la del puente superior izquierdo.

Escudero-Castaño N, Perea-García MA, Bascones-Martínez A. Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. Av Periodon Implantol. 2008; 20 (1): 27-37.



Rx realizada en la clínica del Dr. Alonso de la Peña FECHA.

En el sondaje realizado en la clínica del Dr. Alonso, el FECHA en los incisivos inferiores, es completamente normal. Los incisivos superiores ya están sustituidos por implantes y los inferiores por coronas.

Es más, en una persona de 75 años, que como consta en la ficha de XXXXXXXXXXXXXXXX, que no se hacía una revisión desde hacía 12 años, es un hallazgo inusual, es decir, la pérdida de inserción es mínima para su edad. Afirmo esto, ya que la gravedad de la enfermedad periodontal aumenta con los años. Hay estudios de población donde la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes entre 70 y 80 años es del 97% (Japón) con pérdidas de más de 4 mm, o en un estudio en Alemania, donde la población estudiada de edades entre los 70 y 79 años, el 79% tenían bolsas de más de 4 mm.

Boehm TK, Scannapieco FA. The epidemiology, consequences and management of periodontal disease in older adults. J Am Dent Assoc. 2007



Coronas puestas a la paciente en la clínica XXXXXXXXXXXX, después de los tratamientos de XXXXXXXXXXXX.

Otra aspecto que prueba que la supuesta enfermedad periodontal que padece la paciente no es cierta, es que solo se habla de inflamaciones de la encía en los incisivos centrales superiores, después de haber puesto las coronas nuevas con repetidas descementaciones del incisivo central superior izquierdo. La enfermedad periodontal no descementa las coronas.

Siendo dicha enfermedad periodontal un proceso infeccioso generalizado en la boca, ¿por qué no hay movilidad en el puente inferior derecho o premolares inferiores izquierdos?.

La necesidad de una férula de Michigan

"DETALLE DE TRATAMIENTOS REALIZADOS PACIENTE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX"

- "FECHA : *ahora la encía mucho mejor. **Ajustada y controlada la oclusión.***"

Si está controlada la oclusión, ¿por qué se le presupuestó una férula de Michigan, un año después de iniciar el tratamiento?

Fechas de los presupuestos : FECHA

FECHA : férula de descarga Michigan

Además, las indicaciones de la férula de Michigan son los dolores de los músculos masticatorios y el dolor de la articulación temporomandibular y bruxismo. No consta en su historial que padeciera alguna de éstas patologías.

Alqutaibi A. Types of Occlusal Splint in Management of Temporomandibular Disorders. J Arthritis 2015.

- "FECHA : *SE LE COMENTA que convendría hacer férula, teniendo en cuenta su negativa a usar una prótesis parcial removible.*

- FECHA : *nosotros insistimos en que tiene que hacerla se le explica la conveniencia de la férula, para proteger la rehabilitación y sus propios dientes. Se le dice que se lesiona primero lo más débil, que es el cemento..."*

Una férula no está nunca indicada para proteger el cemento de las restauraciones.

- "FECHA *se decide extraer piezas 11 y 21. Se le explica que después de colocar los implantes en los incisivos centrales superiores si no usa la férula se van a deteriorar los dientes anterioro inferiores."*

O sea, con sus coronas se estropean los superiores y con implantes los inferiores. Es decir, los pacientes que se pongan implantes en los incisivos superiores han de usar una férula. Esto no está descrito en ningún libro ni publicación.

Ejemplo de férula de Michigan



Conclusiones:

1. Al contrario de lo que dice el informe de la clínica XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, en la exploración inicial, las endodoncias que tiene realizadas la paciente no están correctamente realizadas. Las que presentan una patología manifiesta son las del incisivo central superior izquierdo y la del premolar superior izquierdo.
2. Las repetidas descementaciones del incisivo superior izquierdo con un perno muñón colado y corona, realizadas en la clínica XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, no son por causa de la enfermedad periodontal ni por no usar una férula. Probablemente fuera debido al mal ajuste del perno muñón colado y/o corona y a la no corrección de la oclusión traumática.
3. La estado periodontal que tiene la paciente es muy bueno atendiendo a su edad. Los datos del periodontograma realizados en dicha clínica así lo confirman. La movilidad del puente del lado superior derecho es por caries debajo de una de las coronas y despegamiento de la funda del incisivo lateral de ese lado. No es por la enfermedad periodontal.
4. La movilidad de los incisivos centrales superiores, que al inicio del tratamiento no existía, fue debido a las intervenciones realizadas en la clínica XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX. Una férula no la corregiría.
5. La inflamación localizada de la encía en los incisivos centrales superiores no es debida a una enfermedad periodontal, ya de existir dicha enfermedad tendría que manifestarse en otras zonas de la boca. Posiblemente sea a las continuas descementaciones y mal ajuste de el perno y la corona.
6. La fisura del incisivo central superior izquierdo, que irremediamente conlleva ala extracción fue debida a los tratamientos realizados en la Clínica XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, ya que antes de iniciar los tratamientos afirmaron que estaban en buenas condiciones y sin movilidad.

Tras los continuos fracasos que sufrieron los dos incisivos centrales, con fisura de uno de ellos, el tratamiento indicado para estos dientes será la colocación de dos implantes con sus respectivas coronas. Este tratamiento, que presupuestado en la clínica XXXXXXXXXXXX FECHA aunque la paciente lógicamente rechazara hacérselo en dicha clínica.

Los honorarios de esta intervención serían:

-
- Extracciones de los 2 incisivos centrales.....XXX
- Prótesis provisional.....XXX
- TAC.....XXX
- Regeneración óseaXXX
- Implantes en incisivo central superior izquierdo y derecho.....XXX
- Pilares sobre implantes.....XXX
- Coronas metal cerámicas..... .XXX
- **Total** **XXXX**