



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Trabajo de Sistematización Práctica.

Previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tema.

Rehabilitación oral integral de un paciente con periodontitis severa y patologías pulpares en el periodo marzo– noviembre 2015.

Autor.

Kelvin Jonathan Pita Gutiérrez.

Tutor.

Odo. Marco Antonio Mendieta Cedeño Esp. Per.

Cantón Portoviejo – Provincia Manabí – República de Ecuador.

2016.

**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE SISTEMATIZACIÓN
PRÁCTICA.**

Odo. Marco Mendieta certifica que el Trabajo de sistematización Práctica titulado: Rehabilitación oral integral de un paciente con periodontitis severa y patologías pulpares en el periodo marzo – noviembre 2015.

Este trabajo original del estudiante Kelvin Jonathan Pita Gutiérrez, el mismo que ha sido realiza bajo mi dirección.

Odo. Marco Antonio Mendieta Cedeño Esp. Per.

Tutor del trabajo de sistematización práctica.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Tema:

Rehabilitación oral integral de un paciente con periodontitis severa y patologías pulpares en el periodo marzo – noviembre 2015. Trabajo de Sistematización Prácticas sometida a consideración del Tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucia Galarza Santana Mg. Gs.
Coordinadora de la Carrera

Odo. Marco Mendieta Cedeño Esp. Per.
Tutor de sistematización práctica.

Dr. Michel Sarmiento Pérez EGI.
Miembro tribunal

Dra. Hidelisa Valdes Domech Esp. Per.
Miembro tribunal

DECLARACIÓN DE AUTORIA

La responsabilidad del: argumento, análisis, resultados, conclusiones y recomendaciones del presente trabajo de sistematización de practica titulado: Rehabilitación oral integral de un paciente con periodontitis severa y patologías pulpares en el periodo marzo – noviembre 2015, pertenece exclusivamente a mi autoría, además cedo mis derechos de autoría del siguiente trabajo de sistematización de prácticas a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Kelvin Pita Gutiérrez

Autor.

AGRADECIMIENTO.

Quiero dar gracias a Dios por estar conmigo en cada momento en mi vida, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Agradezco a mi familia por el apoyo en mis estudios, ya que de no ser así no hubiese sido posible. A mi madre y padre por su apoyo incondicional, ya que han formado un pilar importante en mi vida académica. A mi novia por estar conmigo siempre y apoyarme en todo momento.

Agradezco a los docentes de la carrera ya que me han guiado en el camino de la excelencia profesional proporcionándome las herramientas necesarias para afrontar con temple y decisión cada obstáculo en esta hermosa carrera y a mis compañeros que han estado siempre para brindarme su ayuda y contención.

Kelvin Jonathan Pita Gutiérrez.

DEDICATORIA.

Le dedico mi trabajo a Dios porque me ha dado la fortaleza para seguir adelante.

A mi mama Sonia Elizabeth Gutiérrez Mera y a mi papa Walter Vicente Pita Pilay por haberme ayudado y gracias a su sacrificio logré culminar mis estudios.

A mis familiares que siempre han estado presentes y de una u otra manera me apoyaron en esta larga carrera. Mis hermanos Matías Pita y Selene Pita. A todos ustedes les dedico cada uno de mis éxitos y les quedo muy agradecido por la ayuda prestada.

Kelvin Jonathan Pita Gutiérrez.

RESUMEN.

Este trabajo de sistematización de práctica fue direccionado a la rehabilitación oral integral de un paciente con periodontitis severa y patologías pulpares en el periodo marzo – noviembre 2015, mediante una historia clínica del Ministerio de Salud Pública 033 se obtuvo información del estado en el que se presentó por primera vez en la clínica, presencia de placa bacteria acompañada de cálculo, enfermedad periodontal, caries, resto radiculares y espacios desdentados.

Se realizó la rehabilitación de la cavidad bucal del paciente mediante una serie de procedimientos ambulatorios donde se interrelacionaron especialidades como la cirugía oral, periodoncia, endodoncia, operatoria, prótesis fija y prótesis a placa, en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo siguiendo los protocolos establecidos para sus diferentes tratamientos, para solucionar la problemática y mejorar así la calidad de vida.

Teniendo como resultado un paciente completamente restaurado, al cual se le devolvieron sus funciones masticatorias, estéticas y fonéticas; provocando que mejore no solo su autoestima y confianza, sino también que mejore su calidad de vida, renovando su relación con las demás personas.

ABSTRACT.

This systematization of practice work was directed to the oral rehabilitation of a patient with severe periodontitis and pulp pathologies in march - november 2015 period, through a clinic history of the Ministry of Public Health 033 a status information was obtained which was presented by first time in the clinic, the presence of bacterial plaque accompanied by calculus, periodontal disease, caries, root fragments and edentulous spaces.

A mouth cavity rehabilitation of the patient was performed using a series of ambulatory procedures involving specialties such as oral surgery, periodontics, endodontic, surgical, prosthesis and fixed prosthesis plate in the clinics of San Gregorio de Portoviejo University following established protocols for different treatments, to solve the problem and improve his quality of life.

Having as a result a completely restored patient, and his masticatory, aesthetic and phonetic functions were returned, causing not only improvement of his self-esteem and confidence, but also to improve his quality of life, renewing his relationship with others.

ÍNDICE.

Certificación del tutor de sistematización de la práctica.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.....	VIII
Índice.	IX
Introducción.	1

Capítulo I.

1. Problematización... ..	2
1.1. Tema.	2
1.2. Planteamiento del problema.....	2
1.3. Delimitación.	3
1.4. Justificación.....	4
1.5. Objetivo.	5
1.6. Objetivo general.....	5

Capítulo II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.....	5
2.1. Historia de la enfermedad actual.	6
2.2. Periodoncia.	11

2.2.1.	Periodonto de protección.....	14
2.2.2.	Periodonto de inserción.....	10
2.2.3.	Enfermedades gingivales.	16
2.2.4.	Cálculo dental.....	18
2.2.5.	Movilidad dentaria.....	19
2.2.6.	Perdida de hueso alveolar.....	21
2.2.7.	Tratamiento de la enfermedad gingival.	22
2.2.8.	Protocolo.....	23
2.3.	Operatoria dental.	24
2.3.1.	Tejidos dentarios.	24
2.3.2.	Epidemiología de la caries.....	25
2.3.3.	Clases de caries.....	25
2.3.4.	Protocolo.....	26
2.4.	Endodoncia.	31
2.4.1.	Pulpitis vital irreversible.	33
2.4.2.	Biopulpectomía.....	34
2.4.3.	Protocolo.....	35
2.4.4.	Materiales.	35
2.5.	Exodoncia.....	36
2.5.1.	Indicaciones de la extracción dentaria.....	36
2.5.2.	Infecciones odontogénica.....	37
2.5.3.	Maniobras previas.....	38
2.5.4.	Tiempos operatorios de la extracción.....	38
2.6.	Prótesis fija.....	40
2.6.1.	Coronas metal – porcelana.	40

2.6.2.	Preparaciones de coronas metal porcelana.....	41
2.6.3.	Provisionales de acrílico.....	41
2.6.4.	Secuencia de evaluación	41
2.7.	Prótesis parcial removible.....	42
2.7.1.	Indicaciones.	42
2.7.2.	Protocolo.....	43

Capítulo III.

3.	Marco Metodológico.	44
3.1.	Modalidad de trabajo.	44
3.2.	Método.	44
3.3.	Protocolos.	45
3.3.1.	Protocolo de periodoncia.....	45
3.3.2.	Protocolo de exodoncia.	45
3.3.3.	Protocolo de operatoria dental.....	46
3.3.4.	Protocolo de endodoncia.....	46
3.3.5.	Protocolo de prótesis fija.....	46
3.3.6.	Protocolo de prótesis parcial removible.	47
3.4.	Ética.	47
3.5.	Marco administrativo.....	48
3.5.1.	Recursos humanos.	48
3.5.2.	Recursos materiales.	48
3.5.3.	Recursos tecnológicos.	48
3.5.4.	Recursos económicos.	49
3.5.5.	Cronograma.	49

Capitulo IV.

4. Interpretación de los resultados..... 50

Anexos.....51

Bibliografía.

INTRODUCCIÓN.

La salud bucal juega un papel importante en la salud general y la calidad de vida de las personas ya que la capacidad de masticar y deglutir la comida es de vital importancia para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud. Por lo contrario una mala salud dental puede afectar de manera negativa a la capacidad de comunicación y autoestima, como así también su calidad de vida.

La rehabilitación oral es la parte de la Odontología encargada de la restauración es decir devuelve la función estética y armonía oral mediante prótesis dentales de pérdidas de dientes, grandes destrucciones o de solucionar problemas estéticos, siempre buscando una oclusión y función correcta.

Combina en forma integral las áreas de distintas especialidades, realiza el diagnóstico y plan de tratamiento adecuado al paciente de alta complejidad que requiere recuperar su salud bucal a través de las técnicas más modernas de rehabilitación, brindándole confianza, mejorando su relación con las demás personas. Concretando el planteamiento de soluciones odontológicas, encaminadas al tratamiento adecuado. A su vez, establece estrecha relación con las demás disciplinas de la odontología.

En el contenido del siguiente trabajo se detallaron aspectos enfocados a una rehabilitación oral integral de una paciente con presencia de placa bacteriana, cálculo dental, enfermedad periodontal, restos radiculares y caries dental. El marco teórico,

conceptual y referencial que ayudará a obtener una visión clara del tema, mediante el cual se dio soluciones a los problemas buco dental.

Por medio del presente trabajo se dará solución al caso clínico para así brindar una mejor calidad de vida al paciente, se presentará las técnicas que se usaron para la rehabilitación integral completa.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Rehabilitación oral integral de un paciente con periodontitis severa y patologías pulpares en el periodo marzo – noviembre de 2015.

1.2. Planteamiento del problema.

Dentro de los padecimientos que afectan a la cavidad bucal, las de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son la caries dental y la enfermedad periodontal.

Los efectos de la enfermedad periodontal observados en los adultos, tienen su comienzo temprano en la vida. La enfermedad gingival en niños puede progresar y poner en peligro el periodonto del adulto.

Revisando la Organización Panamericana de la salud en su libro Salud en las Américas¹ (2002) cita que:

Aunque no existe un índice único para evaluar el estado periodontal de la población, la OMS recomienda el índice Periodontal Comunitario; este índice mide la presencia de sangrado y bolsas periodontales en seis grupos de dientes denominados cuadrantes “indicadores”. En varios países del caribe se ha informado la presencia de bolsas periodontales en más de 50% de la población entre 12 y 15 años de edad. (p.205)

¹ Organización Panamericana de la salud (2002). Salud en las Américas. Volumen 1.[En línea].Consultado: [el 14.enero,2016] Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=TBeDH_JzAv0C&pg=PA327&lpg=PA327&dq=LIBRO+Salud+en+las+Am%C3%A9ricas&source=bl&ots=YzD_hbCzRW&sig=giAZ6O_F65WJWiQikCY4e0o1grY&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiyueievs3KAhXGHR4KHxKuKAQE6AEISDAH#v=onepage&q=LIBRO%20Salud%20en%20las%20Am%C3%A9ricas&f=false

En las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo asiste la comunidad para resolver sus problemas buco dentales, mediante un diagnóstico que se realizó a esta persona se determinó la rehabilitación oral de un paciente con periodontitis severa y patologías pulpares en el periodo marzo–noviembre de 2015; realizando la eliminación de focos infecciosos como calculo dental, placa bacteriana restos radiculares ya que le provocaba al paciente un medio séptico; aliviando su sintomatología causada por la presencia de los mismos y mejorando la salud en general de la paciente. Fue de vital importancia eliminar estos focos infecciosos para la Rehabilitación Oral Integral del paciente y así trabajar en un campo operatorio aséptico.

1.3. Delimitación.

Campo: ciencias de la salud.

Área: odontología.

Aspecto: rehabilitación bucal.

Delimitación espacial: el presente trabajo de sistematización de práctica se desarrolló en las Clínicas Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí, República del Ecuador.

Delimitación temporal: el presente trabajo de sistematización de práctica se desarrolló en el periodo de tiempo comprendido desde el mes de marzo- Noviembre de 2015.

1.4. Justificación.

El trabajo de sistematización práctica se justifica mediante el objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir que tiene como finalidad mejorar de forma sustancial la

calidad en vida de la población o comunidad brindando bienestar como los derechos, agua, alimentación, salud, educación y vivienda.

Se explica institucionalmente la elaboración de este trabajo de Sistematización Práctica ya que es un gran aporte que realizó la Universidad San Gregorio de Portoviejo vinculándose con la comunidad realizando rehabilitaciones orales integrales y ofreciendo sus servicios a los sectores más vulnerables y olvidados de nuestra sociedad. Se rehabilitó en diferentes áreas a un paciente con periodontitis severa y patologías pulpares periodo marzo – noviembre de 2015.

Este proyecto contribuirá a mejorar no solo la salud oral del paciente si no también, su autoestima y confianza, renovando su relación con las demás personas.

En el ámbito personal se demuestra y se pone en práctica las destrezas, uso de técnicas y conocimientos sustentados con teorías que han sido adquiridos a lo largo del período académico.

En este mundo de constante evolución y desarrollo propio de la naturaleza humana nos han llevado a que nuestras vidas tomen un giro acelerado no solamente en el campo tecnológico, sino también en el ámbito axiológico. Como profesionales de la salud estamos y estaremos expuestos a contagiarnos de este mundo por lo tanto debemos prepararnos con ahínco y estar alerta y no olvidar que nuestro principal objetivo es el bienestar y comodidad del paciente.

1.5. Objetivo.

1.5.1. Objetivo general.

Rehabilitar a un paciente con periodontitis severa y patologías pulpares.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Historia de la enfermedad actual.

Paciente de 56 años de edad, sexo masculino, raza mestiza, acude a la consulta odontológica, porque hace 10 días inicio con una pequeña molestia en la hemiarcada superior izquierda pieza # 21, indica un dolor de intensidad leve soportable, durante la masticación y la percusión, su ubicación es localizada con estímulos que hacen que el dolor se incremente con el frio. Por lo que se decide su ingreso en nuestras clínicas para su mejor estudio y tratamiento.

Antecedentes patológicos personales y familiares.

Personales. No refiere.

Familiares. No refiere.

Examen físico.

Examen físico general: paciente perfil normal, de tipo normolíneo, deambula sin dificultad, se encuentra consciente ubicado en tiempo y espacio, no presenta fascies patognomónicas de ninguna enfermedad, con panículo adiposo conservado.

Presenta piel y mucosas con hidratación y coloración normal de acuerdo a la raza, sexo y edad. Sin lesiones visibles, temperatura de 37°C, frecuencia cardíaca de 64 pulsaciones/minuto y presión arterial de 110/70mm/Hg.

Examen físico regional.

Examen extraoral.

Inspección: el examen físico de cabeza y cuello no presenta patología aparente.

Piel de la cara: sin ninguna alteración.

Labios: gruesos, color rosa pálido y buen tono muscular.

Pliegues cutáneos: normales. No hay presencia de tumefacción o fistulas.

Palpación: No se encuentran signos de edema, ni cambio de color.

Labios: de buena textura y sin ninguna alteración.

Articulación temporomandibular: no hay signos de dolor, chasquido o crepitación.

Ganglios linfáticos: cadena ganglionar no palpable, ni visible.

Auscultación: latido carotideo de buen ritmo, tono y frecuencia

.

Examen físico intraoral.

Inspección: el paciente presenta: caries de dentina en las piezas 27,36, 34, 42, 45.

Las piezas 11 y 21 presentan pulpitis y se indican para endodoncia las mismas que serán restauradas por coronas fijas.

Las piezas 12, 32, 31, 41 son restos radiculares, la pieza 42 se encuentra con movilidad grado III, la pieza 46 presenta fractura radicular y la pieza 47 muestra caries profunda por lo cual se indican para Exodoncia.

Las piezas 17, 16, 22, 23, 26,37 se encuentra ausente.

Se encuentran en estado sano las piezas 13,14, 15, 24,25, 35, 33, 43, 44,45.

El CPO nos da un total de: 15

C: 6

P: 6

O: 3

Parte interna: los labios en su parte interna en la mucosa, comisura labial y frenillos se encuentran de aspecto normal, de color rosa pálidos y textura lisa. En los carillos se encuentra aumento de volumen evidente, mucosa lisa y brillante, con ligera inflamación.

Por vestibular: las encías de la arcada superior e inferior se encuentran inflamadas y con sangrado gingival, color rojizo liso y brillante, el margen es redondeado, grosor aumentado, consistencia blanda y no manifiesta características superficiales como el punteado característico. Presenta signos de enfermedad periodontal.

Por palatino: el paladar duro de color rosado, mucosa firme bien adherida al hueso y queratinizada; el paladar blando es de color rojizo y elástica. Hay signos de inflamación mas no de enrojecimiento; las amígdalas de aspecto normal.

Lengua: la cara dorsal, los bordes, su vértice y el vientre de aspecto normal, color rosado y no hay alteraciones visibles. La movilidad de la lengua es normal.

Piso de la boca: mucosa delgada y vascularizada que va desde la encía lingual por posterior y anterior hasta el vientre de la lengua y el frenillo lingual. No presenta torus mandibular.

Palpación: la temperatura intraoral es de 37C.

Partes blandas: carillos, lengua y piso de la boca existe aumento de volumen.

Partes duras: paladar duro, encía adherida sin presencia de fistulas o alteraciones patológicas.

Piezas dentales: hay presencia de movilidad en las piezas 18, 32, 31, 41,42.

Glándulas Salivales: no hay aumento de volumen. Estado normal.

Percusión: positivo a la percusión vertical y horizontal en las piezas # 11 y 21.

(Ver Anexo 3) Odontograma.

Exámenes complementarios indicados.

Radiografía panorámica.

Hemograma completo: tiempo de sangrado y tiempo de coagulación.

Radiografías periapicales.

Diagnóstico radiológico.

Panorámica.

Maxilares.

Pérdida ósea horizontal avanzada con disminución de la cresta alveolar con en todas las piezas dentarias de la arcada superior, lesión periapical pieza 18 y 12, aumento de la anchura del ligamento periodontal más pérdida de hueso alveolar. Resto radicular de la pieza 12. Se observa ausencia de la pieza 17, 16.

Mandíbula.

En la pieza 36 se encuentra caries de dentina.

Pérdida ósea horizontal avanzada con disminución de la cresta alveolar en todas las piezas dentarias, aumento de la anchura del ligamento periodontal más pérdida de hueso alveolar. Se observan áreas radiolucidas en las piezas número 36,34 y 47. Se visualiza fractura de la raíz mesial de la pieza 46. Se observa ausencia de la pieza 22, 23, 26,37.

Diagnóstico de radiografías periapicales.

Estas radiografías son utilizadas para definir un diagnóstico específico después de observación en general de una panorámica. Fue necesario tomar radiografías de las piezas números 11 y 21 lo cual dio como resultado lesión del órgano pulpar.

Diagnóstico de hemograma completo.

El hemograma completo está dentro del parámetro normal.

Diagnóstico presuntivo.

Se puede visualizar presencia de caries dental, aparentemente existen caries profunda que pueden llegar a ser pulpitis, destrucciones completas de corona dando un resultado restos radiculares, presencian de encías enrojecidas acumulación de cálculo y movilidad dentaria que llegaría a ser una periodontitis. Además de restauraciones defectuosas y espacios edéntulos.

Diagnóstico definitivo.

Caries de dentina.

Caries de cemento.

Enfermedad periodontal severa.

Pulpitis vital irreversible.

Plan de tratamiento.

El plan de tratamiento está enfocado a devolver las funciones masticatorias a la paciente siguiendo el orden: Vigilancia epidemiológica y correferencia de la salud. Realizar una profilaxis, puesto que presenta placa bacteriana y en los cuadrantes inferiores cálculo dental. Raspado y alisado supragingival de las piezas 11, 21, 27, 36, 42, 45. Extracción las piezas números 18, 12, 32, 31, 41, 42, 46, 47. Endodoncias en las piezas números 11 y 21 por presencia de pulpitis vital irreversible. Prótesis fijas de metal porcelanas en las piezas 11 y 21. Restauraciones en las piezas números 27, 36, 42, 45.

Después de haber realizado todos los procedimientos se elaboró una prótesis superior e inferior de acrílico para reemplazar las piezas perdidas.

2.2. Periodoncia.

Analizando el libro de Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D.² (2010) podemos citar que:

El sistema masticatorio consta de la mandíbula, el maxilar, las articulaciones temporomandibulares, los músculos de la masticación y los dientes, con tejidos periodontales asociados que incluyen las encías, el ligamento periodontal, el cemento y el hueso alveolar. (p.1)

² Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D. (2010) *Periodoncia*. España: Elsevier.

Examinando el libro de Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D.³ (2010) podemos referenciar que:

La degradación de la dentadura puede alterar otros componentes del sistema masticatorio; las alteraciones de la actividad funcional de los músculos de la masticación o de las articulaciones temporomandibulares pueden alterar los tejidos dentales. Igual que todos los tejidos vitales, los tejidos del sistema masticatorio se encuentran en un estado de actividad constante. El recambio de las células y sus matrices es constante y cíclico, y está asociado a la proliferación celular, la síntesis de colágeno y la apoptosis. Esta actividad está influida por la edad, el estado nutricional y hormonal, además de por la demanda funcional. También se afecta por la enfermedad. (p.1)

2.2.1. Periodonto de protección.

La encía.

Estudiando el libro de Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D.⁴ (2010) podemos exponer que:

La encía es la parte de la mucosa bucal que rodea al diente y cubre el hueso alveolar. Forma parte de los tejidos de soporte periodontal y, al formar una conexión con el diente a través del surco gingival, protege a los tejidos de soporte subyacentes frente al entorno bucal. Puesto que dependen de los dientes, cuando éstos se extraen las encías desaparecen. (p.1)

Margen gingival.

Considerando el libro de Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D.⁵ (2010) podemos referenciar que:

La encía marginal forma un manguito de 1-2 mm de ancho alrededor del cuello del diente y es la pared externa del surco gingival, de 0-2 mm de profundidad. La encía marginal puede separarse del diente mediante la manipulación cuidadosa con una sonda roma. Entre los dientes, la encía forma una papila en forma de cono, cuya superficie labial a menudo está indentada por una hendidura. La papila llena el espacio interdental apical al punto de contacto y su forma vestibulolingual se ajusta a la curvatura de la unión cemento-esmalte para formar el col interdental. (pp. 1,2)

³ Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D. (2010) *Periodoncia*. España: Elsevier.

⁴ Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D. (2010) *Periodoncia*. España: Elsevier.

⁵ Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D. (2010) *Periodoncia*. España: Elsevier

Encía insertada.

Observando el libro de Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D.⁶ (2010) podemos transcribir que:

La encía insertada o «mucosa funcional» se extiende desde el surco gingival hasta la unión mucogingival, donde se encuentra con la mucosa alveolar.

La encía insertada es un mucoperiostio firmemente unido al hueso alveolar subyacente. El mucoperiostio se divide en la unión mucogingival, de forma que la mucosa alveolar se separa del periostio por un tejido conjuntivo laxo y muy vascularizado. Por tanto, la mucosa alveolar es un tejido relativamente laxo y móvil de color rojo oscuro, en marcado contraste con el rosa pálido de la encía insertada. La superficie de la encía insertada es punteada, como piel de naranja. Este punteado varía considerablemente. Es más prominente en las superficies faciales y, a menudo, desaparece con la edad. Hay dudas sobre la causa del punteado, pero parece coincidir con las crestas epiteliales.

La encía insertada puede medir entre 0 y 9 mm de anchura. Suele ser más ancha en la región de los incisivos (3-5 mm) y más estrecha en los caninos y premolares inferiores. (p.2)

Fibras gingivales

Investigando el libro de Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D.⁷ (2010) podemos conocer que:

El tejido conjuntivo de la encía se organiza para mantener el margen gingival unido al diente alrededor del cuello y para mantener la integridad de la inserción dentogingival.

La disposición de estas fibras es complicada, pero se han descrito como divididas en varios grupos de haces de fibras de colágeno:

1. Fibras dentogingivales o gingivales libres, que se insertan en el cemento y se abren en abanico en la encía y sobre el margen alveolar para fusionarse con el periostio de la encía insertada.
2. Fibras alveologingivales o de la cresta alveolar de donde nacen y discurren coronalmente hacia la encía.
3. Fibras circulares, que rodean el diente.
4. Fibras transeptales, que circulan de diente a diente coronalmente a la cresta alveolar.

Hay una gran interrelación entre los grupos de fibras y se necesitan colorantes especiales para diferenciar unas fibras de las otras. (p.3)

⁶ Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D. (2010) *Periodoncia*. España: Elsevier

⁷ Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D. (2010) *Periodoncia*. España: Elsevier

Razonando el libro de Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D.⁸ (2010) podemos saber que:

El colágeno es sintetizado por los fibroblastos y se segrega de forma inactiva, en forma de procolágeno, que luego se convierte en tropocolágeno. En el espacio extracelular, el tropocolágeno se polimeriza en fibrillas de colágeno que luego se agregan en haces de colágeno para formar entrecruzamientos. Pueden segregarse diferentes formas de colágeno, cada una basada en variaciones de la composición de la molécula básica de tropocolágeno. La forma más común encontrada en la encía es el colágeno tipo I, que forma los haces de fibras mayores y las fibras de colágeno laxo. También se encuentran algunos colágenos de tipo III y V. Se encuentra colágeno de tipo VI en las membranas basales de los vasos sanguíneos y el epitelio suprayacente. (p.3)

Encía interdental.

Indagando el libro Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D.⁹ (2010) podemos citar que:

La encía entre los dientes es cóncava y se ha descrito como un «nicho» o «col» que une las papilas faciales y linguales. Donde contactan los dientes, el «col» adopta la forma de los dientes en su parte apical al área de contacto. Cuando dos dientes adyacentes no están en contacto, no hay «col» y la encía interdental es plana o convexa.

El epitelio del «col» es muy fino, no queratinizado y formado por sólo unas capas de células. Su estructura probablemente refleja que es un tejido protegido del medio exterior. La región interdental tiene una importancia especial porque es el lugar de mayor depósito de bacterias y su estructura la hace especialmente vulnerable. Es el lugar de inicio de la gingivitis. (p.3)

Unión dentogingival.

Analizando el libro de Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D.¹⁰ (2010) podemos referenciar que:

El epitelio gingival consta de tres partes. El epitelio oral se extiende de la unión mucogingival al margen gingival donde el epitelio crevicular (o del surco) reviste el surco gingival. En la base del surco, la conexión entre la encía y el diente tiene lugar mediante un epitelio especial, el epitelio de unión.

En condiciones de salud, el epitelio de unión se une al esmalte y se extiende hacia la unión cemento-esmalte. Si hay una recesión gingival, el epitelio de

⁸ Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D. (2010) *Periodoncia*. España: Elsevier

⁹ Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D. (2010) *Periodoncia*. España: Elsevier

¹⁰ Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D. (2010) *Periodoncia*. España: Elsevier

unión se encuentra sobre el cemento. Por tanto, la base del surco gingival es la superficie libre del epitelio de unión. (p.3)

2.2.2 Periodonto de inserción.

Ligamento Periodontal.

Examinando el libro de Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D.¹¹ (2010) podemos exponer que:

Un ligamento es una unión que suele juntar dos huesos. La raíz del diente está conectada con su alvéolo en el hueso alveolar por un tejido conjuntivo denso y fibroso que puede considerarse como un ligamento. Encima de la cresta alveolar continúa con el tejido conjuntivo gingival y, en el foramen apical, con la pulpa. Se ha investigado mucho sobre la estructura, función y composición del ligamento periodontal por razones funcionales y clínicas.

Sus funciones son las siguientes:

Es el tejido de inserción entre el diente y el hueso alveolar. Por tanto, se encarga de resistir las fuerzas de desplazamiento y protege los tejidos dentales de las cargas oclusales excesivas.

Se encarga de mantener al diente en una posición funcional durante el proceso de erupción dental y los cambios de posición que se producen en el diente después de una extracción, atrición o carga oclusal excesiva.

Sus células forman, mantienen y reparan el hueso alveolar y el cemento.

Sus mecanorreceptores intervienen en el control neurológico de la masticación. Tiene un rico aporte vascular con anastomosis con las de los espacios medulares del hueso y la encía y facilita estas funciones. (p.5)

Cemento.

Estudiando el libro de Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D.¹² (2010) podemos transcribir que:

El cemento es el tejido conjuntivo calcificado que cubre la dentina de la raíz y en el que se insertan los haces de fibras del ligamento periodontal. Puede considerarse como un hueso de anclaje y es el único tejido dental específico del periodonto. Es de color amarillo pálido y más blando que la dentina y, en algunos animales, se encuentra en las coronas de los dientes como una adaptación a una dieta herbívora. En los humanos, su relación con el borde del

¹¹ Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D. (2010) *Periodoncia*. España: Elsevier

¹² Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D. (2010) *Periodoncia*. España: Elsevier

esmalte varía, puede ser contiguo o superponerse al esmalte, o también puede estar separado del esmalte por una fina banda de dentina expuesta. El grosor del cemento es muy variable y el tercio coronal puede medir sólo 16-60 mm. Cuando queda expuesto por recesión gingival o formación de una bolsa periodontal, es muy fácil eliminar esta fina capa de cemento cervical con el cepillado o la instrumentación dental, de forma que la dentina, que es muy sensible, queda expuesta. En cambio, el tercio apical puede tener un grosor de 200 mm o incluso mayor. El cemento se forma lentamente durante la vida y es resistente a la resorción. Los cementoblastos depositan una capa de matriz no calcificada, el precemento, antes de la calcificación y siempre existe una capa de esta matriz no calcificada en su superficie dentro del periodonto y puede ser la responsable de su resistencia a la resorción. El cemento puede triplicar su grosor durante la vida y es avascular y no está innervado. Es más permeable que la dentina, pero su permeabilidad disminuye con la edad. Se necesita la formación continua de cemento para adaptarse a los cambios en la inserción de fibras en el ligamento periodontal debido a un movimiento del diente y al recambio del ligamento. (p.9)

Hueso alveolar.

Considerando el libro de Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D.¹³ (2010) podemos conocer que:

La parte del maxilar y la mandíbula que sostiene y protege los dientes se conoce como hueso alveolar; un límite arbitrario a la altura de los ápices radiculares separa el hueso alveolar del cuerpo maxilar o mandibular. El hueso alveolar tiene su origen embriológico en la condensación inicial del ectomesénquima alrededor del germen del diente inicial. (p.10)

Investigando el libro de Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D.¹⁴ (2010) podemos saber que:

Las apófisis alveolares dependen del diente y se encuentran siempre y cuando alojen los dientes. Está formado por hueso alveolar propio, en el que se insertan las fibras de Sharpey; hueso compacto, formado por la cortical vestibular y oral, y hueso esponjoso, localizado entre ellos. (p.10)

¹³ Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D. (2010) *Periodoncia*. España: Elsevier

¹⁴ Eley B. M. – Soory M. & Manson J. D. (2010) *Periodoncia*. España: Elsevier

2.2.3. Enfermedades gingivales.

Analizando el libro de Carranza¹⁵ (2010) puedo citar que: “La gingivitis que se relaciona con la formación de placa dental que es la forma más común de enfermedad gingival” (p.100).

Examinando el libro de Carranza¹⁶ (2010) puedo referenciar que:

La enfermedad gingival inducida por placa es resultado de una interacción entre los microorganismos que se encuentran en la biopelícula de la placa dental y los tejidos y células inflamatorias del huésped. La interacción placa-huésped se modifica mediante los efectos de factores locales y sistémicos, medicamentos y malnutrición, que influyen en la gravedad y la duración de la respuesta. (p. 101)

Periodontitis.

Estudiando el libro de Carranza¹⁷ (2010) puedo exponer que:

La periodontitis se define como una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes provocados por microorganismos o un grupo de microorganismos específicos, que tiene como resultado la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsas, recesión, o ambas. La característica clínica que distingue a la periodontitis de la gingivitis es la presencia de pérdida clínicamente detectable de la inserción. Con frecuencia esto se acompaña de una formación periodontal de bolsas y cambios en la densidad y la altura del hueso alveolar. En algunos casos, se presenta una recesión de la encía marginal junto con la pérdida de inserción, enmascarando el progreso de la enfermedad si las medidas de la profundidad de la bolsa se toman sin considerar los niveles clínicos de inserción. Los signos clínicos de inflamación, como cambios en el color, el contorno, y la consistencia y la hemorragia al sondeo, quizás no sean siempre indicadores positivos de una pérdida de la inserción en curso. (pp. 103, 104)

Periodontitis crónica.

Considerando el libro de Carranza¹⁸ (2010) puedo transcribir que:

¹⁵ Carranza y Cols. (2010). *Carranza Periodontología Clínica*. (10ªed.). Elsevier. España

¹⁶ Carranza y Cols. (2010). *Carranza Periodontología Clínica*. (10ªed.). Elsevier. España

¹⁷ Carranza y Cols. (2010). *Carranza Periodontología Clínica*. (10ªed.): Elsevier. España

¹⁸ Carranza y Cols. (2010). *Carranza Periodontología Clínica*. (10ª.). Editorial: Elsevier. España

La periodontitis crónicas la forma más común de periodontitis. La periodontitis crónica es más prevaleciente en adultos pero puede observarse en niños; por tanto, se ha descartado el rango de edad de mayores de 35 años que se designaba para la clasificación de esta enfermedad. La periodontitis crónica está relacionada con la acumulación de placa y calculo y, por lo general, tiene un rango lento a moderado de avance de la enfermedad, pero se pueden observar periodos de destrucción más rápida. (p.105)

Periodontitis agresiva.

Observando el libro de Carranza¹⁹ (2010) puedo conocer que:

La periodontitis agresiva difiere de la forma crónica sobre todo en el rápido avance de la enfermedad que se observa en individuos sanos en otros aspectos, una ausencia de acumulaciones grandes de placa y calcio, y antecedentes familiares de una enfermedad grave que sugiere un rasgo genético. Esta forma de periodontitis se clasifica como periodontitis de aparición temprana. (p.105)

2.2.4 Cálculo.

Investigando el libro de Carranza²⁰ (2010) puedo citar que: “El cálculo consta de una placa bacteriana mineralizada que se forma en las superficies de los dientes naturales y las prótesis dentales. Se clasifica como supragingival o subgingival, de acuerdo con su relación con el margen gingival” (p.170).

Razonando el libro de Carranza²¹ (2010) puedo referenciar que: “El cálculo supragingival se localiza coronal al margen gingival y, por tanto, es visible en la cavidad bucal. Suele ser de color blanco o amarillento blancuzco, duro, con consistencia tipo arcilla y se desprende con facilidad de la superficie dental” (p.170).

¹⁹ Carranza y Cols. (2010). *Carranza Periodontología Clínica*. (10ª.). Editorial: Elsevier. España

²⁰ Carranza y Cols. (2010). *Carranza Periodontología Clínica*. (10ª.). Elsevier. España.

²¹ Carranza y Cols. (2010). *Carranza Periodontología Clínica*. (10ª.). Elsevier. España

Indagando el libro de Carranza²² (2010) puedo exponer que:

El cálculo subgingival se localiza por debajo de la cresta de la encía marginal y, por tanto, no es visible en el examen clínico de rutina. La ubicación y extensión del cálculo gingival se evalúa por medio de una percepción táctil con instrumento delicado como el explorador. (p.170)

2.2.5. Movilidad dentaria

Analizando el libro de Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W. & Sanz, M.²³(2014), podemos citar que:

Puede tener lugar o existir alguna movilidad en el plano labiolingual de los dientes con raíz única sanos, sobre todo en los incisivos inferiores, que tienen mayor movilidad que los dientes con múltiples raíces. El aumento de la movilidad dental es producido por:

1. Aumento de la anchura del ligamento periodontal sin pérdida de hueso alveolar ni de otro tejido de soporte.
2. Aumento de la anchura del ligamento periodontal más pérdida de hueso alveolar u otras estructuras de soporte.
3. Pérdida de hueso alveolar o de otros tejidos de soporte sin aumento de la anchura del ligamento periodontal. (pp. 164, 165)

Examinando el libro Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W. & Sanz, M.²⁴ (2014), podemos referenciar que: “Esos cambios del tejido pueden ser producidos por: 1. Extensión de la inflamación desde la encía hacia los tejidos más profundos. 2. Pérdida de tejidos de soporte. 3. Trauma oclusal” (p.165).

Estudiando el libro de Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W. & Sanz, M.²⁵ (2014), podemos exponer que:

²² Carranza y Colaboradores. (2010). *Carranza Periodontología Clínica*. (10ª.). Elsevier. España

²³ Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W. & Sanz, M (2014) *Periodoncia e implantología dental de Hall : toma de decisiones*. Primera edición. El Manual Moderno, 2014. México, D.F

²⁴ Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W. & Sanz, M (2014) *Periodoncia e implantología dental de Hall : toma de decisiones*. Primera edición. El Manual Moderno, 2014. México, D.F

²⁵ Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W. & Sanz, M (2014) *Periodoncia e implantología dental de Hall : toma de decisiones*. Primera edición. El Manual Moderno, 2014. México, D.F

La movilidad también aumenta después de la cirugía periodontal y en el embarazo. En caso de patología periodontal, la destrucción de tejido se acompaña siempre de inflamación y frecuentemente de traumatismo oclusal. La movilidad producida por inflamación y traumatismo oclusal es reversible, como se demuestra por su reducción después del raspado y el ajuste oclusal; la movilidad asociada a pérdida del tejido de soporte es irreversible. (p.165)

Considerando el libro de Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W. & Sanz, M²⁶ (2014), podemos transcribir que:

La evaluación de la movilidad para fines de investigación se puede llevar a cabo con aparatos especiales, pero la evaluación clínica suele ser subjetiva. La movilidad se provoca mediante presión sobre un lado del diente estudiado con un instrumento o con la punta del dedo, mientras se coloca un dedo de la otra mano en el otro lado del diente y un dedo sobre su diente vecino, que es utilizado como un punto fijo, de forma que se pueda apreciar el movimiento relativo. Otra forma de provocar la movilidad (aunque no de evaluarla) es colocar los dedos sobre las superficies vestibulares de los dientes mientras el paciente rechina los dientes. (p.165)

Observando el libro de Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W. & Sanz, M.²⁷ (2014), podemos conocer que:

El grado de movilidad se puede graduar del modo siguiente:

Grado 1: apenas apreciable, 0,2-1 mm en una dirección horizontal.

Grado 2: apreciable con facilidad y superior a 1 mm de desplazamiento labiolingual.

Grado 3: desplazamiento labiolingual bien marcado, con movilidad del diente hacia arriba y hacia abajo en una dirección axial. Existe un elemento de subjetividad en esta graduación. Sin duda, con determinación suficiente se puede provocar movilidad en un diente perfectamente seguro. (p. 165)

²⁶ Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W. & Sanz, M (2014) *Periodoncia e implantología dental de Hall : toma de decisiones*. Primera edición. El Manual Moderno, 2014. México, D.F

²⁷ Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W. & Sanz, M (2014) *Periodoncia e implantología dental de Hall : toma de decisiones*. Primera edición. El Manual Moderno, 2014. México, D.F

2.2.6. Pérdida de hueso alveolar

Investigando el libro de Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W. & Sanz, M.²⁸ (2014), podemos saber que:

La resorción del hueso alveolar y la destrucción asociada del ligamento periodontal son las manifestaciones más importantes de la periodontitis crónica, y las que conducen a la pérdida dental. Existe variación considerable en el patrón y en la rapidez de la resorción del hueso alveolar, y para diseñar un plan de tratamiento se deben establecer con exactitud la cantidad de pérdida ósea, la velocidad con que progresa la resorción y el patrón de pérdida ósea. El examen radiográfico es una parte esencial del diagnóstico periodontal, y con ciertas limitaciones proporciona datos sobre la altura del hueso alveolar, el patrón de la destrucción ósea, la anchura del espacio del ligamento periodontal y la densidad de las trabéculas del hueso trabecular. Las radiografías seriadas tomadas a lo largo de determinado período proporcionan información sobre el grado de pérdida ósea. (p.165)

2.2.7. Tratamiento no quirúrgico

Analizando el libro de Carranza²⁹ (2010) puedo transcribir que:

La fase I del tratamiento es el primer paso en la secuencia cronológica de procedimientos que constituyen el tratamiento periodontal. El objetivo de la fase I es alterar o eliminar la etiología microbiana y los factores que contribuyen a las enfermedades gingivales y periodontales. (p.722)

Examinando el libro de Carranza³⁰ (2010) puedo conocer que:

La reducción y eliminación de los factores etiológicos y que contribuyen a la enfermedad en el tratamiento periodontal, se logra por medio de la eliminación total de los cálculos, la corrección de las restauraciones defectuosas, el tratamiento de las lesiones cariosa y la administración de un régimen diario extenso de control de placa. (p.722)

²⁸ Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W. & Sanz, M (2014) *Periodoncia e implantología dental de Hall : toma de decisiones*. Primera edición. El Manual Moderno, 2014. México, D.F

²⁹ Carranza y Cols. (2010). *Carranza Periodontología Clínica*. (10ª.). Elsevier. España

³⁰ Carranza y Cols. (2010). *Carranza Periodontología Clínica*. (10ª.). Elsevier. España

Sesiones del tratamiento

Estudiando el libro de Carranza³¹ (2010) puedo saber que: “Después del análisis cuidadoso del caso y el diagnóstico de una enfermedad periodontal específicas presente, el dentista determina el plan de tratamiento para la porción de raspado radicular y curetaje de la fase I de tratamiento” (p.724).

Considerando el libro de Carranza³² (2010) puedo citar que: “Los pacientes con pequeñas cantidades de cálculos y tejidos relativamente sanos pueden tratarse en una cita. Sin embargo, la mayoría de los pacientes requieren varias secciones de tratamiento para que el dentista realice un desbridamiento completo de las superficies dentales” (p.724).

Secuencias de procedimientos

Observando el libro de Carranza³³ (2010) puedo referenciar que:

- Paso I. Instrucciones del control limitado de la placa.
- Paso II. Eliminación supragingival de los cálculos.
- Paso III. Delimitando el contorno de las restauraciones y coronas defectuosas.
- Paso IV. Obturación de las lesiones cariosas.
- Paso V. Instrucciones de control amplio de la placa.
- Paso VI. Tratamiento radicular subgingival.
- Paso VII. Revaluación del tejido. (p.724)

Consejos para una buena higiene oral.

Analizando la obra de Lindhe y Lang³⁴(2009) se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

La enseñanza de la higiene bucal debe adaptarse a cada paciente en particular sobre la base de sus necesidades y otros factores.

³¹ Carranza y Cols. (2010). *Carranza Periodontología Clínica*. (10ª.). Elsevier. España

³² Carranza y Cols. (2010). *Carranza Periodontología Clínica*. (10ª.). Elsevier. España

³³ Carranza y Cols. (2010). *Carranza Periodontología Clínica*. (10ª.). Elsevier. España

³⁴Lindhe y Lang. (2009). *Periodonto logia clínica e Implantología odontológica*. (5ª.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

El paciente debe participar en el proceso de enseñanza.
Después de la enseñanza de la higiene bucal debe establecerse un programa de mantenimiento individualizado. (p.722)

2.3. Operatoria.

2.3.1. Tejidos dentarios

Esmalte.

Observando la información contenida en el libro de Cárdenas, A. P., & Aguilera, F.

S.³⁵ (2013), podemos exponer que:

Es el situado externamente en la corona, siendo el tejido más duro del organismo. Recubre la dentina en la porción coronal del diente, la cual le proporciona un soporte elástico para resistir la presión, debido a que el esmalte es muy frágil, y puede sufrir fracturas. (p. 70)

Dentina.

Investigando la información contenida en el libro de Cárdenas, A. P., & Aguilera, F.

S.³⁶ (2013), podemos transcribir que:

Tejido duro más abundante, situado debajo del esmalte, en la corona, y del cemento en la raíz. Delimita las paredes de la cámara pulpar y de los conductos radiculares.

Su dureza es menor que la del esmalte, pero mayor que la del hueso y la del cemento.

Es de color amarillo, que al transparentarse a través del esmalte da al diente su color. (p.71)

³⁵ Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. (2a ed.), Madrid, Reino de España: Editorial Paraninfo.

³⁶ Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. (2a ed.), Madrid, Reino de España: Paraninfo.

Cemento.

Razonando la información contenida en el libro de Cárdenas, A. P., & Aguilera, F.

S.³⁷ (2013), podemos conocer que:

Tejido mineralizado que recubre la dentina en la porción radicular del diente. Su espesor es mínimo en el cuello y las fulcras, y aumento a medida que se dirige hacia apical, no presentándose a nivel de los orificios apicales. Forma parte del periodonto al unirse con el ligamento periodontal. (p.72)

Pulpa.

Indagando el libro Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S.³⁸ (2013), podemos citar que:

Es el tejido conectivo laxo, constituye por un 25% de sustancias orgánicas y un 75% de agua en los individuos jóvenes, pero con la edad se va disminuyendo su porción acuosa y ve reducción su tamaño al ir formándose mayor cantidad de dentina. Se encuentran ubicada en la cámara pulpar y en los conductos radiculares, rodeada de dentina. Está muy vascularizada a través de los vasos sanguíneos que acceden por los orificios apicales junto a los nervios dentales. (p.73)

2.3.2. Clases de caries.

Caries clase I.

Leyendo el libro de Langlais, R. P., Miller, C. S., y Nield-Gehrig, J. S.³⁹ (2011) podemos transcribir que: “Es la caries que afecta la superficie oclusiva de un diente posterior. Se origina cuando las bacterias invaden una oquedad central, un surco o fisura oclusiva profunda, permanecen guarecidas por meses, y producen disolución acida del esmalte” (p.64).

³⁷ Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S. (2013). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. (2a ed.), Madrid, Reino de España: Paraninfo.

³⁸ Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S. (2013). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. (2a ed.), Madrid, Reino de España: Paraninfo.

³⁹ Langlais, R. P., Miller, C. S., & Nield-Gehrig, J. S. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial El Manual Moderno.

Caries clase II.

Examinando el libro de Langlais, R. P., Miller, C. S., y Nield-Gehrig, J. S.⁴⁰ (2011)

podemos transcribir que:

Es la caries que afecta la superficie interproximal de un diente posterior. Estas lesiones con frecuencia son difíciles de identificar desde el punto de vista clínico, y requieren un ojo astuto, una superficie limpia y seca, y una radiografía de aleta de mordida. (p.64)

Caries clase III.

Examinando el libro de Langlais, R. P., Miller, C. S., y Nield-Gehrig, J. S.⁴¹ (2011)

podemos transcribir que:

Es la caries que afecta la superficie interproximal de un diente anterior. Como las caries interproximal de clase II, la caries clase III empieza justo por debajo del punto de contacto. La invasión produce destrucción triangular del esmalte y prolongación lateral al interior de la dentina. Las caries interproximales (clase II y III) son comunes en personas que rara vez se cepillan los dientes, y consumen frecuentemente azúcar en bebidas y dulces. (p.64)

Caries clase IV.

Analizando el libro de Langlais, R. P., Miller, C. S., y Nield-Gehrig, J. S.⁴² (2011)

podemos referenciar que:

La caries clase IV afecta la superficie interproximal y el ángulo de la línea incisiva de un diente anterior. Por lo común se produce cuando la caries clase III permanece sin ser tratada, permitiendo que la lesión progrese, y se socave la dentina que da soporte al ángulo de la línea incisiva. (p.66)

Caries clase V.

Considerando el libro de Langlais, R. P., Miller, C. S., y Nield-Gehrig, J. S.⁴³ (2011)

podemos exponer que:

⁴⁰ Langlais, R. P., Miller, C. S., & Nield-Gehrig, J. S. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial El Manual Moderno.

⁴¹ Langlais, R. P., Miller, C. S., & Nield-Gehrig, J. S. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial El Manual Moderno.

⁴² Langlais, R. P., Miller, C. S., & Nield-Gehrig, J. S. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial El Manual Moderno.

Está caracterizada por destrucción, en el borde gingival de un diente posterior o anterior. Los signos tempranos de la caries clase V son líneas de calcificación blancas gredosas a lo largo de la porción cervical del diente, en forma paralela, y apenas por encima de la encía. Cualquier placa que cubra la lesión debe removerse, para lograr una detección adecuada de la caries. (p. 66)

2.3.3. Protocolo de preparación cavitaria.

Tiempos operatorios de la preparación.

Maniobras previas.

Analizando el libro de Mooney, J. B., & Barrancos⁴⁴ (2008), podemos citar que:

Las maniobras previas son. Buche antiséptico, observación de la anatomía dentaria (convexidad de caras proximales), diagnóstico pulpar, examen radiológico, transluminación, observación del nivel y la condición de los tejidos periodontales, eliminación de cálculo y de placa, selección del color, anestesia y aislamiento. (p. 951)

Apertura y conformación.

Examinando el libro de Mooney, J. B., & Barrancos⁴⁵ (2008), podemos referenciar que:

Si la lesión ha sido bien localizada por las maniobras previas y existe un buen acceso al diente por las caras libres, se iniciara la apertura y conformación desde bucal o lingual. La lesión cariosa en la cara proximal puede estar ubicada con sus bordes totalmente en esmalte, en límite amelocementario y totalmente en cemento. (p. 956)

Extirpación de tejido deficiente.

Investigando el libro de Mooney, J. B., & Barrancos⁴⁶ (2008), podemos saber que:

⁴³ Langlais, R. P., Miller, C. S., & Nield-Gehrig, J. S. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial El Manual Moderno.

⁴⁴ Mooney, J. B., & Barrancos, P. J. (2008). *Operatoria dental: integración clínica*. (5ta ed.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁵ Mooney, J. B., & Barrancos, P. J. (2008). *Operatoria dental: integración clínica*. (5ta ed.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Pueden quedar zonas de caries en la pared axial, que deben excavarse con fresa redonda lisa de tamaño compatible con el de la preparación, a baja velocidad. Se lava con agua abundante, se seca y se aplica detector de caries. Se espera 10 segundos y se vuelve a lavar. Se seca y se observa con buena luz y si la dentina está sana se sigue al siguiente tiempo operatorio. (p.956)

Protección dentino pulpar.

Estudiando el libro de Mooney, J. B., & Barrancos⁴⁷ (2008), podemos exponer que: “La protección dentinopulpar puede consistir en: a) sellador dentario, b) forro cavitario y c) base cavitaria, según la extensión y la profundidad de la lesión” (p. 956).

Aislamiento

Investigando el libro de Mooney, J. B., & Barrancos⁴⁸ (2008), podemos conocer que:

Sus ventajas son las siguientes a) facilita el acceso e iluminación del campo operatorio, b) asila el diente de la saliva, c) evita la contaminación con la flora microbiana, d) separa y aparta del campo operatorio de los labios, los carrillos y la lengua, e) protege la mucosa bucal y la encía, f) permite mayor apertura bucal mediante la separación mecánica de los labios, g) mantiene el campo seco. (p.500)

Colocación del sistema matriz.

Comparando el libro de Mooney, J. B., & Barrancos⁴⁹ (2008), podemos citar que:

⁴⁶ Mooney, J. B., & Barrancos, P. J. (2008). *Operatoria dental: integración clínica*. (5ta ed.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁷ Mooney, J. B., & Barrancos, P. J. (2008). *Operatoria dental: integración clínica*. (5ta ed.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana.

⁴⁸ Mooney, J. B., & Barrancos, P. J. (2008). *Operatoria dental: integración clínica*. (5ta ed.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana.

⁴⁹ Mooney, J. B., & Barrancos, P. J. (2008). *Operatoria dental: integración clínica*. (5ta ed.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Cualquiera que sea la matriz seleccionada debe ir acompañada de la colocación de una cuña en el espacio interdental. Las funciones de la cuña durante la restauración son:

- a) Producir separación inmediata
- b) Estabilizar y fijar la matriz.
- c) Evitar excesos en la zona cervical.
- d) Facilitar la correcta reconstrucción de la relación de contacto.
- e) Facilitar la obtención de un adecuado contorno proximal.
- f) Mejorar la estanquidad del campo operatorio.
- g) Compensar el espesor de la matriz por la separación obtenida. (p.967)

Manipulación del composite.

Razonando el libro de Mooney, J. B., & Barrancos⁵⁰ (2008), podemos referenciar que:

Se puede utilizar composite autopolimerizable en la parte más profunda de la caja proximal para tener un mejor cierre marginal y además se reduciría la generación de tensiones. Un producto de autocurado de baja viscosidad se elabora específicamente para este uso, se presenta en forma de pasta-pasta. (pp.968, 969)

Examinando el libro de Eduardo Julio Lanata y colaboradores⁵¹ (2008) puedo citar que:

Lesiones producto de abfracción, abrasión, erosión o caries en el tercio gingival de los dientes: la primera elección sería un material con propiedades adhesivas y módulo de elasticidad similar al de la estructura dental, por ejemplo, un ionómero vítreo; no obstante, en casos en que además se demande mayor estética, la selección recae en resinas con microrrellenos, que por su bajo módulo de elasticidad permiten deformaciones elásticas sin sacrificar la unión del adhesivo a la capa híbrida. (p.82)

Inserción, adaptación y modelado.

Indagando el libro de Mooney, J. B., & Barrancos⁵² (2008), podemos exponer que:

⁵⁰ Mooney, J. B., & Barrancos, P. J. (2008). *Operatoria dental: integración clínica*. (5ta ed.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁵¹ Eduardo Julio Lanata y colaboradores (2008) *Atlas de Operatoria Dental*. Primera edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Editorial Alfaomega

⁵² Mooney, J. B., & Barrancos, P. J. (2008). *Operatoria dental: integración clínica*. (5ta ed.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana.

Para facilitar la inserción en la profundidad de la preparación y reducir el atrapamiento de burbujas de aire, se prefiere utilizar un material en forma de puntas precargadas con su jeringa inyectora. El composite se adapta a las paredes con instrumentos de acero altamente pulidos, de aluminio anodizado o recubiertos con teflón o nitrato de titanio. La colocación del composite se hace en forma de pequeños incrementos para asegurar el curado completo de cada porción y compensar la contracción por polimerización. Cuando se utilizan las matrices y cuñas transparentes se puede dirigir la contracción para que esta se produzca en dirección de las paredes dentarias. La primera porción de composite colocada en la caja proximal no debe ser mayor a 0,5mm. Las siguientes podrán tener hasta 2mm de espesor. Es conveniente que el diámetro del extremo de la unidad de foto polimerización no sea mayor a 2 o 3mm y que la distancia de este y la porción de composite no supere los él milímetro. (p.969)

Terminación.

Considerando el libro de Mooney, J. B., & Barrancos⁵³ (2008), podemos citar que: “En este tiempo operatorio, se llevan a cabo cuatro pasos sucesivos: 1) Forma, 2) Alisado, 3) Brillo, 4) Resellado” (p.971)

Control Posoperatorio.

Razonando el libro de Mooney, J. B., & Barrancos⁵⁴ (2008), podemos exponer que: “Se retira el aislamiento y se procede al control de la oclusión con papel de articular. Este paso es muy importante porque la persistencia de puntos de sobreoclusion en la restauración es motivo muy frecuente de sensibilidad posoperatoria” (p.972).

⁵³ Mooney, J. B., & Barrancos, P. J. (2008). *Operatoria dental: integración clínica*. (5ta ed.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: I Médica Panamericana.

⁵⁴ Mooney, J. B., & Barrancos, P. J. (2008). *Operatoria dental: integración clínica*. (5ta ed.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana.

2.4. Endodoncia.

Analizando el libro de Gunnar Bergenholtz, Preben Horsted-Bindslev & Claes Reit⁵⁵

(2011) podemos citar que:

La pulpa dental se encuentra inervada de manera excepcionalmente abundante por los axones aferentes trigeminales que parecen cubrir en su mayor parte, si es que no en su totalidad, una función nociceptiva. De esta manera, responden a estímulos que inducen o intentan inducir una lesión en el tejido pulpar, y su activación puede producir reflejos defensivos, tipo retirada, en los músculos masticatorios. Las respuestas de dolor, inducidas por los estímulos externos, pueden ser extremadamente intensas. La inervación densa de la pulpa y la dentina proporciona una base morfológica a la sensibilidad de estos tejidos. Además de los nervios sensitivos aferentes, la pulpa dental está inervada por los eferentes simpáticos autónomos que son importantes para la regulación del flujo sanguíneo en ésta y, además, puede tener funciones reguladoras en la inflamación. La existencia e importancia funcional de la inervación parasimpática continúa siendo controversial. (P. 33)

Examinando el libro de Gunnar Bergenholtz, Preben Horsted-Bindslev & Claes Reit⁵⁶

(2011) podemos referenciar que:

Una multitud de elementos dañinos, solos o combinados pueden provocar reacciones adversas en la pulpa dental bajo condiciones clínicas. Si no son tratadas de manera apropiada pueden provocar:

Pulpitis dolorosa.

Colapso del tejido pulpar (necrosis pulpar).

Infección del conducto radicular, provocando una lesión inflamatoria periapical (periodontitis periapical). (p.47)

Estudiando el libro de Gunnar Bergenholtz, Preben Horsted-Bindslev & Claes Reit⁵⁷

(2011) podemos referenciar que:

Estos efectos son resultado de la inflamación y la destrucción tisular asociada. La destrucción tisular *per se* es una característica necesaria de la inflamación en general, y esto significa que el huésped puede llevar a cabo una defensa efectiva contra la materia extraña, incluyendo bacterias y elementos bacterianos. Sin embargo, tan

⁵⁵. Gunnar Bergenholtz, Preben Horsted-Bindslev & Claes Reit (2011) *Endodoncia*. (2da Edición) Estados Unidos de Mexico. El manual moderno.

⁵⁶ Gunnar Bergenholtz, Preben Horsted-Bindslev & Claes Reit (2011) *Endodoncia*. (2da Edición) Estados Unidos de Mexico. El manual moderno.

⁵⁷ Gunnar Bergenholtz, Preben Horsted-Bindslev & Claes Reit (2011) *Endodoncia*. (2da Edición) Estados Unidos de Mexico. El manual moderno.

pronto como la pulpa es afectada, puede ser devastador y provocar el colapso total del tejido. (p.47)

Considerando el libro de Gunnar Bergenholtz, Preben Horsted-Bindslev & Claes Reit⁵⁸ (2011) podemos exponer que:

Con frecuencia, este evento es seguido por infección e inflamación en el tejido periapical, denominado necrosis pulpar. El tratamiento en pulpas vitales implica procedimientos clínicos dirigidos a:
Aliviar los síntomas dolorosos de la pulpitis.
Prevenir el desarrollo de un curso destructivo de la inflamación pulpar y la subsecuente infección del conducto radicular. (P. 47)

Observando el libro de Gunnar Bergenholtz, Preben Horsted-Bindslev & Claes Reit⁵⁹ (2011) podemos transcribir que:

En los casos en los que la pulpa ha quedado expuesta de manera directa al ambiente oral, el odontólogo puede considerar una de dos estrategias de tratamiento. Un tratamiento es conservador y está enfocado a preservar la pulpa y restablecer las condiciones saludables y libres de dolor a largo plazo. El otro es un procedimiento en donde el tejido es eliminado de manera radical y reemplazado por una obturación de conducto radicular. Antes de realizar un tratamiento definitivo, se puede llevar a cabo un tratamiento preoperatorio de urgencia. A menudo, dicho procedimiento se utiliza para aliviar un diente con dolor intenso o para mantener una exposición pulpar accidental. (P. 48)

2.4.1. Pulpitis irreversible

Analizando el libro de Cohen & Kenneth (2011)⁶⁰ puedo conocer que:

Los dientes que se caracterizan por una *pulpitis irreversible* sintomática muestran un dolor intermitente o espontáneo. La rápida exposición de los dientes de este grupo a drásticos cambios de temperatura (especialmente a estímulos fríos) aumentará y prolongará los episodios del dolor incluso después de eliminar el estímulo térmico. El dolor puede ser agudo o sordo, localizado o referido. (p.37).

⁵⁸ Gunnar Bergenholtz, Preben Horsted-Bindslev & Claes Reit (2011) *Endodoncia*. (2da Edición) Estados Unidos de México. El manual moderno.

⁵⁹ Gunnar Bergenholtz, Preben Horsted-Bindslev & Claes Reit (2011) *Endodoncia*. (2da Edición) Estados Unidos de México. El manual moderno.

⁶⁰ Kenneth & Cohen. (2011). *Vías de la pulpa*. (10ª.). Elsevier. Reino de España.

Indagando el libro de Gutmann, J., L. & Lovdahl, P., E.⁶¹ (2012) puedo citar que:

La pulpitis irreversible se caracteriza por una respuesta dolorosa y prolongada a la estimulación térmica o por la aparición de dolor dental espontáneo sin un estímulo aparente. A diferencia de la pulpitis reversible, las reacciones dolorosas a la temperatura pueden durar desde varios minutos hasta algunas horas. Este síntoma es la razón por la que la mayoría de los pacientes acuden al odontólogo. Cuando aparece, el dolor espontáneo puede durar también varias horas y despertar al paciente durante el sueño profundo. A menudo, los dientes con pulpitis irreversible manifiestan también dolor al morder. Normalmente es posible establecer el diagnóstico de pulpitis irreversible con dolor localizado en pocos minutos, después de obtener la anamnesis del paciente y realizar las pruebas de sensibilidad. Durante las pruebas clínicas se considera que todo diente que manifieste una reacción de más de 10 s presenta pulpitis irreversible y es candidato al tratamiento de conductos radiculares. Esta respuesta se produce con cualquier extremo de temperatura, y en ocasiones con ambos extremos simultáneamente. (p.32)

2.4.2. Pulpectomía.

Comparando el libro de Gunnar Bergenholtz, Preben Horsted-Bindslev & Claes Reit⁶² (2011) podemos conocer que:

La pulpectomía se realiza principalmente para prevenir el desarrollo de un curso destructivo de la inflamación pulpar, el cual puede provocar infección en el conducto radicular y eventos dolorosos asociados. Esto significa que la pulpectomía puede considerarse en cualquier diente permanente en donde existan signos clínicos que indiquen cambios inflamatorios irreversibles en la pulpa. Un prerrequisito es el desarrollo radicular completo. Por tanto, el tratamiento puede realizarse sin importar si el tejido fue expuesto de manera directa al ambiente oral o no. La pulpectomía también es el tratamiento que se elige para cualquier exposición directa del tejido, cuando no se cumplen las indicaciones estrictas de recubrimiento pulpar directo o pulpotomía parcial. Además, la pulpectomía puede realizarse después de una hemisección en un tratamiento periodontal, y cuando se requieren medidas retentivas en un tratamiento protésico. En estas últimas situaciones el tratamiento es opcional, lo cual significa que no es propiciado por una condición de enfermedad del tejido. (P. 59)

⁶¹Gutmann, J., L. & Lovdahl, P., E. (2012) *Solución de problemas en endodoncia Prevención, identificación y tratamiento* (5.ª edición) Reino de España. Elsevier

⁶² Gunnar Bergenholtz, Preben Horsted-Bindslev & Claes Reit (2011) *Endodoncia*. (2da Edición) Estados Unidos de Mexico El manual moderno

2.4.3. Protocolo para la biopulpectomía total. Protocolo y Material para la Terapéutica Endodóncica

Estudiando el libro de Canalda Sahli, C. & Aguadé, E.⁶³ (2014) puedo saber que:

Anestesia Según normas convencionales.
Preparación del diente y aislamiento del campo operatorio.
Aislamiento campo operatorio.
Apertura cameral y localización de conductos.
Permeabilización, remodelado, acceso y determinación LTA.
Midiendo la Rx diagnóstica y comparándola con las tablas anatómicas de longitudes dentarias.
Comprobar la dirección de la lima y el contacto con las paredes laterales.
Instrumentación/Irrigación.
Ensanche la zona coronaria del conducto con instrumental rotatorio específico.
Irrigación con ClONa de 2,5% o cítrico al 10%.
Comprobar si hay diferencias con el localizador electrónico.
Con limas Flexofile 10, 15, 20, 25 y técnica de Roane apicocoronal instrumentar hasta LT.
Irrigación con ClONa y/o cítrico.
Preparación del conducto.
Instrumentación manual.
Limas K, técnica apicocoronal, Roane y step back.
Irrigación ClONa de 2,5% o cítrico al 10%.
Con lima S-Apex a LT, realizar cierta presión apical.
Aumentar el calibre de la lima hasta que encaje en LT.
Obturación de conductos.
Obturación provisional de la cámara pulpar.
Levantar el aislamiento absoluto.
Rx de obturación definitiva.
Recomendaciones al paciente. (p.59)

2.5. **Exodoncia.**

Se le indica la exodoncia de las piezas 36 y 37 ya que estas piezas se encuentran en clase 1 vertical, movilidad dentaria y el paciente presenta dolor.

2.5.1. Indicaciones de la extracción dentaria.

Analizando el libro de Escoda, C.G. & Berini, L.⁶⁴ (2011) puedo exponer que:

⁶³ Canalda, C. & Brau, E. (2014) *Endodoncia Técnicas Clínicas y Bases Científicas* (3ra edición) Reino de España. Elsevier

⁶⁴ Escoda, C.G. & Berini, L. (2011) *Tratado de Cirugía Bucal* (Reimpresión – 2011). Reino de España. Ergón, S.A.

Nunca debe menospreciarse el valor o importancia de un diente, ya que su pérdida es siempre lamentable, por motivos ya sean estéticos o funcionales. Los dientes son un componente importante del cuerpo humano, pero esto no obsta para que, en casos concretos y con indicaciones precisas, sea pertinente extraer dientes permanentes o temporales.

En todo caso debe recordarse que la exodoncia comporta la mutilación de la boca, por lo que debe indicarse por motivos muy justificados.

Las indicaciones que se han enseñado durante muchos años para la extracción dentaria eran las consideradas como "el fracaso de la odontología conservadora"; esta afirmación es bastante discutible. Igualmente es muy arriesgado decidir cuáles pueden calificarse de relativas o absolutas, puesto que en numerosas ocasiones intervienen múltiples factores a la vez, lo que hace muy difícil y arriesgado ser muy categóricos en las indicaciones. (p.203)

Patología periodontal.

Estudiando el libro de Escoda, C.G. & Berini, L. ⁶⁵ (2011) puedo referenciar que:

Enfermedades periodontales avanzadas que no puedan ser tributarias de las numerosas y eficaces técnicas conservadoras de la periodoncia. Para la mayoría de autores, el motivo de extracción dentaria más frecuente es la caries (alrededor del 50%), siguiéndole en frecuencia la enfermedad periodontal con un 40% de los pacientes estudiados y que requirieron extracción. Para evitar una reabsorción extensa de la cresta alveolar no se debe diferir la extracción una vez que se ha establecido que es imposible salvar los dientes con un tratamiento periodontal (pérdida ósea muy importante, extensión de las bolsas a la bifurcación, movilidad dentaria muy acusada, etc.). (p.204)

Motivos protésicos.

Considerando el libro de Escoda, C.G. & Berini, L. ⁶⁶ (2011) puedo conocer que:

Pueden existir motivos de extracción razonados en función de la colocación de una prótesis (por su diseño o estabilidad) o de una rehabilitación oral como por ejemplo la existencia de un diente extruido que anula o altera la dimensión vertical, especialmente en los dientes solitarios en la región molar. A veces se extraen dientes muy inclinados o en malposición para facilitar la construcción de una prótesis. Debe hacerse siempre todo lo posible para conservar los dientes remanentes en un maxilar, aunque a veces se extraen para poder construir una prótesis completa más satisfactoria desde el punto de vista estético. (p.204)

⁶⁵ Escoda, C.G. & Berini, L. (2011) *Tratado de Cirugía Bucal* (Reimpresión – 2011). Reino de España. Ergón, S.A.

⁶⁶ Escoda, C.G. & Berini, L. (2011) *Tratado de Cirugía Bucal* (Reimpresión – 2011). Reino de España. Ergón, S.A.

2.5.2. Infecciones Odontogénicas.

Observando el libro de Hupp, J., R. & cols.⁶⁷ (2014) puedo transcribir que:

Generalmente, las infecciones odontogénicas están causadas por bacterias que presentan una cierta propensión a producir abscesos. Además, las raíces de los dientes proporcionan una vía para la llegada de las bacterias patológicas hasta tejidos más profundos de las regiones periodóntica y periapical. Como consecuencia, las infecciones odontogénicas originan abscesos profundamente asentados y casi siempre requieren algún tipo de tratamiento quirúrgico que va desde la endodoncia y el legrado gingival hasta la extracción dental y la incisión y el drenaje de los planos profundos de las fascias de la cabeza y el cuello. El tratamiento antibiótico es una terapia adyuvante de esta cirugía imprescindible. La administración profiláctica de antibióticos puede prevenir la aparición de infecciones a distancia secundarias a bacteriemias provocadas por procedimientos quirúrgicos orales y maxilofaciales, así como algunas infecciones postoperatorias de la herida quirúrgica. (p.295)

2.5.3. Maniobras previas.

Comparando el libro de Escoda, C.G. & Berini, L.⁶⁸ (2011) puedo transcribir que:

Antisepsia del campo operatorio

La cavidad bucal debe estar en las mejores condiciones posibles para evitar complicaciones postextracción; por todo esto se recomienda, si es posible, efectuar previamente a toda intervención quirúrgica:

Tartrectomía.

Tratamiento conservador de los posibles problemas bucales que existan (tratamiento periodontal, obturación de las caries, endodoncia en las pulpitis o en las necrosis pulpares, etc.).

Enjuagues o disolver en la boca pastillas de antisépticos tipo clorhexidina, etc.

Pintar la boca, y en especial el diente a extraer, y la encía y mucosa cercana, con una solución antiséptica (solución de yodo, merthiolate, etc.).

La cara y el cuello del paciente también pueden ser tributarios de esta limpieza previa.

Retirar de la boca las prótesis removibles. Si el diente a extraer está conectado con otro por medio de un puente, habrá que cortar esta prótesis.

Colocar tallas estériles que aislen el campo operatorio.

El odontólogo y su ayudante deben colocarse sus uniformes completos, las gafas protectoras, y la bata y los guantes estériles adecuados. (p.345)

⁶⁷ Hupp, J., R. y cols. (2014) *Cirugía Oral y Maxilofacial contemporánea* (6ta edición) Reino de España. Elsevier

⁶⁸ Escoda, C.G. & Berini, L. (2011) *Tratado de Cirugía Bucal* (Reimpresión – 2011). Reino de España. Ergón, S.A.

2.5.4. Tiempos operatorios de la extracción.

Anestesia.

Investigando el libro de Escoda, C.G. & Berini, L.⁶⁹ (2011) puedo conocer que:

La exodoncia se efectúa normalmente bajo anestesia locorregional, aunque por motivos especiales puede indicarse, una premedicación farmacológica, una sedación con óxido nitroso o con fármacos por vía endovenosa, o incluso una anestesia general con intubación nasotraqueal. El odontólogo debe analizar las indicaciones y contraindicaciones de cada una de estas posibilidades antes de decidir cuál usar en un determinado caso. Debe darse también posibilidad al paciente de elegir según sus preferencias, dentro de lo razonable y si no existe una contraindicación específica. La técnica anestésica que solemos usar es la infiltración local de forma periapical en todos los dientes del maxilar superior y en los dientes anteriores de la mandíbula, reservando las anestésicas troncales para los molares y premolares inferiores. (p.347)

Sindesmotomía.

Razonando el libro Escoda, C.G. & Berini, L.⁷⁰(2011) puedo saber que:

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. Con el sindesmotomo se rompen los ligamentos que unen el diente a la encía adherida y a su alvéolo, separando igualmente la encía del campo operatorio. El instrumental utilizado es muy fino y, por tanto, con él no deben efectuarse maniobras que intenten luxar el diente por el peligro de producir su fractura. (p.348)

Indagando Escoda, C.G. & Berini, L.⁷¹ (2011) puedo citar que:

La extracción propiamente dicha comienza después de la sindesmotomía, con la movilización del diente o luxación, y con la salida del diente del alvéolo o exodoncia propiamente dicha. Estas acciones se realizan con la ayuda de los botadores y los fórceps. (p.359)

⁶⁹Escoda, C.G. & Berini, L. (2011) *Tratado de Cirugía Bucal* (Reimpresión – 2011). Reino de España. Ergón, S.A.

⁷⁰ Cosme Gay Escoda y Leonardo Berini Aytés (2011) *Tratado de Cirugía Bucal* (Reimpresión – 2011). Reino de España. Ediciones Ergón, S.A.

⁷¹ Cosme Gay Escoda y Leonardo Berini Aytés (2011) *Tratado de Cirugía Bucal* (Reimpresión – 2011). Reino de España. Ediciones Ergón, S.A.

Analizando el libro de Martínez Triviño⁷² (2009) puedo referenciar que:

Una vez que el procedimiento quirúrgico ha terminado, es de suma importancia que el paciente conozca los cuidados en casa para procurar una buena recuperación, éstos deben incluir explicaciones precisas para tener una mejor recuperación, como alimentación, cuándo y cómo hacer su higiene oral, actividades que puede desarrollar, etc.(p.79)

2.6. Prostodoncia.

2.6.1. Prótesis fija.

Se le realizará coronas en las piezas que han sido tratadas endodónticamente 11 y 21 debido a la destrucción de su porción coronal ya que una restauración convencional no soportaría la fuerza masticatoria.

2.6.2. Coronas metal – porcelana.

Comparando el libro de Ronsensiel & cols.⁷³ (2009) puedo saber que:

Las restauraciones de metal-porcelana consisten en una capa de porcelana del color del diente unida a una infraestructura de metal colado. Se emplea cuando se requiere una corona completa para restaurar tanto el aspecto como la función. Para conseguir una apariencia natural es necesario que se realice una reducción suficiente de la estructura dental para proporcionar el espacio suficiente para el volumen de la porcelana. (p. 274)

Indicaciones.

Observando el libro de Ronsensiel & cols.⁷⁴ (2009) puedo conocer que:

La corona metal porcelana está indicada en dientes que requieren un recubrimiento completo y cuyo tratamiento plantea al dentista un desafío estético (p. ejemplo dientes anteriores). (p.272)

2.6.3. Preparaciones de coronas metal porcelana.

⁷²Martínez Treveño. (2009). Cirugía oral e Implantología. Editorial El Manual Moderno. Estados Unidos Mexicanos.

⁷³Rosentiel & Fujimoto. (2009). Prótesis Fija Contemporánea. (4ª.). Elsevier España. Reino de España.

⁷⁴Rosentiel & Fujimoto. (2009). Prótesis Fija Contemporánea. (4ª.).Elsevier España. Reino de España.

Considerando el libro de Ronsensiel & cols.⁷⁵ (2009) puedo referenciar que:

- Preparar surcos para reducción incisal
- Reducción incisal
- Surcos guía para la reducción labial
- Reducción axial
- Reducción lingual
- Acabado del hombro (p.285)

2.6.4. Provisionales de acrílico.

Estudiando el libro de Pedrola, F.⁷⁶ (2008) puedo transcribir que:

En sectores donde se requiere máxima estética, es fundamental colocar restauraciones provisionales de acrílico de 60 a 90 días para esperar la cicatrización definitiva de los tejidos, y no tener variaciones de estos ya instalada la prótesis definitiva. Al mismo tiempo se ira conformando el contorno gingival mediante el agregado progresivo del acrílico en la región cervical. (p.92, 93)

2.6.5. Secuencia de evaluación.

Analizando el libro de Ronsensiel & cols.⁷⁷ (2009) puedo exponer que:

Es importante seguir una secuencia lógica durante la evaluación para evitar cometer errores. La secuencia recomendada es la siguiente.

Contactos proximales.

Integridad marginal.

Estabilidad.

Oclusión.

Caracterización y glaseado.

Primero se evalúan los contactos proximales porque si el contacto es excesivo, la restauración no se ajusta totalmente, no se puede determinar la estabilidad o ajustar la oclusión, ya que sería prematuro. (p.888)

⁷⁵ Rosentiel & Fujimoto. (2009). Prótesis Fija Contemporánea. (4ª.). Elsevier España. Reino de España.

⁷⁶ Pedrola, F. (2008) Implantología Oral alternativas para una prótesis exitosa. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A. (Amolca) (2008)

⁷⁷ Rosentiel & Fujimoto. (2009). Prótesis Fija Contemporánea. (4ª.). Elsevier España. Reino de España.

Analizando el libro de Bottino, M., A.⁷⁸ (2009) puedo citar que:

Creemos que la instrucción de la higiene bucal no se restringe solo a las consultas iniciales, sino durante todo el tratamiento, recordando la técnica utilizada, pidiendo al paciente mostrar en el propio consultorio como se está realizando y relatar sus dificultades durante la ejecución. (p.23)

Al final del tratamiento, la preocupación de mantener la buena higienización debe ser transmitida al paciente, haciéndolo conciente de la necesidad de retornos periódicos para el control profesional y reevaluación de todo el tratamiento. (p.23)

2.7. Prótesis a placa.

2.7.3. Indicación.

Estudiando el libro de Alan B. Carr⁷⁹ & cols. (2006) puedo exponer que:

Es necesario considerar una serie de circunstancias de gran interés. La necesidad de la prótesis parcial removible va en aumento. Los pacientes que emplean estas prótesis han sido muy numerosos en el pasado, y es esperar que continúe así en el futuro. Algunos pacientes a quienes se les da a escoger entre una prótesis implantosoportada o una prótesis removible, no pueden llevar a cabo el tratamiento con implantes, lo que incrementa el uso de las dentaduras parciales. Finalmente, estos resultados indican que nos debemos esforzar en encontrar la forma de realizar prótesis con la máxima estabilidad, que es factor más deficiente en las prótesis parciales. (p.7)

2.7.2. Protocolo la la confeccion de una protesis parcial removible de acrilico,

Considerando el texto del Ministerio de salud pública de La Republica Ecuador⁸⁰

(2014) puedo referenciar que:

Diagnóstico clínico y radiográfico.
Toma de impresión para modelo de estudio.

⁷⁸Bottino, M. (2009) *Estética en prótesis Libres de Metal en Dientes Naturales y Implantes*(1era edición). Brasil. Artes Medicas Latinoamérica

⁷⁹Alan B. Carr / Elsevier - Mosby (2006) *Prótesis Parcial Removible (11ma edición)*. Editorial: McCracken

⁸⁰Ministerio de Salud Pública (Ecuador) (2014). *Protocolos Odontológicos. Salud Bucal*. [En línea]. Consultado: [el 28, enero, 2016] Disponible en: <http://www.htmc.gob.ec/DOC/GUIAS%20DE%20PRACTICAS%20CLINICAS%20MSP/Normas/Protocolos%20Odontol%C3%B3gicos.pdf>

Relaciones intermaxilares diagnósticas.
Montaje en el articulador para determinar diseños y futuras preparaciones dentarias que se deban realizar.
Colocación de modelos de estudio en analizador o paralelizador.
Diseño final del aparato protésico.
Preparación de piezas dentarias.
Toma de impresión definitiva.
Envío al laboratorio con respectivo diseño y modelos relacionados.
Selección, color, tamaño y forma de los dientes.
Eliminación de interferencias.
Registro de mordida con el esqueleto.
Prueba de enfilado.
Valoración estética.
Envío al laboratorio.
Colocación definitiva.
Ajuste oclusal.
Monitoreo y control a las 2 semanas y luego cada seis meses. (p.219)

CAPÍTULO III

3. Marco Metodológico.

3.6. Modalidad de trabajo.

Sistematización Práctica.

3.7. Métodos.

Se rehabilito a una paciente de paciente de 56 años de edad con periodontitis severa y patologías pulpares en el periodo Marzo – Noviembre 2015 en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo con el objetivo de devolverle la función masticatoria en la práctica odontológica, mediante el diagnóstico realizado con la historia clínica odontológica 033 del MSP (Ministerio de Salud Pública). Mediante esta ficha se determinaran los tratamientos de acuerdo a como lo requiera el caso. (Ver Anexo 2).

Se le explicó al paciente el tipo de informe y los tratamientos que se le realizaron y que será incluida solo si accede de forma voluntaria, expresando a través de la firma de un acta de consentimiento informado. (Ver Anexo 1).

El periodo de evaluación y trabajo de la paciente fue de nueve meses marzo - noviembre del 2015. La intervención operatoria conto con un espacio disponible en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Todos los tratamientos realizados a la paciente debieron seguir un protocolo de trabajo adecuado.

Las técnicas de diagnóstico utilizadas fueron:

Técnicas de inspección: observación clínica.

Técnicas de palpación y percusión.

Técnicas completarias: radiografías periapicales y panorámica, exámenes de sangre.0

3.3.1. Protocolo periodoncia. (Ver anexo n° 4)

Carranza & Cols. (2010) y Lisa A. Harpenau, Richard T. Kao, William P. Lundergan, Mariano Sanz. (2014)

Fase de terapia causal. (Ver figura n°5)

Terapia periodontal no quirúrgica. (Ver figura n°6)

Utilización de antimicrobianos. (Ver figura n°7)

Utilización de pasta profiláctica profesional. (Ver figura n°8)

Aplicación de geles florados de uso profesional. (Ver figura n°9)

3.3.2. Protocolo de exodoncia. (Ver anexo n° 5)

Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S. (2007), Gay-Escoda, C., & Berini Aytés, L. (2004) y Chiapasco, M. (2004).

Técnica de anestesia local. (Ver figura n°10)

Aplicación de dotador o elevador. (Ver figura n°11)

Luxación de los restos. (Ver figura n°12)

Exodoncia de restos. (Ver figura n°13)

3.3.3. Protocolo operatoria dental. (Ver anexo n° 6)

Según lo indica Mooney, J. B., & Barrancos, P. J, (2008)

Protocolo de preparación cavitaria. (Ver figura n°14)

Protocolo de restauración. (Ver figura n°15)

Terminación de la restauración. (Ver figura n°16)

3.3.4. Protocolo de endodoncia. (Ver anexo n° 7)

Carlos Canalda Sahli y Esteban Brau Aguadé (2014)

Diagnóstico y pronóstico. (Ver figura n°17)

Aislamiento del campo operatorio. (Ver figura n°18)

Acceso del conducto radicular. (Ver figura n°19)

Preparación de conducto. (Ver figura n°20)

Obturación del conducto. (Ver figura n°21)

Restauración pos tratamiento endodóntico. (Ver figura n°22)

3.3.5. Protocolo para elaboración de una corona metal porcelana (ver anexo 8)

(Bruna & Fabianelli, 2012)(Rosentiel & cols. 2009)(Shillingburg & cols, 2012)

Toma de impresión con alginato (Ver figura n°23)

Elaboración de modelos de estudio (Ver figura n°24)

Tallado de las piezas dentales (Ver figura n°25)

Retaccion gingival (Ver figura n°26)

Toma de impresión (Ver figura n°27)

Elaboración de una corona provisional (Ver figura n°28)

Prueba de metal (Ver figura n°29)

Prueba de bizcocho (Ver figura n°30)

Glaseado y cementación definitiva (Ver figura n°31)

3.3.6. Protocolo para la elaboración de una prótesis parcial removible de acrílico.

(Ver anexo n° 7)

(Ayuso, Martori; Brufau, & Ribera, 2015).

Toma de impresión anatómica con alginato. (Ver figura n°32)

Elaboración de Modelos de estudio y diseño preliminar. (Ver figura n°33)

Registro de mordida. (Ver figura n°34)

Impresión definitiva. (Ver figura n°35)

Prueba de prótesis en cera. (Ver figura n°36)

Prueba e instalación de la prótesis. (Ver figura n°37)

3.4. Marco Administrativo

3.4.5. Talento humano.

Tutor de prácticas.

Autor.

3.4.6. Recursos tecnológicos.

Cámara fotográfica.

Computadora.

Cd.

Internet.

3.4.7. Materiales.

Materiales Odontológicos.

Guantes.

Mascarillas.

Gorros.

Resinas.

Material pesado y liviano Speedex.

Alginato.

Anestésicos con vasoconstrictor.

Hipoclorito de sodio.

Suero fisiológico.

Clorhexidina al 2%.

Selapex.

Hilo retractor.

Hilo de seda para sutura.

Acrílico líquido y polvo.

Materiales de oficina.

Resmas de papel.

Lápiz bicolor.

Bolígrafos.

3.4.8. Económicos.

Para la realización del trabajo de Sistematización Práctica se hizo un gasto valorado en \$520,67 (Ver Anexo 5).

3.5. Ética.

La persona que intervendrá en este estudio, se le consultará su participación voluntaria, se le informará en que consiste el trabajo que se realizará, así como también se le dará a conocer que la información de este proyecto será empleada con fines investigativos, se le hará firmar un documento de consentimiento informado de su participación. (Ver Anexo 1).

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e interpretación de los resultados.

Al analizar los resultados podemos decir que el paciente quedó muy satisfecho con los resultados de la rehabilitación y que se pudo obtener todo lo anhelado superando así sus expectativas.

La eliminación de las manchas y el cálculo por lingual aunque estas no sean visibles hizo que la paciente sienta una gran diferencia en cuanto al tacto con la lengua.

Las restauraciones de las piezas fueron muy aceptadas por la paciente, mejorando aspectos del sector posterior recuperando la estética y la función. Al control de la oclusión con papel articular se pudo corregir cualquier interferencia que hubiese existido.

Los tratamientos de conductos realizados fueron en las piezas anteriores, se realizaron sin ninguna complicación y los resultados fueron óptimos, estas piezas fueron restauradas mediante tratamientos fijos, coronas metal-porcelana las cuales fueron adaptadas correctamente.

Se colocó una prótesis parcial removible en las piezas faltantes para evitar que la oclusión se modifique, no exista extrusión de las piezas antagonistas y para mejorar la mordida de la paciente. El aparato removible fue diseñado por el técnico dental en

conjunto con el estudiante constaba de un retenedor o brazo que se adosaba a la cara proximal y oclusal del 36. La prótesis fue adaptada sin mayores inconvenientes proporcionándole retención, estabilidad y estética deseadas.

Después de la rehabilitación de la paciente se le indico visitar al odontólogo como mínimo dos veces al año y seguir las indicaciones dadas en cada tratamiento.

Se puede considerar este trabajo de sistematización práctica muy factible y favorable no solo para el paciente que se ha beneficiado de los tratamientos, sino también al autor como desarrollo profesional y personal poniendo en práctica todos los conocimientos adquiridos durante la vida académica.

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, el abajo firmante, José Saltos

Con residencia en Cdla. 12 de Marco, Portoviejo, Manabí, Ecuador

Acepto tomar parte en este estudio titulado: rehabilitación oral integral de un paciente con periodontitis severa y patologías pulpares El egresado Kelvin Pita Gutiérrez, de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y aproximada duración del tratamiento bucal. He tenido la oportunidad de hacerle preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

Accedo a cooperar con el egresado, asistiendo de manera responsable a las citas odontológicas programadas. Reconozco que se me explicó y entendí el procedimiento que se propone, estoy enterado de los beneficios, sé de los riesgos y las posibles complicaciones que se pueden presentar y se me ha explicado las alternativas existentes, sin embargo, consciente de que se busca un beneficio, doy mi consentimiento sin obligación y por decisión propia para que estos se efectúen, así mismo para realizar la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, con base en el principio de libertad prescriptiva. Estoy de acuerdo con que los datos personales y odontológicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados del autor de la investigación.

Kelvin Pita Gutiérrez

Egresado de la Carrera de Odontología.

Sr. José Saltos.

Firma de la paciente.

ANEXO 2

Historia Clínica: figura 1

1 MOTIVO DE CONSULTA
No me siento bien con los dientes

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
Paciente Asintomática

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
No Refiere Antecedentes

4 SIGNOS VITALES

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO
Sin Patología Aparente

6 ODONTOGRAMA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES	PLACA	CALCEDO	GINGIVITIS			
	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	LEVE	ANGLE I	LEVE
16	17	55		MODERADA	ANGLE II	MODERADA
11	21	51	2	SEVERA	ANGLE III	SEVERA
25	27	55	1			
35	37	75	1			
31	41	71	1			
46	47	55	1			

8 ÍNDICES CPO-ceo

	D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o		TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODNTOGRAMA

*rojo SELLANTE NECESARIO U HERRIDA (OTRA CAUSA) = PRÓTESIS TOTAL
 *azul SELLANTE REALIZADO Δ ENDODONCIA □ CORONA
 X rojo EXTRACCIÓN INDICADA (---) PRÓTESIS FLUJ ○ azul OSTRADO

DIAGNÓSTICO	11	12	13	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	26	27	28
Gingivitis	4		4	4												
Periodontitis 1																
Periodontitis 2																
Periodontitis 3																
Pronost. Indiv.																

DIAGNÓSTICO	31	32	33	34	35	36	37	38	41	42	43	44	45	46	47	48
Gingivitis			4			4					4	4	4			
Periodontitis 1																
Periodontitis 2																
Periodontitis 3																
Pronost. Indiv.																

PRONÓSTICO / OBSERVACIONES Se observan encías inflamadas de consistencia blanda, época de color rojo pardo, presencia de restos radiculares pieza N° 12, presencia de placa bacteriana piezas inferiores sin sellado y presencia del mancha del smalto en premolares inferiores y retención gingival en piezas inferiores N° 43, 44, 46 y 33.

PRECAUCIONES: Se le recomienda al paciente cepillarse los dientes tres veces al día, usar enjuague bucal sin alcohol, usar apillos de cerdas suaves, que visite al odontólogo cada seis meses y evitar el consumo de alcohol.

PLAN DE TRATAMIENTO: Profilaxis, Fluorización, Raspado y Curataje Supragingival.

Diagnóstico Radiográfico

Maxilar Superior
 Reabsorción crestas vertebrales en sentido horizontal piezas anteriores N° 11, 21
 Reabsorción vertical sector posterior N° 25, 27, 28
 Resto Radicular N° 12

Maxilar Inferior
 Reabsorción del hueso horizontal y disminución de crestas alveolares.

HOSPITAL BASICO PIEDRAVERDE
LABORATORIO CLINICO

NUMERO ID: 80957 SEXO: 54306 TIPO: STANDARD
 ID PACIENTE: MEDIO: 99999
 FECHA: 05-03-20
 HORA: 20:00:10
 NOMBRE: SALTOS JOSE PEDRO SEXO: M
 DIRECCION: EDAD:

PARAMETROS	RESULTADO	RANGO NORMAL	ALARMAS	DIFFER
WBC	5.8 K/uL	4.8 - 12.0	12	
LYMPH	1.5 K/uL	1.0 - 5.0		
NEUT	1.0 K/uL	0.1 - 1.8		
GRAN	5.8 K/uL	2.0 - 8.0		
PLATE	25.0 %	25.0 - 50.0		
H	17.1 %	2.0 - 18.0		
CRATE	37.0 %	50.0 - 80.0		
RBC	5.22 M/uL	4.00 - 6.20		
HGB	14.0 g/dL	11.0 - 17.0		
HCT	46.0 %	35.0 - 55.0		
MCV	88.1 fl	80.0 - 100.0		
MCH	26.9 pg	25.0 - 34.0		
MCHC	30.4 g/dL	31.0 - 36.5		
RDW	12.1 %	10.0 - 16.0		
PLT	245 K/uL	350 - 480		
MPV	10.5 fl	7.0 - 11.0		
PCT	0.21 %	0.20 - 0.50		
PDW	15.0 %	10.0 - 18.0		



COMENTARIOS:

HIPERCRONIA:
 Tiempo de Sangría: 52"
 Tiempo de Coagulación: 6'47"
 Tiempo de Protombina: 12"

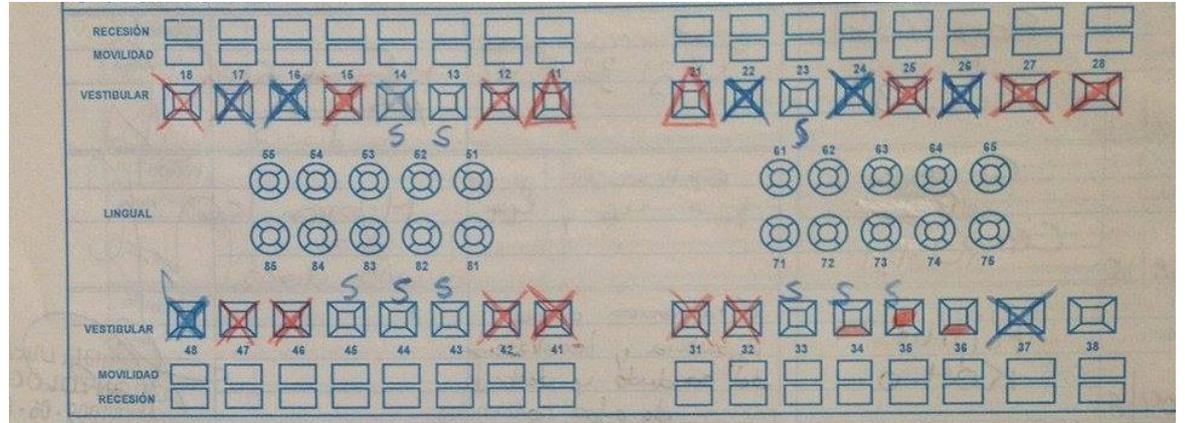
FIRMAR



Anexo 3

Odontograma

Figura 2



Anexo 4 figura 3



Anexo 5.

Figura 4

Presupuesto.

Materiales	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Kit de resinas	1	\$ 30,00	\$ 30,00
Set de fresas para pulir	1	\$ 10,00	\$ 10,00
pasta profiláctica	1	\$ 8,00	\$ 8,00
Flúor	1	\$ 7,00	\$ 7,00
fresas para turbina	8	\$ 10,00	\$ 80,00
caja de guantes	1	\$ 7,00	\$ 7,00
caja de mascarillas	1	\$ 8,00	\$ 8,00
campos desechables	10	\$ 1,00	\$ 10,00
Gorros	20	\$ 0,25	\$ 5,00
Succionadores	1	\$ 6,00	\$ 6,00
conos de gutapercha	1	\$ 7,00	\$ 7,00
conos de papel	1	\$ 7,00	\$ 7,00
limas k	2	\$ 7,00	\$ 14,00
limas h	2	\$ 7,00	\$ 14,00
Espaciadores	1	\$ 7,00	\$ 7,00
material pesado	1	\$ 50,00	\$ 50,00
Alginato	1	\$ 8,00	\$ 8,00
Yeso	2	\$ 1,75	\$ 3,50
coronas metal-porcelana	2	\$ 35,00	\$ 70,00
eker metálico	1	\$ 45,00	\$ 45,00
impresiones hojas	1	\$ 54,75	\$ 54,75
Cd	1	\$ 3,00	\$ 3,00
viáticos personales	1	\$ 20,00	\$ 20,00
Subtotal			\$ 464,25
Imprevistos		10%	\$ 46.425,00
Total			\$ 520,67

**CRONOGRAMA DE TITULACIÓN
PERIODO MARZO-AGOSTO 2015**

Semana	Fecha	Número de Horas			
		Tutorías Metodológicas	Praxis Profesional	Tutoría Personalizada	Actividades
1	16-17 Abril 2015	5			Talleres presenciales
2	20-24 Abril 2015	10			Talleres presenciales
3	27-30 Abril 2015	10			Talleres presenciales
4	4-8 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
5	11-15 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
6	18-22 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
7	25-29 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
8	1-5 Junio 2015	10			Talleres presenciales
9	8-12 Junio 2015	10			Talleres presenciales
10	15-19 Junio 2015	10			Talleres presenciales
11	22-26 Junio 2015	10			Talleres presenciales
12	29 Junio-3 Julio 2015	10			Talleres presenciales

13	6-10 Julio 2015	5	5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
14	13-17 Julio 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
15	20-24 Julio 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
16	27-31 julio 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
17	3-7 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
18	10-14 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
19	17-21 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
20	24-27 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
21	31 agosto- 4 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
22	7-11 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
23	14-18 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
24	21-25 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
25	28 sept. -2 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
26	5-8 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
27	12-16 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales

28	19-23 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
29	26-30 octubre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
30	9-13 noviembre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
31	16-20 noviembre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
32	23-27 noviembre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
TOTAL DE HORAS		120	80	200	

Anexo 6.

Fotos de la paciente.

PERIODONCIA

figura n°5 Fase de terapia causal.



figura n°6 Terapia periodontal no quirúrgica.



figura n°7 Utilización de antimicrobianos.



figura n°8 Utilización de pasta profiláctica profesional.



figura n°9 Aplicación de geles florados de uso profesional.



Anexo n° 5 **CIRUGIA**

figura n°10 Técnica de anestesia local.



figura n°11 Aplicación de dotador o elevador.



Ver figura n°12 Luxación de los restos.



Figura n°13 Exodoncia de restos.



Anexo n° 6 **OPERATORIA**

Figura n°14 Protocolo de preparación cavitaria.



Figura n°15 Protocolo de restauración.



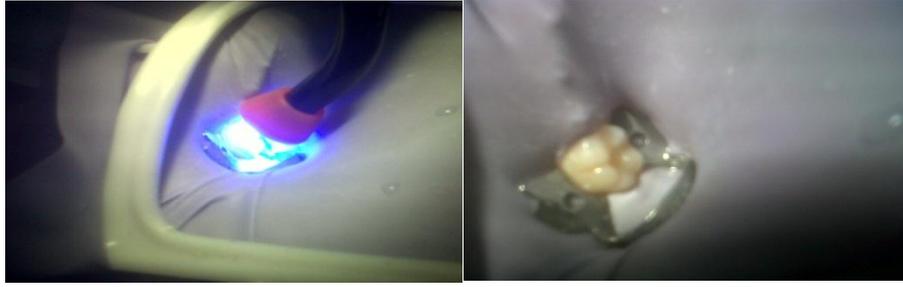


Figura n°16 Terminación de la restauración



Anexo n° 7 **ENDODONCIA**

figura n°17 Diagnóstico y pronóstico.



figura n°18 Aislamiento del campo operatorio.



figura n°19 Acceso del conducto radicular.



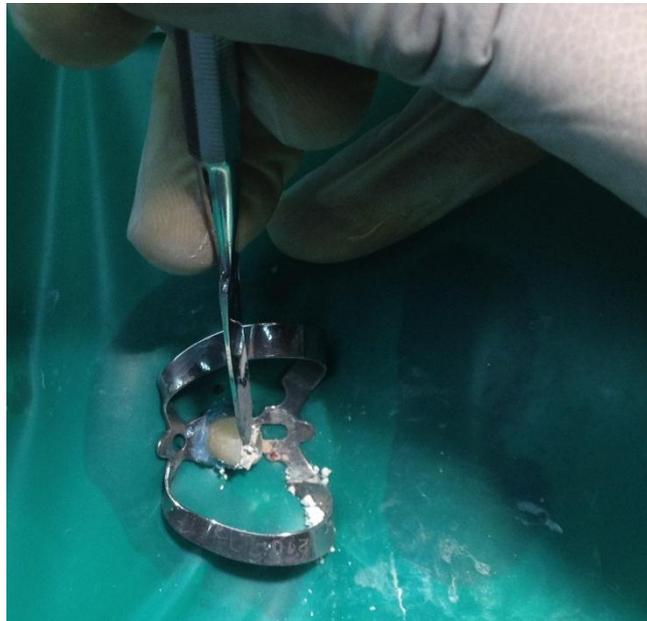


figura n°20 Preparación de conducto.

•



Figura n°21 Obturación del conducto.



- figura n°22 Restauración pos tratamiento endodóntico



ANEXO 8 PROTESIS FIJA

figura n°23 Toma de impresión con alginato



figura n°24 Elaboración de modelos de estudio

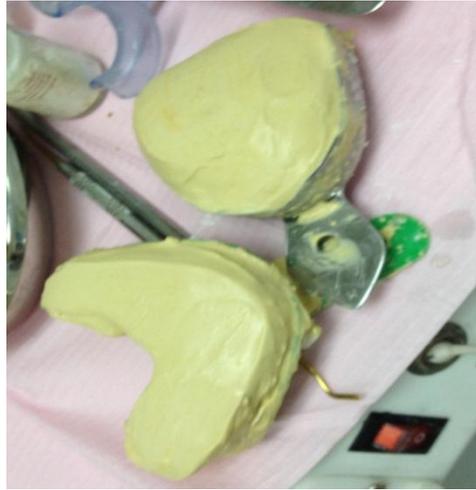


figura n°25 Tallado de las piezas dentales





figura n°26 Retaccion gingival



figura n°27 Toma de impresión



figura n°26 Elaboración de una corona provisional



figura n°29 Prueba de metal



figura n°30 Prueba de bizcocho



figura n°31 Glaseado y cementación definitiva



Ver anexo n° 7 PROTESIS A PLACA

figura n°32 Toma de impresión anatómica con alginato.



figura n°33 Elaboración de Modelos de estudio y diseño preliminar.



figura n°34 Registro de mordida.



figura n°35 Impresión definitiva.



figura n°36 Prueba de prótesis en cera.





figura n°37 Prueba e instalación de la prótesis



ANTES DEL TRATAMIENTO



PACIENTE REHABILITADO



BIBLIOGRAFÍA

- Bottino Marco Antonio (2009) *Estética en prótesis Libres de Metal en Dientes Naturales y Implantes* (1era edición). Brasil. Editorial: Artes Medicas Latinoamérica
- Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S. (2013). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. (2da ed.), Madrid, Reino de España. Paraninfo
- Carlos Canalda Sahli y Esteban Brau Aguadé (2014) *Endodoncia Técnicas Clínicas y Bases Científicas* (3ra edición) Reino de España. Editorial Elsevier
- Carr, A. B. / Elsevier - Mosby (2006) *Prótesis Parcial Removible* (11ma edición). Editorial: McCracken
- Carranza y Cols. (2010). *Carranza Periodontología Clínica*. (10ª ed.). Elsevier. Reino de España.
- Cosme Gay Escoda y Leonardo Berini Aytés (2011) *Tratado de Cirugía Bucal* (Reimpresión – 2011). Reino de España. Ediciones Ergón, S.A.
- Eley B. M. – Soory M. & Manson (2010). *Periodoncia*. Elsevier. España
- Gunnar Bergenholtz, Preben Horsted-Bindslev & Claes Reit (2011) *Endodoncia*. (2da Edicion) Estados Unidos de Mexico. El manual moderno.
- Hargreaves, K., & Cohen, S. (2011). *Vias de la pulpa* (10ma ed.).Reino de España. Elsevier
- Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W. & Sanz, M (2014). *Periodoncia e implantología dental de Hall: toma de decisiones*. Primera edición. El Manual Moderno, 2014. México, D.F.
- James L. Gutmann y Paul E. Lovdahl (2012) *Solución de problemas en endodoncia Prevención, identificación y tratamiento* (5.ª edición) Reino de España Editorial: Elsevier

- James R. Hupp, Edward Ellis, Myron R. Tucker (2014) *Cirugía Oral y Maxilofacial contemporánea* (6ta edición) Reino de España. Editorial: Elsevier
- Lanata y cols. (2008) *Atlas de Operatoria Dental*. Primera edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina. Alfaomega
- Langlais, R. P., Miller, C. S., & Nield-Gehrig, J. S. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos. El Manual Moderno.
- Lindhe y Lang. (2009). *Periodontología clínica e Implantología odontológica*. (5ªed.). Médica Panamericana. República de Argentina
- Martínez Treveño José Alberto. (2009). *Cirugía oral e Implantología*. Estados Unidos Mexicanos. Editorial El Manual Moderno.
- Ministerio de Salud Pública (Ecuador) *Protocolos Odontológicos. Salud Bucal*, 2014. Ministerio de Salud Pública (2014) Editorial: Dirección nacional de normalización.
- Mooney, J. B., & Barrancos, P. J. (2008). *Operatoria dental: integración clínica*. (5ta ed.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina. Médica Panamericana
- Pedrola Fernando (2008) *Implantología Oral alternativas para una prótesis exitosa*. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A. (Amolca) (2008)
- Rosentiel y cols. (2008). *Prótesis Fija Contemporánea*. (4ª.). Editorial Elsevier España. Reino de España.