



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Informe de Sistematización Práctica

Previo a la obtención del título de:

Odontóloga

Tema

Rehabilitación Oral Integral en un paciente fumador con Periodontitis Crónica Severa
Generalizada.

Autora:

Luzmila Monserrate Macías Ibarra

Tutora:

Dra. Patricia Bravo Cevallos

Cantón Portoviejo – provincia de Manabí – República del Ecuador

2020

**CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA DEL TRABAJO DE
SISTEMATIZACIÓN PRÁCTICA**

Dra. Patricia Bravo Cevallos, certifica que el Informe de Sistematización de Práctica titulado: “Rehabilitación Oral Integral en un paciente fumador con Periodontitis Crónica Severa Generalizada”, es trabajo original del estudiante, Luzmila Macías Ibarra, la misma que ha sido realizada bajo mi tutoría, en el periodo septiembre 2019 a febrero 2020.

Dra. Patricia Bravo Cevallos Mg. Ge
Tutora del Trabajo de Sistematización Práctica

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Tema:

“Rehabilitación Oral Integral en un paciente fumador con Periodontitis Crónica Severa Generalizada” de Sistematización Práctica sometido a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal:

Od. Esp. Ayda María Mendoza Rodas

Od. Esp. Yohana Geomar Macías

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

La responsabilidad y resultados del presente Informe de Sistematización de Práctica, titulado: “Rehabilitación Oral Integral en un paciente fumador con Periodontitis Crónica Severa Generalizada”, corresponde exclusivamente a la autora. Además, cedo los derechos de autoría del Trabajo de Sistematización Práctica a favor de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Luzmila Monserrate Macías Ibarra

Autora

AGRADECIMIENTO

Merece reconocimiento especial mi madre que con su esfuerzo y dedicación me ayudo a culminar mi carrera universitaria y me dio el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

Agradezco infinitamente a mis Hermanos que con sus palabras me hacían sentir orgullosa de lo que soy y de lo que les puedo enseñar. Ojala algún día yo me convierta en esa fuerza para que puedan seguir avanzando en su camino.

A las persona que me han acompañado en este proceso y que me han ayudado a fortalecer mis conocimientos profesionales, mi amigas Gemita María, Ingrid, Gemita Murillo, Gladys, Julissa, Yulay, Ivonne, y Diandra Mishell también a mis maestros el Dr. Armendáris, Dra. Tatiana Moreira, Dra. Nataly Barreiro, Dra. Ayda Mendoza, Dr. Díaz, Dr. Sarmiento, Dra. Lisseth Zambrano, Dra. Hidelisa y Dra. Karla Toro quienes me han enseñado a ser dual, a ser un buen ser humano y buen profesional, gracias infinitamente por enseñarme con mucho amor y a la vez por hacer que me enamore de esta profesión, los quiero mucho y los llevaré siempre en mi corazón.

A la familia Espín López, principalmente a señora Leo, Don Espín, a Xiomara, a Toty, por estar desde el principio y brindarme su cuidado y su amor.

A mi taita Marcos Vásquez, por ser mi guía y siempre tener la palabra adecuada para cada ocasión, te amo.

A mi padrino Pedro Pin y a toda mi familia de Jipijapa, Verito, Melu y a la Sra. María por ser una segunda madre, por brindarme su apoyo constante y nunca desistir de mí.

A mi Amigo Tony y Sullita por motivarme siempre a superarme, estudiar, trabajar, a ser independiente, por mostrarme lo generoso que puede ser un amigo.

A Coral Perero por ser una gran compañera de vida, gracias infinitas por tu apoyo incondicional.

A mi gran amigo Andrés Pando por siempre estar presente en los momentos más difíciles.

Y no puedo olvidarme de mi Familia de Munay quienes me han ayudado a formar mi carácter, a reconocermé y ser una mujer valiente, a no tener miedo de decir lo que pienso, les agradezco por todo su amor que me ha hecho florecer, gracias especialmente a Byron, Francy y Ottito.

A todos ellos mil gracias

Luzmila Monserrate Macías Ibarra

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico con todo cariño a mi mamá Alajita Ibarra y a mis hermanos Sheryl, Jorge, Lucy y Eduardo quienes en todo momento me guiaron ofreciendo su generoso amor, su apoyo y sus sabios consejos que me llevaron a afianzar aún más mis valores para crecer como persona y profesional, los quiero con todo mi amor.

A la Dra. Karla Toro, ya que para la realización de este trabajo ha sido mi mano derecha y quien me ha guiado en el complicado proceso, es verdad que no ha sido fácil sin embargo gracias a sus consejos, su cariño y apoyo incondicional, esto ha parecido un tanto menos complicado.

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo lograr la rehabilitación de un paciente con periodontitis crónica severa generalizada. Para dar cumplimiento al mismo, se realizó el diagnóstico bucodental en el paciente a través de la historia clínica odontológica basada en el formulario 033 del Ministerio de Salud Pública (MSP), por medio del cual se pudo diseñar el plan de tratamiento acorde a las patologías presentadas, con el objetivo de devolver la estética y funcionalidad de las piezas dentales y del aparato estomatológico. La metodología de trabajo utilizada fue la Sistematización Práctica, realizada a un paciente adulto de 54 años de edad. Para la rehabilitación integral del paciente se siguió el protocolo de tratamiento: Periodoncia, Cirugía, Endodoncia, Operatoria Dental, Prótesis fija y protocolo de Prótesis a Placa. Como resultado de todo este proceso se concluyó con el desarrollo del tratamiento establecido, obteniendo la rehabilitación oral integral del paciente, devolviendo la anatomía, estética y funcionalidad a las piezas dentales durante el proceso de sistematización práctica, mejorando de forma satisfactoria las funciones de masticación y deglución logrando dar una mejor calidad de vida y autoestima.

Palabras clave: Problemas periodontales; Rehabilitación oral; Paciente adulto; Autoestima.

SUMMARY

The present practical systematization, aimed to achieve the rehabilitation of a patient with severe chronic periodontitis. To comply with it, it was necessary to diagnose the pathologies present in the patient taken as a case of practical systematization of adults, obtained through the dental clinical history based on form 033 of the Ministry of Public Health (MSP), through the which could be designed the treatment plan according to the oral pathologies presented, to execute the treatment plan that helped return the aesthetics and functionality of the dental pieces and the stemmatological apparatus. The work methodology used was the Practical Systematization, performed on an adult patient of 54 years of age. For the integral rehabilitation of the patient, the following protocol was followed: treatment, periodontics, periodontal treatment, surgery, endodontics, dental surgery, fixed prosthesis and plaque prosthesis protocol. As a result of this whole process, the development of the established treatment was concluded, obtaining as a result the integral oral rehabilitation of the patient, returning the aesthetic anatomy and functionality to the patient's dental pieces during the practical systematization process, improving satisfactorily, the chewing and swallowing functions achieving a better quality of life and self-esteem.

.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA DEL TRABAJO DE SISTEMATIZACIÓN PRÁCTICA	I
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	III
AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	VI
RESUMEN.....	VII
SUMMARY	VIII
ÍNDICE.....	IX
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
1. PROBLEMATIZACIÓN.....	2
1.1. Tema.....	2
1.2. Planteamiento del problema.....	2
1.3. Delimitación	3
1.4. Justificación.....	4
1.6. OBJETIVOS.....	5
1.6.1. Objetivo general.....	5
1.6.2. Objetivos específicos	5
CAPÍTULO II.....	6
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Historia Clínica	6
2.1.1. Datos personales	6
2.1.2. Motivo de consulta	6
2.1.3. Historia de la enfermedad o problema actual	7
2.1.4. Antecedentes patológicos personales y familiares:.....	7
2.2. Examen físico regional	7
2.3 Examen extra oral.....	8
2.4. Examen físico intraoral.....	8
2.5.1. Exámenes complementarios indicados	11
2.5.1.1Radiografía.....	11

2.5.1.2. Radiografías periapicales.	12
2.6. Pruebas pulpares.	12
2.7. Periodoncia.....	15
2.7.1. Periodonto.....	15
2.7.2. Encía.....	15
2.7.3. Ligamento periodontal	15
2.7.4. Cemento radicular.....	15
2.7.5. Hueso alveolar.....	16
2.7.6. Control de Placa.....	16
2.7.7. Calculo Dental.....	16
2.7.8. Recesión gingival	16
2.7.9. Posición real y aparente de la encía	17
2.7.10. Factores etiológicos.....	17
2.7.11. Clasificación de la recesión.....	17
2.8. Periodontitis.....	17
2.8.1. Clasificación Periodontal.....	18
2.8.2. Manifestaciones clínicas	18
2.8.3. Sondaje.....	18
2.8.4. Detartraje	18
2.8.5. Control Químico de Placa.....	19
2.8.6. Enjuagatorio con Clorhexidina	19
2.9. Índice De O'Leary.....	19
2.10. Educación Para La Salud	20
2.11. Cirugía.....	20
2.11.1. Exodoncia.....	20
2.11.2. Exodoncia en el maxilar superior con fines protésicos	20
2.12. Preoperatorio	20
2.12.1. Pasos y protocolo para una exodoncia.....	20
2.12.1.1. Estudio preoperatorio.....	20
2.12.1.2. Historia clínica.....	21
2.12.1.3. Estudio radiográfico.....	21
2.12.1.4. Exámenes complementarios	21
2.13. Intraoperatorio.....	21

2.13.1. Bioseguridad	21
2.13.2. Anestésico	22
2.13.3. Anestesia local	22
2.13.4. Indicaciones terapéuticas.....	22
2.13.5. Técnica para el nervio dentario posterior.....	22
2.13.6. Técnica para los nervios dentario medio y anterior.....	23
2.13.7. Sindesmotomía	24
2.13.8. Luxación.....	24
2.13.9. Extracción.....	25
2.13.10. Curetaje.....	25
2.14. Postoperatorio	25
2.14.1. Receta.....	25
2.14.1.1. Antibióticos.....	25
2.14.2. Aines	26
2.14.3. Indicaciones post operatoria.....	26
2.15. Endodoncia.....	26
2.15.1. Configuración interna del diente	26
2.15.2. Cámara pulpar.....	Erro! Indicador não definido.
2.15.3. La pulpa	27
2.15.4. Cavidad Pulpar.....	27
2.15.5. Conducto Radicular.....	27
2.15.6. Métodos de diagnósticos en endodoncia.....	27
2.15.7. Tratamiento de endodoncia por fines protésicos	28
2.15.8. Retratamientos endodónticos	29
2.15.9. Radiografías en Endodoncias.....	30
2.15.10. Procedimientos para la realización de endodoncia	31
2.15.10.1. Anestesia	31
2.15.10.2. Aislamiento Absoluto.....	31
2.15.10.3. Acceso del Conducto Radicular	31
2.15.10.4. Acceso Cameral en Incisivo central superior.....	32
2.15.10.5. Acceso Cameral en Canino Superior.....	32
2.15.10.6. Acceso Cameral en Premolar Superior	32
2.15.10.7. Preparación Biomecánica del Conducto Radicular	33

2.16. Técnica de instrumento manual.....	33
2.16.1. Técnica convencional.....	33
2.16.2. Longitud de trabajo	34
2.16.3. Medicación Intraconducto.....	34
2.17. Irrigación.....	34
2.17.1. Edta.....	35
2.17.2. Irrigación Activada.....	35
2.17.3. Conometría.....	36
2.17.4. Obturación del conducto radicular	36
2.18. Los cementos de obturación.....	36
2. 20. Operatoria	37
2.20.1. Etiología de la caries	37
2.20.2. Protocolo de Operatoria.....	38
2.20.2.1. Aislamiento del Campo Operatorio	38
2.20.2.2. Preparación Cavitaria	38
2.20.3. Desinfección de cavidad.....	38
2.20.3.1. Clorhexidina.....	38
2.20.3.2. Aplicación Acido Grabador	39
2.20.3.3. Aplicación del Sistema Adhesivo	39
2.20.3.4. Inserción y modelado aumentar de la Resina Compuesta	39
2.20.4. Ajuste Oclusal.....	40
2.20.5. Acabado y pulido.....	40
2.21. Prótesis fija.....	41
2.21.1. Clasificación.....	41
2.21.2. Indicaciones.....	41
2.21.3. Contraindicaciones	42
2.21.4. Puente metal cerámica	42
2.21.5. Toma de impresiones	42
2.21.6. Modelo de estudio	42
2.21.7. Encerado	43
2.21.8. Preparación dentaria.....	43
2.21.8.1. . Acabado de la preparación dentaria.....	43
2.21.9. Técnica de retracción gingival (colocación de hilo retractar)	43

2.21.10. Toma de impresión definitiva.....	44
2.21.11. Técnicas de provisionales.	45
2.21.11.1. Técnica indirecta.....	45
2.21.11.2. Prueba de metal. (Ver Figura 10.1.8).....	45
2.21.11.3. Selección de color.....	46
2.21.11.4. Prueba del bizcocho.....	46
2.21.11.5. Control final y cementado.....	46
2.21.11.6. Técnica con cemento a base de Ionómero de Vidrio.....	46
2.22. Prótesis parcial removible	47
2.22.1. Características.....	48
2.22.2. Impresión y vaciado de diagnóstico.....	48
2.23.3. Prótesis parcial removible de cromo cobalto.....	49
2.23.4. Características.....	50
2.23.5. Contraindicaciones.....	50
2.23.6. Reglas de <i>Applegate</i>	50
2.23.7. Clasificación de Kennedy.....	51
2.23.8. Conector mayor: Barra lingual	52
2.23.9. Prueba de armazón metálico	55
2.23.10. Toma de relación céntrica	55
2.23.11. Prueba de prótesis en cera.....	55
2.23.12. Instalación de la prótesis	55
2.24. Prótesis parcial removible de acrílico	55
2.24.1. Concepto.....	55
2.24.2. Indicaciones.....	56
2.24.3. Contraindicaciones.....	56
2.24.4. Impresión Definitiva	56
2.24.5. Selección de Color de Diente de Acrílico	57
2.24.6. Base de acrílico.....	57
2.24.7. Confección y prueba de rodetes de oclusión	57
2.24.8. Enfilado.....	57
2.24.9. Prueba en cera de la prótesis	57
2.24.10. Cuidado e higiene de la prótesis.....	57
3. MARCO METODOLÓGICO.....	59

3.1.	Modalidad de trabajo.....	59
3.2.	Métodos.....	59
3.3.	Ética.....	59
3.4.	Protocolos de tratamiento	60
3.4.1.	Protocolo de Periodoncia Anexo –.....	60
3.5.	Tratamiento periodontal.....	Erro! Indicador não definido.
3.5.1.	Protocolo de Cirugía.....	60
3.5.2.	Protocolo de Endodoncia.....	61
3.5.3.	Protocolo de Operatoria Dental	61
3.5.4.	Protocolo de Prótesis Fija.....	62
3.5.5.	Protocolo de Prótesis a Placa	62

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de sistematización práctica hace referencia a la rehabilitación oral integral en un paciente fumador con Periodontitis Crónica Severa Generalizada. Se considera que la enfermedad periodontal es una patología inflamatoria, crónica de origen multifactorial que conlleva la destrucción de los tejidos de soporte del diente; el factor etiológico primario de esta patología es la presencia de un biofilme bacteriano organizado, en cuanto los otros factores pueden ser clasificados según su origen en locales y sistémicos (1).

Entre los factores locales, el tabaquismo ha sido identificado como uno de los factores de riesgo más frecuentemente asociado al desarrollo de la gingivitis y periodontitis, además de influir negativamente en su avance y pronóstico. Existen evidencias de que las personas que poseen el hábito de fumar aumentan de 2 a 7 veces la posibilidad de presentar enfermedades periodontales inflamatorias (2).

El objetivo de esta sistematización práctica fue la rehabilitación de un paciente adulto fumador de 54 años presentando periodontitis crónica severa generalizada, piezas dentales con extracción indicada, necrosis pulpar, tratamientos de conducto defectuosos, coronas metal-porcelana en mal estado, edentulismo parcial, disminución del espacio protético en el sector posterior, lesiones cervicales no cariosas.

Por medio de este caso clínico, se puso en práctica los conocimientos adquiridos sobre diagnóstico y plan de tratamiento a través de procedimientos y protocolos clínicos que ayudaron a mejorar, reestablecer y recuperar la funcionalidad de masticación, fonación, estética, confianza y autoestima.

El trabajo actual se estructuró en cuatro capítulos: en el capítulo primero, se profundiza la problemática, en el segundo, se detalla el marco teórico para describir las respectivas definiciones de las variables y protocolos de los principales tratamientos aplicados al paciente de 54 años de edad; en el capítulo tercero se describió la metodología utilizada en el transcurso del trabajo; y, en el cuarto capítulo se muestran cada uno de los resultados logrados durante el desarrollo de este proceso.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1. Tema

Rehabilitación Oral Integral en un paciente fumador con Periodontitis Crónica Severa Generalizada.

1.2. Planteamiento del problema

La periodontitis es una de las principales patologías que padecen las personas adultas, la forma crónica es la más común (3). La periodontitis es una patología inflamatoria que se inicia por la acción de microorganismos presentes en el *Biofilm* dentogingival y que conlleva a la destrucción del aparato de inserción periodontal (4).

En los últimos años de acuerdo a estudios realizados, existe una mayor incidencia de enfermedades periodontales, convirtiéndose en un problema de salud pública a nivel del mundo, siendo los sistemas de salud los que deben afrontar esta problemática (5). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud bucodental es un indicador clave de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general; sin embargo, estima que la periodontopatía grave, puede ocasionar pérdidas de los dientes; es la undécima enfermedad más prevalente en el mundo, afectando a muchas personas por diferentes causas, una de estas es el tabaquismo (6).

Las patologías periodontales son un grupo de enfermedades infecciosas de origen etiológico primario bacteriano, predisponentes de la pérdida de tejido de soporte dentario, como son el hueso alveolar, ligamento periodontal y cemento radicular, de no ser sometidos a tratamientos puede haber pérdida temprana de estos tejidos y por ende de los órganos dentales, afectando a la función masticatoria, estética y fonética contribuyendo al deterioro de la salud general del individuo.

El hábito de consumo de tabaco es uno de los factores de riesgo que causa afecciones sistémicas en la cavidad oral, además de la respuesta microbiológica e inmunológica,

progresión y severidad de esta patología, debido a que aparte de ser un elemento nocivo para la salud sistémica de las personas es un factor influyente que afecta de forma directa la salud bucal alterando la respuesta microbiológica, inmunológica y reparativa de los tejidos.

En las zonas rurales de la República del Ecuador es alta la incidencia de enfermedades periodontales, de acuerdo al estudio de Carvajal (2016), en pacientes que se encuentra en la etapa de periodontitis moderada se presenta una mayor destrucción del hueso aproximadamente un 50 % de altura de la raíz y las bolsas pueden tener una profundidad de 4 a 5 milímetros; generando sangrado, recesión gingival, llegando hasta la pérdida de la cortical (7).

Es necesario mencionar que a las Clínicas de Odontológicas de la facultad de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, concurren un gran número de personas que demandan de atención estomatológica, de estos se atiende a personas adultas que presentan múltiples afecciones periodontales, por lo que son expuestos a un sinnúmero de tratamientos bucodentales que les permitan disminuir el problema de Periodontitis Crónica Severa Generalizada.

Para dar inicio a un tratamiento y manejo de las patologías bucodentales a los pacientes que asisten a las Clínicas de Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, es importante conocer los indicadores clínicos bucales antes de realizar cualquier tipo de intervención, además de saber si los adultos tienen conocimiento sobre las enfermedades bucodentales, etiología y prevención, así como las prácticas diarias de higiene para disminuir la patologías estomatológicas.

1.3. Delimitación

Campo: Salud

Área: Odontología

Aspecto: Salud Bucal

Problema: Paciente fumador con Periodontitis Crónica Severa Generalizada.

Delimitación Espacial: Clínica odontológica de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, ubicada en la provincia de Manabí.

Delimitación Temporal: Periodo septiembre 2019 - febrero 2020.

1.4. Justificación

El presente trabajo de sistematización de praxis realizada a un paciente de 54 años de edad de sexo masculino identificado en el periodo septiembre 2019 - febrero 2020 está debidamente justificado, tomando en consideración la salud estomatológica de los adultos, los mismos que están expuestos a problemas periodontales, siendo esta patología considerada por la OMS un problema de salud pública (6). La Universidad San Gregorio de Portoviejo, forma profesionales competentes y comprometidos para aplicar los conocimientos adquiridos en beneficio de la sociedad.

El desarrollo de esta sistematización práctica, tiene su importancia por la necesidad de ofrecer tratamientos odontológicos prácticos a la comunidad; brindando el mismo, con calidad y compromiso tanto del personal que atiende las clínicas odontológicas como del paciente que presenta la patología de Periodontitis Crónica Severa Generalizada, para de esta forma devolverle su estética y elevar la autoestima en cada paciente.

El beneficiario directo de esta sistematización fue el paciente oriundo del cantón Jipijapa, quien presenta enfermedad Periodontal y múltiples afectaciones dentales que influyen en su calidad de vida, de igual forma tendrá el conocimiento necesario sobre la salud bucal, prevención y control de hábitos. La autora, estudiante de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, como requisito para titularse cumple con el desarrollo de esta sistematización, fue partícipe de programas y actividades donde se fortalecen temas de prevención y rehabilitación promoviendo la salud bucodental en adultos.

El desarrollo de esta praxis fue factible de realizar, debido a que se contó con el apoyo de las autoridades, docentes especialistas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, así como del paciente adulto que asistió a la clínica odontológica y que fue tomado como caso para el desarrollo de esta sistematización. Asimismo, se contó con la disponibilidad de recursos materiales y económicos por parte de la autora y que servirá como un referente para las presentes y futuras generaciones de estudiantes que egresan de la Facultad de Odontología de este Centro de Estudios de Educación Superior.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. Objetivo general

Rehabilitar integralmente a un paciente con periodontitis crónica severa generalizada.

1.6.2. Objetivos específicos

- Diagnosticar las patologías presentes en el paciente con periodontitis crónica severa generalizada para la realización de la sistematización práctica de adulto.
- Diseñar el plan de tratamiento acorde a las patologías bucodentales del paciente
- Ejecutar el plan de tratamiento para devolver la estética y funcionalidad de las piezas dentales y del aparato estomatológico.

CAPÍTULO II

3. MARCO TEÓRICO

2.1 Historia Clínica

La Historia Clínica (HC), es un escrito personal y obligatorio técnico y legal, que está constituido por un número de encuestas básicas y de especialidad, que el profesional odontólogo utiliza para el registro constante de datos obtenidos en las citas realizadas, así como del diagnóstico, posterior procedimiento, evolución y resultados de salud de una persona durante todo el ciclo de vida establecido como usuario (8).

La Historia Clínica es originada desde el momento en que se muestra el primer episodio de una enfermedad. Según la doctrina médica forense, la historia clínica es el documento o instrumento escrito en el que consta en forma metódica, ordenada y detallada la narración de todos los sucesos acaecidos y comprobaciones realizadas por el médico o el equipo médico, durante la asistencia de un paciente en un establecimiento público o privado desde su ingreso hasta el momento de su egreso por alta o por muerte (9). La historia clínica, siendo una prueba documental, debe estar bajo el cuidado, responsabilidad y/o custodia de la unidad o del lugar de residencia de la persona; se propenderá que exista una sola historia clínica por paciente, misma que servirá de base para el sistema de referencia y contra referencia (8).

2.1.1. Datos personales

- **Nacionalidad:** Ecuatoriano
- **Edad:** 54 años
- **Estado civil:** Casado
- **Instrucción:** Bachillerato
- **Profesión:** Artesano
- **Dirección:** Jipijapa

2.1.2. Motivo de consulta

Paciente refiere “Quiero que me arreglen los dientes”.

2.1.3. Historia de la enfermedad o problema actual

Paciente de 54 años de edad de sexo masculino, raza mestiza; acude a la consulta odontológica sin sintomatología aparente, al examen clínico demuestra coronas metal-porcelana en mal estado en dientes anteriores, extrusión en los molares superiores de ambas arcadas, ostenta lesiones no cariosas en el sector antero inferior y edentulismo parcial en sector posteroinferior, por consecuencia tiene ciertas piezas para extracción y otras por evaluar su tratamiento.

2.1.4. Antecedentes patológicos personales y familiares:

Personales

- No refiere antecedentes patológicos personales.

Familiares

- Hipertensión (Padre).

2.2. Examen físico regional

En el examen físico o de exploración física, el médico realiza un diagnóstico al paciente con el propósito de determinar si tiene o no un problema físico (10). Comienza antes del saludo, lo que hace que el galeno haga un análisis crítico del paciente, desde que tiene el primer contacto visual. Para el examen físico general, se combinan la inspección y palpación, donde los aspectos a considerar en este examen son: Hábito externo, constitución o biotipo, actitud de pie y deambulación, actitud en el lecho, facies, piel y mucosas, fanera (pelos y uñas), tejido celular subcutáneo, talla, peso y sistema osteomioarticular (11).

El objetivo de la exploración no sólo es detectar problemas bucodentales como periodontitis crónica localizada moderada, la odontología también engloba todas las áreas del conocimiento y desarrollo, de cualquiera que sea el caso, cada estructura anatómica debe ser examinada en su integridad, función, desarrollo y patología. Basándose en lo citado, se realizó la exploración correspondiente al paciente evidenciando:

Inspección: el examen físico de la cabeza y cuello no presenta anomalías de la cara y piel, con musculatura facial y movilidad normal.

Cabeza: Paciente normo cefálico. Cabello, cejas y orejas bien implantadas, Ojos simétricos, musculatura facial simétrica normo desarrollada, piel normo coloreada sin apariencia de lesiones sospechosas aparente, cicatrices de caídas, muestra alteraciones en la ATM, al momento de apertura y cierre de la misma.

- **Tipo de perfil:** perfil convexo.
- **Forma de la cara:** cara ovoide
- **Labios:** normo tónicos.
- **Cuello:** sin presencia de lesiones ni sintomatología, ejerce movimientos normales. La cadena ganglionar no presenta patología aparente.

2.3 Examen extra oral

El examen debe ser realizado en la cabeza y cuello. La configuración facial facilita la evaluación de las relaciones y la simetría de las dos hemiarcadas. La asimetría inducirá a investigar posibles trastornos de las estructuras óseas. La exploración en el plano frontal se la debe realizar con el adulto sentado mirando al frente (plano de Frankfurt paralelo al horizonte), para valorar los tipos de proporcionalidad entre los diferentes tercios faciales; y, simetría entre las dos hemiarcadas y las dimensiones transversas. También se debe valorar los ojos y aspecto del globo, la esclerótica, pupilas y conjuntiva; así como también el color y aspecto de la piel, forma tamaño y función de la frente, nariz y labios. Dentro de esta exploración es fundamental el perfil facial (12).

INSPECCIÓN: el examen físico de la cabeza y cuello no presenta anomalías de la cara y piel, con musculatura facial y movilidad normal.

Palpación: Ausencia de tumefacción.

Auscultación: No presenta anomalías.

2.4. Examen físico intraoral

Para comenzar el examen físico el paciente debe estar semisentado cómodamente con la cabeza apoyada. Como instrumental básico se debe tener una buena fuente de luz, que puede ser directa (por medio de una lámpara o luz natural) o indirecta (espejo dental o espejo frontal). Se debe tener un instrumental para desplazar tejidos blandos, como un espejo dental o un baja lenguas y siempre utilizar guantes (13). En el paciente se evidenciaron las siguientes características:

- Ausencia de las piezas #1.6, 2.2, 3.7, 3.5, 4.6, 4.7; pulpitis irreversible de la pieza #1.5; restauración defectuosa en la pieza #1.4 y 2.6 y coronas no satisfactorias en las piezas #1.3, 1.1, 2.1; se observa pérdida del espacio protético en la región de las P#3.7, 3.6 y 3.5 debido a la extrusión de las piezas #2.5, 2.7, 2.8.
- A nivel periodontal el paciente presenta: Periodontitis crónica localizada moderada, siendo la pieza #4.1 la más afectada, evidenciando movilidad grado 3.
- Se observa: atrición en las piezas # 1.5, 1.4, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4.
- **Labios:** tamaño mediano, con un color rojo oscuro, se aprecia movilidad natural y su línea blanca del contorno gruesa, surco del filtrum con buena proporción y arco de cupido bien marcado.
- **Mejillas:** Apreciamos un color de rosa, suave y húmedo. Las manchas de Fordyce aparecen en la mucosa bucal en forma de pequeñas y numerosas formaciones de color blanco-amarillento y ligeramente elevadas, que constituyen una variante normal.
- **Maxilar superior:** Abriendo la boca con el dedo índice y el pulgar examinamos desde la línea media hacia atrás la apófisis alveolar del maxilar, se siente la altura de la cresta ósea normal y convexa en regiones de los centrales, caninos y molares; en la zona de los incisivos laterales esta altura la notamos perdida debido al edentulismo parcial.
- **Maxilar inferior:** Se examina altura normal en la región de los incisivos centrales y en la región de molares inferiores se encuentra altura de cresta ósea disminuida probablemente por la pérdida de las piezas en esta zona y tampoco se evidenciaron zonas adoloridas.
- **Lengua:** se puede apreciar dimensiones adecuadas dentro de lo normal ya que va acorde con el tamaño de la cavidad bucal por lo tanto se descarta macroglosia o microglosia; muestra un color apagado, húmedo y brillante. Su porción anterior se evidencia con superficie lisa y suave, aunque sembrada de papilas y pequeñas fisuras. La superficie de la porción posterior se aprecia suave, ligeramente irregular y provista de una mucosa más fina que la anterior.
- **Palpación:** La cara dorsal de la lengua está cubierta por una mucosa especializada donde se observan las papilas filiformes, fungiformes y caliciformes; aunque las primeras están más numerosas y cubren gran parte de la cara dorsal; las segundas se encuentran distribuidas entre las filiformes siendo de mayor cantidad en bordes

y punta de la lengua; los bordes laterales de la lengua tiene similitud una cara de la otra pero en la parte más posterior encontramos las papilas foliadas de color más rojizo y con algunos pliegues paralelos entre sí; no presenta alteraciones en los labios, ni masas duras ni sensibilidad a la palpación, ni aumento de volumen en las glándulas salivales sin presencia de anomalía.

- La cara inferior o ventral de la lengua está cubierta por una mucosa rosada, lisa y brillante, húmeda y delgada que deja translucir las venas raninas; se puede apreciar en esta zona también que a cada lado del frenillo hay presencia normal del pliegue frimbiado.
- **Paladar duro:** con tonalidad blanquecina, presenta forma abovedada, con arrugas transversas, continuándose con el paladar blando, de tonalidad más rosada. La úvula, una prolongación del paladar blando situada en la línea media con apariencia normal. El paladar duro evidencia una protuberancia ósea en la línea media, que recibe el nombre de torus palatinus y carece de importancia clínica.
- Así se exploran también otras estructuras anatómicas como la papila incisiva que la vemos en posición normal entre los incisivos centrales superiores, posee un tamaño acorde y un color igual al de la encía, en este caso rojo pálido; se observa el rafe palatino con un poco de relieve y de color más blanquecino que la mucosa; se encontró las rugosidades palatinas bien marcadas.
- **Piso de la boca:** está cubierto por una mucosa rosada, lisa, brillante, húmeda y delgada, es visible y accesible en un área en forma de herradura que rodea la base de la lengua. En la línea media está atravesado por el "frenillo lingual", a cada lado existen unas prominencias llamadas "carúnculas sublinguales" donde desembocan los conductos de las glándulas submaxilares así tenemos que por detrás el piso es más elevado por la prominencia de las glándulas sublinguales, un pliegue mucoso que contiene los conductos de *Wharton* es visible sobre ellas.
- **Carrillos:** se evidencia que están en su exterior cubiertos por piel y en su cara interna por una mucosa rosada, lisa, brillante, húmeda y delgada; frente al segundo molar superior desemboca el conducto de *Stenon* o parotídeo lo cual lo califica como normal, su salida está marcada por la papila mucosa.
- Pueden observarse algunos granos amarillentos situados por debajo de la mucosa, son los gránulos de *Fordyce*. A la altura del plano de oclusión dentaria puede notarse una línea más blanquecina conocida por **línea alba**.

- **Glándulas salivales:** Se pidió al paciente que junte fuertemente sus dientes para diferenciar las glándulas del musculo masetero, una vez realizada esta técnica procedemos a la palpación y se haya la glándula de tamaño y consistencia normal, en el mismo momento se realizó el análisis de la saliva y se apreció de consistencia liquida - fluida.
- **Oro faringe:** Lateralmente encontramos las zonas amigdalares. La mitad superior de la pared anterior está constituida por un orificio, el istmo de las fauces. La mitad inferior de la pared anterior de la oro faringe se halla representada por la base de la lengua, la parte supra hioidea de la epiglotis, presenta un color rosa brillante, textura lisa con movilidad normal, notamos también que posee volumen disminuido.
- **Articulación temporomandibular:** mediante el examen clínico con las yemas de los dedos índices y medio se palpa la ATM, se siente un chasquido al movimiento de apertura y cierre de la mandíbula.

2.5. Odontograma

El odontograma es un sistema de símbolos representado en un gráfico en el cual se detallan las variables dentarias, con el fin de brindar información que den cumplimiento a los estándares para proteger los intereses legales de los pacientes, delimitando responsabilidad al profesional odontólogo y de las instituciones prestadoras de servicios de esta área médica. Registro dental *ante mortem*, es el documento a través del cual el odontólogo general o especialista registran las anomalías y los tratamientos por realizar en los pacientes que, se encuentran bajo su cargo para la práctica odontológica (14).

2.5.1. Exámenes complementarios

Se indicó realizar los siguientes: hemograma completo con PT Y PTC, radiografía panorámica, radiografías periapicales, pruebas pulpares, modelos estudios.

2.5.1.1. Radiografía

Los rayos X panorámicos dentales, hacen uso de una dosis muy pequeña de radiación ionizante con el objetivo de capturar una imagen total de la boca. Por lo general, los hacen los dentistas y los cirujanos orales en la práctica diaria, las mismas se pueden utilizar para

planear el tratamiento para dientes postizos, aparatos dentales, extracciones e implantes (15).

2.5.1.2. Radiografías periapicales

La radiografía periapical en endodoncia es indispensable para realizar los procedimientos, debido a que proporcionan información específica de la zona peri radicular; así mismo, permiten determinar los límites de la lesión dando una visión específica al profesional médico, para su correcto procedimiento quirúrgico. En los actuales momentos, existen nuevas técnicas imagenológicas que proveen mayor especificidad, pues se reproducen en tres dimensiones (16).

2.6. Pruebas pulpares

2.6.1. Diagnóstico radiográfico

La radiografía dental es un instrumento que brinda determinada información que puede ser limitada, debido a que presenta una imagen bidimensional de estructuras que realmente son tridimensionales. Una imagen radiográfica da como resultado la superposición del diente, hueso y tejidos blandos en el trayecto entre el cono del aparato y la película, figurando así el contraste de blanco y negro de lo que puede ser tejidos. De tal modo que la radiografía dental revela alteraciones en el tejido calcificado y no revela actividad celular; sin embargo, muestra los efectos celulares pasados en el hueso y las raíces (17).

Maxilar superior

Durante el análisis radiográfico panorámico y periapical del maxilar superior se evidencia:

- Ausencia de las piezas #1.6, 1.2 y 2.2, 2.8.
- Reabsorción del reborde alveolar en la región de las piezas #1.6, 1.2 y 2.2, 2.8.
- Ausencia de la cresta ósea interdientaria asociada a la presencia de tártaro.
- Extracción de las piezas #2.5, 2.6, 2,7
- Área radiolúcida compatible con caries secundaria en la corona de la pieza # 2.6
- Área radiolúcida en la corona de las pieza #1.5; 1.4 con conexión con la cámara pulpar.

- Otros detalles anatómicos como: hueso trabecular del maxilar superior, Apófisis Cigomática, Tuberosidad del maxilar y seno maxilar se encuentran en estado normal.

Maxilar inferior

Durante el análisis radiográfico panorámico y periapical del maxilar inferior se evidencia:

- Ausencia de las piezas #3.8, 3.7, 3.6, 4.5, 4.6, 4.7 y 4.8
- Reabsorción bilateral posterior del reborde alveolar en la región de las piezas #3.8, 3.7, 3.6, 4.5, 4.6, 4.7 y 4.8
- Tamaño disminuido de forma irregular de las coronas anatómicas de las piezas # 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4.
- Área radiolúcida de bordes irregulares en la región apical de la pieza #41
- Otros detalles anatómicos como: hueso trabecular del maxilar inferior, ángulo mandibular, conducto mandibular, proceso condilar, rama mandibular, apófisis coronoides se encuentran en estado normal.

2.6.2. Diagnóstico presuntivo

- Caries dental
- Periodontitis
- Atrición

2.6.3. Diagnóstico diferencial

- Periodontitis crónica localizada severa
- Periodontitis crónica localizada moderada
- Pulpitis irreversible
- Hiperemia pulpar
- Necrosis pulpar
- Absceso alveolar
- Fracturas dentarias
- Atrición
- Caries de dentina
- Caries secundaria

2.6.4. Diagnóstico definitivo

- Periodontitis crónica severa generalizada
- Pulpitis irreversible
- Necrosis pulpar
- Atrición
- Caries secundaria

2.6.5. Plan de tratamiento

Desde la perspectiva más general de los autores Boj, Catalá, García, Mendoza y Planells (18) “la planificación de tratamiento individual incluye la estrategia a aplicar después del examen y registro de su historia” (p5).

2.6.5.1. Fase Periodontal

Fase preventiva

- sondaje
- Detartraje
- Raspado y alisado
- Profilaxis y Fluorización

Fase Quirúrgica

- Extracción de la piezas #2.6, #2.7, #4.1

Fase rehabilitadora

Fase terapéutica

- Tratamientos pulpares en las piezas # 1.5, 1.4, 1.3, 1.1, 2.1

Fase restauradora

- Restauración en las piezas: # 1.5, 1.4, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.2, 4.3, 4.4

2.6.5.2. Fase protésica

- Prótesis parcial removible acrílica en maxilar superior.
- Prótesis parcial removible cromo cobalto en maxilar inferior.
- Puente metal cerámico en sector anterosuperior.

2.7. Periodoncia

2.7.1. Periodonto

El periodonto normal proporciona el apoyo necesario para mantener los dientes en función. Consiste de 4 componentes principales: la encía, ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar. Cada uno de estos componentes periodontales tienen distinta ubicación arquitectura de tejido composición bioquímica y composición química, sin embargo todos funcionan como una unidad (19).

2.7.2. Encía

La encía normal cubre el hueso alveolar y la raíz de un diente a un nivel apenas coronal a la unión amelocementaria. La encía se divide anatómicamente en áreas: marginal, adherida e interdental. Aunque cada tipo de encía muestra variación considerable en la diferenciación histología y grosor de acuerdo con sus exigencias funcionales todos están estructurados para funcionar adecuadamente contra daños mecánicos y microbianos (19).

2.7.3. Ligamento periodontal

El ligamento periodontal se compone de un complejo vascular y tejido conjuntivo altamente celular que rodea la raíz del diente y que lo conecta a la pared interna del hueso alveolar. Se continúa con el tejido conjuntivo de la encía y se comunica con los espacios de la médula a través de canales vasculares en el hueso. El ancho medio del espacio del ligamento periodontal es aproximadamente de 0.2 mm. El espacio periodontal disminuye alrededor de los dientes que no están en función y en dientes no erupcionados, pero se ensanchan en dientes que están sometidos a hiperfunción (19).

2.7.4. Cemento radicular

El cemento es el tejido mesenquimal calcificado y vascular que forma la cubierta exterior de la raíz anatómica. Los dos tipos principales de cemento son: acelular primario y acelular secundario. Las dos fuentes principales en las fibras colágenas en el cemento son: fibras de *sharpey* (son extrínsecas) que son la porción incluida de las fibras principales de ligamento periodontal y están formadas por fibroblastos, además de fibras que pertenecen a la matriz del cemento (intrínsecas) y son producidas por los cementoblastos (19).

2.7.5. Hueso alveolar

El proceso alveolar es la porción del maxilar y la mandíbula que forma y apoya a los alveolos dentarios. Se forman cuando el diente erupciona a fin de proveer la inserción ósea, para constituir el ligamento periodontal; desaparece de manera gradual cuando se pierde el diente (19).

2.7.6. Control de placa

El control de placa bacteriana se realiza fundamentalmente mediante el cepillado dental. Si éste es adecuado, consigue el control de la placa supra gingival y de la placa subgingival situada cerca del margen gingival. Aun siendo el método más utilizado y efectivo, apenas controla la placa de las superficies proximales, por lo que debe complementarse con un control específico de placa interdental, para ello se pueden utilizar diferentes mecanismos de higiene: hilo dental, cepillos interdentes y otros elementos auxiliares de limpieza menos efectivos: cuñas de madera, palillos interdentes, puntas de goma e irrigadores dentales (20).

2.7.7. Cálculo dental

En el área supra gingival el cálculo se reconoce como una masa de color cremoso y blanquecino o hasta pardo de dureza moderada el grado de formación de cálculo no solo depende de la cantidad de placa sino también de la secreción de las glándulas salivales. Por consiguiente el cálculo supragingival se haya predominantemente en la adyacencia de los conductos excretores de las glándulas salivales mayores, como la cara lingual de los dientes antero inferiores y en la cara vestibular de los primeros molares superiores, donde desembocan los conductos de la glándula parótida en la cavidad bucal (21).

2.7.8. Recesión gingival

La recesión gingival se describe como la exposición de la superficie radicular del diente debido a la migración del margen gingival; el cual se localiza apical a la unión amelo cementaria. Su prevalencia y severidad aumenta con la edad y la región de los incisivos inferiores es el área más afectada (22).

2.7.9. Posición real y aparente de la encía

La posición real corresponde al nivel de la inserción epitelial en el diente, mientras que la aparente es la altura de la cresta del margen gingival, así la posición real de la encía, no su ubicación aparente, determina la gravedad de la recesión (23).

2.7.10. Factores etiológicos de la Recesión Gingival

La etiología se debe a factores predisponentes y factores desencadenantes. Entre los factores predisponentes se encuentran: corticales delgadas, dehiscencias y fenestraciones, biotipo gingival delgado, mal posiciones dentarias, ausencia de profundidad del vestíbulo, ausencia de encía insertada o queratinizada. Los factores desencadenantes son la inflamación asociada a placa dental, cepillado dental intenso e inadecuado, trauma oclusal y movimiento ortodóntico fuera del límite del proceso alveolar. Sin embargo, son el trauma provocado por el cepillado y las lesiones gingivales asociados a placa bacteriana, los que deben considerarse como factores causales principales de recesión gingival (24).

2.7.11. Clasificación de la recesión

Miller en 1985 determinó la siguiente categorización de las recesiones gingivales: Clase I, recesión de tejido marginal que no se extiende hasta la unión mucogingival, no hay pérdida de hueso ni de tejido blando en el área interdental. Clase II, consiste en una recesión de tejido marginal que se extiende apical a la línea mucogingival; no hay pérdida de tejido interproximal. Clase III, existe una retracción de tejido marginal gingival que se extiende apical a la unión mucogingival, en dientes con pérdida de altura del periodonto proximal. Clase IV, es una recesión de tejido marginal que se extiende apical a la línea mucogingival con pérdida ósea grave y de tejido blando a nivel interdental (23).

2.8. Periodontitis

Cuando la gingivitis no se trata debidamente, puede convertirse en periodontitis. Esto quiere decir inflamación alrededor del diente. En la periodontitis, las encías se alejan de los dientes y forman espacios o bolsas que se infectan. El sistema inmunitario del cuerpo lucha contra las bacterias a medida que la placa se extiende y crece por debajo de la línea de las encías. Las toxinas de las bacterias y la respuesta natural del cuerpo contra la infección empiezan a destruir el hueso y el tejido conjuntivo que mantienen a los dientes en su lugar. Cuando la periodontitis no se trata debidamente, los huesos, las encías y los tejidos que los sostienen se destruyen y con el tiempo si no son tratados de forma debida,

la pérdida ósea se vuelve notoria al presentar movilidad dentaria corriendo el riesgo de extraerlos (25).

2.8.1. Clasificación Periodontal

El sistema desarrollado por la Asociación Dental Americana (ADA) en 1999 se basa en la severidad de la pérdida de inserción. El clínico usa la información clínica y radiográfica obtenida y clasifica al paciente dentro de cuatro casos. Según la ADA la clasificación periodontal es la siguiente (26).

Caso tipo I: Gingivitis

Caso Tipo II: Periodontitis leve

Caso Tipo III: Periodontitis moderada

Caso Tipo IV: Periodontitis avanzada

2.8.2. Manifestaciones clínicas

Es un proceso de la enfermedad que lleva a la pérdida del diente lo cual está relacionado con el control de placa, los hábitos de higiene. Esto lleva a reflexionar respecto a los componentes que pueden intervenir en la pérdida de los tejidos de soporte dental, en los pacientes que presentan el cuadro clínico (27).

2.8.3. Sondaje

Para realizar esta medida se utiliza una sonda periodontal, así, la profundidad de sondaje es la distancia entre el fondo del surco gingival y el margen de la encía; se utiliza una medida lineal en un solo plano y tomando seis puntos de los dientes, proporciona una medida en milímetros del tamaño de las bolsas periodontales, tomando como referencia el margen gingival que la mayoría de los casos coincide con la línea amelo cementaría (28).

2.8.4. Detartraje

Es la instrumentación de la corona y de la superficie dental cuyo objetivo será la remoción de la placa bacteriana junto con el cálculo dental y las manchas depositadas sobre estas estructuras (19).

2.8.5. Control químico de placa

El control químico de la placa a nivel supragingival se da por un conjunto de químicos que se los utiliza como enjuagatorios orales. Entre estos se tienen: los compuestos de amonio cuaternario, entre los cuales se encuentran el cloruro de benzalconio y el cloruro de cetilpiridinio, de acuerdo a las pruebas se sugiere que estos productos no poseen potencial antimicrobiano (29). Sin embargo, otros autores indican que son beneficiosos como enjuague previo al cepillado para mejorar la eficacia del mismo. Un 35% reducen la placa bacteriana y además son sustancias que no se adhieren a los tejidos orales y son de rápida liberación (30). Los fenoles y aceites esenciales, con el uso de estas sustancias, se han comprobado reducciones de la placa bacteriana desde 20% hasta 35% y disminución de la gingivitis de 25% a 35%. Productos naturales (sanguinaria) como agentes anti placa y anti gingivitis; y, biguanidas, biguanida de alta sustentividad y poder antibacteriano per se (29).

2.8.6. Enjuagatorio con Clorhexidina

La utilización del enjuagatorio con clorhexidina es amplia y es el agente más efectivo para tratamientos periodontales. La reducción de placa y de gingivitis alcanza el 60%. Su mecanismo de acción se realiza mediante una reducción de la formación de la película adquirida y la alteración del desarrollo bacteriano, además de la inserción al diente. Se presenta de tres formas: digluconato, acetato e hidrocloreuro, la mayoría de productos usan el digluconato en concentrados del 0.02 al 0.12% (31).

2.9. Índice de O'Leary

Es muy importante que el odontólogo haga uso de esta herramienta para valorar la placa dental en la superficie dental, el primer paso es usar una solución reveladora de placa, se lo coloca en la punta de la lengua para que el paciente con movimientos circulares en cada una de las superficies dentales logre la propia distribución de la solución, se procede a examinar con la punta del explorador cada una de las superficies teñidas, luego empleamos una fórmula matemática el cual nos indicará el resultado, el número obtenido se divide entre el total de la superficies examinadas y se multiplica por 100, y de este modo obtenemos nuestro porcentaje llamado índice de O'Leary (32).

2.10. Educación para la Salud

La educación para la salud es una combinación de oportunidades de aprendizaje que hacen que se les facilite cambiar hábitos de forma voluntaria, cambiar comportamientos los cuales les conduciría a mejorar su salud.

2.11. Cirugía

Para Gay y Berini (33) “La cirugía bucal es la parte de la Odontología que trata del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares y regiones adyacentes” (p1).

2.11.1. Exodoncia

La exodoncia es una actividad quirúrgica donde se saca un diente o restos radiculares atrapados en el alvéolo; es decir, es la parte de la cirugía bucal que se encarga de la extracción de un diente o parte de él, del lecho óseo donde está ubicado. La extracción dental es uno de los procedimientos más comunes en cirugía bucal se realiza utilizando anestesia local aplicando técnicas sencillas adecuadas y precisas (34).

2.11.2. Exodoncia en el maxilar superior con fines protésicos

En el maxilar superior se realiza la exodoncia colocándose a la derecha del sillón dental y delante del paciente, la posición para obtener una correcta visión y una posición exacta del odontólogo es recomendable que la arcada dentaria superior del paciente se encuentre a la altura de los hombros del profesional odontólogo (35). Las extracciones realizadas se llevaron a efecto debido a que el paciente presentaba piezas extruidas lo cual afectaba su dimensión vertical, su estética y en el futuro para la instalación de una nueva prótesis.

2.12. Preoperatorio

2.12.1. Pasos y protocolo para una exodoncia

2.12.1.1. Estudio preoperatorio

En un estudio preoperatorio antes de realizar la exodoncia se debe hacer la anamnesis, la misma que permite investigar el motivo de consulta, historia de la enfermedad, tiempo desde que se inició, frecuencia, síntomas, signos, antecedentes patológicos tanto familiares como personales, para finalizar se debe realizar exámenes físicos extra e intrabucal (36). La anamnesis es obtenida a través del interrogatorio, es un registro cronológico de los síntomas desde el comienzo de la enfermedad hasta el momento en el

cual se le realice la consulta. Aquí se incluye el relato de la enfermedad actual (anamnesis próxima) y la historia clínica de la enfermedad pasada (anamnesis remota). De igual forma, el comportamiento y la actitud del paciente están matizados por la experiencia previa y otras enfermedades pasadas, al igual que su medio familiar y social (37).

2.12.1.2. Historia clínica

Se realizan algunas preguntas al paciente sobre sus antecedentes personales familiares y propios como lo pueden ser enfermedades cardiovasculares, angina de pecho, enfermedades endocrino metabólicas, hipertiroidismo, enfermedades de la glándula suprarrenal, enfermedad de la hipófisis, enfermedades neurológicas, neuralgias, enfermedades hematológicas, anemias, trastornos de coagulación, enfermedades renales y si consume alguna medicación de cualquiera de estas patologías (23).

2.12.1.3. Estudio radiográfico

Los estudios radiográficos periapicales serán utilizados para la exploración de la zona alveolo dentaria, a partir de la corona dentaria al área periapical, es necesario realizar la observación del espacio periodontal y el hueso maxilar que rodea al diente (38).

2.12.1.4. Exámenes complementarios

Los exámenes complementarios son de importante relevancia a ser realizados, debido a que permitirán la exploración local, regional y general. De los datos de anamnesis, se indicará los estudios complementarios adecuados al caso (análisis sanguíneos con pruebas de hemostasia, pruebas de alergia a medicamentos) (39).

2.13. Intraoperatorio

2.13.1. Bioseguridad

Al hacer una atención dental, se debe suministrar una rigurosa atención al cumplir todas las normas relativas a Bioseguridad Odontológica; ya que, tanto el profesional como el paciente tienen que estar prevenidos frente a cualquier infección. A veces el operador al no seguir la acción rigurosa mencionada, es quien impulsa microorganismos de las manos hacia la boca y el cuerpo del paciente, a lo que se denomina infección cruzada. El riesgo que puede existir en el ambiente laboral puede causar daño tanto a la salud del operador como del paciente, por eso se recomienda tomar medidas preventivas para impedir la transferencia de enfermedades, mismas que pueden darse a través de la sangre,

secreciones respiratorias y orales del paciente a los profesionales y asistentes y de estos al paciente y entre pacientes (40). Debe tener conocimientos básicos sobre: Preparación del profesional y los ayudantes, preparación del paciente, esterilización del instrumental, manejo del material corto punzante desechable, esterilización por calor y agentes químicos

2.13.2. Anestésico

Los anestésicos locales son fármacos capaces de bloquear de manera reversible la conducción del impulso nervioso en cualquier parte del sistema, lo que da lugar a una pérdida de sensibilidad, aunque la función nerviosa se recupera completamente analizando su efecto. (41). Todas las técnicas de anestesia intraoral necesitan de que se conozca los puntos de referencia anatómicos, para que su aplicación sea correcta.

2.13.3. Anestesia local

En los molares superiores, para la extracción de las piezas de la arcada superior se utiliza la anestesia del plexo realizada tanto en la vertiente vestibular como en la palatina. En los terceros molares inferiores, para la extracción de los terceros molares inferiores, los troncos nerviosos cuya dirección debe ser bloqueada están representados principalmente por: nervio alveolar inferior, nervio lingual, nervio bucal. Para la anestesia troncular del nervio lingual, la penetración de la aguja debe producirse en posición análoga a la adoptada para la anestesia alveolar inferior. La aguja es hecha penetrar menos en depresión, medialmente al triángulo retro molar. Para la anestesia troncular del nervio bucal, la aguja debe incluir de forma aproximada 1 cm vestibularmente en la región del tercer molar, en la correspondencia de la línea oblicua externa (22). En este caso se usa SEPTANEST con adrenalina 1/100.000.

2.13.4. Indicaciones terapéuticas

Anestesia por infiltración y localización regional en intervenciones dentales, tales como: extracciones unitarias y múltiples, trepanaciones, resecciones apicales, gingivectomías, pulpectomías, ablación de quistes, intervenciones en la encía (42).

2.13.5. Técnica para el nervio dentario posterior

Con esta técnica, se logra la anestesia de las piezas dentarias desde el tercer molar hasta el primer molar exceptuando su raíz mesiovestibular, la cual es inervada por el nervio

dentario medio o en su ausencia por el nervio dentario anterior. El procedimiento (43) en esta técnica será el siguiente:

- a. Se debe tentar el límite distal del proceso cigomático, que se encuentra a nivel de la raíz distal del segundo molar superior y raíz mesial del tercero.
- b. Se pedirá al paciente mantener la boca entreabierta, para introducir una aguja larga de 4 cm a una angulación de 45° en relación al plano oclusal.
- c. Se insertará ésta aguja en la mucosa alrededor de 1.5 mm, infiltrando de 0.5 a 1 ml de anestésico.
- d. Finalmente, se deberá verificar la insensibilidad del área.

Durante la realización de la técnica se debe tomar en cuenta la ubicación, la profundidad y la fuerza con la que penetrará la aguja al momento de hacer la punción, ya que el ingreso en el área deberá ser cuidadosa, caso contrario se provocaría lesiones a nivel muscular, produciendo hematomas dolorosos como sucede en el caso de desgarro al plexo pterigoideo, que es considerado el accidente más frecuente (43).

2.13.6. Técnica para los nervios dentarios medios y anteriores

Es significativo conocer, en la ejecución de esta técnica que el nervio dentario medio, se halla anestesiado con el dentario anterior en la mayor parte de los casos, por lo que al momento de realizar la anestesia se llegan a encerrar ambos. Los nervios mencionados inervan toda la zona anterior incluyendo la raíz mesiovestibular del primer molar superior y tejidos adyacentes a las mismas. Para la realización de esta técnica será se sigue el siguiente procedimiento:

- a) Asepsia y Antisepsia del área a intervenir.
- b) Se procederá a traccionar el labio superior con previo secado de la mucosa y aplicación de la anestesia tópica.
- c) El lugar de punción será realizado en el fondo del vestíbulo a nivel de las raíces de los premolares.
- d) Ingresando con una aguja corta, a nivel del canino o de la raíz mesial del segundo premolar, con una angulación de 45° y paralelo al eje longitudinal del diente, sin ir pegado al hueso, ya que se podría lesionar el periostio, el cual por su rica inervación podría iniciar un proceso muy doloroso.

e) La cantidad de anestésico que se infiltrará es de aproximadamente 1ml (43).

Su problema radica principalmente en la ausencia de anastomosis de los nervios dentarios medio y anterior, ya que el área insensibilizada no abarcaría la región requerida; es por ello, que si se presentara el caso, se realizará la anestesia por separado (44).

2.13.7. Sindesmotomía

Es la maniobra que tiene como fin romper y desprender el diente de sus inserciones gingivales. Esta acción puede realizarse con el bisturí, con un periostótomo o con un elevador; incluso pueden utilizarse las puntas o pico del *fórceps* siempre y cuando estén bien afiladas (44). La sindesmotomía es el corte o separación del ligamento periodontal del diente, antes de efectuar este paso se debe hacer una extracción dentaria con un instrumento llamado sindesmótomo o periostótomo (45).

2.13.8. Luxación

Los botadores o elevadores son instrumentos que, basados en principios de física, sirven para congregarse o extraer dientes o raíces dentarias ya sea como complemento del fórceps en las exodoncias convencionales o como material principal en las extracciones quirúrgicas. En los elevadores se observa tres partes: el mango, el tallo y la hoja o punta (45).

- Mango. Debe ser adaptable a la mano del odontólogo y tiene diversas formas según los distintos modelos. Puede ser liso o rugoso; en este último caso permite una mejor sujeción por parte de nuestros dedos pero su limpieza –posterior a su utilización– suele ser más dificultosa.
- Tallo. Es la parte del instrumento que une el mango con la hoja o punta. También se denomina cuello o brazo del botador.
- Hoja o punta. Es la zona activa del botador. Puede tener distintas formas, adaptadas al tipo de contacto que deba existir con el diente.

Según la configuración o variaciones entre estas tres partes, se obtienen distintas formas y tipos de elevadores capaces de efectuar fuerzas diferentes en dirección e intensidad.

La luxación consiste que el elevador se introduce en el espacio periodontal entre la raíz y la pared ósea del alvéolo, éste actúa como palanca, esta acción se realiza alrededor de todo el diente para luego comenzar a extraer el diente. Además, el mismo autor refiere que el botador puede colocarse paralelo al eje longitudinal del diente y ejercer movimientos hacia apical con el fin de actuar como cuña o palanca. También se puede situar el elevador recto en el área interdental, en ángulo recto con el eje dentario, con el fin de ejercer la acción de palanca con punto de apoyo en el tabique óseo interdental (46).

2.13.9. Extracción

El *fórceps* es un instrumento para exodoncia basado en el principio de la palanca de segundo grado, con el que se coge el diente a extraer y se le imprimen distintos movimientos con el fin de eliminarlo de su alvéolo. El uso de este instrumento hace posible que el odontólogo sujete la porción radicular del diente y lo disloque de su alvéolo ejerciendo presión sobre él. El *fórceps* consta de tres partes: Parte pasiva o mango del *fórceps*, parte activa, picos, puntas, bocados o mordientes del *fórceps*, zona intermedia o cuello, constituida por una articulación o charnela que une entre sí el mango y la parte activa (45). Cuando se consigna separar las fibras periodontales del diente se realiza un movimiento de palanca apoyándose en la pared ósea consiguiendo exodoncia del resto y/o pieza dentaria (47).

2.13.10. Curetaje

Las curetas quirúrgicas de *Hu-Friedy* están delineadas para remover sencillamente depósitos de cálculo grande y tejido duro en procedimientos quirúrgicos y periodontales, con mangos de mayor diámetro y uniones posteriores anchas. Después de haber logrado la extracción del diente de su alveolo procedemos a eliminar con una cureta o legra los tejidos remanentes del fondo alveolar, detritus del hueso; así se favorece la cicatrización del alvéolo (48).

2.14. Postoperatorio

2.14.1. Receta

2.14.1.1. Antibióticos

La amoxicilina de 500 mg cada 8 h por 7 días, representante de las penicilinas de amplio espectro, muestra gran rapidez frente a bacterias aerobias y anaerobias de la cavidad

bucal. Actúa de forma que interrumpe la correcta formación de la pared celular bacteriana, originando la muerte del microorganismo susceptible (49).

2.14.2. Aines

Ibuprofeno de 400mg cada 8h por 4 días, es un Antinflamatorio No Esteroideo (AINE) concerniente al subgrupo de los derivados del ácido propiónico (naproxeno, ketoprofeno), tiene una eficaz actividad anti inflamatoria, antipirética y analgésica (50).

2.14.3. Indicaciones post operatoria

Apresuradamente de haber sido subordinado a la extracción dentaria se siguen las siguientes indicaciones, el paciente no debe realizar enjuagues en las primeras 24 horas, no fumar después de la extracción, los suministros deben ser de firmeza blanda y fría, realizando enjuagues tras cada comida y cepillarse con cepillo dental y pasta, usar también suero fisiológico o colutorios de clorhexidina (51).

2.15. Endodoncia

La endodoncia es la encargada de la etiología, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las patologías pulpares, reversibles o irreversibles, y las lesiones peri radiculares asociadas a ella, con el propósito de permitir la conservación del órgano dental (52). Bajo una conceptualización interna la endodoncia necesita de componentes suficientes para lograr sus objetivos, por lo que se requiere conocer todos los detalles, por muy pequeños que estos sean y que se escapan a la vista, a través del estudio minucioso y básico de la anatomía externa e interna logrando conjugar ambas para obtener el conocimiento necesario al tratar las alteraciones pulpares y sus repercusión sobre los tejidos periapicales y logrando obtener procedimientos terapéuticos con éxito (53).

2.15.1. Configuración interna del diente

La forma de la cámara pulpar se relaciona directamente con la edad de las personas, debido a que ésta cambia su configuración como consecuencia de la constante aposición de dentina secundaria a medida que pasan los años. Con el transcurso de la edad y como resultados de agresiones físicas, químicas o bacterianas, la cavidad bucodental reduce su diámetro, ya que la aposición de dentina secundaria que se va depositando en las paredes como medio de defensa fisiológico. Esta aposición se da por lo general por los

odontoblastos que se localizan tanto en el techo como en el piso y no tanto así en los de las caras proximales (54).

2.15.2. La pulpa

La pulpa llamada por unos autores nervio, es un tejido blando que vive dentro del diente que contiene los nervios y los vasos sanguíneos, y es la causante del desarrollo dental (52).

2.15.3. Cavidad Pulpar

Es el espacio que se encuentra en el interior del diente, limitado en toda su extensión por dentina, excepto a nivel del foramen o forámenes apicales; con la forma aproximada del exterior del diente, pero lamentablemente sin presentar la misma regularidad, aunque sí, salidas, entradas y hendiduras, como consecuencia del depósito de dentina reaccional o secundaria (55). Es el espacio localizado en el interior del diente, ocupado por la pulpa dental, limitado en toda su extensión por dentina, excepto en la porción del foramen apical (56).

2.15.4. Conducto Radicular

Es la parte de la cavidad pulpar correspondiente a la porción radicular de los dientes: en los que presentan más de una raíz se inicia en el piso y termina en el foramen apical. Tiene forma cónica con la base mayor dirigida hacia el piso y el vértice hacia la porción apical, forma similar a la de la raíz. Con fines didácticos y para su descripción, es posible dividir el conducto radicular en tercios: apical, medio, cervical. El conducto radicular está constituido por dos conos unidos por sus vértices: uno largo o conducto dentinario, donde se localiza la pulpa dentaria, tiene por límite apical la unión Cemento - Dentina - Conducto (CDC) y otro conducto muy corto o conducto cementerio (55).

2.15.5. Métodos de diagnósticos en endodoncia

Previamente a la realización de un tratamiento de conducto endodóntico se deben de seguir un protocolo ya establecido para un correcto diagnóstico el cual consta de los siguientes pasos: Inspección visual y táctil, palpación pruebas de movilidad, pruebas periodontales, pruebas térmicas (calor-frío), pruebas anestésicas, prueba cavitaria, transiluminación, mordida, prueba eléctrica y radiografías periapicales (57).

2.15.6. Periodontitis apical crónica (Asintomática)

La resorción ósea apical, identificada radiográficamente como una imagen radio lúcida, es una característica diagnóstica importante de la periodontitis apical. Tal como se ha descrito anteriormente, las bacterias y sus productos son considerados el principal agente etiológico de la necrosis pulpar y las lesiones periapicales. Por lo tanto, el objetivo del tratamiento endodóntico es eliminar los microorganismos del sistema de conductos radiculares y prevenir la sobreinfección del mismo.

Cuando el tratamiento es capaz de realizar esta desinfección de forma apropiada, usualmente cicatriza la lesión periapical por regeneración ósea; proceso que se caracteriza por una reducción gradual y finalmente la resolución de la imagen radio lúcida periapical, observada en las subsecuentes radiografías de control del tratamiento. La periodontitis apical constituye un factor de gran influencia en el pronóstico del diente endodónticamente tratado, estableciéndose su tasa de éxito entre 62-86 %, disminuyendo su tasa de éxito entre 10-25 % en comparación al diente sin periodontitis apical.

Consideraciones clínicas y radiográficas de la periodontitis apical crónica

La periodontitis apical es la inflamación del periodonto en los portales de entrada del sistema de conductos radiculares. Típicamente, la lesión se localiza a nivel del ápice radicular, pero las comunicaciones existentes a todo lo largo de la superficie radicular con el periodonto pueden permitir el desarrollo de lesiones laterales y furcales. Estas lesiones muestran características clásicas de inflamación (58).

Para realizar un adecuado diagnóstico de periodontitis apical crónica persistente debe realizarse la evaluación clínica y radiográfica del caso. La evaluación del resultado del tratamiento debe constar de varias etapas: un examen visual de tejidos blandos, seguido por la palpación de tejidos alrededor del diente tratado y/o adyacentes, percusión del diente tratado y/o adyacentes, medición de surcos gingivales y el interrogatorio al paciente (59).

2.15.7. Tratamiento de endodoncia por fines protésicos

Antes de realizar un tratamiento de prótesis fija, como coronas o puentes dentales, la mejor opción es la extirpación del conducto pulpar, y la obstrucción del conducto dentario

para tallarlo sin la preocupación de invadir tejido pulpar, según la restauración requerida (60).

2.15.7. Retratamientos endodónticos

Es la eliminación del relleno presente, la nueva limpieza y conformación de los conductos, así como la identificación y corrección de la causa del fracaso del tratamiento previo. Los conductos vuelven a ser rellenados y sellados, con el fin de realizar posteriormente un seguimiento radiográfico para valorar la evolución. Los fracasos endodónticos pueden atribuirse a la infección bacteriana como resultado de omisiones en la limpieza, instrumentación y obturación, por eventos iatrogénicos o reinfección del sistema de conductos radiculares cuando se pierde el sellado coronario después de la culminación del tratamiento del conducto radicular. Independientemente de la etiología, la sumatoria de todas las causas es la infiltración y contaminación bacteriana. Remoción de los materiales obturadores Generalmente son la gutapercha, materiales con sus respectivos dispensadores, conos de pasta y rellenos para pasta (61).

2.15.7.1. Técnicas para el retratamiento

Diferentes técnicas se han utilizado para el retratamiento endodóntico y las más frecuentes el uso de las limas manuales, instrumentos de rotación de níquel titanio, y el uso auxiliar de solventes químicos. El retratamiento de conducto esta compuesto de varias etapas, estas son: 1) planeamiento, 2) acceso a la cámara pulpar, 3) conducto radicular, remoción del material de obturación, 4) preparación del conducto, 5) la medicación del intraconducto, 6) obturación, y, 7) control post operatorio que se realice al paciente (62).

2.15.7.2. Técnica manual

La utilización de instrumenetos manuales, para la eliminación de llenado es bastante común; así mismo, el uso de un solvente que de forma normal tiene como resultado una capa delgada de material que se disuelve en las paredes del canal, que penetra en los túbulos destinatarios, siendo difícil de eliminar lo que o conlleva a una mayor cantidad de materiales de relleno restantes. Una técnica manual a través del uso combinado de limas H y un producto químico generalmenete utilizado que es solvente como cloroformo o xileno se recomienda para eliminar la gutapercha en el proceso de retratamiento endodóntico. Así misimom la eliminación de un Gutapercha compactado de forma

correcta es tedioso y lento; es así que, es recomendable el uso de limas rotativas para guardar tiempo, además de reducir la fatiga del paciente y por ende del operador. Una vez localizados los conductos, es importante la limpieza y preparación de la entrada. En lo posible ver o sentir la gutapercha. Se logran óptimos resultados con el uso de tipo k de sección (62).

2.15.7.3. Materiales

La remoción de los materiales obturadores por lo general es la gutapercha, materiales con sus respectivos dispensadores, conos de pasta y rellenos para pasta. En la remoción de la gutapercha, su dificultad varía de acuerdo a la longitud, diámetro transversal y curvatura del conducto. Inicialmente es removida del conducto en el tercio cervical, luego del tercio medio y por último del apical, de forma progresiva para impedir acceso de irritantes hacia la región apical. Las técnicas contienen limas rotatorias, instrumentos ultrasónicos, calentamiento, limas manuales con calor o soluciones químicas (63).

2.15.7.4. Xilol

Entre los solventes que se utilizan en la desobturación endodóntica se pueden citar al xilol, xileno o dimetilbenceno, $C_6H_4(CH_3)$ (64), derivado dimetilado del benceno, su propiedad principal es actuar en el ablandamiento del material intraconducto por disolución. Estos son usados en desobturaciones totales, actuando solo en el tercio medio y cervical del conducto (63). Los disolventes generalmente son tóxicos e irritantes para los tejidos periapicales, el xilol actúa disolviendo de manera lenta permitiendo una eliminación controlada de la gutapercha; por ello, se recomienda la utilización de una sola gota para evitar daños al paciente (65,66). El xilol ablanda la gutapercha y disminuye la resistencia que puede tener el material al ser desobturado (67).

2.15.8. Radiografías en Endodoncias

Para llevar a cabo un correcto tratamiento de conducto se deben de aplicar cada uno de los protocolos, uno de esos el cual ya mencionamos es el diagnóstico en sí, en cual incluimos o podríamos decir que es una parte del mismo son las radiografías, pero para llevar a cabo una Endodoncia se realiza un serie radiográfica secuencial en la cual vemos: Radiografía inicial o de diagnóstico. Radiografía de conductometría o longitud de trabajo, Radiografía de la conometría y Radiografía final (22).

2.15.9. Procedimientos para la realización de endodoncia

2.15.9.1. Anestesia

La anestesia por infiltración es la inyección de un anestésico local en los tejidos blandos en la región del ápice radicular. La infiltración es probablemente el método más simple, seguro y rápido para producir anestesia suficiente para remover la pulpa dental. La aguja se inserta en el fondo de saco vestibular ligeramente mesial al diente por anestésicar, llevarla hasta tocar hueso hacia el ápice del diente, donde se deposita el anestésico. Generalmente un cartucho anestésico (1.8 ml) es suficiente, aunque frecuentemente es necesaria más anestesia que para una extracción dental (68).

La utilización de anestesia infiltrativa provoca la disminución temporal y considerable de la sensibilidad, pero el paciente está despierto y lúcido durante todo el proceso, no es dolorosa pero sí muy efectiva (69).

2.15.9.2. Aislamiento absoluto

Con el fin de controlar estas circunstancias y poder garantizar un medio libre de humedad (control de la saliva y bloqueo del líquido crevicular), así como mejorar la visibilidad y acceso del área a tratar, se sugiere el uso del aislamiento absoluto, puesto que además de lo anterior permitirá garantizar la seguridad del paciente, debido a que existe una barrera que impide la deglución del material y el instrumental tanto en niños como en adultos. Por otra parte, es necesario proteger los tejidos blandos de medicamentos potencialmente irritantes, cáusticos o ácidos como algunas sustancias irrigadoras e incluso los agentes desmineralizantes que pueden generar lesiones en la mucosa o provocar reacciones de irritación, las cuales son indeseables durante la atención odontológica (70).

2.15.9.3. Acceso del conducto radicular

El acceso al conducto radicular es el conjunto de procedimientos que se inicia con la apertura coronaria, permite la limpieza de la cámara pulpar y la rectificación de sus paredes, y se continúa con la localización y preparación de su entrada. Un acceso bien realizado permite la iluminación y la visibilidad de la cámara pulpar, la entrada de los conductos y su instrumentación (71).

2.15.9.4. Acceso cameral en incisivo central superior

Están situados en ambas arcadas dentarias en la zona anterior, a ambos lados de la línea media. Tiene un papel muy importante en el sector anterior porque es el mayor condicionante de la estética dental. Tiene una corona trapezoidal, posee una única raíz y tiene una dimensión vestibulolingual mayor que la mesiodistal. Es el incisivo más grande de todos y su longitud incisivo cervical de la corona es la mayor de toda la dentición humana (71).

2.15.9.5. Acceso cameral en canino superior

Están situados entre ambas arcadas dentarias delimitando el sector anterior del posterior. Se sitúan mesialmente a los primeros premolares y distalmente a los incisivos laterales; pieza dentaria de gran tamaño coronal y radicular. Tiene una corona de forma pentagonal, sus dimensiones mayores son las vestibulopalatinas con respecto a las mesiodistales, es el diente más largo y sólo tiene una raíz. Posee un lomo central, dos fosas mesial y distal, una elevación de esmalte como lo es el cingulo y dos rebordes marginales mesial y distal. Posee una cámara pulpar amplia con mayor diámetro en el sentido vestibulolingual, principalmente en la unión con el conducto radicular, donde se observa una constricción en sentido mesiodistal. Es aquí cuando se puede diferenciar claramente el límite de cámara y conducto. El techo presenta una concavidad bastante acentuada, correspondiente a la cúspide del diente (71).

2.15.9.6. Acceso cameral en premolar superior

Están situados por distal respecto del canino, de forma que el primer premolar está distal al canino. Están inmediatamente antes del segundo premolar. Tienen una corona con forma pentagonal, mayor dimensión del vestibulopalatino a la mesiodistal. Poseen dos cúspides: vestibular, de mayor tamaño y forma cuadrangular, y palatino, más pequeña. Los primeros premolares superiores tienen dos raíces y dos conductos pulpares; sin embargo, cuando hay una sola raíz por lo general, se encuentran dos conductos. Su cámara pulpar presenta forma ovalada, irregular y achatada en sentido mesiodistal. Presentando el techo dos divertículos uno vestibular y otro palatino. El piso puede presentar más de un conducto (71).

2.15.9.7. Preparación biomecánica del conducto radicular

La elaboración de los conductos radiculares, tiene como objetivo, en primer lugar, la alteración de su constitución, respetando al máximo la anatomía interna original, de forma que los conductos alcancen una forma progresivamente cónica desde el orificio de entrada, a la altura de la cámara pulpar, hasta el ápice manteniendo la posición y el diámetro de la constricción y del orificio apical; con ello, se favorece el segundo objetivo, la limpieza completa del contenido del conducto (Tejido pulpar, bacterias, componentes antigénicos, y restos hísticos necróticos) y su desinfección (72).

2.16. Técnica de instrumento manual.

2.16.1. Técnica convencional

Se conocen varias técnicas Ápico Coronal, una de ellas muy usada es la Técnica Estándar o convencional, tradicional o seriada, la cual consiste en la utilización de las limas con calibres cada vez mayores que en conjunto trabajan a la misma longitud de trabajo. Su uso está indicado en conductos rectos y amplios. Los instrumentos que se recomiendan en esta técnica son las Limas *Hedstrom*, las mismas que deben estar calibradas en la misma longitud de trabajo. Es necesario recordar que entre instrumento e instrumento se debe irrigar con Hipoclorito de Sodio (73).

Existen algunas desventajas de la técnica convencional, entre las que se destacan las siguientes:

- Instrumentos entran forzados en la conductometría;
- Facilita la formación de escalones o de perforaciones;
- Introducción de bacterias desde coronario hasta apical;
- Conducto casi paralelo y forma transversal redondeada;
- Preparación coronaria pobre sin dar conicidad y desbridamiento adecuado del conducto; y,
- Puede debilitar en exceso el tercio cervical por ensanchamiento desmedido (73).

El uso de instrumentos manuales para la eliminación de llenado es muy común, además, el uso de un solvente normalmente tiene como resultado una capa delgada de material disuelto en las paredes del canal, que penetra en los túbulos destinatarios, siendo difícil de eliminar lo que conduce a una mayor cantidad de materiales de relleno restantes (74). La

técnica manual con el uso combinado de limas H y un producto químico usualmente utilizan solvente como cloroformo o xileno, es sugerido para eliminar de gutapercha en el periodo de retrainimiento endodóntico (75).

2.16.2. Longitud de trabajo

Una de las etapas más importantes y críticas de la terapia endodóntica es la conductometría. Este procedimiento tiene por objetivo obtener una medida de longitud, que corresponde a la distancia desde un punto referencial coronal hasta el punto donde finaliza la preparación y obturación del canal radicular (26). La determinación de una longitud de trabajo precisa es uno de los procedimientos más importantes de la terapia endodóntica, y es un factor clave para el éxito del tratamiento. La limpieza, conformación y obturación del sistema de canales radiculares no pueden lograrse con precisión a menos que se determine con exactitud esta medida (26).

2.16.3. Medicación Intraconducto

El hidróxido de calcio ha sido ampliamente utilizado como un medicamento intraconducto para casos no solo de retratamiento fallidos sino también en otros tipos de patologías pulpares, el retratamiento requiere el uso de medicamentos intracanales apropiados que eliminen simultáneamente las bacterias, prevengan su proliferación, actúen como una barrera contra su ingreso y corten el suministro de nutrientes (25).

2.17. Irrigación

La irrigación es un procedimiento imprescindible en la limpieza y conformación del sistema de conductos, favorece las necesidades biológicas del diente, definiendo las condiciones óptimas para la obturación, son considerados auxiliares importantes que facilitan la limpieza endodóntica y acompañan a la instrumentación mecánica y soluciones químicas auxiliares para la irrigación, lo cual hace necesario seleccionar sustancias que tengan la capacidad de eliminar tanto las sustancias orgánicas como las inorgánicas que cumplan la función de desinfección (76). En otro criterio Curria, Vilchis, González, Rodríguez, Treviño (77), la irrigación “es un paso fundamental de limpieza de conductos de todos los restos y sustancias que puedan estar contenidas dentro del sistema y se lleva mediante el empleo de agentes químicos aislados o combinados” (p34). Para Balandramo (78) “la eliminación de las bacterias durante el tratamiento de conductos es un factor fundamental para lograr el éxito de la endodoncia, debido a que se ha

demostrado que muchas alteraciones periapicales son debidas a la presencia de microorganismos dentro del sistema de conductos radiculares” (p16).

Los materiales irrigantes para el tratamiento de conducto, el Hipoclorito de Sodio (naocl), es uno de los más conocidos y utilizados en endodoncia, aunque la concentración óptima no ha sido aprobada universalmente. Sen y Cols, en su estudio realizado con NaOCl utilizando concentraciones de entre 0,5 y 5,25 %, obtuvieron que en dentina infectada una solución de NaOCl al 0,25 % fue suficiente para eliminar el *Enterococcus faecalis* en 15 minutos y se requirió una hora para eliminar *Cándida albicans* con una concentración del 1 % (80). De acuerdo a Curria, Vilchis, González, Rodríguez, Treviño (77) “el hipoclorito de sodio, en el tratamiento de conductos, radica en que tiene una acción de disolución de tejidos y un gran potencial bactericida, pero tiene la desventaja, de poseer una alta citotoxicidad” (p34).

2.17.1. Edta

Para Torabinejad y Walton (71) el Ácido Etileno Tetracético (EDTA) es un agente quelante que provoca amolecimiento de la dentina debido a su reacción con el calcio. Este agente promueve los siguientes beneficios:

- Ayuda a limpiar y desinfectar, ya que elimina el barrillo dentinario.
- Facilita la acción de la medicación intracanal debido al ensanchamiento del canal, túbulos centenarios y permeabilidad de la dentina.
- Promueve la adhesión del material obturador porque condiciona la pared de la dentina (80).

2.17.2. Irrigación Activada

Una vez que los conos estén ratificados y adaptados, se realiza la irrigación activada con el siguiente procesamiento, de acuerdo a Lozano (81) “aplicación de hipoclorito de sodio al 5.25 %m se activará durante 1 minuto según la técnica utilizada, seguido de un lavado con suero fisiológico. A continuación, aplicación del agente quelante líquido, generalmente EDTA al 17 % durante 1 minuto, lavado con suero fisiológico” (p3).

2.17.3. Conometría

Una vez concluida la preparación biomecánica, se procede a secar el conducto con nonos de papel y se introduce un cono de gutapercha de la última lima usada en la técnica convencional para llegar hasta la línea CDC y poder condensar (82).

2.17.4. Obturación del conducto radicular

De acuerdo a la Asociación Americana de Endodoncia (AAE), una obturación adecuada se define y se caracteriza por el llenado tridimensional de todo el conducto radicular, lo más cercano posible de la unión cemento-dentinaria. La obturación es la última etapa operatoria del tratamiento de conductos radiculares, y tiene valor fundamental en el éxito a mediano y largo plazo, por lo que su objetivo final es la obturación completa del sistema de conductos radiculares para lograr la preservación del diente como una unidad funcional sana (83). Las características ideales de la obturación del sistema de conductos radiculares son las siguientes:

Debe ser realizada de forma tridimensional para lograr prevenir la percolación y micro filtración hacia los tejidos periapicales del contenido del sistema de conducto radicular y también en sentido contrario.

- Utilizar la mínima cantidad de cemento sellador, el cual debe ser biológicamente compatible al igual que el material de relleno sólido, y químicamente entre sí para establecer una unión de los mismos y así un selle adecuado.
- Radiográficamente el relleno debe extenderse lo más cerca posible de la unión cemento dentinal y observarse denso. El conducto obturado debe reflejar una conformación que se aproxime a la morfología radicular. Así mismo, debe mostrar una preparación continua en forma de embudo y estrecha en el ápice, sin excesiva eliminación de estructura dentinaria en cualquier nivel del sistema del conducto, porque el material obturador no fortalece la raíz ni compensa la pérdida de dentina. Es por esto la importancia de los diversos sistemas de obturación que aparecen y cumplan estas características para el éxito de nuestro tratamiento de conductos radiculares (83).

2.18. Los cementos de obturación

Los cementos endodónticos a base de Hidróxido de Calcio, son instigadores de osteoblastos los cuáles son células de hueso encargadas de regenerar el tejido óseo y

tejidos periodontales; ayudando a formar el tejido duro y calcificado. Por su pH alcalino (alto) favorece a la disminución de microorganismos bacterianos (84).

Como indica Montoya (86), el selapex es un sellador a base de hidróxido de calcio, se presenta en dos pastas, una base y un catalizador. Una vez que se prepare la mezcla tarda tres semanas en alcanzar su fraguado final en humedad al 100 %. En un medio seco nunca fragua; por ello, el conducto nunca debe ser secado completamente al utilizar este cemento. Tiene plasticidad adecuada, escasa radiopacidad, solubilidad alta, poca estabilidad, producto de esto se obtiene un sellado inadecuado. Es permitido por los tejidos favoreciendo la calcificación de tejidos a nivel apical no obstante el Sealapex tienen un alto efecto de citotoxicidad en los fibroblastos gingivales, se utilizan porciones iguales de la base y el catalizador, el tiempo de trabajo es prolongado, debido a que tiene buenas propiedades biológicas y capacidad de sellado apical (87). El Sealapex es un cemento endodóntico con un tiempo de trabajo y robustez muy prolongado que endurece en el conducto gracias a la presencia de humedad. Su plasticidad y fluidez son adecuadas mientras que su radiopacidad es escasa.

2. 20. Operatoria

2.20.1. Etiología de la caries

La caries es una enfermedad infecciosa de etiologías multifactorial por donde se acumulan bacterias en la superficie del esmalte por lo que tiene un proceso dinámico de etapas alteradas que implica una relación entre los dientes, la saliva y la micro flora oral cuya característica principal es la destrucción localizada y progresiva de los tejidos (87). Según Black las lesiones cariosas se clasifican en:

Clase I.

-Cavidades de puntos y fisuras de la caras oclusales de molares y premolares, en caras vestibulares, lingual o palatinas de molares y en el cingulo de incisivos y caninos, se realizan en caries asentadas en estos sitios.

Clase II.

-Cavidades en la caras proximales, mesiales y distales de molares y premolares.

Clase III.

-Cavidades en las caras proximales de incisivos y caninos que no afectan el ángulo incisal.

Clase IV.

-Cavidades en las caras proximales de incisivos y caninos que afectan el ángulo incisal.

Clase V.

-Cavidades ubicadas en el tercio gingival por vestibular, palatino o lingual de todos los dientes.

2.20.2. Protocolo de Operatoria

2.20.2.1. Aislamiento del Campo Operatorio

El retiro del campo operatorio se realiza con dique de goma, ya que es fundamental porque ayuda a mantener un campo de trabajo seco y libre de humedad durante la preparación de la cavidad que ayuda a adquirir resultados óptimos en el tratamiento (88).

2.20.2.2. Preparación Cavitaria

Las preparaciones cavitarias realizadas en el paciente rehabilitado fueron:

- Clase II: Indicadas cuando la lesión de caries dental compromete gran cantidad de estructura dental tanto en la superficie oclusal como en la proximal, se encuentran totalmente contraindicados los biseles.
- Clase III: Algunos de los principios sugieren que es mejor la preparación de las cajas proximales en forma de “copa de vino” en vez del corte en forma de caja, de esta manera se corta un mayor número de prismas en sentido transversal con lo que se garantiza mejor retención y selle de la restauración.
- Clase V: comenzamos en la zona de cavitación (cuando esta no existe: en la zona donde la coloración pardusca es más intensa) con instrumental rotatorio accionado a alta o ultra alta velocidad, con intensa refrigeración acuosa, se aconseja el uso de piedra diamantada cilíndrica (89).

2.20.3. Desinfección de cavidad

2.20.3.1. Clorhexidina

Analizando el estudio de la durabilidad en las restauraciones dentales, la clorhexidina sale como un agente antibacteriano de amplio espectro, con capacidad de inhibir la actividad proteolítica de algunas enzimas que pueden herir las fibras colágenas de la capa híbrida

y de aumentar la capacidad de adhesión en una restauración, al aplicar el 2 % de clorhexidina, esta presenta mejor eficacia que si se aplicará solo el 0,2 % (90).

2.20.3.2. Aplicación Acido Grabador

La aplicación del ácido grabador, debe ser reiniciado en concentraciones del 30 a 50 %, el más utilizado es al 37 %, el mismo que es aplicado en las paredes del esmalte y luego en área de dentina, sin que se exceda a los 15 segundos. Se debe lavar con agua en abundancia y secar con bolitas de algodón o microbrush en posición al margen de la cavidad, se colorará aire a distancia de manera intermitente para evitar un secado excesivo (91).

2.20.3.3. Aplicación del Sistema Adhesivo

Se comienza aplicando la primera capa de adhesivo, se espera que penetre en el área desmineralizada que se formó por el ácido grabador, se elimine el solvente con aplicaciones de aire y se procede a foto polimerizar durante un tiempo de 10 segundos (91).

2.20.3.4. Inserción y modelado para aumentar la Resina Compuesta

Al realizar la inserción de la resina en la cavidad se requiere minimizar la contracción de la polimerización. La técnica preferencial de inserción es oblicua, con incrementos de máximo de 2 mm dando la morfología adecuada para devolver la estética y función (92).

La cantidad de relleno asociado a la masa de matriz está directamente afín con el comportamiento mecánico del material. El objetivo seguido al incluir unidades de tamaños diversos y formas irregulares fue permitir la máxima compactación y la mayor presencia posible de material cerámico. Esta fue una idea revolucionaria que permitió aumentar críticamente la proporción de relleno para que los composites pudieran emplearse en restauraciones de lesiones ubicadas en zonas funcionales. El aspecto al que debería prestarse cuidado en este tipo de composites es el límite superior de rango de partículas y mayor tamaño de partículas incluidas. Esto se debe a que cuando más grandes son las unidades de relleno presentes en el material, menor será su firmeza al desgaste y menor será su capacidad de ser pulido y mantener la lisura superficial una vez obtenida (93).

2.20.4. Ajuste Oclusal

El ajuste oclusal se realiza retirando el dique de goma, y precisando que se corrijan los contactos oclusales en máxima intercuspidad, lateralidad, protrusión y relación céntrica y se armonicen las interferencias con una piedra diamantada de grano fino o fresa multilaminada (92). Actualmente en la práctica odontológica diaria aún se utiliza el papel de articular como principal método de visualización de contactos oclusales, utiliza láminas delgadas sensibles a la presión, y es reportado como un excelente medio diagnóstico, superior a los métodos convencionales, debido a que permite registrar la fuerza oclusal de contactos en máxima intercuspidad, registra movimientos de lateralidad y protrusión, también contactos prematuros en oclusión céntrica, contactos en desbalance céntrico, excéntrico y contactos con sobrecarga; datos de gran importancia al iniciar y terminar cualquier tratamiento odontológico, ya que el equilibrio de las fuerzas oclusales es la llave para el éxito en el largo plazo (94).

2.20.5. Acabado y pulido

El pulido de las restauraciones tiene como intención lograr superficies lisas sin rugosidades y naturales, con el uso de puntas de diamante finas para dar la forma general, seguidas por discos de óxido de aluminio flexibles; puntas, copas y ruedas abrasivas finas y pastas diamantadas para pulir (95).

2.20.6. Dimensión Vertical

En los desdentados bilaterales posteriores, la carencia de apoyo dentario posterior rompe el equilibrio de la unidad funcional, y la articulación temporo-mandibular se somete a presiones, movimientos descompensados acelerando el remodelado (fulcrum anterior); de igual forma, la falta de una oclusión compartida de forma mutua es el principal fundamento de la reabsorción, que se suma al factor edad avanzada y que se presentan en estos casos. La dimensión vertical (DV), es una relación maxilomandibular que puede verse afectada, por variadas situaciones tales como desgaste y pérdida dental. Para rehabilitar integralmente el sistema estomatognático, se debe determinar si en un paciente ha disminuido su DV; en los actuales momentos es un tema controversial en pacientes bruxomanos; sin embargo, en otros contextos se evidencia la disminución de la DV (96).

2.21. Prótesis fija

De acuerdo a Eatanabe y Ochoa (97) la prótesis fija es uno de los medios para restituir una o más piezas ausentes, dándole uso a dientes que estén en la boca, devolviéndole sus funciones anatómicas, estéticas y fonéticas. Para la elección de este tipo de método deberán presentarse las siguientes condiciones: superar los 18 años de edad, tener relaciones oclusales armónicas, presentar salud gingival, periodontal y periapical, así como tener un buen estado de salud oral. No está indicado en pacientes que presenten evidencias de para función severa, también quedan exceptuados los pacientes que exhiban malas condiciones de higiene oral, un estado de salud general adversa, o alergia a alguno de los materiales a utilizar. No está indicada en pilares cuya altura gíngivo-oclusal sea inferior a 4 mm y/o que presenten pérdida de resistencia estructural (98).

La prótesis dental fija se ubica sobre implantes o sobre los propios dientes de forma permanente. Es un recurso asombroso para recobrar la funcionalidad de la boca, así como la calidad de vida perdida tras la ausencia de dientes (99).

2.21.1. Clasificación

Cuando la destrucción de la corona de un molar o diente, ya sea por caries o traumatismo, es demasiado grande, se debe recurrir a una corona artificial de reemplazo, que puede ser de acuerdo al material, tenemos: metal-porcelana, porcelana pura, oro, metal puro, cerámico (100).

2.21.2. Indicaciones

- Para reponer parte de dientes ausentes cuya raíz está en boca.
- Realizar el tratamiento de patología de la oclusión para la eliminación de las interferencias o recuperando las guías de la oclusión (101).
- Caries proximal excesiva
- Color alterado
- Malformaciones
- Dientes rotados,
- Ángulos incisales fracturados (100).

2.21.3. Contraindicaciones

- Problemas periodontales severos (101).
- Cámara pulpar grande
- Pared bucal intacta (100).

2.21.4. Puente metal cerámica

El puente metal cerámico es un acompañamiento protésico permanente que reemplaza a uno o más dientes, este irá unido a los dientes remanentes. El pilar es el diente que va a servir de unión para el puente y el pónico es el diente artificial que será reemplazado (102).

2.21.5. Toma de impresiones

La impresión es una imagen en negativo de la cavidad bucal del paciente que se realiza colocando en la boca un material suave no tóxico y esperando a que este endurezca representando así el terreno deseado (103).

Toma de impresión primaria.

La toma de impresión corresponde a la toma que se realizan en los dientes de un paciente y que es realizada en una clínica dental, la misma es conseguida por medio de determinados materiales no tóxicos que se denominan de impresión, se los denomina: alginato y la silicona de condensación y de adición que están contenidos en las distintas cubetas de impresión que existan. Es el registro, copia o representación en negativo de los dientes y rebordes maxilares y mandibulares que estarán en contacto con las prótesis dental, en una posición estática dada (104).

2.21.6. Modelo de estudio

Los modelos de estudios son producidos al realizar una sola mezcla de yeso para proporcionar la anatómica del modelo. Al vaciar la impresión con el material restante se procede a realizar la base o zócalo. La impresión se vierte en ella, y se unen las dos porciones las mismas requieren las mejores habilidades y destrezas; de igual forma, si la mezcla se encuentra demasiado fluida, la base puede fluir en exceso cuando la impresión es invertida, causando que la cubeta se atore en el yeso endurecido (105).

2.21.7. Encerado

El encerado es el término con el que se conoce a una técnica mediante cual se organizan las reconstrucciones de los dientes, a través de prótesis fija. Para este caso se puede utilizar ceras que le permitan diseñar las piezas que se desea sustituir, de tal forma que se pueda observar la consecuencia del proceso protésico (106).

2.21.8. Preparación dentaria anterior

La preparación dentaria después de un proceso de deterioro selectivo del esmalte y dentina en cantidades y áreas establecidas, además de una serie de pasos operatorios se define como la operación que tiene el fin de crear espacio para la prótesis dental. La preparación dentaria en la reducción vestibular o labial de 1 a 1.5mm, se debe realizar a un surco profundo en el centro de cara vestibular y dos líneas en los ángulos mesiofacial y distofacial, la reducción axial de las paredes proximales de 1.5 a 2 mm, se elimina la parte estructural del diente consiguiendo un piso liso utilizando fresa de diamante; de igual manera la preparación del piso se expande desde vestibular a proximal, se lo realiza con una fresa de diamante punta redonda obteniendo ángulos bien definidos. En lo que respecta a la reducción incisal hay que extenderse desde vestibular a proximal hasta conseguir unir los pisos, utilizando fresas de diamante redondeada, para finalizar la reducción incisal se preparan dos surcos profundos a nivel del borde incisal de 2 mm ayudando a una buena translucidez en la restauración terminada de todas las superficies que han sido preparadas (107).

2.21.8.1. Acabado de la preparación dentaria

El acabado de la preparación dentaria debe de ser llano y que ayude a la resistencia o estabilidad conferida al tallado que previene el dislocamiento de la restauración cuando es sometida a fuerzas oblicuas, que pueden provocar la rotación de la restauración, pérdida de resistencia o estabilidad. Así mismo, el autor manifiesta que se acentúa la profundidad del desgaste con una fresa cilíndrica diamantada con extremidad redondeada, se eliminan las aristas y las áreas de esmalte sin soporte, se recomienda el uso de fresas multihojas en baja rotación para definir mejor la terminación cervical (108).

2.21.9. Técnica de retracción gingival (colocación de hilo retractor)

Retracción gingival se define como la desorientación de la encía marginal lejos de un diente, al momento de realizar la impresión definitiva de la preparación se requiere de

ciertas técnicas de retracción gingival para poder desplazar la encía y así poder reproducir los detalles de la línea de terminación en la impresión y en ciertos casos poder retallar la pieza dentaria, En 1985 a través de un estudio, junto con una revisión de literatura, Altamirano (109), determinan que en una muestra de 495 dentistas el método de retracción gingival más utilizado fue el método mecánico-químico con el hilo retractor impregnado de epinefrina, teniendo ésta un riesgo sistémico debido a la adsorción local ya que se encuentra expuesto el sistema circulatorio, los autores del estudio anuncian la posibilidad del uso alternativo de sulfato de aluminio y cloruro de aluminio al 10 %. Debido a los peligros sistémicos de la epinefrina no se debería utilizar, pero un 25 % de dentistas lo usaba en USA en 1999, hoy en día aún se comercializan, incluso salen al mercado hilos impregnados en adrenalina en grandes concentraciones que pueden llegar a ser peligrosos si se utilizan rutinariamente, pero un artículo publicado en el 2007 indica que la dosis que deberían de tener dichos hilos es del 0,01 % (109).

2.21.10. Toma de impresión definitiva

Con la utilización de hilos de retracción trenzados (p.ej. Ultrapak, Ultradent Products/USA) 3/0 se consigue una buena reproducción del límite de la preparación. Empleando la técnica de doble hilo se obtienen impresiones con resultados buenos y reproducibles. Esta técnica consiste en la colocación de un primer hilo delgado en el surco. Permanece colocado ahí durante todo el proceso de toma de impresión. Encima de éste se coloca un segundo hilo más grueso, que se retira unos instantes antes de tomar la impresión. El primer hilo tiene la finalidad de impedir el sangrado del surco. Al mismo tiempo deberá evitar el retroceso de la encía por encima del límite de la preparación. Para la técnica de la doble mezcla se recomienda utilizar cubetas individuales, elaboradas en el laboratorio – o como mínimo, individualizar una cubeta de impresión prefabricada (cubeta Rimlock) con un encofrado distal de resina fotopolimerizable o material termoplástico. La toma de impresión puede realizarse con todos los materiales de impresión utilizados corrientemente para la prótesis fija. Con los polisiloxanos puede aplicarse tanto el procedimiento de corrección, como también la técnica de doble mezcla. Con los materiales basados en poliéster únicamente puede utilizarse la técnica de la doble mezcla (110).

Tanto en la técnica correctiva, como también en la técnica de doble mezcla, se recomienda distribuir el material de impresión con un chorro de aire después de aplicar el componente

de baja viscosidad. De esta forma, se asegura una buena humectación de la superficie del muñón (110). Se toma una impresión de arrastre con silicona pesada y fluida a dicha estructura para poder obtener un registro más preciso de los tejidos blandos y de algún espacio deficiente existente entre el metal y la superficie dentaria (111).

2.21.11. Técnicas de provisionales

2.21.11.1. Técnica indirecta

Esta técnica se realiza fuera de la boca sobre un modelo de yeso, para realizar esta técnica se debe tomar una impresión de los dientes ya preformado y vaciarla con un yeso. El mismo autor refiere que la técnica indirecta es mejor que la directa por su mayor precisión y por la protección de la pulpa, ya que permite el control del calor liberado durante la polimerización (112).

2.21.11.2. Prueba de metal

La cofia metálica es el alma de la restauración metal - cerámica. Su diseño tendrá un efecto importante en el éxito del tratamiento. La cofia permite a la porcelana estar bajo compresión ya que va a soportar la región incisal la tabla oclusal y los bordes marginales. Al momento de diseñar una cofia metálica se debe tomar en cuenta cuatro características importantes:

- a) Grosor del metal subyacente y adyacente a la porcelana
- b) Situación de los contactos oclusales y proximales.
- c) Extensión de la zona a recubrir con la porcelana
- d) Diseño del margen vestibular.

Una vez obtenidas las cofias metálicas, producto del trabajo del técnico, procedemos a la remoción de la prótesis fija provisional, removiendo residuos de cemento. La adaptación y sellado cervical son un área crítica de las preparaciones dentarias con fines protésicas ya que aquí convergen la aleación metálica, la porcelana y el diente integrados a través del cemento. Esto quiere decir, que mientras menor sea la distancia entre los materiales y el diente, menor será la cantidad de cemento utilizado y en consecuencia, se obtendrá una menor posibilidad de solubilidad de cemento, menor retención de biofilm, desarrollo de enfermedad periodontal y caries en los márgenes (113).

2.21.11.3. Selección de color

La selección de color de una prótesis se ve influenciada por:

1. Ambiente, siempre que sea posible el consultorio dental debe estar constituido por colores neutros para reducir el cansancio visual y evitar la alteración de colores (114).
2. El observador, Es importante que el dentista se entrene y se instruya en la selección de los colores, buscando comprender y dominar las 39 diferentes dimensiones del color.
3. El paciente estará situado al mismo nivel del observador (114).

2.21.11.4. Prueba del bizcocho

El bizcochado consiste en la colocación de la porcelana sobre el casquete metálico. La prueba del bizcocho consiste en colocar la corona no glaseada en la boca sobre el diente tallado y verificando su correcta adaptación. Es decir si hay punto de contactos prematuros, si es muy ancha en sentido vestíbulo lingual o palatino o en sentido mesiodistal para corregir los contactos interproximales si no son los adecuados en el caso del diámetro mesiodistal. También se observa que la adaptación marginal sea la correcta, en caso de alguno de estos defectos se envía al laboratorio para ser corregida y se prueba nuevamente, una vez que está en condiciones se manda a hacer el glaseado, a esta le agregan una capa muy fina de masa glaseada y se cuece, esto termina dándole brillo y una superficie lisa a la corona (115).

2.21.11.5. Control final y cementado

El espacio entre una restauración fija y el diente se rellena con cemento, los mecanismos que mantienen a nuestra restauración sobre el diente tallado pueden dividirse en cementos mecánicos (no adhesivos), unión micro mecánica y adhesión micro molecular en varios casos funcionan a través de combinaciones de estos mecanismos (115). Existen diversos tipos de cementos para la fijación definitiva de las restauraciones.

2.21.11.6. Técnica con cemento a base de ionómero de vidrio

El ionómero de vidrio tiene participaciones que lo proponen como un cemento ideal, su polvo contiene principalmente cristales de calcio fluoroaluminosilicato. Su líquido en solución acuosa de copolímeros de ácido poli acrílico con ácido itacónico o maleico y ácido tartárico. La unión de cemento de ionómero de vidrio a la restauración se consigue mediante el estañado de las superficies de la restauración.

El cemento de ionómero de vidrio en su fase de fraguado libera flúor haciéndolo bacteriostático ya que reduce la solubilidad del esmalte adyacente. Su pH durante el fraguado es muy ácido lo que plantea la preocupación respecto a la hipersensibilidad o cementado, lo que lo convierte en un material de manejo cuidadoso (113).

2.22. Prótesis parcial removible

La prótesis parcial removible es la parte de la rehabilitación oral que reemplaza uno o más dientes perdidos de un arco dentario. Ha sido diseñada de tal manera que pueda ser fácilmente colocada y retirada por el paciente. Su objetivo principal es que a la vez que restaure las funciones perdidas por la falta de piezas dentarias, mantenga en la mejor manera y por mayor tiempo a las piezas remanentes y sus tejidos de soporte (116).

La prótesis parcial removible en combinación con implantes sirven como un tratamiento predecible de larga data. Se recomienda tener cuidado en la selección de paciente, un adecuado mantenimiento y consultas post instalación para lograr resultados satisfactorios. Ha sido asociada a situaciones clínicas como son el incremento del riesgo de caries, reabsorción del reborde residual y periodontitis en pacientes con pobre higiene, pero son usadas por ser económicas o por algunas condiciones anatómicas y sistémicas (117).

La prótesis parcial removible está constituida por diversos componentes que desempeñan una función determinada. Estos elementos son: Retenedores directos, Retenedores indirectos, Conectores mayores, Conectores mayores, Bases y dientes artificiales protésicos:

1. Retenedores directos. Son los elementos de la prótesis parcial removible que recién al desplazamiento de la prótesis en dirección oclusal, horizontal y gingival. Pueden ser: a) ganchos, b) ataches o aditamentos de precisión.
2. Retenedores indirectos. Se da este nombre a los elementos de la prótesis parcial removible de extremo libre que ayudan a los retenedores directos a impedir el levantamiento de la base de la prótesis mediante su labor, por acción de palanca, sobre el lado opuesto de la línea de fulcrum.
3. Conectores menores. Partes de la prótesis parcial removible que unen al conector mayor o a la base de la prótesis con los demás elementos que la componen, como retenedores directos, retenedores indirectos descansos oclusales o singulares.

4. Conector mayor. Es el elemento de la prótesis parcial removible que conecta los elementos de un lado del arco dentario con los del lado opuesto.
5. Bases. Partes de la prótesis parcial removible que soportan los dientes artificiales, reemplazando a la estructura alveolar y a los tejidos gingivales.
6. Dientes artificiales protésicos. Elementos de la prótesis parcial o removible que sustituyen a los dientes naturales y revisten una gran importancia desde el punto de vista funcional y estético (118).

2.22.1. Características

Las prótesis parciales removibles metálicas están diseñadas y estructuradas de modo que el paciente por sí solo pueda instalarlas y retirarlas de la cavidad bucal, con lo cual facilita la limpieza y el mantenimiento de la higiene oral. Para ello es necesario tener algunas características que les ayude a cumplir de forma eficaz su función. A continuación se enuncian las siguientes características:

- Tener funcionalidad y estética, dando al paciente una correcta fonación y masticación.
- La estructura debe ser rígida que no permita flexión.
- Poseer retención suficiente que evite el desalojo de la boca durante la masticación y la fonación.
- Debe ser insertada y retirada por el mismo paciente por medio de una vía o eje de inserción único.
- Se debe asentar de forma pasiva sobre las estructuras orales, sin ejercer fuerzas que puedan dañarlas o producir malestar al paciente.
- Debe ser capaz de conservar los dientes remanentes del paciente, sin provocarles daños ni facilitar su extracción (119).

2.22.2. Impresión y vaciado de diagnóstico

La impresión de vaciado es el procedimiento de la reproducción negativa de una arcada que se realiza con alginato (hidrocoloide reversible). Para ello se siguen los siguientes pasos:

- Disponer de una o dos porciones de polvo con el dosificador que provee el fabricante, agregue agua según el fabricante.

- Espátula enérgicamente contra las paredes de la taza de goma, durante un minuto, no más.
- Agregue en forma uniforme el alginato sobre la cubeta.
- Coloque la cubeta en la boca e impresione teniendo en cuenta que la dirección del mango de la cubeta debe coincidir con la nariz del paciente
- Presione hasta que refluya en el sector posterior. Esto puede traer la sensación de ahogo por parte del paciente. Indíquele que respire por la nariz.
- También refluirá por los bordes laterales ocupando el espacio del vestíbulo bucal y labial.
- Retire la cubeta de un solo movimiento axial (evitará deformación posterior)
- No olvide realizar el vaciado entre los 15 y 30 minutos de la toma de impresión con yeso duro (120).

2.22.3. Prótesis parcial removible de cromo cobalto

Una de las fusiones que están siendo más utilizadas en odontología son las de cromo-cobalto: se conjetura que este tipo de material es uno de los de mayor predilección al momento de planificar y diseñar una prótesis parcial removible. Dentro de la composición de una prótesis parcial removible de cromo de cobalto se puede señalar que dicha prótesis estará compuesta de un aproximado del 70 % de cobalto y cerca de un 25 % de cromo, al considerar el costo que es relativamente bajo de acuerdo a las propiedades mecánicas que brinda esta aleación de metal, en los que se menciona la resistencia a la flexión, a la tracción y elongación así como su módulo de elasticidad su corrosión y dureza apropiados, para dar a este tipo de prótesis una mayor aceptación y aplicación en el ámbito rehabilitador oral (121).

El uso de prótesis removible de cromo de cobalto es perfecto para los pacientes edéntulo parciales, que solicitan de comodidad y adaptación por el hecho de que cada armazón alcanza un contacto óptimo en boca a través de un acertado diseño. La rigidez que presenta este tipo de prótesis no implica incomodidad, al contrario nos ayudará a la correcta distribución de las fuerzas, respetando la biomecánica de la masticación así como también fomenta el cuidado de los dientes pilares y mucosa bucodental (121).

2.22.4. Características

Las prótesis parciales removibles metálicas son diseñadas y estructuradas de tal modo que el paciente pueda instalarlas y retirarlas de la boca, facilitando, de este modo, la limpieza y el mantenimiento de la higiene bucal para lo cual deben tener algunas características para que cumpla eficazmente su función, deben de tener las siguientes características:

- Debe ser funcional y estética, procurando al paciente una correcta fonación y masticación.
- Debe ser una estructura rígida que no permita flexión.
- Debe poseer retención suficiente que evite su desalojo de la boca durante la masticación y la fonación.
- Debe ser insertada y retirada por el propio paciente a través de una vía o eje de inserción único.
- Debe asentarse pasivamente sobre las estructuras orales, sin ejercer fuerzas que puedan dañarlas o producir malestar al paciente.
- Debe ser capaz de conservar los dientes remanentes sin provocarles daños ni facilitar su extracción (122).

2.22.5. Contraindicaciones

Las prótesis parcial removible de cromo cobalto no son recomendadas cuando los espacios desdentados son pequeños, donde más bien está indicado una prótesis fija, sobre todo si el índice de caries dental es alto ya que esto agravaría el problema con la presencia de prótesis con ganchos mas aun si la higiene es defectuosa. Este factor no es determinante, pudiendo influir para un pronóstico desfavorable de la restauración parcial en pacientes que sufren de enfermedades mentales como: epilepsia, locura o retraso mental (123).

2.23.6. Reglas de Applegate

Las ocho reglas de Applegate, son una serie de disposiciones que el odontólogo debe seguir en la aplicación de prótesis, tomando en consideración cada realidad del paciente, estas fueron elaboradas por *Applegate* en el año 1954. Estas reglas son aplicadas, para hacer un buen diseño de prótesis parcial removible siguiente o puntos. Muchos modelos

de dientes ausentes están muy alejados de las áreas de clasificaciones básicas, definió áreas de modificación añadiendo ocho reglas para aplicarlas a la clasificación de Kennedy (124):

- Regla 1: Se debe confeccionar después de efectuar las extracciones dentarias.
- Regla 2: Si se carecer de un tercer molar y no se reemplaza no debe ser considerado en la clasificación.
- Regla 3: Si un tercer molar está presente y se utiliza como pilar, debe considerársele en el momento de clasificar el caso.
- Regla 4: Si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado por falta del antagonista no se le considerará en la clasificación.
- Regla 5: El área edentular más posterior serán las que determinen la clasificación.
- Regla 6: Las áreas edentulares distintas de las que determinan la clasificación del caso recibirán el nombre de zonas de modificación y se designarán por su número.
- Regla 7: No permite modificaciones, la extensión del espacio de modificación no debe ser considerada, solo será la cantidad de las zonas desdentadas adicionales.
- Regla 8: No pueden existir zonas modificadoras en los arcos de clase.

2.23.7. Clasificación de *Kennedy*

Según menciona Delgado y Calero (125) la clasificación de Kennedy intenta clasificar los arcos parcialmente desdentados de forma que sugiera o guíe el diseño de la prótesis parcial para una determinada situación. Definió 4 clases principales y a las zonas desdentadas que no sean las que determinen las clases las designó como espacios modificadores o modificaciones:

- Clase I Área desdentada bilateral ubicada posteriormente a los dientes naturales.
- Clase II Un área desdentada unilateral con dientes naturales remanentes.
- Clase III Un área desdentada unilateral con dientes naturales remanentes anteriores y posteriores a ella.
- Clase IV Un área desdentada única pero bilateral a través de la línea media), ubicada en posición anterior con respecto a los dientes naturales remanentes (p43)

Diseño de la prótesis

Para el diseño de prótesis, se requiere seguir el siguiente protocolo:

Se requiere establecer el eje de inserción de la prótesis (con el paralelizado), fijar el centro protésico de los dientes pilares, delinear los apoyos, delinear los brazos retenedores, delinear los brazos recíprocos o equilibradores, delimitar los conectores menores, delinear los conectores mayores, determinar y delinear la extensión de las bases protésicas (126).

2.23.8. Plancha lingual

La Placa es un elemento que no reemplaza a la barra si no que la complementa, debido a que sigue teniendo forma de pera en su parte inferior y con un borde inferior más ancho para fortalecerla. Se adelgaza a medida que va cubriendo la encía y los dientes, hasta que se apoya sobre el cingulo de éstos. No se debe utilizar como retenedor indirecto, si se tiene otra opción, dado que se generaría una carga excesiva lingual sobre estos incisivos. La retención indirecta tiene que ser diseñada aparte de forma total, siempre que sea posible. Esta retención indirecta se debe ejercer, por los apoyos que se ubican en los extremos de esta placa lingual y a través de toda su superficie (127):

- En parodontopatias se pueden ferulización del grupo anterior, y siempre que interese aumentarla se coloca la barra vestibular ya mencionada o Swing-lock;
- De forma normal cubre todo el grupo anterior y deja al descubierto los premolares para facilitar la higiene y preservar la encía;
- En clases I, II y III con rebordes residuales débiles y flácidos, se le colocan buenos apoyos en los extremos de la placa para que actúen como un retenedor indirecto a pesar de no ser aconsejable, dado que en estos casos de dientes débiles se precisan de todos los elementos que se disponen a nuestro alcance para su mejor estabilización;
- Siempre se de deben evitar el impacto de alimentos en los espacios interdentarios;
- En las grandes extensiones desdentadas bilaterales con considerable pérdida de hueso; su indicación ayuda a suministrar mayor resistencia frente a los movimientos horizontales o laterales. Los anclajes aumentan su estabilidad y se soldarán al armazón;
- En casos de torus mandibular.

2.23.8. 1. Conector Menores

Son componentes que sirven de enlace entre el conector mayor o la base con los demás elementos que constituyen la PPR como son: (ganchos, los retenedores indirectos y los apoyos primarios); Así mismo, estos deben ser muy rígidos, reforzados y adaptados a los espacios interdentarios que anticipadamente se han preparado por una piedra de diamante de grano fino y de forma cilíndrica o ligeramente troncocónica (127).

2.23.8. 2. Gancho en T

El gancho T, es otra de las alternativa utilizadas en prótesis de extensión distal cuando no puede emplearse un gancho DPI, la situación específicamente se haya cuando el retencion que mas favorezca se encuentra en el cuadrante distobucogingival de la pieza dentaria vecina al espacio edéntulo; aí mismo, evita que el diente realice movimientos rotativos (127).

Apoyos

Las prótesis metálicas de Cromo-Cobalto deben estar dotadas de soporte vertical y los que se deben encargarse de generarlo se los llama apoyos protésicos, debido a que siempre se ubican en una superficie dental preparada de forma adecuada. La superficie del pilar encargado de recibir el apoyo protésico (componente de prótesis parcial removible de Cromo-Cobalto), es denominado lecho, y reciben su nombre de acuerdo a la superficie del diente que los recibe, es así que existen apoyos oclusales, singulares, incisales y radiculares (128).

El fin principal del apoyo es suministrar soporte vertical, además permiten mantener los componentes en la posición que se proyecte, para mantener relaciones oclusales estables que evitan el enclavamiento de la dentadura; así mismo, prevenir la compresión de los tejidos blandos, dirigir y distribuir las cargas oclusales a los pilares. Las fuerzas oclusales en su mayoría se distribuyen a los pilares por medio de los apoyos que se ubican en los lechos del diente pilar de la PPR. En estudios longitudinales se ha confirmado que las PPR producen un aumento en la gingivitis, periodontitis y movilidad de los dientes pilares (129); esto indica que la inflamación, aumento de profundidad de sondaje y pérdida de hueso marginal (130).

Los dientes pilares sufren los efectos más dañinos, una vez que se encuentran sujetos a sobre fuerzas creadas por condicionantes biomecánicos inadecuadas, estos elementos deben considerarse al momento de la planificación y diseño de una PPR (130). De allí la importancia del lecho para apoyo protésico el mismo que juega un papel primordial en la supervivencia de la PPR en el tiempo, debido a que es el encargado de transmitir las fuerzas generadas a las piezas pilares, en caso de que el lecho no esté bien diseñado, la fuerza transmitida al pilar resultará perjudicial, esto genera movilidad del pilar y el fracaso de la prótesis en el tiempo (128).

Apoyos oclusales características:

- Tener una forma triangular redondeada con el vértice dirigido hacia el centro de la superficie oclusal;
- ser tan largo como ancho;
- la base del triángulo debe estar en la cresta marginal;
- apoyos pequeños no proporcionan un grosor adecuado del metal;
- debe restaurar la morfología oclusal del pilar y prevenir la interferencia con la oclusión manteniendo el espesor de descanso para el apoyo;
- la base del lecho debe ser apical a la cresta marginal y a la superficie oclusal;
- con forma de cuchara o cóncava,
- el ángulo formado por el apoyo oclusal y el conector menor debe ser menor a 90 grados para dirigir las fuerzas oclusales al eje mayor del pilar, un ángulo mayor no dirige las fuerzas oclusales al eje mayor del pilar, generando fuerzas ortodóncicas que provocarían movilidad de la pieza dentaria (132).

La unión entre el conector menor y el apoyo, que debe ser menor a 90 grados, a través de una profundización adecuada en forma de cuchara del lecho para el apoyo protésico, lo que permite dirigir las fuerzas al eje mayor del diente, de esa forma se estimulará la mayor cantidad de fibras periodontales, trayendo consigo una mejor respuesta de la pieza pilar frente a fuerzas que la afecten (133).

2.23.9. Prueba de armazón metálico

Según, la prueba de metal sobre el diente ya preparado consiste en colocar el armazón comprobando el sellado marginal para luego enviarlo al laboratorio de nuevo para colocar la segunda capa, que es de cerámica porcelana (134).

2.23.10. Toma de relación céntrica

Resulta de hacer un bloque homogéneo de cera de tamaño del espacio edéntulo y adaptar entre la ase metálica y la cera. Luego que se la ha colocado ya la base metálica con los rodetes de cera de le decimos a la paciente que cierre normal como que estuviera cerrando su boca o sí no podemos proceder ayudarla a tener su óptima oclusión dirigiendo la mandíbula a la posición correcta. Se hace llegar a la máxima intercuspidadación y así de esa manera sacamos la base en conjunto con los rodetes y colocamos en el modelo tal cual ha mordido el paciente, para llevar al mecánico que nos haga llegar el enfilado (135).

2.23.11. Prueba de prótesis en cera

La prueba en cera deberá realizarse fuera de boca, observando las prótesis en el articulador y la posición de cada piza y el eje longitudinal, al plano de oclusión, se debe de comprobar tamaño, color y posición de los dientes y así mismo indagarle al paciente si está de acuerdo con el aspecto estético que ofrece la prótesis (136).

2.23.12. Instalación de la prótesis

La instalación y control en prótesis estomatológica es un acto clínico en el cual se realizan una serie de controles y chequeos por estomatólogos que comprende diversas maniobras hasta obtener el ajuste y asentamiento de estas en los tejidos, que le servían de soporte definitivo, hasta que no existan alteraciones o molestias, lo que llega a constituir una parte solidaria del organismo humano (137).

2.24. Prótesis parcial removible de acrílico

2.24.1. Concepto

Las prótesis parciales removibles de acrílico son aquellas que sustituyen unas cuantas piezas dentales, tienen ganchos en algunos dientes que se denominan pilares para su soporte (138).

2.24.2. Indicaciones

A continuación se presentan las siguientes indicaciones (139):

- Cuando por la carencia de salud del tejido de soporte del diente, el reborde residual tiene que ayudar al soporte de las fuerzas de la masticación.
- Cuando el espacio edéntulo no posee dientes remanentes posteriores, exceptuando aquellos casos cuando la reposición de los segundos y terceros molares no es aconsejable.
- Cuando el tejido de soporte de los dientes remanentes está disminuido y es necesario ferulizar a través del arco, la prótesis parcial removible puede accionar como férula periodontal a través de la acción de estabilización bilateral sobre dientes debilitados.
- Cuando la condición dental o física del paciente no permite los extensos procedimientos de la prótesis fija.
- Cuando la excesiva pérdida de hueso en el área edentular hace necesaria una base de acrílico en la prótesis para obtener la posición de los dientes y dar soporte a los labios y carrillos.
- Cuando existe una brecha edentular larga, se necesita una prótesis parcial removible que obtenga su retención, soporte y estabilización de los pilares del lado opuesto.

2.24.3. Contraindicaciones

Cuando no haya cooperación por parte del paciente las contraindicaciones fundamentalmente se basan en los niveles de colaboración del paciente, también así cuando la higiene oral del paciente es deficiente (140).

2.24.4. Impresión definitiva

La impresión definitiva registra los detalles de la preparación anatomía para ello refiere que se pueden utilizar polivinilsiloxano, como la silicona de condensación, de consistencia regular utilizando una cubeta rígida metálica, llenándola primero de material pesado en toda la cubeta de manera uniforme, tras copiar todos los detalles, se procede a colocar el material liviano y volver a tomar la impresión. Si se realiza la impresión correcta, se puede hacer el vaciado con yeso extra duro hasta 10 días después, que este tipo de silicona dura su fraguado (141).

2.24.5. Selección de color de Diente de acrílico

La selección de color de diente de acrílico se debe de tomar en cuenta la opción del paciente en la elección del color de acuerdo con los dientes contiguos y antagonistas del paciente, con el fin que obtenga una estética favorable para el paciente lo cual lo enviamos al laboratorio especificando (142).

2.24.6. Base de acrílico

La caracterización de las bases de las prótesis totales y parciales removibles con resina acrílicas de tonalidades más semejantes a aquellas observadas en el tejido gingival del paciente hacer posible mejor resultado estético, y de forma consecuente favorecer la aceptación de estas prótesis por los pacientes (143).

2.24.7. Confección y prueba de rodetes de oclusión

Se analiza la confección de bases acrílicas con rodetes para la obtención del registro intermaxilar, se realiza sobre los modelos anatómicos, con cera en las zonas donde están ausentes los dientes, servirá para tomar el registro intermaxilar, con lo cual se puede realizar una determinación de la dimensión vertical del paciente anterior y posterior (144).

2.24.8. Enfilado

El montaje de dientes en prótesis parciales de resina acrílica debe ser efectuado de tal forma que la prótesis, una vez instalada en la boca del paciente, que de integrada tanto desde el punto funcional como del estético. La integración estética depende de la selección de los dientes artificiales atendiendo al tamaño, forma y color de los dientes remanentes, y su colocación en los espacios desdentados (101).

2.24.9. Prueba en cera de la prótesis

Una vez terminado el enfilado, se debe proceder a asegurar los dientes artificiales con una espátula aliente y luego se termina el contorno de las bases con agregados de cera. El encerado de las bases debe tener un espesor aproximado de unos 2mm, y deben ser suavizadas y glaseadas antes de que se realice una prueba en la boca del paciente (144).

2.24.10. Cuidado e higiene de la prótesis.

Se le recomendará al paciente lo siguiente:

- 1) Retirar la prótesis de la boca sobre el lavamanos lleno de agua o sobre un recipiente que contenga agua, para evitar que se deterioren en caso de caídas y ubicar la prótesis en un lugar seguro.
- 2) Enjuagar la boca con suficiente agua para retirar restos de alimentos y excesos de microorganismos acumulados.
- 3) En caso de mantener dientes en la boca, debe realizar el cepillado con un cepillo de dientes suave, pasta dental con flúor, idealmente de 5.000 ppm de fluoruro (13, 26), además de seda dental o cepillos interdenciales.
- 4) Realizar la limpieza de lengua con un cepillo dental o hacer uso de limpiadores especiales de lengua.
- 5) La limpieza de las prótesis debe ser realizada sobre el lavamanos lleno de agua o sobre un recipiente que contenga suficiente agua.
 - a. Sujete la prótesis superior firmemente, para que no se resbale (145).
 - b. Cepíllela de forma cuidadosa con jabón líquido neutro u otro limpiador no abrasivo, tanto la cara interna como externa para eliminar todos los restos de alimentos, placa bacteriana y adhesivos (146).
 - c. Enjuagar la prótesis con suficiente agua corriente.
- 6) En caso de usar adhesivos, se debe secar muy bien las prótesis antes de ser aplicado. El adhesivo tiene que ser aplicado en la cara interna, la cual queda en contacto con las mucosas del reborde alveolar, siempre respetando las cantidades recetada por el odontólogo y que en general, son tres o cuatro porciones del tamaño de una arveja (145).

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Modalidad de trabajo

La modalidad es de sistematización práctica.

El tipo de estudio analítico con enfoque cualitativo.

3.2. Métodos

La rehabilitación oral fue realizada a un paciente adulto de 54 años de edad, el cual fue atendido en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, a través de un diagnóstico aplicando el formulario 033 del Ministerio de Salud Pública MSP (ver anexo 1), ficha 033 para el desarrollo. El trabajo fue supervisado y dirigido por los tutores especializados en cada una de las áreas clínicas. Los tratamientos fueron realizados de acuerdo a los protocolos de trabajo.

Se determinó la periodontitis con un estudio previo a través de una serie radiográficas y un sondaje periodontal, antes y después del detartraje, raspado y alisado que se realizó en cada una de las piezas, se evidencio perdida de tejido óseo, reabsorción de la encía, también se encontró movilidad dentaria, además en todos los cuadrantes bolsas periodontales.

Previo al inicio del tratamiento se procedió a dar una explicación total al paciente, abordando los pasos para cumplir la rehabilitación integral de su cavidad oral, el mismo que se dio por aceptado una vez firmada el acta de consentimiento informado (ver anexo).

La intervención operatoria contó con un espacio determinado por las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Cada uno de los tratamientos se realizó siguiendo los protocolos de trabajo.

3.3. Ética

El paciente tomado para la sistematización práctica, acudió de forma voluntaria a las Clínicas Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo para efectuarse la rehabilitación oral integral, por ello, fue necesario proporcionar al paciente toda la

información detallada, así mismo, se le dio a conocer los objetivos del procedimiento a realizar, a su vez se le manifestó que toda la información requerida sería anónima y empleada netamente con fines académicos. Ante lo expuesto y ya con la información recibida, el paciente firmó el consentimiento comprometiéndose a participar en el trabajo de sistematización práctica, asistiendo puntualmente a las citas que requiera (ver anexo 2 y 3).

3.4. Protocolos de tratamiento

Diagnóstico (ver anexo 10).

Formulario 033 (ver anexo 4).

Inspección intraoral (ver anexo 12).

Inspección extra oral (ver anexo 11).

Palpación

Auscultación.

Radiografías panorámicas (ver anexo 20).

Radiografías periapicales (ver anexo 15).

Exámenes complementarios Biometría hemática y pruebas de coagulación.

3.4.1. Protocolo de Periodoncia Anexo –

Los protocolos de periodoncia (147,148), son los siguientes:

Estudios radiográficos (ver anexo 15).

Diagnóstico periodontal (ver anexo 10).

Sondaje periodontal (ver anexo 10).

Detartraje supra y sub gingival.

Anestesia infiltrativa

Raspado y alisado

Cepillado con pasta profiláctica.

Aplicación de flúor neutro.

Recomendaciones y educación de higiene

Tratamiento periodontal finalizado.

3.4.2. Protocolo de Cirugía

Los protocolos de cirugía (149,150), son los siguientes:

Historia clínica (ver anexo 9).
Estudios radiográficos (ver anexo 15).
Toma de presión arterial.
Anestesia Troncular.
Separación de papilas.
Luxación dentaria.
Avulsión dentaria.
Tratamiento farmacológico.

3.4.3. Protocolo de Endodoncia

Los protocolos de endodoncia son los siguientes (151,152).

Radiografía de diagnóstico (ver anexo 20).
Aislamiento del campo operatorio
Apertura y conformación.
Radiografía de conductometría (ver anexo 16,17, 18 y 19).
Conductometría (ver anexo 16,17, 18 y 19).
Técnica biomecánica para la preparación del conducto.
Irrigación del conducto con Hipoclorito de Sodio.
Conometría (ver anexo 16,17, 18 y 19).
Radiografía de conometría (ver anexo 16,17, 18 y 19).
Técnica de condensación lateral (ver anexo 16,17, 18 y 19).
Radiografía de condensación (ver anexo 16,17, 18 y 19).
Corte de cono (ver anexo 16,17, 18 y 19).
Colocación de ionómero de vidrio y restauración (ver anexo 16,17, 18 y 19).

3.4.4. Protocolo de Operatoria Dental

Según los protocolos de operatoria el protocolo para la restauración clase II, III y V son los siguientes (153):

Aislamiento absoluto.
Preparación de la cavidad
Acontecimiento de la preparación con ácido grabador al 37 %.

Aplicación de sistema adhesivo.
Colocación de resina compuesta.
Fotopolimerización.
Pulido final.

3.4.5. Protocolo de Prótesis Fija

Los protocolos de prótesis fija son los siguientes (154):

Toma de impresión primaria.
Diagnóstico de preparación anatómica.
Preparación dentaria.
Pilares terminados.
Restauración fija provisional.
Técnica de retracción gingival (colocación de hilo retractar).
Toma de impresión definitiva.
Prueba de metal.
Prueba de bizcocho.
Cementación final.

3.4.6. Protocolo de Prótesis a Placa

Diagnóstico.
Selección de la cubeta.
Toma de impresión con pasta de condensación.
Elaboración del modelo.
Enviar al laboratorio para obtención de rodetes de altura.
Obtención de dimensión vertical.
Obtención de relación céntrica (Técnica de acuerdo al especialista).
Selección de dientes color forma y tamaño.
Envío a laboratorio.
Adaptación y prueba de estructura PPR y prótesis fija.
Prueba de enfilado en el paciente.
Enviar al laboratorio.
Elaboración de la prótesis.
Ajuste oclusal.

Control posterior.

Final. Cuidados de la prótesis parcial removible y educación de higienización.

(ver anexo 14) (155).

3.5. Marco Administrativo

3.5.1. Recursos Humanos

Autora.

Tutora de titulación.

3.6. Recursos Materiales

Caja de guantes.

Caja de radiografías.

Caja de mascarilla.

Campos operatorios.

Lápiz bicolor.

Torundas de algodón.

Borrador.

Bolígrafo.

3.6.1. Materiales e instrumental de Periodoncia

Cepillo profiláctico.

Flúor neutro en gel.

Pasta profiláctica.

Cubetas descartables.

Curetas.

Sonda periodontal.

Espejo dental.

Explorador.

3.6.2. Materiales e instrumental de Cirugía

Agujas cortas y largas.

Aguja con hilo de sutura

Esponjas de coagulación

Succionadores de plástico

Cartuchos de anestésico con vasoconstricción al 2 %.

Jeringuillas.

Gasas.

Suero fisiológico.

Espejo dental.

Sindesmótomo.

Carpule.

Forcerp 151.

Forcep 150.

Elevadores rectos, curvos.

3.6.3. Materiales e instrumental de Endodoncia

Hilo dental.

Cuñas plásticas.

Disques de goma de látex.

Hipoclorito de sodio al 2.5 %.

Suero fisiológico.

Sealapex.

Conos de gutapercha.

Conos de papel.

Cartuchos de anestésicos lidocaína al 2 %.

Hidróxido de calcio en polvo.

Fósforos.

Coltosol.

Ionómero.

Succionadores de plásticos.

Jeringas de 3cm.

Agujas navitip.

Radiografías periapicales.

Protector gingival.

Arco de yung.

Localizador de conducto.

Limas K.

Espátula de cemento.

Mechero.

Limas K files de primera y segunda serie.

Condensador.

Espaciadores.

Espejo dental.
Explorador dental.
Explorador endodóntico.
Cucharilla.
Porta clamps.
Perfora dique.
Clamps.
Loseta de vidrio.

3.6.4. Materiales e instrumental de Prótesis Fija

Diques de goma.
Hilo dental.
Cuñas plásticas.
Alginato.
Materiales de impresión pesado y liviano.
Acrílico en polvo rápido.
Acrílico en líquido rápido.
Yeso piedra y extra duro.
Rodetes de cera.
Lamina de cera.
Cemento fuji
Plaquetas de dientes artificiales anteriores.
Succionador plástico.
Algodones.
Gasas.
Hilo retractor 00.
Hilo retractor 000.
Campos operatorios.
Gutaperchero.
Espátulas de cemento.
Vaso dapen.
Tasa de caucho.
Espátula plástica.
Fresa de balón.
Fresa redonda.

Fresa cilíndrica de punta plana.
Fresa troncocónica de punta redonda.
Fresa cilíndrica de punta de lápiz.
Espejo.
Explorador.
Espejo dental.
Explorador.
Pinza algodонера.
Cucharilla.
Clamps.
Porta clamps.
Perfora diques.

Materiales e instrumental de Prótesis removible

Alginato.
Yeso piedra.
Yeso modelo.
Cera en lámina.
Cera en rodete.
Fósforos.
Acrílico rápido.
Dientes artificiales anteriores y posteriores.
Vaselina.
Papel articular.
Material pesado y liviano.
Espejo.
Explorador.
Tasa de caucho.
Espátulas de cemento.
Espátula de lecron.
Micromotor.
Pimpollo.
Fresas de pulido acrílico.
Mechero.
Espátula de plástico.

Ocluser.

Cubetas plásticas Fresa redonda de 2mm.

Materiales de Oficina

Fotocopias de textos.

Libros.

1 resma de papel.

Cartuchos de tinta.

Lápices.

Esferos.

Carpeta.

Grapadoras.

Perforadoras.

3.6.5. Recursos Tecnológicos

Computadora.

Impresora.

CD.

Cámara fotográfica.

Internet.

3.7. Presupuesto

El trabajo de titulación Sistematización de Prácticas, tuvo un costo de 1075.30 dólares.

3.7.1. Tabla de Presupuesto

(Ver Anexo 1).

3.8. Cronograma

(Ver Anexo).

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

Los tratamientos periodontales profilaxis, educación en técnicas de cepillado, raspado y alisado radicular permitieron la recuperación de la consistencia y color rosa pálido normal de las encías del paciente.

Las extracciones de las piezas 2.6, 2.7 y 4.1 en la etapa inicial del tratamiento permitieron la cicatrización adecuada del reborde previo a la toma de impresion para las protesis definitivas, además de mejorar la funcion masticatoria del paciente que debido a la movilidad de las piezas extraidas sentía dolor durante su alimentación.

Otro resultado de la extracción de las piezas dentarias fue la recuperación del espacio protético, ya que las piezas 2.6 y 2.7 al no tener antagonista por un largo periodo de tiempo se habían extruido llegando a ocupar el espacio correspondiente a los molares inferiores.

Pese que el paciente no presentaba sintomatología dolorosa en las piezas dentales que fueron sometidas a necropulpectomias, el tratamiento endodóntico eliminó los focos infecciosos que presentaban en la zona periapical y a través de retratamientos se previno futuras complicaciones asociadas a tratamientos endodonticos preexistentes que estaban fuera de los parámetros aceptables.

La aplicación de resina de manera anatómica en las piezas 15, 14, 24, 25, 35, 34, 33, 32, 31, 42, 43, 44, Junto con protesis acrílicas removibles provisionales superior e inferior permitieron la recuperación de la dimensión vertical durante la elaboración de la protesis fija del sector anterior.

La elaboración y cementación de un puente fijo en el sector anterior permitió la recuperación de las piezas anteriores perdidas como de la estética y generó en el paciente un efecto psicológico, devolviéndole la confianza para sonreír, lo cual fue notable desde la etapa de provisionales.

La confección de prótesis removibles permitió ofrecer estabilidad oclusal al paciente y con esto no solo mejorar la función masticatoria sino también preservar la longevidad del trabajo realizado en el sector anterior.

La rehabilitación oral e integral del paciente adulto con alto riesgo de caries y periodontitis crónica severa generalizada se terminó con éxito, logrando el mejoramiento estético, fonético y masticatorio del sistema estomatognático del paciente alcanzando de esta manera los objetivos planteados al inicio del tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. Pilhlstrom BMBJN. Periodontal diseases. Lancet. BMC Oral Health [Revista de internet]. 2005 [Acceso 3 de marzo 2020]; 13(70). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605677288>).
2. Traviesas E, Rodríguez R. Tabaquismo, higiene bucal y periodontopatías inmunoinflamatorias crónicas en adultos del municipio Guanajay. Revista Cubana de Estomatología [Revista de internet]. 2018 [Acceso 12 de octubre de 2019]; 4((1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000100005).
3. Rendón W, Guzmán I, Torres I, Botero L. Tratamiento clínico de un paciente con periodontitis crónica avanzada generalizada en la facultad de odontología de la universidad de Antioquia, Medellín, Colombia: reporte de un caso. Rev. Fac Odontol Univ Antioquia [Revista en internet]. 2012 [Acceso 14 de septiembre 2019]; 24(1):151-167. Disponiible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/12708/12231>
4. Rojas J,HR. Tabaquismo y su efecto en los tejidos periodontales. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral [Revista en internet]. 2014 [Acceso 19 de diciembre 2019]; 7(2):108-113. Disponible: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v7n2/art10.pdf>.
5. Casrvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. Revista Clínica de Periodoncia, implantología y rehabilitación Oral [Revista de internet]. 2016 junio [Acceso 20 de noviembre 2019]; 9(2). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539116300337>
6. OMS. Salud bucodental. [Internet]. 2018 [Acceso 20 noviembre 2019]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.

7. Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* [Revista de internet]. 2016 [Acceso 20 de enero 2020]; 9(2). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo>.
8. Ministerio de Salud Pública (MSP). Manual de Uso formulario 033. Historia Clínica Única en Odontología. [Internet]. 2008 [Acceso 22 de noviembre 2019]. Disponible en:
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/HISTORIA%20CL%C3%8DNICA%20%C3%9ANICA%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>.
9. Patitó J. *Medicina Legal* Buenos Aires: Centro Norte; 2000.
10. Swartz M. *El Exámen físico*. 7ma. Ed. Filadelfia, Pensilvania: Elsevier Saunders; 2014.
11. Ferrer I, Maurenza G. *Manual de ecámen fisico*. [Internet]. 2011 [Acceso 2019 noviembre 18]. Disponible en <http://files.sld.cu/cpicm-cmw/files/2014/01/manual-de-examen-fisico.pdf>.
12. Duarte I, Scougall R, Leticia N. *Manual de procedimientos clínicos en odontopediatría* Editos-México ML, editor. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2016.
13. Berner JWP, Loubies R, Vidal P. Examen físico de la cavidad oral. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2016/mc163c.pdf>. *Med Cutan Iber Lat Am* 2. 2016 junio; 44(3).
14. Soria S. *El Odontograma como medio probatorio para la identificación de los cadáveres NN*. Primera edición. Derecho Cd, editor. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2018.
15. RadiologyInfo. *Rayos X panorámicos*. RadiologyInfo.org. [Internet]; 2018 [Acceso 20 de noviembre 2019]. Disponible en:
<https://www.radiologyinfo.org/sp/pdf/panoramic-xray.pdf>.

16. Verbel Bohórquez J, Ramos Manotas J. Radiografía periapical como herramienta en el diagnóstico y tratamiento de quiste periapical. Avances en Odontoestomatología. [Internet]; 2015 [Acceso 21 noviembre 2019]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v31n1/original3.pdf>.
17. Orozco Torallao M. Diagnóstico Radiológico Periodontal. Revista Educativa. [Revista de internet]; 2006 [Acceso 20 de noviembre 2019]; 2. Disponible en: https://www.usac.edu.gt/fdeo/biblio/apoyo/tercero/practica_radiologia.pdf
18. Boj R, Catalá M, Garcia Ballesta C, Mendoza A, Panells P. La Evolución del niño al adulto joven. Madrid: Ripano, S.A; 2011.
19. Allende R,PJ. Clasificación de las enfermedades periodontales. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Internet]; 2013 [Acceso 4 de octubre 2019]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/calvam/clasificacion-de-la-enfermedad-periodontal>.
20. Tuesta-Da Cruz O,EVM,LDC. Recesión gingival y tratamiento de ortodoncia. Reporte de caso interdisciplinario. Rev Estomatol Herediana. 31-36. 2012; 22(1).
21. Ardila Medina CM. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. Av Periodon Implantol [Revista de internet]. 2009 [Acceso 14 de noviembre 2019]; 21(2):35-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852009000100005
22. Bascones Martínez A. MMS,PPE. Antisépticos en el tratamiento de la enfermedad periodontal. Avances en Periodoncia [Revista de internet]. 2002 [Acceso 24 de noviembre 2019]; 14(3):101-114. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852009000100005
23. Colocao F, Barbosa T. Historia clinica odontologica. Bogota: EDUCC Editorial; 2014.

24. Bascones Martínez A, Mudarra Morante SPPE. Antisépticos en el tratamiento de la enfermedad periodontal. Avances en Periodoncia [Revista de internet]. 2002; 14(3):101-114. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852002000300002
25. Perry BE. Periodontología para el higienista dental. Barcelona: Elseiver; 2014.
26. Delgadillo M. Control de placa periodontal en pacientes concientizados en higiene dental en la clínica odontológica Univalle gestión 2010 - 2011 la Salud. Rev. Inv. Inf. Salud. Cochabamba [Revista de internet]. 2016 [Acceso 25 de noviembre 2019]; 11(26).Disponible en:
http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-61942016000100005&lng=es&nrm=iso.
27. Lindhe J, Lang N. Periodontología clínica e implantología odontológica. Sexta Edición. Ciudad de Buenos Aires: Medica Panamericana; 2017.
28. Gomez M. Periodoncia: fundamentos de odontologia. Madrid: AMOLCA; 2014.
29. Platt C, Tosta E, Manchado M. Uso de los diferentes agentes químicos para el control de la placa bacteriana como coadyuvantes en la prevención de las enfermedades gingivales. ODOUS Científica [Revista en internet]. 2004. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v5n1/5-1-2.pdf>
30. Carranza FyNM. Periodontología clínica. Octava Edición. México: Mc Graw Hill; 1997.
31. Guzman J. Diagnóstico endodóntico. Intramed revista, 2017: 3-4.
32. Aguilar W, Barzuna M. Retratamiento endodontico: reporte de dos casos clinicos. IDENTAL [Revista de internet]. 2010 [Acceso 7 de enero 2020]; 44(1). Disiponible en:
http://www.ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/resumen/32_3445.aguilarrojasw.barzunaulloam.pdf

33. Gay Escoda C, L. BA. Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I. [Internet]. 2011 [Acceso 19 de agosto 2019]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/72171840/LIBRO-Odontologia-Tratado-de-Cirugia-Bucal-Tomo-I-Cosme-Gay>.
34. Medina Solís C, Pontigo Loyola A, Pérez Campos E, Hernández Cruz P, De la Rosa Santillana R, José de Jesús Navarete-Hernández MG. Principales razones de extracción de dientes permanentes en una muestra de adultos mexicanos. Revista de Investigación Clínica [Revista de internet]. 2013; 65(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn132d.pdf>.
35. Cabanell L. Sistema de la higiene bucodental. Revista de Periodoncia para el higienista dental. 2017; 2(5).
36. Raspall G. Cirugía Maxilofacial. Madrid: Panamericana; 2006.
37. Arias RA. El Diagnóstico en Odontología. De la teoría al quehacer Clínico Cali, Colombia: Universidad del Valle; 2017.
38. Suárez Sánchez J. Radiografías en cirugía; 2017.
39. Gay E, Berini L. Tratado de cirugía bucal. [Libro de Internet]. 2015 [Acceso 14 de diciembre 2019]. Disponible en: https://gravepa.com/grainaino/biblioteca/publicacionesmedicas/Odontologia%20y%20Estomatologia/cirugia/Tratado_De_Cirugia_Bucal_-_Tomo_I.pdf
40. Zenteno P. Bioseguridad en Odontólogos. Revista de Actualización Clínica Investiga [Revista de internet]. 2011 [Acceso 16 de enero 2020]; 15. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682011001200002&lng=es&nrm=iso
41. Bonet R. Anestésicos locales. Ámbito farmacéutico, Farmacoterapia. [Artículo de internet]. 2011 [Acceso 2 de enero de 2020]; 30(5). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-X0212047X11276597>.

42. Patient Information Leaflet. Prospecto. [Internet]; 2011 [Acceso 7 de febrero 2020]. Disponible en https://www.septodont.es/sites/es/files/2016-11/97_PIL_ES_Septanest%201-100%20000_ES_2011-04.pdf.
43. Castañeta Ramos T. Técnicas de anestesia troncular en el maxilar superior. Revista de Actualización Clínica Investiga.[Revista de internet]. 2012 [Acceso 15 de noviembre de 2020]; 27. Disponible en: (http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012001200005&lng=es&nrm=iso).
44. Gay C, Berini L. Principios básicos de la exodoncia. [Internet]; s/f [Acceso 9 de febrero 2020]; 9. Disponible en: <https://odontopromoxivunerg.files.wordpress.com/2013/01/6.pdf>.
45. Gay Escoda E, Berini A. Tratado de cirugía bucal. Madrid: Ergon; 2015.
46. Raspall G. Cirugía Maxilofacial. Madrid: Panamericana; 2006.
47. Sánchez F. Manual Básico del Tratamiento Protésico para odontólogo. México: Ciencias Editorial; 2016.
48. Palma S,SF. Técnica de ayuda odontológica y estomatológica. Madrid, Reino de España: Paraninfo, Ediciones; 2014.
49. Cubas J, Asmal A. Amoxicilina para prevenir la infección postexodoncia de terceros molares incluidos: ensayo clínico aleatorizado. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial [Revista de internet]. 2015 [Acceso 18 de diciembre 2019]; 38(4). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v38n4/1130-0558-maxi-38-04-00188.pdf>.
50. Bejarano P. Ibuprofeno y analgesia. EMB. Edición Específica [Revista de internet]. 2006 [Acceso 10 de diciembre 2019]; 5. Disponible en: (http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/reumatologia/propiedades_del_ibuprofen.pdf).
51. Palma A, Sánchez F. Técnicas de ayudas odontológicas y estomatológicas Madrid, Reino de España: Paraninfo Ediciones; 2014.

52. Álvarez J, Clavera T. Compendio de endodoncia CENDA , editor. La Habana Cuba: Catalogación Editorial ICBP Victoria de Girón; 2016.
53. Corona M, Barajas L, Villegas O, Quiñonez L, Gutiérrez I. Manual de Endodoncia Básica. Colección 45 años de vida universitaria. [Internet]; 2014 [Acceso 28 de noviembre 2019]; 28. Disponible en: https://www.ecorfan.org/manuales/manuales_nayarit/Manual%20de%20Endodoncia%20basica%20V6.pdf.
54. Quispe H, Valencia S. configuración interna de la Cámara Pulpar. Revista de Actualización Clínica [Revista de internet]. 2012 [Acceso 11 de diciembre 2019]; 21. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v21/v21a01.pdf>.
55. Newman M, Takei H, Klokkevold P, Carranza F. Periodontología Clínica de Carranza. Onceava Edición. ed: Editorial Garani, S. A. S. ; 2014.
56. Aguilera F. Anatomía de Molares. [Internet]. 2013 [Acceso 12 de agosto 2019]. Disponible en <http://www.postgradosodontologia.cl/endodoncia/images/EspecialidadEndodoncia/Seminarios/2013-2014/DocSeminarioAnatomiaDeMolares.pdf>.
57. Guzman J. Diagnóstico endodontico. Intranet Revista.3-4. 2017.
58. Huuononen S OD. Radiological aspects of apical periodontitis. Endod Topics. [Revista de internet]. 2002 [Acceso 16 de octubre de 2019]; 1(3): 25. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1601-1546.2002.10102.x>
59. Bóveda C. Aspectos Microbiológicos de la Periodontitis Apical Crónica Persistente. [Internet]. 2004 [Acceso 2 de marzo 2020]. Disponible en http://www.carlosboveda.com/Odontologosfolder/odontoinvitadoold/odontoinvitado_41.htm.

60. Rivaya, J. Restauración del diente endodonciado. Diagnóstico y opciones terapéuticas. [Internet]. 2016 [Acceso 4 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/6076/1/r.pdf>
61. Ramirez L. Vision actualizada de la radiologia en Endodoncia. Orontología invitado [Internet]. 2015 [Acceso 15 de diciembre 2019]. Disponible en: https://www.carlosboveda.com/Odontologosfolder/odontoinvitadoold/odontoinvitado_20.htm
62. Pico J, Barreiro N, Vera F, Santos T. Técnicas manuales y mecanizadas en el retratamiento endodóntico: Revisión de Literatura. Revista San Gregorio. 2018 septiembre; 24:6-15.
63. Galiana M,GG,LC,MN, Pelaez A. Revisión de desobturación de gutapercha con limas manuales, xilol y Reciproc. Odontoestomatología [Revista de internet]. 2018 [Acceso 11 noviembre 2019]; XX (32). Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ode/v20n32/1688-9339-ode-20-32-12.pdf>.
64. Leonardo M. Endodoncia. Tratamiento de Conductos Radiculares. Principios técnicos y biológicos. Edit. Artes Médicas Ltda. 12(9). 2009.
65. De Sousa B TCCR. Uso dos sistemas reciprocantes Reciproc e Wave One em Endodontia. Revisão de literatura. Dent. Press Endod [Revista de internet]. 2017 [Acceso 13 de diciembre 2019]; 7(1): 50-59. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-846728>
66. Aguirre Rodríguez MJ. Técnicas químico mecánicas con la utilización de xilol en un retratamiento endodóntico. Tesis de grado. Guayaquil, República del Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2014.
67. Kaled G. Anastácio M, Heck A, Aragão E, Herrero S, Carmona, R. Retratamiento endodóntico: análise comparativa da efetividade de remocao da obturacao dos canais radiculares realizada por tres métodos. RGO: Rev Gaucha Odontol [Revista de internet]. 2011 [Acceso 21 de diciembre 2019]; 59(1): 103-108. Disponible en: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1981-86372011000100015&script=sci_arttext

68. Burgos F. Medicación intraconducto en endodoncia. Postgrado Endodoncia, Universidad de Valparaíso. A. [Internet]; 2013 [Acceso 10 de noviembre 2019]. Disponible en <http://www.postgradosodontologia.cl/endodoncia/images/EspecialidadEndodoncia/Seminarios/2013-2014/DocMedicacionIntraconductoEn>.
69. Catañeta T. Técnicas de anestesia troncular en el maxilar superior. *Revistas de Actualización Clínica Investiga* [Revista de internet]. 2012 [Acceso 14 de diciembre 2019]: 5-7. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012001200005&Ing=es&nrm=iso
70. Rodríguez C. Determinación de la Longitud de Trabajo en Endodoncia. Implicancias Clínicas de la Anatomía Radicular y del Sistema de Canales Radiculares. [Internet]. 2014 [Acceso 15 de noviembre 2019]. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X20140.
71. Torabinejad M, Walton R. *Endodoncia: Principios y práctica México: Interamericana; 2009.*
72. Canalda C, Brau E. *Endodoncia: Técnicas clínicas y bases científicas. 3ra. Ed. Barcelona, Reino de España: Elsevier; 2014.*
73. Játiva L. Estudio comparativo entre la técnica convencional y la técnica rotatoria en la preparación biomecánica de conductos. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2012.
74. Fariniuk F, Azevedo D, Carneiro E, Westphalen D, Piasecki L, Da Silva Neto X. Efficacy of protaper instruments during endodontic retreatment. *Indian Journal of Dental Research* [Revista de internet]. 2017 [Acceso 2 de diciembre 2019]; 28(4). Disponible en: <http://www.ijdr.in/article.asp?issn=0970-9290;year=2017;volume=28;issue=4;spage=400;epage=405;aulast=Fariniuk>
75. Pico Coronel J, Vera Solorzano F, Barreiro Mendoza NSZT. Técnicas manuales y mecanización en el retratamiento endodóntico. Revisión de Literatura. *Revista San Gregorio*. 2018 enero: (24).

76. Lugo De Langhe C, Rocha M, Finten S. Actualización sobre irrigantes y nuevas técnicas de irrigación utilizados para la eliminación del smear layer o barro dentinario. Revista Facultad de Odontología [Revista de internet]. 2013 [Acceso 4 de noviembre 2019]; Vol. VI(1):60-714. Disponible en: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/1650/0>
77. Gurria A, Vilchis S, González E, Rodríguez A, Treviño E. Irrigantes endodónticos. Revista Mexicana de Estomatología [Revista de internet]. 2018 [Acceso 4 de enero 2020]; 5. Disponible en: <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/195/377>
78. Balandramo Pinal F. Soluciones para irrigación en endoncia: hipoclorito de sodio y gluconato de clorehexidina. Revista CCDCR [Revista de internet]. 2007 [Acceso 22 de diciembre 2019]; 3(1): 11-19. Disponible en: <https://revistaodontologica.colegiodontistas.org/index.php/revista/article/view/358/499>
79. Lorente I, Guinot F, Sáez S, García F, Bellet J. ¿Cuál es el irrigante ideal para pulpectomías de dientes deciduos? Odontología Pediátrica [Revista de internet]. 2009 [Acceso 17 de noviembre 2019]; 17(2). disponible en: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/05/135_original1172.pdf): p. 83-95.
80. Goldeberg F, Abramovich A. Analysis of the effecto of EDTAC on the dentinal wals of the root canal. JOE [Revista de internet]. 1977 [Acceso 12 de enero 2020]; 3(3). Dispobible en: [https://www.jendodon.com/article/S0099-2399\(77\)80203-3/fulltext](https://www.jendodon.com/article/S0099-2399(77)80203-3/fulltext)
81. Villa L. Irrigación en Endoncia. [Internet]. 2012 [Acceso 1 de diciembre 2019]. Disponible en: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3433/3/T_17701.pdf.
82. Gunnar B. Endodoncia. México: Manual Moderno; 2014.
83. Giudice García A, Torres J. Obturación en endodoncia - Nuevos sistemas de obturación: revisión de literatura. Rev Estomatol Herediana [Revista de

- internet]. 2011 [Acceso 3 de diciembre 2019]; 21(3). Disponible en:
<https://pdfs.semanticscholar.org/c5f7/d9e9e304bb3e30cbc49ab9b879f2b28f5a2b.pdf>
84. Baiwman A, R. B. Endodoncia, conceptos biológicos y recursos tecnológicos. 2° Edición; 2008.
85. Montoya P. Cementos Selladores En Endodoncia: Univ Javeriana. 2004.
86. Eldeniz A,EA, Kurtoglu F, Esener T. Evaluation of pH and calcium ion release of Acroseal sealer in comparison with Apexit and Sealapex sealers. Surg Oral Med. Oral Pathol Oral Radiol Endod [Revista de internet]. 2007 [Acceso 18 de diciembre 2019]; 103: 86-91. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17241799>
87. Santos Vicente L. Higiene Dental Personal Diaria. Canada: Trafford Publishing[Internet]; 2014 [Acceso 19 de noviembre 2019]. Disponible en:
https://books.google.com.ec/books?id=ul75feqDFTcC&pg=PA2&lpg=PA2&dq=Santos+Vicente+L.+Higiene+Dental+Personal+Diaria.+Canada:+Trafford+Publishing&source=bl&ots=163-KwzsTv&sig=ACfU3U1LF5ZYJ3Ew1ofLQQfs7pl47BFK6A&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjv-LT_w4boAhWjm-AKHZrvCNAQ6AEwAHoECAoQAQ#v=onepage&q=Santos%20Vicente%20L.%20Higiene%20Dental%20Personal%20Diaria.%20Canada%3A%20Trafford%20Publishing&f=false
88. Nocchi. Odontología Restauradora Salud y Estética. Argentina: Panamericana Editorial; 2014.
89. Gunnar B. Endodoncia. México: Manual Moderno; 2014.
90. Utria Hoyos J, Pérez Pérez E, Cobos.M. R, Vargas Barreto A. Características de las soluciones de clohexidina al 2% y al 0.2% en preparaciones cavitarias en odontología: una revisión. Duazary [Revista de internet]. 2018 [Acceso 5 de diciembre 2019]; 15(2). Disponible en:
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/5121/512158205005/512158205005.pdf>

91. Nocchi. Odontología Restauradora Salud y Estética. Argentina: Panamericana Editorial; 2014.
92. Iglesias Esquiroz E. Técnica odontológicas/estomatológicas. Chile: EDITEX; 2017.
93. Barrancos J, Barrancos J. Barrancos. Mooney Operatoria Dental: Avances clínicos, restauraciones y estética. México: Editorial Panamericana; 2015.
94. Abarza Arellano L, Sandoval Vidal P, Flores Velásquez M. Registro interoclusal digital en rehabilitación oral: «Sistema T-Scan® III». Revisión bibliográfica. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral [Revista de internet]. 2016 [Acceso 16 de diciembre de 2019]; 9(2). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v9n2/art03.pdf>
95. Watanabe S, Doris. S, Ochoa J, Horna H, Herrera M, Paz J. Rehabilitacion oral con prótesis fija. Caso Clínico. Odontol. Sanmarquina Artículo de internet]. 2008 [Acceso 17 de noviembre 2019]; 11((2): 96-99. Disponible en <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/3051/2567>
96. Huamani J HEJAS. Rehabilitación oral en paciente con alteración de la dimensión vertical oclusal aplicando un enfoque multidisciplinario. Rev Estomatol Herediana [Revista de internet]. 2018 [Acceso 9 de enero 2020]; 28(1): 44-5. Disponible En: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v28n1/a06v28n1.pdf>).
97. Watanabe S, Doris. S, Ochoa J, Horna H, Herrera M, Paz J. Rehabilitacion oral con prótesis fija. Caso Clínico. Odontol. Sanmarquina Artículo de internet]. 2008 [Acceso 17 de noviembre 2019]; 11((2): 96-99. Disponible en <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/3051/2567>
98. Viilarrubí A, Pebé P, Rodríguez A. Prótesis fija convencional libre de metal: tecnología CAD CAM-Zirconia, descripción de un caso clínico. Odontoestomatología [Revista de internet]. 2011 [Acceso 2 de enero 2020];

XIII(18). Disponible en:

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ode/v13n18/v13n18a03.pdf>).

99. Suárez. M. Prótesis Fija. México: MASSON Editorial; 2014.
100. Hidalgo V. Corona metal porcelana y collarless. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2009.
101. Sánchez F. Manual básico del tratamiento protésico para odontólogos. México: Ciencias Editoriales; 2016.
102. Salas E, Duran C. Puente Metal Porcelana Post Exodoncia. Documentos ULACIT. [Internet]. 2013 [Acceso 4 de enero 2020];1-17. Disponible en: http://www.ulacit.ac.cr/files/documentosULACIT/Constant/20140110Articulo_Clinica_III_Evelyn_salas.pdf.
103. Ferro M. Fundamentos de la odontología Bogotá: Universidad Pontificia Javeriana; 2014.
104. Rabaina J, González G. Impresión dental. [Internet]. S/f [Acceso 18 de febrero 2020]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Impresi%C3%B3n_dental.
105. Mendia H. Modelos mayores y menores. Revista Estomatológica Javeriana. 2016; p. 3-5.
106. Maldonado. Técnica para la Elaboración de patrones de cera. Revista de actualización Clínica Boliviana [Revista de internet]. 2015 [Acceso 3 de enero de 2020]; 24. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000900001&Ing=es&nrm=iso).
107. Rosenstiel F, Land F, Fujimoto J. Prótesis fija contemporánea. Barcelona, Reino de España: Elsevier; 2016.
108. Santos D, León L. Nueva técnica simplificada de preparación dental para coronas completas en dientes anteriores. Revista Odontológica Dominicana [Revista de

- internet]. 2005 [Acceso 22 de enero 2020]; 11. Disponible en: http://odontologiavirtual.com/pdf/preparacion_dental.pdf..
109. Altamirano N. Técnicas de retracción gingival utilizadas en la clínica odontológica UCSG semestre B-2016. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017.
110. Lara L, Ochoa J, Gaitán J, Herrera M. Rehabilitación protésica fija con puente metal porcelana. Ciencias Médicas. [Revista de internet]. 2017 [Acceso el 25 de Enero 2020]; 2(7): 111-119. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/307143370_Rehabilitaci%C3%B3n_coronas_completas_de_metal-ceramica_y_protesis_parciales_removibles_convencionales
111. Sepúlveda L, J. P. Puente anatómico anteosuperior mediante impresión radioilógica. GD Infome [Internet]. 2016 [Acceso 4 de noviembre de 2019]; (285). Disponible en: <https://ziacom.es/wp-content/uploads/2018/03/Caso-Clinico-GD.pdf>).
112. Christiani D. Prótesis Provisionales. Actas Odontológicas [Revista de internet]. 2017 [Acceso 4 de noviembre 2019]:1-5. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ao/v14n1/2393-6304-ao-14-01-00028.pdf>
113. Gutiérrez X. Armonización oclusal y estética de un paciente con coronas individuales de metal porcelana. Quito, República del Ecuador: Universidad Internacional del Ecuador; 2013.
114. Mallat E, Santos A, Castellanos J. Prótesis fija estética: enfoque clínico y multidisciplinario Madrid, Reino de España: Elsevier; 2007.
115. Mondelli J. Estética y cosmética en clínica integral restauradora. Sao Paulo: Ed. Santos; 2003.
116. Rentería V. Estudio comparativo de prótesis acrílicas y prótesis flexibles en edéntulos parciales. [Tesis de internet]. 2007 [Acceso 2 de febrero de 2020]. Disponible en:

<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20730/1/ODON073.pdf>

Cuenca, República del Ecuador. : Universidad de Cuenca;

117. Rengifo C, Balarezo J, Matta CVE. Implantes dentales para mejorar la biomecánica y estética de la prótesis parcial removible. Revista Estomatológica Herediana [Revista de internet]. 2011 [Acceso 10 de noviembre 2019]; 21(2): p. 116-118. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539363010.pdf>.
118. Rendón Yúdice R. Prótesis parcial removible México, Distrito Federal: Paamericana; 2011.
119. Calderero Suárez U. Prótesis parciales removibles. España: Editorial SINTESIS; 2015.
120. Mallat.. Protesis parcial removible y sobredentaduras. España: Elseiver; 2010.
121. Applegate O. Elementos de prótesis de dentaduras parciales removibles. Michigan: Editorial Bibliográfica Argentina; 2008.
122. Calderero U. Prótesis parciales removibles. España: Editorial SINTESIS; 2015.
123. Fernández L. Prótesis parcial removible (Procedimientos Clínicos y de Laboratorio) Lima, Perú: Savia; 2012.
124. Universidad Nacional Federico Villareal. Prótesis parcial removible- clasificación de Kennedy. [Internet]. 2018 [Acceso 28 de enero 2020]. Disponible de: <https://es.slideshare.net/juank898/universidad-nacional-federico-villarreal-odontologa>.
125. Delgado A, Calero E. Arcos parcialmente edéntulos en pacientes con requerimientos protésico. Revista Gastrohup [Revista de Internet]. 2015 [Acceso 9 de febrero 2020]; 17(2): p. 81. Disponible en: <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA586469662&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=01243691&p=IFME&sw=w>
126. Farias N, Torre G,PA,RC. La próteisis parcial removible en el contexto de la odontología actual.. Revista odontológica Venezolana [REvista de internet].

- 2013 [Acceso 9 de febrero de 2020]; 5(2): p. 1-4. Disponible en:
<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/2/art-26/>. 2013; Vol. 51(2).
127. Fernández E, Acosta, H, Madrid Ii, Verdugo L. Rehabilitación de maxilares clases Ii y II de Kennedy mediante prótesis removible. *Revista Clínica Periodoncia-Implantología y Rehabilitación Oral*. [Revista de internet].2017 [Acceso 3 de febrero 2020]; 10(2). Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072017000200096. 2017
128. Cáceres S. Preparación de lechos para apoyos para Prótesis Parciales Removibles de Cromo-Cobalto e indicaciones al Técnico Dental, realizadas por Odontólogos en Chile. Santiago, Chile: Universidad de Chile, Facultad de Odontología [Tesis de internet]; 2013 [Acceso 10 de febrero 2020]. Disponible en:
http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117407/Caceres_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
129. De Aquino AR A, De Aquino L, FÂ, Carreiro F. Longitudinal clinical evaluation of undercut areas and rest seats of abutment teeth in removable partial denture treatment. *J. Prosthodont. Pulmed* [Revista de internet]. 2011 [Acceso 9 de febrero 2020]; 20(8): p. 639-42. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22182224>
130. Petridis TJ. Periodontal considerations in removable partial denture treatment. A review of the literature. *Int. J Prosthodont. Pulmed*. [Revista de internet]. 2001 [Acceso 15 de enero 2020]; 14(2). p. 164-72. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11843454>
131. Stilwell C. Revisiting the principles of partial denture design. *SADJ* [Revista de internet]. 2011 [Acceso 10 de febrero 2020]; 66(1): p. 18-23. Disponible en:
<https://journals.co.za/content/sada/66/1/EJC147859>
132. Ernest E. Prótesis parcial removible y Sobredentadura. Capítulo 1, 4, 6. 1st ed. España: Editorial Reviews; 2004.

133. Sato Y, Shindoi N, Koretake K, Hosokawa R. The effect of occlusal rest size and shape on yield strength. *J Prosthet Dent [Revista de internet]*. 2003 [Acceso 15 de enero 2020]; 89: p. 503–507). Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/12806329>
134. Rodríguez Ortíz F. Prueba de la prótesis dental parcial fija y removible en metal. [Internet]. 2014 [Acceso 17 de enero 2020]. Disponible en: <https://estomatologia2.files.wordpress.com/2017/11/prueba-de-protesis-removible-en-metal.pdf>.
135. Lima. CE. Prótesis Parcial Obturatriz Paralelizada, en Paciente Oncológico. *Revista Odontoestomatológica [Revista de internet]*. 2015 [Acceso 14 de enero 2020]; XVII(25). Disponible en: <https://www.scielo.edu.uy/pdf/ode/v17n25a06.pdf>. 2015.
136. Rendón Y. *Protesis parcial removible Argentina: Panamericana*; 2006.
137. Bassi S. *Rehabilitación prótesica: Prótesis parcial removible*. Torino: AMOLCA; 2014.
138. Bortoloti.. *Protesis removibles clasicas e innovaciones*. Milano: AMOLCA.; 2013.
139. Bassi S. *Rehabilitación prótesica: Prótesis parcial removible*. Torino: AMOLCA; 2014.
140. Márquez JL, Contreras C, Vieira J. Manejo de impresiones en prótesis parciales removibles en la práctica odontológica en tres laboratorios dentales. *Acta de odontología en Venezuela [Internet]*. 2014; 52 (3); Venezuela. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/3/art-15/>.
141. Mallat. *Protesis parcial removible y sobredentaduras*. España: Elseiver; 2010.
142. Chimenos K. *Prótesis Parcial Removible en odontología*. Scielo Revista. 3-8. 2016.
143. Siñani M. Técnica de confección de una prótesis parcial removible. *Revista de Actualización Clínica [Revista de internet]*. 2012 [Acceso 30 de enero 2020];

24. Disponible en:
http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000900004&Ing=es&nrm=iso
144. Jorquera G, Araya T. Secuencia clinica rodete altura. [Internet]. 2017 [Acceso 14 de enero 2020]. Disponible en:
<http://www.uandes.cl/images/biblioteca/2014/pdf/Guia%20rodetes%20de%20altura%20pr%F3tesis%20parcial.pdf>.
145. Ministerio de Salud de Chile. Recomendaciones de higiene bucal y cuidados para personas portadoras de prótesis dentales removibles. [Internet]. 2019 [Acceso 10 de diciembre 2019]. Disponible en <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/05/RECOMENDACIONES-DE-HIGIENE-Y-CUIDADOS-PARA-PERSONAS-PORTADORAS-DE-PR%C3%93TESIS-REMOVIBLES-24042019.pdf>.
146. Bartlett D, Carter N, De Baat B, Duyck D, Goffi G, Müller F, et al. Denture care guidelines White Paper on Optimal Care and Maintenance of Full Dentures for Oral and General Health Global Task Force for Care of Full Dentures. Oral Health Foundation. 2018 Agosto. Gunnar B. Endodoncia. Manual Moderno México.
147. Jill G. Atlas a color de enfermedades bucales México: Masson Elseiver; 2016.
148. Hernández VN. Promoción y educación para la salud en odontología. México: Manual Moderno; 2014.
149. Escoda Cosme G. Tratado de Cirugía Bucal. Madrid: ERGON; 2015.
150. Barbieri Petrelli G,FGJ, Escribano Bermejo M, Discepoli N. Actualización en radiología dental. Radiología convencional Vs Digital. Avances en odontoestomatología [Artículo de internet]. 2006 [Acceso 23 de enero 2020]; 22(2). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v22n2/original4.pdf>.
151. Barbieri Petrelli G,FGJ, Escribano Bermejo M, Discepoli N. Actualización en radiología dental. Radiología convencional Vs Digital. Avances en

- odontoestomatología [Artículo de internet]. 2013 [Acceso 23 de enero 2020]; 22(2). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v22n2/original4.pdf>).
152. Soares G. Endodoncia Técnicas y Fundamentos. Buenos Aires: Panamericana; 2014.
153. Solano Buitrago M. Endodoncia en dientes anteriores. Revista Javeriana Odontoestomatológica.[Artículo de internet]. 2015 [Acceso 30 de enero 2020]; 2. Disponible en:
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/issue/view/1027>.
154. Nocchi. Odontología Restauradora Salud y Estética Argentina: Panamericana Editorial; 2014.
155. Salazar J, Bello R. Métodos de separación gingival en protésis fija. Acta Odontológica Venezuela [Internet]. 2015 [Acceso 29 de diciembre 2019]; 1(3). Disponible en:
https://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/separacion_gingival_protosis_fija.asp.

ANEXOS

Anexo 1. Tabla de presupuesto

Cantidad	Material	Precio Unitario	Precio Total
1	Pasta profiláctica	\$ 5.50	\$ 5.50
1	Cepillo profiláctico	\$ 0.25	\$ 0.25
1	Cubeta descartable para flúor	\$ 0.50	\$ 0.50
1	Flúor	\$ 7.00	\$ 7.00
1	Suero fisiológico	\$ 4.00	\$ 4.00
1	Paquete de gasas	\$ 1.50	\$ 1.50
10	Jeringa descartable de 10 ml	\$ 0.15	\$ 1.50
10	Anestésico	\$ 0.75	\$ 7.50
10	Agujas para carpule	\$ 0.15	\$ 1.50
1	Lima <i>k-Files</i> de 1 serie	\$ 8.00	\$ 8.00
1	Hipoclorito de Sodio	\$ 5.50	\$ 5.50
1	Fresa redonda	\$ 2.50	\$ 2.50
1	Conos de papel	\$ 7.00	\$ 7.00
1	Conos de gutta-percha	\$ 7.00	\$ 7.00
1	Sealepex	\$ 30.00	\$ 30.00
1	Coltosol	\$ 15.00	\$ 15.00
1	Paquetes de torundas de algodón	\$ 0.50	\$ 7.00
1	Caja de Diquel de goma	\$ 0.50	\$ 19.00
1	Paquete de succionador	\$ 0.05	\$ 5.00
5	Agujas de navitip	\$ 3.50	\$ 17.50
1	Lima hedstrom	\$ 7.50	\$ 7.50
1	Kit de resina 3M	\$ 90.00	\$ 90.00
1	Ionómero de vidrio de Fotocurado	\$ 5.50	\$ 5.50
1	Fresa cilíndrica	\$ 2.00	\$ 2.00
1	Fresa de cono invertido	\$ 2.00	\$ 2.00
1	Fresa troncocónica	\$ 2.00	\$ 2.00

1	Fresa alpina	\$ 2.50	\$ 2.50
1	Alginato	\$ 8.00	\$ 8.00
1	Yeso extra duro	\$ 1.75	\$ 1.75
1	Yeso modelo	\$ 1.75	\$ 1.75
1	Fresa de balón	\$ 1.50	\$ 1.50
1	Fresa de llama	\$ 1.50	\$ 1.50
1	Hilo retractar	\$ 8.50	\$ 8.50
1	Material de impresión pesado	\$ 19.00	\$ 19.00
1	Acrílico líquido rápido	\$ 0.70	\$ 0.70
1	Acrílico polvo rápido	\$ 0.70	\$ 0.70
1	Plaqueta de dientes artificiales anteriores	\$ 1.75	\$ 1.75
1	Plaqueta de dientes artificiales posteriores	\$ 1.75	\$ 1.75
2	Cera	\$ 0.50	\$ 1.00
2	Rodetes de cera	\$ 0.70	\$ 0.70
1	Prótesis fija	\$240.00	\$480.00
1	Prótesis Removible de Cromo Cobalto inferior	\$90.00	\$90.00
1	Prótesis Removible de Acrílico superior	\$30.00	\$30.00
1	Caja de guantes	\$ 18.00	\$ 18.00
1	Caja de mascarillas	\$ 5.50	\$ 5.50
1	Cemento para corona fuji 1	\$ 35.00	\$ 35.00
1	Paquete de radiografías periapicales	\$ 30.00	\$ 30.00
2	Radiografías panorámicas	\$ 13.00	\$ 26.00
20	Paquete de campos operatorios	\$ 1.00	\$ 20.00
20	Gorros desechables	\$ 0.50	\$ 10.00
	Copias	\$ 0.05	\$ 5.75
2	Bolígrafo	\$ 0.50	\$ 1.00
	Hojas de papel	\$ 4.00	\$ 7.00

1	Lápiz bicolor	\$ 0.75	\$ 0.75
1	Borrador	\$ 0.50	\$ 0.50
3	Anillados	\$ 1.00	\$ 3.00
Total		780	\$ 1,075.3

Anexo 2. Consentimiento informado para toma de fotografías

Área o áreas a fotografiar

Fecha

Autorizo a Luzmila Macías Ibarra para la toma de fotografías de las partes de mi cuerpo que se encuentran en tratamiento, bajo las siguientes condiciones:

1.- Las fotografías se podrán tomar únicamente con el consentimiento de mi médico tratante y únicamente en los momentos en que sea aprobado por él/ella.

2.- Las fotografías tomadas podrán ser usadas para mi expediente médico, para investigación y para educación, cuidando la dignidad e integridad de mi persona mediante métodos adecuado para su acceso. Estas fotografías y la información en relación a mi caso pueden ser publicados por separados o con conexión con alguna otra información en revistas médicas, libros, folletos, videos y/o cualquier otro medio con fines de educación médica, aprendizaje e investigación, entendiendo específicamente que por ningún motivo se dará a conocer mi identidad.

3.- Las fotografías pueden ser modificadas o retocadas en la medida en que mi médico lo crea necesario.

Nombre del paciente

Firma si autorizo

Firma no autorizo

Anexo 3. Consentimiento adicional (opcional)

Si el medico lo cree prudente puede usar mis fotografías para promoción en medios públicos cuidando siempre la dignidad e integridad de mi persona, entendiendo específicamente que por ningún motivo se dará a conocer mi identidad.

Nombre del paciente Firma si autorizo Firma no autorizo



Universidad San Gregorio de Portoviejo

CARRERA DE ODONTOLOGÍA



ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M-F)		EDAD		N° HISTORIA CLÍNICA	

MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 8 AÑOS PROGRAMADO	9 - 14 AÑOS NO PROGRAMADO	10 - 14 AÑOS PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
----------------	------------	-----------------------	---------------------------	-------------------------	--------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	-------------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA min.	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT. min.
------------------	--------------------------	----------------	-------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A.T.M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y NECESIDAD: MARCAR 'X' (1, 2 ó 3), SI APLICA

RECESION

<input type="checkbox"/>							
18	17	16	15	14	13	12	11

VESTIBULAR

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LINGUAL

<input type="checkbox"/>							
55	54	53	52	51	50	49	48
<input type="checkbox"/>							
85	84	83	82	81	80	79	78

VESTIBULAR

<input type="checkbox"/>							
48	47	46	45	44	43	42	41

MOVILIDAD

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

RECESION

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

RECESION

<input type="checkbox"/>							
21	22	23	24	25	26	27	28

VESTIBULAR

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LINGUAL

<input type="checkbox"/>							
61	62	63	64	65	66	67	68
<input type="checkbox"/>							
71	72	73	74	75	76	77	78

VESTIBULAR

<input type="checkbox"/>							
31	32	33	34	35	36	37	38

MOVILIDAD

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

RECESION

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSIÓN	FLUOROSIS
				LEVE	ANGLE I	LEVE
				MODERADA	ANGLE II	MODERADA
				SEVERA	ANGLE III	SEVERA

PIEZAS DENTALES			PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS
16	17	55	0-1-2-3-	0-1-2-3	0-1
11	21	51			
26	27	65			
35	37	75			
31	41	71			
46	47	85			
TOTALES					

8 ÍNDICES CPO- ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	p	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* rojo SELLANTE NECESARIO	U PERDIDA (OTRA CAUSA)	— PROTESIS TOTAL
* azul SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	☐ CORONA
X rojo EXTRACCIÓN INDICADA	(—) PROTESIS Fija	○ azul OBTURADO
X azul PERDIDA POR CARIES	(—) PROTESIS REMOVIBLE	○ rojo CARIES

SNS-MSP / HCU-Form 033/2008 ODONTOLOGÍA (1)

Anexo 4. Ficha 033

Fuente Universidad San Gregorio de Portoviejo.

ESTABLECIMIENTO US 6P		NOMBRE Pedro Ismael Vin Lopez		APELLIDO Vin Lopez		SEXO (M/F) M		EDAD 55		ESTADO TJLB	
MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS NO PROGRAMADO	15-14 AÑOS PROGRAMADO	16-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS		EMBARAZADA			

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE
"Averiglar mis dientes"

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMA, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL
No refiere

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	1. ALERGIA ANESTÉSICA	3. HEMO-IRIDIAS	4. VITÍGOS	5. TUBER-SCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. EMP. CARDIACA	10. OTRO
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

7. Diabetes (Papá) 8. Hipertensión (Papá) 9. Emb. Cardiaca (Papá)

4 SIGNOS VITALES

FRECUENCIA CARDÍACA MIN.	FRECUENCIA RESPIRATORIA MIN.	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT. MIN.

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABREVIADA LA FISIOLÓGIA DE LA REGIÓN AFECTADA ANTES DEL EXAMEN

1. LABIOS	2. BIELLAS	3. MALAR SUP.	4. MALAR INF.	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

6. Paladar (Tumor); 7. Piso (Tumor)

6 ODONTOGRAMA NOTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA FISIOLÓGIA ACTUAL. MENCIONAR Y DESCRIBIR MALOCCLUSIÓN (1, 2 ó 3). SI APLICA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL			MAL OCCLUSIÓN			FLUOROSIS		
				LEVE	MODERADA	SEVERA	ANGLE I	ANGLE II	ANGLE III	LEVE	MODERADA	SEVERA
16	17	X	55	3	1	0						
11	X	21	51	1	1	0						
26	27	X	55	1	1	0						
36	-	37	-	2	-	-						
31	X	41	71	2	2	0						
46	-	47	-	-	-	-						
TOTALES				7	5	0						

8 INDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D	2			
d				

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

○ rojo	rellante necesario	U	PERDIDA OTRA CAUSA	≡	PROCESO TOTAL
X azul	rellante realizado	△	ENFERMEDAD	□	CORONA
○ rojo	EXTRACCIÓN INICIADA	---	PROTESIS Fija	○ azul	DETURNO
X azul	PERDIDA POR CARIES	---	PROTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES

SNS-MSP / HCU-F-000 0332008 ODONTOLOGÍA (1)

Anexo 4. Ficha 033

Fuente Universidad San Gregorio de Portoviejo.

11. DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1					3			
2					4			

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA	NÚMERO DE HOJA

12. TRATAMIENTO				
SESION Y FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 06-05-19	Periodontitis	Diagnostico Sondaje Distancia		CÓDIGO FIRMA
SESION 2 FECHA 10-05-19		Despido y Alisado Indice de O'Leary		CÓDIGO FIRMA
SESION 3 FECHA 25-05-19		Extracción P# 26-27	Ibuprofeno 400mg Amoxicilina 500mg	CÓDIGO FIRMA
SESION 4 FECHA 23-05-19		Extracción P# 41	Ibuprofeno 400mg Amoxicilina 500mg	CÓDIGO FIRMA
SESION 5 FECHA 04-06-19	K05.3	Diagnostico P# 15 Apertura Biomecanica		CÓDIGO FIRMA
SESION 6 FECHA 10-06-19	K05.3	P# 15 Construcción, Condensación		CÓDIGO FIRMA
SESION 7 FECHA 14-06-19		Diagnostico P# 14		CÓDIGO FIRMA
SESION 8 FECHA 19-06-19		Apertura Distancia de Contorno P# 14		CÓDIGO FIRMA

Nombre de estudiantes que examina	
Nombre de estudiantes que lea historia	
Docente tutor	

DENTOLOGÍA (2)

Anexo 4. Ficha 033

Fuente Universidad San Gregorio de Portoviejo.

11 DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	PRE-DEF	PRE-DEF	PRE-DEF
1				3	
2				4	

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA	NÚMERO DE HOJA
-------------------	------------------	-------------	--------	-------	----------------

12 TRATAMIENTO		PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESION	1			CÓDIGO
FECHA	25-06-19	Rectificación Conometría Condensación PH-14		FIRMA
SESION	2			CÓDIGO
FECHA	9-07-19	Diagnóstico PH-12 Biomicroscopia Conductometría		FIRMA
SESION	3			CÓDIGO
FECHA	16-07-19	Condensación PH-11 Conometría PH-1		FIRMA
SESION	4			CÓDIGO
FECHA	30-07-19	Conometría Condensación PH-01 Diagnóstico PH-13 Apertura, Conductometría		FIRMA
SESION	5			CÓDIGO
FECHA	1-08-19	Conductometría PH-13 Construcción de Post. PH-11		FIRMA
SESION	6			CÓDIGO
FECHA	06-08-19	Conometría PH-13		FIRMA
SESION	7			CÓDIGO
FECHA	13-08-19	Tallado PH-23 Provisional		FIRMA
SESION	8			CÓDIGO
FECHA	16/08/19	Tallado de supresión definitiva		FIRMA
Nombre de estudiantes que examina				CÓDIGO
Nombre de estudiantes que llena historia				FIRMA
Docente tutor				

SNS-MSP / HCU-Form 033/2008

ODONTOLÓGIA (2)

Anexo 4. Ficha 033

Fuente Universidad San Gregorio de Portoviejo.

11 DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1					3			
2					4			

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA	NÚMERO DE HOJA
2/6/19		Dr. VERNONIA RAMOS LEÓN			

12 TRATAMIENTO		PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN	1			CÓDIGO
FECHA	12-09-19	Prueba de Búscada Metal - Cerdillos 13 - 23 P#		FIRMA
SESIÓN	2			CÓDIGO
FECHA		Restauraciones P# 14 - 15 - 24 - 25 34 - 35 - 41 - 45		FIRMA
SESIÓN	3			CÓDIGO
FECHA		Cementación final de puente metal Conarisco anterior		FIRMA
SESIÓN	4			CÓDIGO
FECHA	9/12/19	Diseño de prótesis		FIRMA
SESIÓN	5			CÓDIGO
FECHA	16/12/19	Prueba de empalme en cura (placa)		FIRMA
SESIÓN	6			CÓDIGO
FECHA	13/01/20	instalación de placa superior y prueba del metal superior		FIRMA
SESIÓN	7			CÓDIGO
FECHA	14/01/20	Prueba de Pruebas inferiores		FIRMA
SESIÓN	8			CÓDIGO
FECHA	28/01/20	instalación de prótesis inferiores y ajuste en restauraciones anteriores inferiores		FIRMA
SESIÓN	9			CÓDIGO
FECHA				FIRMA

ODONTOLOGÍA (2)

S-MSP / HCU-Form 033/2008

Anexo 4. Ficha 033

Fuente Universidad San Gregorio de Portoviejo.



Universidad San Gregorio de Portoviejo

Carrera de Odontología

CLÍNICA DE OPERATORIA DENTAL
IV SFP Y V SFP



Ficha Clínica T113

Nombre del alumno Angela Macías Ibarra Semestre Titulación

Nombre del paciente Pedro Pin Cofre Edad 54 Ocup. Artesano

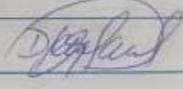
Dirección Sapichico Teléfono _____

Propenso a la Hemorragia SI NO Está bajo Tratamiento Médico SI NO

Alergia a algún Medicamento SI NO Complicaciones de Anestesia SI NO

Rx. _____

Observaciones: _____

Fecha	Tratamiento	Firma del Profesor
_____	Apertura de Cavidad	
_____	Base Cavitaria	
<u>16-08-19</u>	Diseño de Cavidad <u>Clase I</u>	
_____	Obturación - Provisional	
<u>16-08-19</u>	Restauración Definitiva <u>Resina A2</u>	
_____	Tallado - Pulido	

ODONTOGRAMA

18 17 16 15 14 13 12 11



55 54 53 52 51



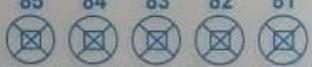
21 22 23 24 25 26 27 28



61 62 63 64 65



85 84 83 82 81



48 47 46 45 44 43 42 41



71 72 73 74 75



31 32 33 34 35 36 37 38



Fecha de Entrega 16-08-19 Calificación _____

Nombre del Docente: _____ Firma del Docente: _____

Anexo 5. Ficha de operatoria dental

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo.


Universidad San Gregorio de Portoviejo
Carrera de Odontología


HISTORIA CLÍNICA DE PRÓTESIS FIJA

Ficha Clínica T113

Nombre del alumno Figueroa Macías Semestre 7º

Nombre del paciente Jedus Pin Lajayo Edad 54 Ocup. Antesano

Dirección Superior Teléfono _____

Antecedentes Personales

1. ENFERMEDADES CARDIACAS

Presión Arterial Hipertensión Hipotensión Normal

2. PROBLEMAS SANGUÍNEOS

Tendencia a Sangrado SI NO

Coagulación

3. ALERGIAS

4. Otras Enfermedades:

Medicación: _____

SINTOMATOLOGÍA ORAL

Halitosis (sabor metálico, etc.)

Hipersensibilidad Frio Calor Dulce Acido Otro

Gingivitis _____

Otras alteraciones: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA "Que me arreglen los dientes"

ODONTOGRAMA

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">18</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">17</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">16</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">15</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">14</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">13</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">12</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="border: none; padding: 5px 0 5px 0;">55 54 53 52 51</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	<input checked="" type="checkbox"/>	55 54 53 52 51								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">22</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">23</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">24</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">25</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">26</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">27</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">28</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="border: none; padding: 5px 0 5px 0;">61 62 63 64 65</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	21	22	23	24	25	26	27	28	<input checked="" type="checkbox"/>	61 62 63 64 65								<input checked="" type="checkbox"/>																					
18	17	16	15	14	13	12	11																																																										
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																										
55 54 53 52 51																																																																	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																										
21	22	23	24	25	26	27	28																																																										
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																										
61 62 63 64 65																																																																	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="5" style="border: none; padding: 5px 0 5px 0;">85 84 83 82 81</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">48</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">47</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">46</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">45</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">44</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">43</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">42</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">41</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	85 84 83 82 81					<input checked="" type="checkbox"/>	48	47	46	45	44	43	42	41	<input checked="" type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="5" style="border: none; padding: 5px 0 5px 0;">71 72 73 74 75</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">31</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">32</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">33</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">34</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">35</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">36</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">37</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">38</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	71 72 73 74 75					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	31	32	33	34	35	36	37	38	<input checked="" type="checkbox"/>																														
85 84 83 82 81																																																																	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																													
48	47	46	45	44	43	42	41																																																										
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																										
71 72 73 74 75																																																																	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																													
31	32	33	34	35	36	37	38																																																										
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																										

Anexo 6. Ficha de prótesis fija

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROTESIS A PLACA PARCIAL

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA: 7113 **CEDULA DE CIUDADANÍA**
O PASAPORTE: 090843345-1
FECHA: 08-08-19 **HORA:** 17:00 **CLÍNICA:** E

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Stedro Pin Cajape

Autorizo a el/la estudiante: Ignacio Macías Ibarra con número de cedula: 1311475083 del nivel: titulación de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, para que me realice el tratamiento: de Puente fijo.

1-ACEPTO QUE el/la estudiante ya realizó la historia clínica (ficha ODS), respondió todas las preguntas en honor a la verdad y recibió las indicaciones e información del tratamiento que me van a realizar (ventajas, desventajas y complicaciones), el cual me comprometo a cumplir y seguir con todas las indicaciones sugeridas.

POR LO ANTES MENCIONADO, EN LIBRE DECISIÓN ACEPTO EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO:

SI NO

Firma: [Firma]
Nombre y apellido del paciente:

Firma: [Firma]
Nombre y apellido de la responsable:

Firma: _____
Nombre y apellido del responsable de clínica:

2-ESTOY CONFORME con el tratamiento realizado por el/la estudiante y acepto realizar las indicaciones posteriores

SI _____ NO _____

Firma: _____
Nombre y apellido del paciente:

Anexo 7. Consentimiento informado de prótesis a placa

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo

SAN GREGORIO
DE PORTOVIJEJO

HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA

USUR

NOMBRE DEL ALUMNO: Luzmila Marías Trujano CURSO: Patología FECHA: 9-07-19
 1. NOMBRES DEL PACIENTE: Pedro Pin Lagos TICKET:
 DOMICILIO: Sapapa CIUDAD: Sapapa
 EDAD: 59 SEXO: F () M () OCUPACIÓN: Patronero TELÉFONOS DE CONTACTO:

2. MOTIVO DE LA CONSULTA:

3. HISTORIA DENTAL: N° 7113PIEZA DENTARIA: 45

Tratamiento Endodóntico Previo: SI () NO () ¿Cuál? ¿Hace cuánto tiempo? 15 años
 Trauma Dental: SI () NO () ¿Cuál? Fractura Coronaria ¿Hace cuánto tiempo? 9 años
 Historia de Dolor: SI () NO () Frio () Calor () Masticación () Días () Semanas () Meses ()

4. EXAMEN CLÍNICO

Corona Anatómica: Intacta () Caries () Restauración () Bruxismo () Corona Fijas () Provisional () Fractura ()
 Fractura y Exposición Pulpar () Cambio de color ()
 Inflamación Presente: SI () NO () En encía vestibular () En encía lingual/palatina () Facial ()
 Gingivitis: SI () NO () Sarro: SI () NO () Fístula: SI () NO () Vestibular () Ling./Palat. () Extraoral ()
 DOLOR PRESENTE: SI () NO ()
 Frio () Calor () Dulce () Ácido () Aire () Masticación () Presión () Lancinante () Pulsátil ()
 Continuo () Intermite () Espontáneo () Provocado () Localizado () Generalizado ()
 Movilidad: Normal () Grado I () Grado II () Grado III () Color: Normocromía () Discromía () Otro ()
 PRUEBAS DE VITALIDAD:
 Frio () Calor ()
 Responde: SI () NO () Responde: SI () NO ()
 Duración: Corta () Mediana () Larga () Duración: Corta () Mediana () Larga ()
 Intensidad: Leve 0-3 () Moderada 4-7 () Severa 8-10 () Intensidad: Leve 0-3 () Moderada 4-7 () Severa 8-10 ()
 DOLOR A LA PERCUSIÓN: Horizontal () Vertical () DOLOR A LA PALPACIÓN: Vestibular () Lingual/Palatino ()

5. EXAMEN RADIOGRÁFICO

Cámara Pulpar: Abierta () Cerrada () Normal () Amplia () Estrecha () Calificada () Cálculos Pulpares ()
 Conductos: Único () Dos Conductos () Tratado Anteriormente: SI () NO () Ápice abierto: SI () NO ()
 Normal () Amplio () Estrecho () Recto () Curvo ()
 Lesión Apical: SI () NO () Lesión Lateral: SI () NO () Fractura Radicular: SI () NO () Reabsorción: SI () NO ()
 Vertical () Horizontal () Interna () Externa ()
 Calificación: SI () NO () Ligamento Periodontal: Normal () Ensanchado ()
 Total () Parcial () A qué nivel?

6. DIAGNÓSTICO:

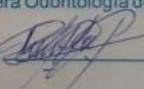
Pulpa Normal (fines protésicos) () Periodontitis Apical Aguda (Sintomática) ()
 Pulpitis Reversible () Periodontitis Apical Crónica (Asintomática) ()
 Pulpitis Irreversible Sintomática () Absceso Apical Agudo (sin fístula) ()
 Pulpitis Irreversible Asintomática () Absceso Apical Crónica (con fístula) ()
 Necrosis Pulpar () Osteitis Condensante ()
 Terapia Previamente Iniciada () Previamente Tratado ()

7. TRATAMIENTO INDICADO

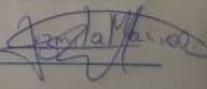
Biopulpectomía () Necropulpectomía () Retratamiento ()
 Apiseptomía () Extracción () Otro:

8. ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO:

Doy mi consentimiento para que él/la Alumno(a) y Docente encargados realicen en mi boca los procedimientos clínicos necesarios para mantener o recobrar mi salud bucal. Estoy de acuerdo en los tratamientos sugeridos por él/la Alumno(a) y Docente de la Carrera Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

FIRMA DEL PACIENTE: 

FIRMA DEL DOCENTE:

FIRMA DEL ALUMNO(A): 

9. DATOS CLÍNICOS:

CONDUCTO	LONGITUD APARENTE	LONGITUD REAL	PUNTO DE REFERENCIA	LIMA INICIAL	ÚLTIMA LIMA APICAL (TC)	ÚLTIMA LIMA DE STEP BACK	CONO MAESTRO DE GUTAPERCHA
Único ()	14	15	C. Maxilar	30	60	80	60
Vestibular ()							
Palatino/Lingual ()							

Técnica de Instrumentación: Convencional () Crown Down () Step Back () Otra: _____
 Agente Irrigante: Na OCl 1% () Na OCl 2.5% () Na OCl 5% () Clorhexidina () Suero Fisiológico () EDTA ()
 Medicación Intraconducto: SI () NO () Ca(OH)₂ () Otro: _____
 Obturación: Lateral () Vertical () Otra: _____

10. ACCIDENTES OPERATORIOS: SI () NO ()

Acceso Inadecuado	Escalón	Transportación
Perforación en Cámara	Perforación en conducto	Instrumento Fracturado
Sobreinstrumentación	Sobinstrumentación	Sobreobturación
Subobturación	Obturación Inadecuada	Fractura Coronaria
Fractura Vertical	Extrusión de Cemento	Extrusión de Hipoclorito
Sin dominio de técnica	Otro:	

11. PRONÓSTICO:

FAVORABLE () DESFAVORABLE () RESERVADO ()

12. CONTROL DE PROCEDIMIENTOS ENDODÓNTICOS:

FECHA	PROCEDIMIENTO REALIZADO POR EL ESTUDIANTE:	FIRMA DEL DOCENTE
9-07-19	Diagnóstico	[Firma]
9-07-19	Instrumentación	[Firma]
16-07-19	Condensación	[Firma]

13. APROBACIÓN DEL CASO CLÍNICO: (Llenar el Docente)

FECHA DE FINALIZACIÓN: _____ CALIFICACIÓN DEL CASO: Aprobado () Reprobado ()
 Firma: _____

OBSERVACIONES: _____

Anexo 8. Ficha de endodoncia

Fuente: Universidad San Gregorio Portoviejo

UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

HISTORIA CLÍNICA DE CIRUGÍA N°

Fecha de Ingreso, Portoviejo 21 de Mayo del 2019
 Nombres y Apellidos del Paciente: Pedro Isauro Pin Cajape
 Dirección: Sipijapa Parroquia: _____
 Edad: 55 años Teléfono: _____
 Ocupación: Artisano

En caso de emergencia avisar a: _____ Teléfono: _____

SIGNOS VITALES

Presión Arterial 120/80

Temperatura

Tiempo de coagulación

Tiempo de sangría

Grupo sanguíneo

ANTECEDENTES PERSONALES				EXAMEN CLÍNICO					
	SI	NO	No sabe		N	A		N	A
¿Está bajo tratamiento médico?	/			Piel	/		Lengua	/	
¿Es propenso a hemorragia?	/			Labios	/		Clánd. Salivales	/	
¿Es alérgico a medicamento?	/			Carrillos	/		Ganglios	/	
¿Ha tenido complicación con algún tipo de anestésico?	/			Paladar	/		Art. Temporo Maxilar	/	
¿Está usted embarazada?	/			Mucosa	/		Tejido Muscular	/	
				Piso de la boca	/		Otros	/	

ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Nombre del Estudiante: Juzmila Macías Firma del Estudiante: _____
 Nombre del Docente: _____ Firma del Docente: _____

Anexo 9. Ficha de cirugía

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo.

FECHA	SESIÓN	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
21-05-19	1	Extracción P# 26-27	Luzmila Páez
23-05-19	2	Extracción P# 43	Luzmila Páez

OBSERVACIÓN

Hoy 21 de mayo del 2019 a las 11 am se extrajeron las piezas 26 y 27; se aplico tecnica anestésica local infiltrativa, se uso fuerza 150 y elevadores finos y gruesos rectos; se wallo y se virajo; se aplico digito presión

Hoy 23 de mayo del 2019 a las 18:00 pm se extrajo la P# 43; se aplico tecnica anestésica infiltrativa local; se uso sondas motora y de bula al grado de movilidad se extrajo la P# 43 con elevador recto fino; se wallo y se virajo; se usó Ibutropina de 400 mg y Moronidina de 500 mg.

AUTORIZACIÓN		
Hoy 21 de Mayo de 2019 autorizo al alumno/a Luzmila Páez para que realice la exodoncia de la pieza dental N° 26. Bajo mi responsabilidad. Firma del paciente o representante	Hoy 21 de Mayo de 2019 autorizo al alumno/a Luzmila Páez para que realice la exodoncia de la pieza dental N° 27. Bajo mi responsabilidad. Firma del paciente o representante	Hoy 23 de Mayo de 2019 autorizo al alumno/a Luzmila Páez para que realice la exodoncia de la pieza dental N° 43. Bajo mi responsabilidad. Firma del paciente o representante
Hoy ___ de ___ de 20___ autorizo al alumno/a ___ para que realice la exodoncia de la pieza dental N° ___. Bajo mi responsabilidad. Firma del paciente o representante	Hoy ___ de ___ de 20___ autorizo al alumno/a ___ para que realice la exodoncia de la pieza dental N° ___. Bajo mi responsabilidad. Firma del paciente o representante	Hoy ___ de ___ de 20___ autorizo al alumno/a ___ para que realice la exodoncia de la pieza dental N° ___. Bajo mi responsabilidad. Firma del paciente o representante

Anexo 9. Ficha de cirugía

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo.

FECHA

Carrera de Odontología
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO

Historia Médica

Nombre del Alumno: Luzmila Marías Ibarra Semestre: Titulación
 Nombre del paciente: Pedro Ben Cajape Fecha: 26-05-19
 Dirección: Jujaya Parroquia: _____ Edad: _____
 Teléfono: _____ Ficha Clínica: T113

Por favor, marque cualquier enfermedad que haya pasado o presente en la actualidad.
 (Padres y tutores: si está rellorando este formulario para su hijo, indique su estado de salud marcando el recuadro apropiado).

<p>1. CARDIOVASCULARES</p> <p>Insuficiencia cardiaca <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad o ataque cardiaco <input type="checkbox"/></p> <p>Angina de pecho <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial alta <input type="checkbox"/></p> <p>Soplo cardiaco <input type="checkbox"/></p> <p>Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre reumática <input type="checkbox"/></p> <p>Defecto cardiaca congénita <input type="checkbox"/></p> <p>Válvula cardiaca artificial <input type="checkbox"/></p> <p>Arritmias <input type="checkbox"/></p> <p>Marca pasos cardiacos <input type="checkbox"/></p> <p>Cirugía <input type="checkbox"/></p> <p>Transplante cardiacos <input type="checkbox"/></p> <p>Otros problemas cardiacos <input type="checkbox"/></p> <p>Ictus <input type="checkbox"/></p> <p>Aneurisma <input type="checkbox"/></p> <p>2. HEMATOLOGÍA</p> <p>Transfusión de sangre <input type="checkbox"/></p> <p>Anemia <input type="checkbox"/></p> <p>Hemofilia <input type="checkbox"/></p> <p>Leucemia <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad de células falciformes <input type="checkbox"/></p> <p>Tendencia de sangrar más de lo normal <input type="checkbox"/></p> <p>3. NERVIOSO Y SENSORIAL</p> <p>Dolor de ojos <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas de visión <input type="checkbox"/></p> <p>Glaucoma <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de oídos <input type="checkbox"/></p> <p>Pérdidas de audición <input type="checkbox"/></p> <p>Cafaleas intensas <input type="checkbox"/></p> <p>Mareos <input type="checkbox"/></p> <p>Epilepsia <input type="checkbox"/></p> <p>Nerviosismo <input type="checkbox"/></p> <p>tratamientos psiquiatricos <input type="checkbox"/></p>	<p>4. DIGESTIVOS</p> <p>Úlceras gástricas <input type="checkbox"/></p> <p>Gastritis <input type="checkbox"/></p> <p>Colitis <input type="checkbox"/></p> <p>Diarrea persistente <input type="checkbox"/></p> <p>Hepatitis <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad hepática <input type="checkbox"/></p> <p>Ictericia <input type="checkbox"/></p> <p>Cirrosis <input type="checkbox"/></p> <p>5. RESPIRATORIOS</p> <p>Fiebre de heno <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas sinusales <input type="checkbox"/></p> <p>Alergias o urticaria <input type="checkbox"/></p> <p>Asma <input type="checkbox"/></p> <p>Tos crónica <input type="checkbox"/></p> <p>Enfisema <input type="checkbox"/></p> <p>Tuberculosis <input type="checkbox"/></p> <p>Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/></p> <p>6. MUCOCUTANEO MUSCULOSQUETICO</p> <p>Alergias de látex (goma) <input type="checkbox"/></p> <p>Exantema cutáneo <input type="checkbox"/></p> <p>Lunares oscuros (cambio reciente de apariencia) <input type="checkbox"/></p> <p>Sudores nocturnos <input type="checkbox"/></p> <p>Dolores musculares <input type="checkbox"/></p> <p>Rigidez de las articulaciones <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis <input type="checkbox"/></p> <p>Prótesis articular <input type="checkbox"/></p> <p>Ampollas de fiebre <input type="checkbox"/></p> <p>Resfriados <input type="checkbox"/></p> <p>Úlceras bucales <input type="checkbox"/></p> <p>Áreas hiper hipo pigmentadas en la boca <input type="checkbox"/></p> <p>7. ENDOCRINO</p> <p>Diabetes <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad tiroidea <input type="checkbox"/></p>	<p>8. URINARIO-TRANSMISIÓN SEXUAL</p> <p>Micción frecuente <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas renales Vesicales <input type="checkbox"/></p> <p>ETS <input type="checkbox"/></p> <p>Sífilis <input type="checkbox"/></p> <p>Gonorrea <input type="checkbox"/></p> <p>Clamidea <input type="checkbox"/></p> <p>VIH positivo <input type="checkbox"/></p> <p>9. OTRAS PATOLOGÍAS</p> <p>Irritación frecuente de la garganta <input type="checkbox"/></p> <p>Aumento de tamaño de ganglios linfáticos o de glándulas <input type="checkbox"/></p> <p>Tabaquismo <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Bebedores de alcohol <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Adicción a las drogas o alcohol (en recuperación o actual) <input type="checkbox"/></p> <p>Cobalto terapia <input type="checkbox"/></p> <p>Quimioterapia <input type="checkbox"/></p> <p>Algún trastorno o enfermedad que no aparezca en la lista enumérelas <input type="checkbox"/></p> <p>Observaciones: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---	---

Anexo 9. Ficha de cirugía

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo.

¿Por qué?
Teléfono

CLÍNICA DE PERIODONCIA
HISTORIA CLÍNICA N° 1315

CUESTIONARIO DE SALUD QUE DEBE SER CONTESTADO POR EL PACIENTE:

FECHA: 06-05-19 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Luzmila Mercedes Ibarra
 NOMBRE: Pedro Pin Cayari DIRECCIÓN: Jipijapa
 TELÉFONO: _____ EDAD: 54 FECHA DE NACIMIENTO: 1964-05-13
 TALLA: 1.66 PESO: 160.6 OCUPACIÓN: Artesano
 ESTADO CIVIL: Casado ORIGEN: Ecuador
 PROCEDENCIA: _____

Si este cuestionario está siendo respondido por una persona diferente al paciente, indique las razones y su relación con este: _____

POR FAVOR CONTESTE CADA PREGUNTA **ENCIERRE EN UN CIRCULO**

1. ¿Ha sido paciente en un Hospital durante los últimos dos años? SI NO

2. ¿Ha estado bajo tratamiento médico durante los dos últimos años? SI NO

3. ¿Ha tomado alguna droga o medicina el último año? SI NO

4. ¿Es usted alérgico a algún medicamento o sustancia? SI NO

5. ¿Ha tenido alguna hemorragia excesiva que requirió tratamiento? SI NO

6. Si ha tenido alguna de las siguientes enfermedades márqueelas:

<input type="checkbox"/> Molestias Cardíacas Leves	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas
<input type="checkbox"/> Lesiones congénitas cardíacas	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Soplos en el corazón	<input type="checkbox"/> Tos persistente	<input type="checkbox"/> Enfermed. De Tiroides
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Infarto Cardíaco	<input type="checkbox"/> Colitis	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Úlcera	<input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/> Infecciones urinarias	<input type="checkbox"/> Usa "Drogas"
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Alcoholismo
<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. (MUJERES) ¿Está usted embarazada? SI NO

8. ¿Ha tenido otra enfermedad? SI NO

¿Cuál? _____

DOY FE DE LA VERACIDAD DE ESTA INFORMACIÓN

Firma Paciente
N° C.I. _____

Firma del Alumno

Firma Docente

Anexo 10. Ficha de Periodoncia

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Etapa de Tratamiento: Pre - Tratamiento Reevaluación Post - Tratamiento

	<table border="1"> <tr><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>22</td><td>22</td><td>22</td><td>22</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> </table>	4	4	4	4	22	22	22	22	2	2	2	2	<table border="1"> <tr><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr><td>22</td><td>22</td><td>22</td><td>22</td></tr> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>5</td></tr> </table>	3	3	3	5	22	22	22	22	0	0	0	5	<table border="1"> <tr><td>4</td><td>4</td><td>6</td><td>6</td></tr> <tr><td>22</td><td>22</td><td>22</td><td>22</td></tr> <tr><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	4	4	6	6	22	22	22	22	2	3	1	2	NIC-SS PS - PL MG												
4	4	4	4																																																	
22	22	22	22																																																	
2	2	2	2																																																	
3	3	3	5																																																	
22	22	22	22																																																	
0	0	0	5																																																	
4	4	6	6																																																	
22	22	22	22																																																	
2	3	1	2																																																	
BUCAL																																																				
PALATINO																																																				
	<table border="1"> <tr><td>3</td><td>3</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>22</td><td>22</td><td>22</td><td>22</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> </table>	3	3	2	3	22	22	22	22	2	2	2	2	<table border="1"> <tr><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>22</td><td>22</td><td>22</td><td>22</td></tr> <tr><td>4</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr> </table>	2	1	1	1	22	22	22	22	4	3	3	3	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>2</td></tr> <tr><td>234</td><td>4344</td><td>423</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td>4</td><td>2</td><td>5</td></tr> </table>	1	1	3	2	234	4344	423		3	4	2	5	MG PS - PL NIC-SS												
3	3	2	3																																																	
22	22	22	22																																																	
2	2	2	2																																																	
2	1	1	1																																																	
22	22	22	22																																																	
4	3	3	3																																																	
1	1	3	2																																																	
234	4344	423																																																		
3	4	2	5																																																	
VERECHA																																																				
	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>11</td><td>11</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>2</td><td>2</td></tr> </table>			3	3			11	11			2	2	<table border="1"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>22</td><td>22</td><td>22</td><td>22</td><td>22</td><td>22</td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> </table>	4	3	5	3	4	4	22	22	22	22	22	22	2	1	2	2	2	2	<table border="1"> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>22</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	4						22						2						MG PS - PL NIC-SS
		3	3																																																	
		11	11																																																	
		2	2																																																	
4	3	5	3	4	4																																															
22	22	22	22	22	22																																															
2	1	2	2	2	2																																															
4																																																				
22																																																				
2																																																				
BUCAL																																																				
PALATINO																																																				
LINGUAL	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>11</td><td>11</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>3</td><td>3</td></tr> </table>			2	2			11	11			3	3	<table border="1"> <tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>11</td><td>21</td><td>45</td><td>333</td><td>23</td><td>23</td></tr> <tr><td>3</td><td>6</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td><td>4</td></tr> </table>	2	2	2	2	2	3	11	21	45	333	23	23	3	6	3	5	4	4	<table border="1"> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>22</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	2						22						4						MG PS - PL NIC-SS
		2	2																																																	
		11	11																																																	
		3	3																																																	
2	2	2	2	2	3																																															
11	21	45	333	23	23																																															
3	6	3	5	4	4																																															
2																																																				
22																																																				
4																																																				

M

Anexo 10. Ficha de Periodoncia

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Clinica de Periodoncia



FICHA DE DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

DIAGNÓSTICO	11	12	13	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	26	27	28
Gingivitis																
Periodontitis 1																
Periodontitis 2				X	X		X	X								
Periodontitis 3																
Pronost. Indiv.				X	X		X	X			X			X	X	

DIAGNÓSTICO	31	32	33	34	35	36	37	38	41	42	43	44	45	46	47	48
Gingivitis																
Periodontitis 1																
Periodontitis 2																
Periodontitis 3																
Pronost. Indiv.									X	X						

Diagnóstico: Periodontitis crónica generalizada moderada.

PRONÓSTICO / OBSERVACIONES: dor rojo oscuro, consistencia fibrosa, contorno normal, tamaño reducido con textura granulada, posición puente, resesión

PRECAUCIONES: cepillarse tres veces al día, usar colutorio, hilo dental, visitar al odontólogo cada 3 meses.

PLAN DE TRATAMIENTO: 06-05-19 (1) sondaje; (2) diagnóstico; 10-05-19 (3) detartraje; (4) raspado y alisado; (5) visita de Olaya-Deficiente.

[Firma]

Anexo 10. Ficha de Periodoncia

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo.

CARRERA DE ODONTOLOGIA
 NOMBRE: _____
 CLASIFICACION: _____
 CARRERA: _____

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Indice Alta

															%	Fecha:	/	/
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			

$25 \div 84 = 30 \times 100 = 30\%$ (Deficiente).



Anexo 10. Ficha de Periodoncia

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo.



Anexo 11. Fotos extra orales antes de iniciar el tratamiento

Fuente: Elaboracion propia





Anexo 12. Fotos intraorales del antes

Fuente: Elaboracion propia



Anexo 13. Fotos extra orales despúes

Fuente: Elaboracion propia

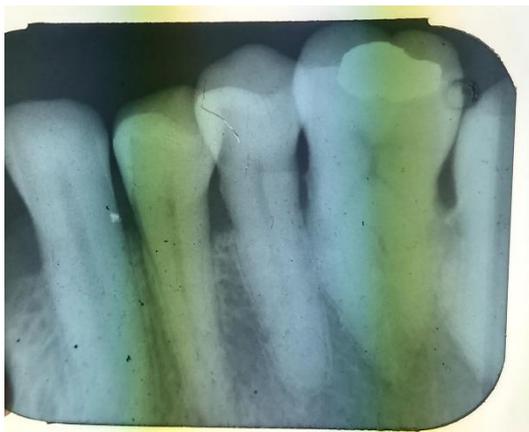




Anexo 14. Fotos intraorales después

Fuente: Elaboracion propia





Anexo 15. Periodoncia
Fuente: Elaboracion propia



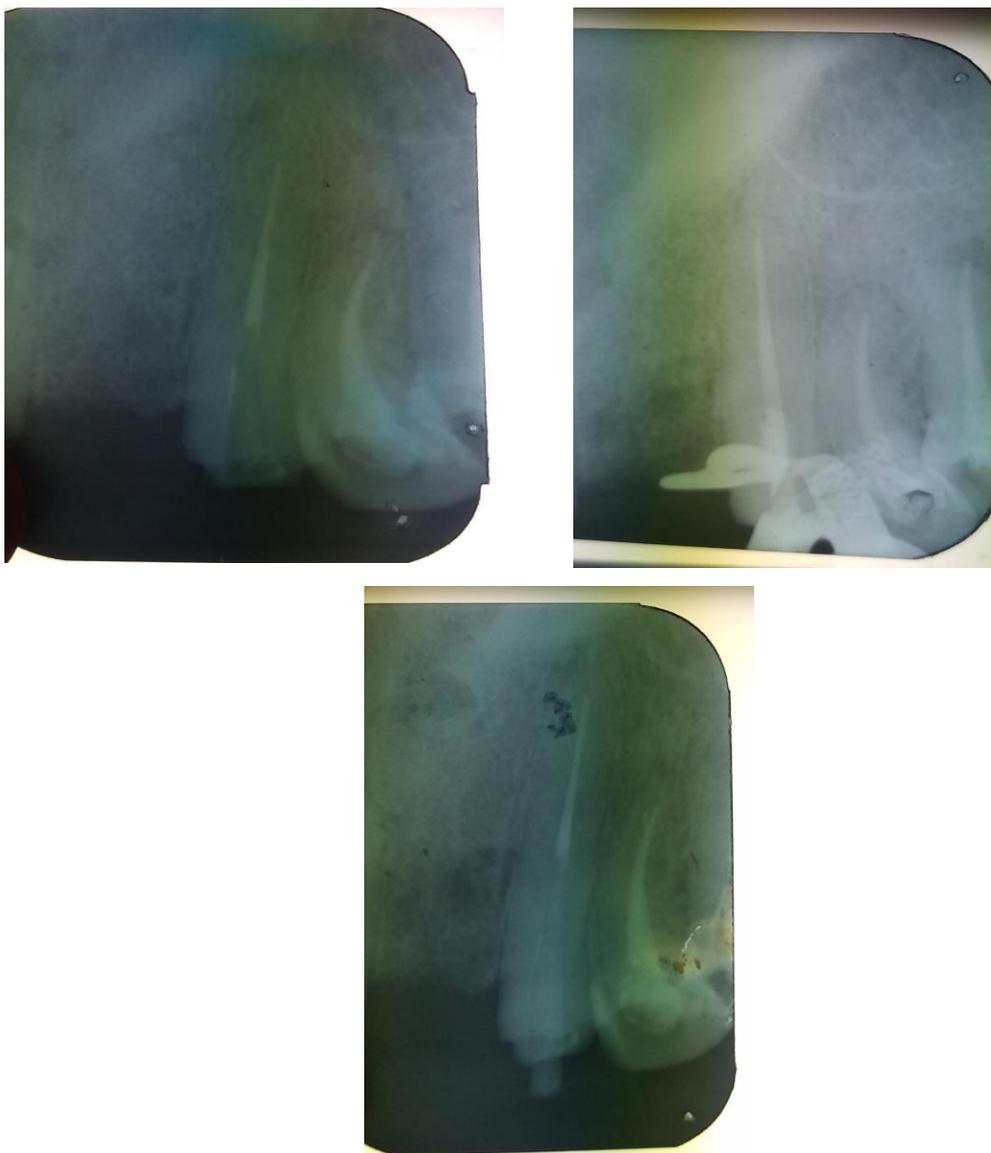
Anexo 16. Endoncia en pieza N° 14

Fuente: Elaboracion propia



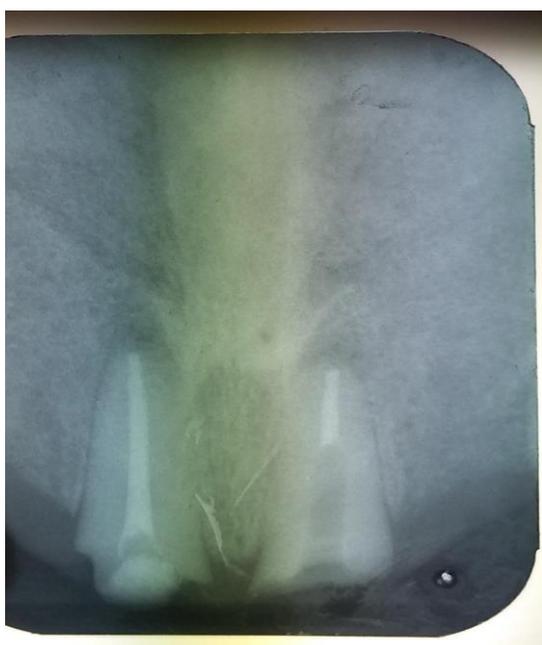
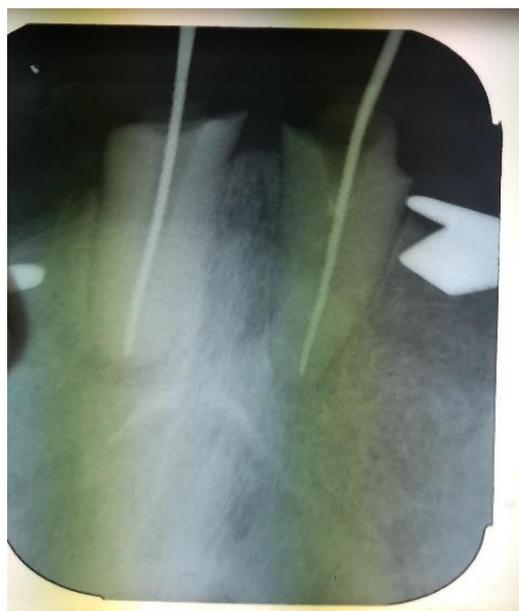
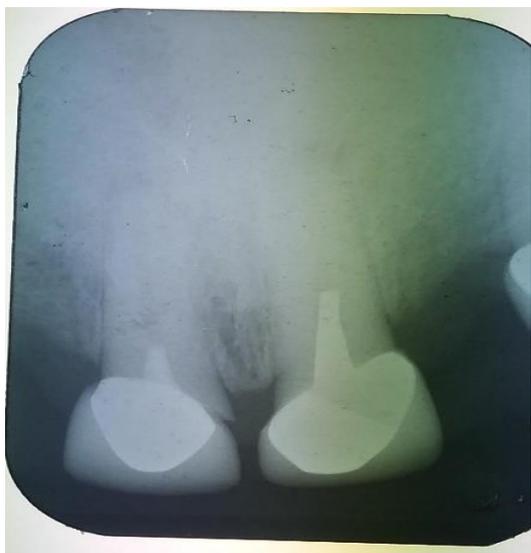
Anexo 17. Endodoncia en pieza N° 13

Fuente: Elaboracion propia



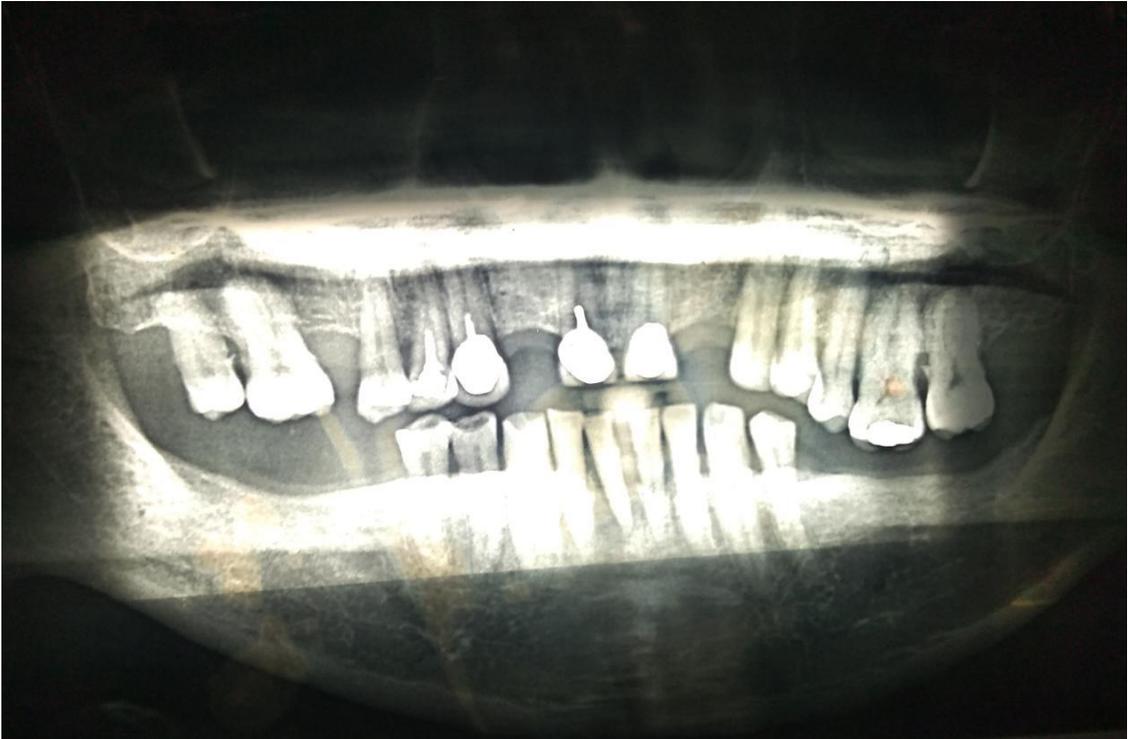
Anexo 18. Endodoncia en pieza N° 13 con poste.

Fuente: Elaboracion propia



Anexo 19. Endodoncia en pieza N° 11 y N° 21 y colocación de poste.

Fuente: Elaboracion propia



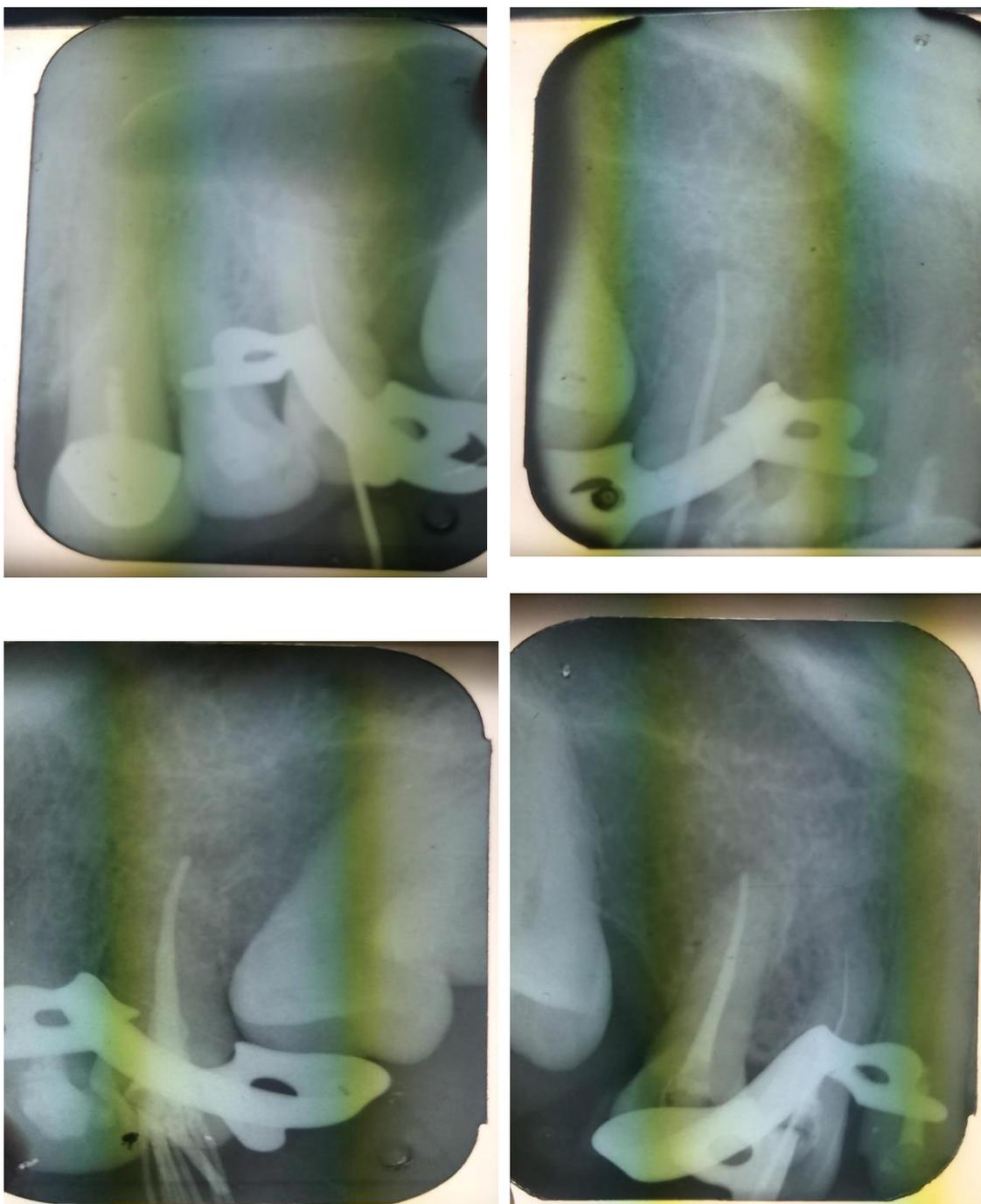
Anexo 20. Radiografía panorámica

Fuente: Elaboracion propia



Anexo 21. Modelos de estudios iniciales y con encerado

Fuente: Elaboracion propia



Anexo 22. Endodoncia en pieza N° 15

Fuente: Elaboracion propia.