



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Trabajo de Titulación.

Tema.

Rehabilitación Oral de paciente con múltiples lesiones pulpares, período abril - julio
2015.

Autora:

Yara Angélica Mero Farfán.

Tutora:

Odo. Jessica Valentina García Loor.

Portoviejo – Provincia Manabí – República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE TUTORA DE SISTEMATIZACIÓN DE PRÁCTICAS.

Odo. Jessica Valentina García Loor, certifica que el trabajo de Sistematización Práctica titulado: **Rehabilitación Oral de paciente con múltiples lesiones pulpares, período abril - julio 2015**, es trabajo original de la estudiante Yara Angélica Mero Farfán, la misma que ha sido realizada bajo mi tutoría.

Odo. Jessica Valentina García Loor.

Tutora de Sistematización de Prácticas.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Rehabilitación Oral de paciente con múltiples lesiones pulpares, período abril – julio 2015. Trabajo de Sistematización Práctica sometido a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana. Mg.Gs.

Coordinadora de la carrera.

Odo. Jessica Valentina García Loor.

Tutora de Trabajo de Titulación.

Odo. Verónica Ramos León Mg. Gs.

Miembro del Tribunal.

Odo. Yohana Macías Yen Chong Mg. Gs.

Miembro del Tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad y resultados del presente trabajo de Sistematización Práctica, titulado: **Rehabilitación Oral de paciente con múltiples lesiones pulpares, período abril - julio 2015**, corresponden exclusivamente a la autora, y los derechos de autoría pertenecen a la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Además, los derechos de autoría del trabajo de Sistematización de prácticas serán cedidos a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Yara Angélica Mero Farfán.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Mi más sincero agradecimiento a todos y cada uno de los pilares que han sido y son parte importante en mi vida, en primer lugar a Dios porque sin él nada sería posible, a mis padres: Yéilver Mero Cedeño y Ma. Angélica Farfán Loor, que con sacrificio y compromiso me apoyaron en este recorrido, a mis hermanas, abuelos, a mis compañeros y compañeras quienes siempre me brindaron su comprensión incondicional y con quienes compartí el impredecible mundo de las clínicas, horas largas de clases, investigaciones de campo y de quienes aprendí mucho.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo, a la Carrera de Odontología por brindarme la oportunidad de aprendizaje, toda la enseñanza y a los docentes de la carrera por prepararnos para enfrentar los retos y desafíos que se presentan en la vida profesional, muchas gracias por sus sabios consejos; agradezco también a quien nos ayudó a recorrer este camino a pesar de las circunstancias adversas que se presentaron y fue parte importante para la realización de este trabajo, Odo. Jessica García Loor, directora del mismo.

Yara Angélica Mero Farfán.

DEDICATORIA.

El presente trabajo quiero dedicarlo en primer lugar a Dios, por darme la constancia, perseverancia y el empeño que conlleva estudiar esta carrera, por iluminar cada paso de este largo camino recorrido, a mis padres, de manera especial a mi madre María Angélica Farfán Loo ya que sin ella este trabajo no sería posible y porque fue la que estuvo conmigo siempre que sentía desvanecerme pero que con sus consejos, apoyo y sobre todo amor hizo que yo fuera capaz de continuar esta lucha; a mis abuelitos, Oswaldo y Nelly; a mis hermanas por brindarme su apoyo incondicional y tener siempre palabras de aliento en los momentos de flaquezas.

Dedico este trabajo además a mis amigos, esos que estuvieron conmigo en los momentos que más necesite, en los buenos, los malos y difíciles pero no imposibles de superar, a todos quienes tuvieron para mi tanta paciencia y tolerancia.

Yara Angélica Mero Farfán.

RESUMEN.

El objetivo de la Sistematización de Prácticas fue la Rehabilitación Oral de una paciente con múltiples lesiones pulpares, período abril – julio 2015, diagnosticadas por medio de la ficha odontológica 033.

La Rehabilitación Oral consistió en un plan de tratamiento, en el cual se realizaron extracciones de restos radiculares, endodoncias debido a la presencia de restauraciones muy extensas de amalgama que afectaban la vitalidad pulpar de las piezas dentarias, operatorias dentales para la extirpación de tejidos cariados, profilaxis dental para la eliminación de placa bacteriana y leve cálculo dental, y por último la confección de prótesis dentales para la reproducción de las piezas perdidas.

Las piezas dentarias que recibieron tratamientos de conductos presentaron, en común, el diagnóstico de pulpitis aguda serosa, la misma que se caracteriza por un dolor agudo, localizado, que no cede tras la aplicación de un estímulo doloroso, principalmente el frío, aunque el calor o el contacto con determinados alimentos también pueden producir dolor. El tratamiento de esta patología consiste en la eliminación del tejido pulpar, limpieza y conformación del sistema de conductos radiculares y se obtura el mismo.

La paciente presentaba ausencia de piezas dentarias números 14, 16, 26, 35, 37 y 46; restauraciones con amalgama en las piezas números 15, 24, 25 y 27; tratamiento de conducto en la pieza número 21; restauración con resina en la pieza dentaria

número 11 y presencia de restos radiculares correspondientes a las piezas números 36 y 47.

Como resultado del tratamiento, la encía y el hueso alveolar cicatrizaron adecuadamente luego de las extracciones, favoreciendo a la confección de la placa parcial removible de acrílico inferior; se devolvió la estética con el recambio de restauraciones de amalgama por restauraciones de resina y con la confección de la corona de porcelana en el sector anterior; se mejoró la función masticatoria y estética mediante la confección de una corona de metal porcelana en el sector posterosuperior derecho. En conclusión, el estado de salud bucal de la paciente mejoró permitiendo un nivel de vida más satisfactoria, optimizando la autoestima de la paciente.

Palabras Claves: Rehabilitación Oral, lesiones pulpares.

ABSTRACT.

The aim of the systematization of Practice was the Oral Rehabilitation of a patient with multiple injuries pulp, period April to July 2015, diagnosed through dental record 033.

Oral Rehabilitation consisted of a treatment plan in which removal of root fragments were performed, root canals because of the presence of very large amalgam restorations affecting pulp vitality of the teeth, dental operative for the removal of decayed tissue, for the removal of dental plaque and calculus prophylaxis mild, and finally making dentures for playing pieces losses.

Receiving the teeth root canals had, in common, the diagnosis of acute pulpitis serosa, the same which is characterized by acute pain, localized, not giving after application of a painful stimulus, mainly the cold, although the heat or contact with certain foods can also cause pain. Treatment of this condition involves the removal of the pulp tissue, cleaning and shaping the root canal system and it is sealed.

The patient had missing teeth numbers 14, 16, 26, 35, 37 and 46; amalgam restorations in parts numbers 15, 24, 25 and 27; root canal in the room number 21; composite restoration in the tooth number 11 and the presence of root fragments corresponding to parts 36 and 47 numbers.

As a result of treatment, the gum and the alveolar bone was healed properly after withdrawals, favoring the production of removable partial acrylic plate bottom; aesthetics returned with the replacement of amalgam restorations and composite restorations to the manufacture of the porcelain crown in the anterior region; masticatory and aesthetic function was improved by making a porcelain crown in the right posterior metal sector. In conclusion, the oral health status of the patient improved allowing more satisfactory level of life, optimizing the patient's self-esteem.

Keywords: Oral Rehabilitation, pulp injury.

ÍNDICE.

| | |
|--|-----|
| Certificación de Tutora de Sistematización de Prácticas. | II |
| Certificación del Tribunal Examinador. | III |
| Declaración de autoría. | IV |
| Agradecimiento. | V |
| Dedicatoria. | VI |
| Resumen. | VII |
| Abstract. | IX |
| Índice. | XI |
| Introducción. | 1 |
| | |
| Capítulo I. | |
| 1. Problematización. | 2 |
| 1.1. Tema. | 2 |
| 1.2. Planteamiento del problema. | 2 |
| 1.3. Delimitación. | 4 |
| 1.4. Justificación. | 4 |
| 1.5. Objetivos. | 6 |
| 1.5.1. Objetivo general. | 6 |
| | |
| Capítulo II. | |
| 2. Marco Teórico Conceptual. | 7 |
| 2.1. Historia clínica actual. | 7 |
| 2.2. Rehabilitación oral. | 11 |
| | XI |

| | | |
|------|-----------------------------|----|
| 2.3. | Periodoncia. | 11 |
| 2.4. | Operatoria Dental. | 15 |
| 2.5. | Exodoncia. | 20 |
| 2.6. | Retratamiento endodóntico. | 25 |
| 2.7. | Endodoncia. | 25 |
| 2.8. | Prótesis Fija. | 32 |
| 2.9. | Prótesis parcial removible. | 37 |

Capítulo III.

| | | |
|--------|--------------------------------|----|
| 3. | Marco metodológico. | 40 |
| 3.1. | Modalidad de la investigación. | 40 |
| 3.2. | Método. | 40 |
| 3.2.1. | Protocolo de Tratamientos. | 41 |
| 3.3. | Marco Administrativo. | 43 |
| 3.3.1. | Recursos. | 43 |
| 3.3.2. | Materiales. | 44 |
| 3.3.3. | Económicos. | 46 |
| 3.4. | Ética. | 46 |
| 3.5. | Presupuesto. | 47 |
| 3.6. | Cronograma. | 47 |

Capítulo IV.

| | | |
|----|-------------|----|
| 4. | Resultados. | 48 |
| | Anexo 1. | 50 |
| | Anexo 2. | 51 |

| | |
|---------------|----|
| Anexo 3. | 52 |
| Anexo 4. | 53 |
| Anexo 5. | 54 |
| Anexo 6. | 55 |
| Anexo 7. | 57 |
| Anexo 8. | 58 |
| Anexo 9. | 59 |
| Anexo 10. | 60 |
| Anexo 11. | 61 |
| Anexo 12. | 62 |
| Anexo 13. | 63 |
| Anexo 14. | 65 |
| Anexo 15. | 66 |
| Anexo 16. | 68 |
| Anexo 17. | 71 |
| Bibliografía. | |

INTRODUCCIÓN.

La Rehabilitación Oral ha evolucionado a lo largo de los años. Por lo tanto se hace preciso indicar que la visión limitada y enfocada a una sola especialidad puede llevar a no apreciar soluciones clínicas adecuadas en la resolución de los tratamientos. Además, es la parte de la Odontología que se encarga de devolver la función y armonía oral del paciente así como también de solucionar problemas estéticos, siempre en busca de una oclusión correcta.

El presente trabajo de Titulación se refiere a la Rehabilitación Oral de paciente con múltiples lesiones pulpares, teniendo como finalidad rehabilitar su cavidad bucal, realizándose tratamientos de conducto para evitar las extracciones de las piezas dentarias; además de devolver la estética a la paciente con la elaboración de coronas en las piezas que así lo requieran.

Poniendo en práctica los conocimientos aprendidos sobre el proceso de diagnóstico y plan de tratamiento que son los factores que determinarían el éxito de la rehabilitación. Se emplearon diversos métodos para cada especialidad, entre ellas Cirugía, Periodoncia, Endodoncia, Operatoria, Prótesis Fija y Prótesis Removible, ejecutando el respectivo procedimiento para cada una de ellas.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Rehabilitación Oral de paciente con presencia de múltiples lesiones pulpares, período abril – julio 2015.

1.2. Planteamiento del Problema.

A nivel mundial las lesiones pulpares son problemas de salud bucodental que afectan a los diferentes individuos y que provocan una alta frecuencia y efectos de dolor, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida. Todo lo anteriormente mencionado complica la masticación, fonación y deglución, por lo que requieren su inmediata atención.

Examinando la información publicada en el sitio web de Chein y colaboradores¹ (2013) manifiesta que:

El objetivo principal de este estudio fue determinar el perfil de salud-enfermedad bucal de las personas adultos mayores (AM) de Lima urbana, tomando en cuenta la prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal, lesiones mucosa bucal y necesidades de tratamiento. Se realizó un estudio de tipo descriptivo-trasversal en 120 personas adultas mayores de 60 años, que viven en Lima cercado y distritos. La recolección de datos se realizó a través del método de observación clínica y entrevista haciendo uso de los índices y procedimientos de la OMS. Los resultados obtenidos fueron: edad promedio 71 años, con prevalencia del sexo femenino (70%) y educación secundaria, presencia de hipertensión arterial 33% y diabetes mellitus 10.8 %, trastornos de la mucosa en un

¹Chein, S., Campodónico, C., Benavente, L. y Vidal, R. (2013) El perfil de salud-enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima urbana 2012. Volumen 16 – Número 2. Consultado el 14 de agosto, 2015. En: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/5439/5862>.

10.8%, siendo del tipo ulceración localizadas en el paladar y rebordes alveolares. Presencia de cálculos y sangrado periodontal, en el 52% de la población. El 23.3% necesita profilaxis y solo un 11% raspaje radicular. De los dientes presentes en boca el 23% han perdido fijación en 4-5 mm. Solo 5.82% de los dientes se encuentran sanos, siendo el promedio de caries 4.43, dientes perdidos 14,77 del 53%. El CPO tuvo una media de 19.71. Ds. 6.74. El 31.7% usan prótesis total removible superior y prótesis fija en un 19,2%. En el maxilar inferior un 20% utilizan PPR y el 13,3% usan prótesis total y fija 9,27%. Encontrándose una alta necesidad de prótesis removible en maxilar superior e inferior. Se logró determinar que la salud bucal de las personas adultas mayores es mala por efecto de la caries y enfermedad periodontal y con gran necesidad de higiene, operatoria y prótesis parcial removible, removibles totales y fijas. (p. 29)

Analizando la información publicada en el sitio web de Fernández y colaboradores²

(2012) se puede manifestar que:

Se realizó un estudio analítico de corte transversal en el área de salud del Policlínico "27 de Noviembre" del municipio Marianao, La Habana, Cuba, en el periodo correspondiente de enero a diciembre de 2009. Se incluyeron todos los pacientes que acudieron al servicio de urgencia, que presentaron lesiones periapicales agudas, según la clasificación de las Guías Prácticas Clínicas de las enfermedades periapicales, entre las edades de 19 a 59 años. El resultado fue de 150 pacientes a los cuales se les realizó el interrogatorio, el examen clínico y la historia clínica. (p. 107)

Investigando la información publicada en el sitio web de Bertrán y Rosales³ (2013) se expone que:

Se realizó un estudio descriptivo y transversal a pacientes comprendidos entre 19 y 59 años de edad quienes asistieron a la consulta de Urgencia Estomatológica de la clínica "Felipe Soto", del municipio Boyeros, de febrero del 2010 a junio del 2011. El universo fue de 250 pacientes a los que se realizó un examen clínico-estomatológico, de los cuales solo 154 presentaron este tipo de lesiones; se analizaron variables como edad, sexo, grupo dentario y causa de la enfermedad. (p. 95)

²Fernández, M. y colaboradores (2013) Lesiones periapicales agudas en pacientes adultos. Revista Cubana de Estomatología. Volumen 49 – Número 2. Consultado el 12 de agosto, 2015. En: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v49n2/est04212.pdf>.

³Bertrán, G. y Rosales, J. (2013) Lesiones pulpares y periapicales en la consulta de Urgencias Estomatológica. Clínica "Felipe Soto". 2010-2011. Volumen 13 – Número 1. Consultado el 14 de agosto, 2015. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000100011

En el cantón Portoviejo, en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio, se rehabilitó la cavidad oral de una paciente que presentaba múltiples lesiones pulpares, período abril – julio 2015, la cual presentó diversas restauraciones con amalgama que al observarlas radiográficamente permitieron constatar su comunicación con la pulpa dentaria; además presentaba pieza dentaria con cambio de color debido a una endodoncia ya realizada, caries dental, focos infecciosos para ser eliminados y ausencia de piezas dentarias.

1.3. Delimitación.

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspecto: Rehabilitación Oral.

Delimitación espacial: Clínicas Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el Cantón Portoviejo, Provincia Manabí, República del Ecuador.

Delimitación temporal: Período abril - julio del 2015.

1.4. Justificación.

Para llevar a cabo exitosamente cualquier tratamiento odontológico, es importante la realización de un adecuado diagnóstico y planificación del mismo, de este modo se logran optimizar los resultados para el beneficio del paciente, tanto en su rehabilitación como para el operador en el enriquecimiento de su conocimiento profesional.

Al establecer la problemática, se podrán proporcionar las medidas convenientes para mejorar la salud oral y calidad de vida de la población cumpliendo con el objetivo 3 del Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Gobierno Nacional de la República del Ecuador⁴ (2013) en el que sostiene que:

El artículo 358 establece el Sistema Nacional de Salud para el desarrollo, protección y recuperación de capacidades y potencialidades bajo los principios de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional, incluyendo los servicios de promoción, prevención y atención integral. La salud se plantea como un instrumento para alcanzar el Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable. (p. 136)

El trabajo actual es de relevante importancia debido a la necesidad que presenta la comunidad en general por recibir una atención odontológica de calidad, principalmente en la población con escasos recursos económicos y que presentan dificultad para acceder a este servicio de salud. Además este trabajo ayudará a mejorar la estética de la paciente y a conservar sus piezas dentarias en la cavidad oral; procurando optimizar su calidad de vida, puesto que un mejor conocimiento de los problemas dentarios permitirá conservar una adecuada salud de la misma y evitar complicaciones futuras.

En el ámbito personal este trabajo se justifica para lograr poner en práctica todos los conocimientos y destrezas aprendidos durante la etapa académica para la realización de cada técnica y procedimiento. La beneficiaria directa fue la paciente de 50 años, puesto que se rehabilitó completamente su cavidad oral en las Clínicas Odontológicas. Para la ejecución del trabajo de Titulación se contó con el apoyo de la

⁴Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Gobierno Nacional de la República del Ecuador. (2013) Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017. Consultado el 11 de agosto, 2015. En: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>

Institución, la misma que ofreció su departamento dental para la ejecución de los diferentes tratamientos, además la autora tuvo los recursos necesarios para llevarlos a cabo, por lo que este trabajo fue factible.

1.5. Objetivo.

1.5.1. Objetivo General.

Rehabilitar la cavidad oral de una paciente con presencia de múltiples lesiones pulpares, período abril – julio 2015.

CAPITULO II.

2. Marco Teórico Conceptual y Referencial.

2.1. Historia clínica actual.

Paciente de 50 años de edad, sexo femenino, raza mestiza con antecedentes de salud aparente; acude a la consulta odontológica porque hace 2 meses inició con odontalgia en la hemiarcada posteroinferior derecha, la paciente refiere un dolor de tipo lancinante, intensidad leve soportable, que se da durante la masticación, se exacerba con el frío y cedió con la administración de Ibuprofeno, cada 8 horas, durante 2 días. Además refirió dolor en la zona posteroinferior derecha de tipo lancinante, con una intensidad leve soportable y se asocia a la ingestión de alimentos ácidos. Hasta la actualidad no necesitó la administración de ningún tipo de medicamento para esta molestia. La paciente indica que se siente incómoda y se avergüenza un poco al sonreír, debido al cambio de coloración de uno de sus dientes en la zona anterior. También señala que dicho diente presenta una endodoncia realizada hace 2 años.

Antecedentes Patológicos Personales y Familiares.

Antecedentes patológicos personales: No refiere.

Antecedentes patológicos familiares: La madre falleció por cáncer de colón.

Examen Físico General.

Paciente de biotipo brevilíneo, consciente, ubicada en tiempo y espacio que deambula sin dificultad y que no presenta fascies patognomónica de ninguna enfermedad. Presenta piel y mucosas con hidratación y coloración normal, sin

lesiones visibles, temperatura de 37°C, frecuencia cardíaca de 64 pulsaciones/minuto y presión arterial de 110/70. Panículo adiposo conservado. Faneras sin alteraciones, no hay signos de onicomycosis. (Ver Anexo 4)

Examen Físico Regional.

Examen Extraoral.

Inspección: Al examen físico de cabeza y cuello la paciente no presenta patología aparente. La paciente presenta simetría facial y no hay evidencias de edema ni tumores. Coloración de labios normal. No presenta nevos, cicatrices ni lesiones. Tono muscular conservado. Pliegues cutáneos normales y simétricos. Implantación auricular normal. Cabello de coloración, consistencia e implantación normales.

Palpación: Cadenas ganglionares no palpables. Leve chasquido articular en la temporomandibular que se origina cuando el desplazamiento del cóndilo no es acompañado por el menisco articular y sucede principalmente al desplazarse hacia adelante (apertura). (Ver Anexo 5)

Auscultación: Latido carotídeo de buen tono y frecuencia.

Examen Intraoral.

Inspección: La paciente presenta: restos radiculares de las piezas número 36 y 47, lesiones pulpares en las piezas números 15, 24, 25 y 45, un retratamiento de endodoncia en la pieza número 21, caries dental en las piezas números 17 (cara oclusal) y 22 (cara palatina), restauración defectuosa en la pieza número 11 (cara

vestibulomesiopalatina) y ausencia de las piezas números 14, 16, 26, 35, 37 y 46. El CPO indica: 9 piezas cariadas, 6 piezas perdidas y 2 obturaciones. (Ver Anexo 6)

La placa bacteriana es de consistencia blanda, mate, color blanco-amarillo y se la observa localizada en pocas piezas dentarias, de forma mínima. La encía se observa de color rosado coral más oscuro, pigmentadas y de consistencia firme y resistente, excepto en el margen gingival que es más suave y tiene más movilidad. La mucosa gingival y los carrillos no presentan asimetría ni cambios en la piel como costras o fisuras; en las zonas donde faltan piezas dentarias la mucosa de la mejilla tiende a rellenar este espacio por lo que en este caso aparecerá un bultito en la zona de la mejilla que contacta con el hueco dentario.

El suelo de la boca tiene una mucosa delgada, rosada y húmeda. En la parte central se encuentra el "frenillo lingual" y a ambos lados unas prominencias que corresponden a las glándulas salivares sublinguales que se sitúan a este nivel; ausencia de bultos o nódulos anormales. Las amígdalas se observan normales, de coloración roja, con nódulos linfáticos normales. El paladar duro tiene una mucosa rosa pálido o azulada, firme y gruesa que se adhiere al hueso. En la parte anterior se observan las rugosidades palatinas, en la parte central se aprecia una prominencia dura llamada "torus palatino". No presenta manchas ni aumentos anormales de volumen. El paladar blando tiene una coloración rosa más oscura, lisa, brillante y húmeda. La úvula se observa normal, es decir, no está inflamada ni irritada.

La paciente presenta el hábito de respiración bucal. La lengua tiene una apariencia normal, es decir, normotónica con movimientos libres, de color rosado,

bien hidratada y presenta una delgada capa saburral levemente blanda. Salivación aparentemente normal.

Palpación: Las piezas dentarias no presentan movilidad. La temperatura intraoral es de 37°C. No presenta adenopatías.

Percusión: Horizontal: Resultado positivo en piezas números 15, 44 y 45
Resultado negativo en piezas números 11, 12, 13, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 31, 32, 33, 34, 41, 42, y 43.
Vertical: Resultado positivo en piezas números 21, 25 y 45
Resultado negativo en piezas números 11, 12, 13, 17, 22, 23, 24, 27, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 y 44.

Exámenes Complementarios Indicados.

Radiografía Panorámica. (Ver Anexo 7)

Radiografías Periapicales. (Ver Anexo 8. Figuras 1 - 6)

Examen de Laboratorio: Biometría Hemática y Pruebas de coagulación. (Ver Anexo 9)

Examen Radiográfico.

Al examen radiográfico se observó lo siguiente: cresta alveolar horizontal en la arcada superior, excepto en el espacio edéntulo correspondiente a la pieza número 26 que presenta cresta alveolar vertical. En la arcada inferior se observa cresta alveolar horizontal en todas las piezas dentarias. El ligamento periodontal está normal en ambas arcadas.

Diagnóstico Presuntivo.

Restos radiculares en el sector posteroinferior derecho e izquierdo.

Pulpitis.

Endodoncia defectuosa.

Restauración defectuosa.

Piezas dentarias con restauraciones de amalgamas muy extensas.

Caries dentales.

Presencia de placa bacteriana.

2.2. Rehabilitación Oral.

La Rehabilitación Oral es la especialidad de la odontología que devuelve la función al sistema estomatognático de una persona, se encarga además, de controlar los factores biológicos, mecánicos y estéticos que constituyen las bases racionales en el tratamiento. Dentro de la Rehabilitación Oral se encuentra la Implantología, la Prostodoncia y las demás especialidades formando un conjunto integral para el desarrollo funcional y estético de la cavidad oral.

2.3. Periodoncia.

Indagando la información publicada en la obra de Eley y colaboradores⁵ (2010) se puede señalar que:

La encía sana es rosa, firme, de márgenes finos y con una forma festoneada que le permite ajustarse al contorno de los dientes. Su color puede variar según la cantidad de pigmentación por melanina en el epitelio, el grado de queratinización del mismo y la vascularización y naturaleza fibrosa del tejido conjuntivo subyacente. En individuos caucásicos, la pigmentación es mínima; en pacientes de origen africano o asiático, puede haber zonas de color marrón o azul-negro que cubran una

⁵Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2010). Periodoncia. (6° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier España, S.L.

gran parte de la encía; en individuos de origen mediterráneo, se encuentran parches ocasionales de pigmentación. (p. 2)

Exploración dental.

Estudiando informaciones publicadas en el sitio web Scielo, de Serrano y Herrera⁶ (2005) se cita que:

Anthony van Leeuwenhoek observó en 1683 que la placa dental estaba compuesta por depósitos blandos con microbios y restos de comida. Posteriormente, en 1898, Black definió la placa dental, como placas blandas gelatinosas. En 1965, Egelberg y cols determinaron los estadios en la formación de la placa dental. (p. 432)

Se le realizó a la paciente una profilaxis dental, debido a que presentaba placa bacteriana y leve cálculo dental. Además se observó una leve gingivitis ocasionada por la misma placa bacteriana que como Enrile de Rojas y colaboradores⁷ (2009) sostienen:

La gingivitis causada por placa bacteriana es la forma más prevalente de todas las enfermedades que afectan al periodonto. La etiología bacteriana fue demostrada ampliamente desde la década de 1960 con el estudio clásico de la gingivitis experimental de Loe et al, y posteriormente duplicada por muchísimos investigadores. Estos estudios han demostrado que la gingivitis se desarrolla cuando la placa se acumula sobre las superficies dentales y siempre desaparece cuando se remueve la placa. (p. 10)

⁶Serrano, J. y Herrera, D. (2005) La placa dental como biofilm. ¿Cómo eliminarla?. Scielo. RCOE. Volumen 10 – Número 4. Consultado el 05 de julio, 2015. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2005000400005.

⁷Enrile, F. y Fuenmayor F., V. (2009). Manual de Higiene. Reino de España. Editorial Médica Panamericana.

Sondaje.

Analizando la información publicada en la obra de Palma y Sánchez⁸ (2007) se plantea que: “Las sondas de exploración permiten detectar la presencia de cálculo supra e infragingival, caries y la rugosidad de las superficies radiculares” (p. 365).

Investigando informaciones publicadas en la obra de Harpenau y Lundergan⁹ (2013) se sugiere que:

La cantidad de encía insertada necesita determinarse. Es necesario medir y registrar el ancho total de la encía (del margen gingival a la unión mucogingival) y la profundidad de sondeo (la que va de dicho margen a la bolsa del surco); después se debe calcular la anchura de la encía insertada y restarle la profundidad de sondeo del ancho total de la encía. La cantidad de encía insertada es un buen indicador de un problema mucogingival potencial. Una encía insertada mínima no significa que sea necesario un problema correctivo; la decisión del aumento dependerá de la edad del paciente, historia de la recesión y plan de tratamiento dental. (¶)

Eliminación del cálculo supragingival.

Se realizó la limpieza con curetas que son instrumentos de acero inoxidable que permiten la limpieza de los dientes y los espacios interdientales, estos se adaptarán en la superficie de todas las piezas para llegar a cada rincón y eliminar el cálculo supragingival. Una vez que se culminó el raspado, se utilizó una pasta y un cepillo profiláctico para pulir la superficie de las piezas dentarias y culminar así la limpieza.

Analizando informaciones publicadas en la obra de Eley y colaboradores¹⁰ (2010) se puede indicar que:

⁸Palma, A. y Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica (2° ed.). Reino de España. Editorial Paraninfo, S.A.

⁹Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W. y Sanz, M. (2013). Periodoncia e Implantología dental de Hall. República de Colombia. Editorial El Manual Moderno.

Cálculo supragingival: Por definición, es coronal al margen gingival. Se deposita primero en las superficies dentales que se encuentran frente a la salida de los conductos salivales, en las superficies linguales de los incisivos inferiores y en las superficies vestibulares de los molares superiores, pero puede depositarse en cualquier diente o prótesis dental que se hayan limpiado bien (p. ej., en la superficie oclusal de un diente sin antagonista). Es de color amarillo claro, salvo que se haya teñido por otros factores (p. ej., tabaco, vino, betel), bastante duro y frágil y se desprende con facilidad del diente con un instrumento adecuado. (p. 22)

Indagando la información publicada del sitio web de Castilla¹¹ (2003) se conoce que:

El cálculo o tártaro es una concreción que se forma en el diente o prótesis dentales por calcificación de la placa bacteriana. Su eliminación sobre esmalte resulta sencilla ya que hay un buen acceso y visibilidad, la dureza del cálculo es inferior a la del esmalte y, generalmente, se realiza con el aparato de ultrasonidos. (pp. 1,2)

Examinando la información publicada en la obra de Palma y Sánchez¹² (2007) se puede saber que: “Curetas: Instrumentos de hoja fina, que permiten la eliminación del cálculo subgingival, el cemento radicular alterado (alisado radicular) y tejidos blandos afectados (curetaje subgingival), limpiando las bolsas periodontales” (p. 365).

Pulido de las superficies dentales.

Investigando la información publicada en la obra de Palma y Sánchez¹³ (2007) se reflexiona que: “El pulido dental se realiza por frotamiento, fricción o por aplicación de sustancias abrasivas después del raspado, obteniendo una superficie lisa

¹⁰Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2010). Periodoncia. (6° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier España, S.L.

¹¹Castella, E. (2003) Raspado y alisado radicular en áreas de difícil acceso. Trabajo de investigación. Volumen 13 – Número 2. Consultado el 03 de mayo, 2015. En: <http://ca.clinicaestany.com/upload/apartat/raspado-areas-dificiles.pdf>.

¹²Palma, A. y Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica (2° ed.). Reino de España. Editorial Paraninfo, S.A.

¹³Palma, A. y Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica (2° ed.). Reino de España. Editorial Paraninfo, S.A.

al eliminar los defectos causados por los instrumentos de raspaje y que disminuye la adhesión de la placa bacteriana” (p. 370).

2. 4. Operatoria Dental.

Examinando la información publicada en la obra de la Fuente Hernández y colaboradores¹⁴ (2014) se puede referir que:

Los estilos de vida que afectan a la salud general, como el hábito al tabaco, la ingesta excesiva de alcohol, las prácticas higiénicas y el alto consumo de carbohidratos, también afectan la salud bucal y craneofacial. Entre los factores de riesgo se encuentran defectos congénitos, cáncer bucal y faríngeo, enfermedad periodontal, caries y candidiasis, entre otros problemas de salud bucal. (¶)

Observando la información publicada en la obra de Negroni¹⁵ (2009) se puede transmitir que:

La etiopatogenia de la caries dental fue propuesta por W. Miller en 1982; según Miller el factor más importante en la patogenia de la enfermedad era la capacidad de gran número de bacterias bucales de producir ácidos a partir de los hidratos de carbono de la dieta, hipótesis que sustentó experimentalmente al aislar varios grupos de microorganismos bucales que eran cariogénicos. (p.247)

Malagón y colaboradores¹⁶ (2003) citan que: “La caries dental es una enfermedad donde se presenta desmineralización de la parte inorgánica y destrucción de la sustancia orgánica” (p. 44).

¹⁴De la Fuente, J., Sifuentes, M. y Nieto, M. (2014). Promoción y educación para la salud en odontología. Estados Unidos Mexicanos. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

¹⁵Negroni, M. (2009). Microbiología estomatológica. Fundamentos y guía práctica. (2° ed.). República de Argentina. Editorial Médica Panamericana.

¹⁶Malagón L., G., Malagón B., O., Amador, E. y Arango, J. (2003). Urgencias Odontológicas. (3° ed.). República de Colombia. Editorial Médica Panamericana.

Investigando la información publicada en la obra de Nocchi¹⁷ (2007) se puede conocer que:

Ante esta nueva línea de procedimiento en odontología restauradora entendemos que habrá que cuestionar la comunicación de los principios de preparación cavitaria de Black de principios del siglo XX, principalmente en relación con la clasificación de las cavidades sugeridas por el mismo autor presentadas a continuación.

Cavidad de clase I: cavidades preparadas en regiones de pequeños surcos y fisuras, en la cara oclusal de premolares y molares, 2/3 oclusales de la cara vestibular de molares y cara palatina de incisivos superiores; ocasionalmente en la cara palatina de los molares superiores.

Cavidad de clase II: cavidades preparadas en las caras proximales de premolares y molares.

Cavidad de clase III: cavidades preparadas en las caras proximales de incisivos y caninos sin remoción del ángulo incisal.

Cavidad de clase IV: cavidades preparadas en las caras proximales de incisivos y caninos con remoción y restauración del ángulo incisal.

Cavidad de clase V: cavidades preparadas en el tercio gingival de las caras vestibular y palatina de todos los dientes. (p. 8)

Selección del color.

Indagando informaciones publicadas en la obra de Barrancos¹⁸ (2006) se entiende que:

Pese a los numerosos textos y artículos escritos sobre la selección del color, éste sigue siendo un acto operatorio altamente empírico e intuitivo. Los dientes deben estar húmedos. Es conveniente llevar a cabo la selección bajo dos fuentes de luz diferentes, la de la habitación y la natural, por ejemplo. No es conveniente usar el reflector bucal, salvo que esté preparado especialmente para la selección de color, porque su luz es muy intensa y amarillenta.

Se debe seleccionar un color para el cuello, uno para el cuerpo y uno incisal, si el diente posee esas características. Lo mismo se hará si hay líneas, manchas o pigmentaciones que se desee reproducir. (p. 1113)

Apertura de la cavidad.

Indagando informaciones publicadas en la obra de Barrancos¹⁹ (2006) se manifiesta que:

¹⁷Nocchi, C. (2007). *Odontología Restauradora Salud y Estética*. (2° ed.). República Federativa de Brasil. Editorial Médica Panamericana.

¹⁸Barrancos, J. y Barrancos, P. (2006). *Operatoria dental: integración clínica*. (4° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

El uso principal de la fresa redonda consiste en la remoción de tejidos deficientes semiduros o blandos (dentina cariada), para lo cual debe emplearse el tamaño más grande que la cavidad permita y la velocidad convencional. También se las utiliza para eliminar obturaciones temporarias y cementos y para limpiar las paredes cavitarias. (p. 135)
Extirpación de tejidos cariados.

Se procedió primeramente a realizar la eliminación de caries en ambas piezas dentarias empleando una fresa redonda. Una vez eliminada toda la caries y de haber confeccionado una correcta cavidad se realizó el aislamiento del campo operatorio utilizando torundas de algodón y un abreboca para poder tener una mejor visión del mismo.

Conformación de la cavidad.

Se realizó la restauración de las piezas dentarias números 17 y 22 que presentaban caries en las caras oclusal y palatina respectivamente, dichas cavidades ubicadas en estas caras se las conoce como Cavidades Clase I, tal como señala Nocchi²⁰ (2007) que:

Cavidad de clase I: cavidades preparadas en regiones de pequeños surcos y fisuras, en la cara oclusal de premolares y molares, 2/3 oclusales de la cara vestibular de molares y cara palatina de incisivos superiores; ocasionalmente en la cara palatina de los molares superiores. (p. 8)

Aislamiento del campo operatorio.

Examinando informaciones publicadas en la obra de Palma Cárdenas y colaboradores²¹ (2007) se plantea que:

¹⁹Idem.

²⁰Nocchi, C. (2007). Odontología Restauradora Salud y Estética. (2° ed.). República Federativa de Brasil. Editorial Médica Panamericana.

²¹Palma C., A. y Sánchez A., F. (2007). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. (1° ed.). Reino de España. Editorial Paraninfo.

Aislamiento relativo: Debido a que su capacidad de aislamiento se limita a retirar la saliva del campo operatorio, se le denomina “aislamiento relativo”, y se realiza con materiales absorbentes como torundas de algodón o discos de papel o celulosa. Se utilizan en procedimientos dentales que no requieren un campo absolutamente seco, como el sellado de fosas y fisuras o el tallado para prótesis. Su aplicación es sencilla y se realiza colocando vestibular y/o lingualmente torundas o rollos de algodón, bien directamente mediante una pinza y ayudándose con un espejo para retraer los tejidos blandos o con ayuda de portarrollos que ayudan a mantener los algodones en su posición. También se pueden colocar discos de celulosa. En la arcada superior se disponen en la cara vestibular, y cuando se trabaja en sectores posteriores a nivel de la desembocadura del conducto de Stenon. En la arcada inferior se disponen en vestibular y lingual. Se retiran cuando pierden su capacidad de absorción (están empapados), y para su retirada, en ocasiones, es preciso humedecer la zona con la jeringa de agua, para evitar dañar la mucosa. Se suelen utilizar junto con aspiración mediante cánulas. (p. 323)

Colocación de ácido grabador.

Se aplicó ácido grabador por unos 20 segundos, colocándolo primero en la zona de esmalte y luego en dentina; después se lavó la cavidad con abundante agua y se la secó.

Observando informaciones publicadas en la obra de Cuenca Sala y Baca García²² (2013) se puede exponer que: “La técnica de grabado con ácido fosfórico al 35-37% durante 20 s seguida de lavado y secado continúa siendo la técnica de elección” (p. 174).

A continuación se colocó bonding y se lo fotocuró por unos 10 segundos. Posteriormente se empezó a colocar la resina capa por capa y se la fotocuró por unos 40 segundos.

²²Cuenca S., E. y Baca G., P. (2013). Odontología preventiva y comunitaria. (4º ed.). Reino de España. Editorial Elsevier España, S.L.

Finalmente se comprobó que dicha restauración no interfiriera en la oclusión para proceder a utilizar los discos para pulir la resina y así dar por terminado el procedimiento.

Colocación de Bonding.

Razonando las informaciones publicadas en la obra de Nocchi²³ (2007) se revela que: “El sistema adhesivo debe ser aplicado y fotopolimerizado de acuerdo con las instrucciones del fabricante” (p. 293).

Colocación de resina.

Examinando las informaciones publicadas en la obra de Barrancos²⁴ (2006) se señala que:

Hay que tener en cuenta que la configuración cavitaria está directamente relacionada con la adaptación interfásica de los sistemas resinosos y que el rango de adaptación obtenido es inversamente proporcional al número de paredes de la cavidad. El espesor de capa de resina influye en forma directa en la adaptación del material a las paredes cavitarias y, según estudios, las capas de 1 mm de espesor son las que dieron mejores resultados de adaptación cavitaria. Se debe llenar la preparación en varias veces, con capas que no excedan los 2 mm de espesor, y se endurece cada porción insertada. Durante las maniobras de inserción y adaptación del composite, es conveniente reducir la intensidad del foco luminoso para evitar el endurecimiento prematuro del material. (p. 904)

Control de oclusión.

Considerando las informaciones publicadas en la obra de Barrancos²⁵ (2006) se puede sugerir que:

²³Nocchi, C. (2007). Odontología Restauradora Salud y Estética. (2° ed.). República Federativa de Brasil. Editorial Médica Panamericana.

²⁴Barrancos, J. y Barrancos, P. (2006). Operatoria dental: integración clínica. (4° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

²⁵Idem.

En los puntos donde la presión masticatoria es muy alta, el film de articular se verá perforado y su color se verá más intenso en el punto de oclusión. En contactos leves ocurre lo contrario. La superficie clara con forma de punto es el contacto oclusal verdadero. (p. 913)

Pulido y brillo de la superficie restaurada.

Investigando las informaciones publicadas en la obra de Barrancos²⁶ (2006) se sabe que:

Siempre se deben usar fresas y discos nuevos y piedras de diamante que se hayan limpiado con una piedra limpiadora para eliminar los restos que puedan haber quedado en ellas. Las fresas y las piedras de diamante viejas empastadas con restos pueden bruñir la superficie de la restauración, la cual más adelante podría crear una capa de residuos en la superficie. Esta capa es débil y no muy resistente al desgaste. (p. 906)

2.5. Exodoncia.

La paciente presentaba las piezas números 36 y 47 para realizarles extracción, debido a que ambas piezas no podían ser restauradas debido a la gran destrucción coronaria que mostraban.

Evaluación radiológica.

Observando informaciones publicadas en la obra de Raspall²⁷ (2006) se reflexiona que:

Es preciso obtener una imagen radiográfica de cualquier diente tributario de extracción para obtener información sobre:

Relaciones con los dientes vecinos, erupcionados o no, que pueden lesionarse durante la exodoncia.

Situación respecto a estructuras vecinas importantes como el agujero mentoniano, el canal dentario o el seno maxilar, que pueden sentar la indicación de una técnica de colgajo o el evitar un curetaje agresivo.

Morfología de las raíces. Indica el número, curvatura y orientación de las raíces que, según el caso, pueden hacer necesaria una extracción quirúrgica

²⁶Idem.

²⁷Raspall, G. (2006). Cirugía Oral e Implantología. (2° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

en lugar de la normal con fórceps. La presencia de caries, reabsorción interna o el tratamiento endodóntico facilitan la fractura de las raíces durante la extracción.

Hueso circundante. Aporta información sobre la densidad y grado de mineralización. Un hueso de densidad disminuida informará sobre una extracción más sencilla y una densidad elevada traducirá una anquilosis o hipercementosis que dificultará la extracción- la presencia de radiotransparencias apicales, granulomas o quistes exige su eliminación en el mismo acto quirúrgico. (p. 71)

Para realizar la extracción de dichas piezas se solicitó la obtención de radiografías periapicales, para poder conocer la posición de sus raíces y así evitar complicaciones futuras.

Fue importante eliminar estos restos radiculares para erradicar por completo los focos infecciosos presentes en la cavidad bucal, tal como lo indican Ramírez, Pérez y colaboradores²⁸ (2010): “Costich describe que entre las principales causas de extracción de órganos dentales se encuentran las lesiones periapicales crónicas, los restos radiculares, dientes retenidos y quistes radiculares” (p. 22).

Control de signos vitales: Presión arterial.

Para realizar dicho procedimiento se requirió en primer lugar valorar la presión sanguínea arterial mediante el uso de un tensiómetro.

²⁸Ramírez, F., Pérez, B. y Sánchez, C. (2010) Causas más frecuentes de extracción dental en la población derechohabiente de una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Artículo de Investigación. Revista ADM. Volumen LXVII – Número 1. Consultado el 26 de junio, 2015. En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od101e.pdf>.

Anestesia.

Luego se procedió a aplicar anestesia empleando la técnica troncular, que como indica el sitio web, en la Revista Estomatol Herediana de Proaño de Casalino y Guillén Galarza²⁹ (2005):

La técnica anestésica para el bloqueo mandibular forma parte de la práctica clínica cotidiana y es uno de los procedimientos realizados con mayor frecuencia por parte del cirujano-dentista; se bloquea al nervio dentario inferior que recoge la sensibilidad de una hemiarcada dentaria, labio, encía y hueso alveolar, mediante una técnica anestésica tradicional que fuera aplicada por primera vez por William Halstead en 1884. La técnica troncular convencional directa (TCD) consiste en la aplicación del líquido anestésico directamente sobre el nervio dentario inferior antes de su ingreso al foramen mandibular, usando referencias intraorales. La jeringa y la aguja parten en línea recta de la comisura bucal opuesta sobre los premolares y se dirigen al punto donde está ubicado el dedo índice (uña), atravesando mucosa y el músculo buccinador. (p. 30)

Exodoncia propiamente dicha.

Estudiando la información publicada en la obra de Raspall³⁰ (2006) se expone que:

Técnica cerrada. Sin levantar colgajo ni hacer ostectomía vestibular. Se realiza con la ayuda de diversos elevadores rectos o angulados que se aplican por el espacio interradicular previa eliminación del tabique óseo. Se han comercializado diferentes fórceps para recuperar raíces. En ocasiones puede ser útil una lima de endodoncia que insertada en el conducto radicular puede hacer suficiente presa para desplazar y extraer el fragmento de raíz. También se pueden utilizar excavadores de dentina para hacer palanca en el espacio periodontal. (p. 92)

Palma y Sánchez³¹ (2013) señalan que: “Los botadores en S, se utilizan principalmente para la extracción de restos radiculares, en ambas arcadas, y permiten la extracción de terceros molares impactados en el maxilar superior” (p. 381).

²⁹Proaño, D. y Guillén G., M. (2005) Comparación de las técnicas anestésicas de bloqueo mandibular troncular convencional directa y Gow-Gates en exodoncia de molares mandibulares. Revista Estomatol Herediana. Volumen 15 – Número 1. Consultado el 15 de junio, 2015. En: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/1970/1971>.

³⁰Raspall, G. (2006). Cirugía Oral e Implantología. (2° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

Curetaje del alvéolo.

Considerando la información publicada en la obra de Raspall³² (2006) se cita que:

Sólo se recurre a esta maniobra si:

Existen restos evidentes de restauraciones o fragmentos dentales en el alvéolo. La radiografía periapical muestra la presencia de una lesión apical que no ha salido adherida al ápice dentario. En su lugar se recurre al desbridamiento de la herida por medio de una irrigación profusa del alvéolo y aspiración. Si se realizaron curetajes indiscriminados se eliminan innecesariamente restos de coágulos y tejido periodontal que faciliten la curación del alvéolo.

Compresión alveolar.

Se realiza una compresión digital por la tabla lingual y vestibular para devolver el hueso a su situación habitual después de haberse dilatado con la luxación dentaria. Se practica también un masaje de las encías que facilita su adaptación al hueso subyacente y estimula su circulación, que puede estar comprometida por el efecto vasoconstrictor de la anestesia. (p. 85)

Hemostasia.

Analizando la obra de Raspall³³ (2006) se manifiesta que:

Tras suturar el alvéolo, la hemostasia se consigue colocando un gasa en el espacio que ocupaba la pieza dentaria. Al entrar en oclusión se realiza una presión vertical sobre el alvéolo que facilita ésta. Debe mantenerse esta presión al menos 20-30 min. La gasa estará ligeramente humedecida en el centro para evitar que se adhiera al coágulo y que éste se elimine al retirarla. Existe un rezumado sanguíneo normal durante las primeras 24 h. (pp. 85,86)

Indicaciones postextracción. Analgésicos.

Después de realizadas las exodoncias se procedió a la administración de antibióticos y analgésicos para una mejor cicatrización de la herida y recuperación del paciente.

³¹Palma, A. y Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica (2° ed.). Reino de España. Editorial Paraninfo, S.A.

³²Raspall, G. (2006). Cirugía Oral e Implantología. (2° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

³³Idem.

Raspall (2006) transmite que: “Generalmente se recurre al grupo de antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno, diclofenaco y dexketoprofeno) y combinaciones con opiáceos (codeína). Es aconsejable utilizar una pauta analgésica en que dos tipos de calmantes se alternen cada tres- cuatro h” (p. 86).

Examinando la información publicada en la obra de Raspall³⁴ (2006) se entiende que:

Lidocaína: Produce una anestesia más rápida, intensa y duradera que una concentración igual de procaína. Entre sus efectos adversos figuran los trastornos del ritmo cardíaco, la somnolencia y los mareos. También se utiliza como agente antiarrítmico parenteral. Dosis máxima recomendada: 300 mg (500 mg con adrenalina). (p. 21)

Observando informaciones publicadas en el sitio web de Sillet y colaboradores³⁵ (2009) refieren que:

El objetivo de la antibióticoterapia profiláctica en cirugía es evitar la proliferación bacteriana a fin de disminuir el riesgo de infección postoperatoria. El uso racional de los medicamentos requiere un diagnóstico correcto, un conocimiento adecuado de la enfermedad, la selección correcta del fármaco y el diseño de una pauta de administración que consiga la máxima eficacia con el mínimo riesgo para el paciente. (p. 2)

Razonando la información publicada en el sitio web Scielo, un artículo de Romero y colaboradores³⁶ (2006) se sabe que:

Actualmente se hace cada vez más hincapié en la importancia de la prevención del dolor y la inflamación como estrategia, mediante la administración preoperatoria de fármacos que, junto con la medicación postoperatoria clásica permite combatir de manera más eficaz los síntomas postquirúrgicos. (p. 206)

³⁴Idem.

³⁵Sillet, M., Orellana, A. y Salazar, E. (2009) ¿Es realmente necesaria la antibióticoterapia profiláctica en la cirugía del tercer molar?. Acta Odontológica Venezolana. Volumen 47 – Número 3. Consultado el 10 de julio, 2015. En: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art9.asp>.

³⁶Romero, M., Herrero, M. y Torres, D. (2006) Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica. una aproximación racional. Scielo. RCOE. Volumen 11 – Número 2. Consultado el 28 de junio, 2015. En: http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v11n2/205_215.pdf.

2.6. Retratamiento endodóntico.

En el sitio web de Pardi y colaboradores³⁷ (2009) se puede exponer que:

El factor principal asociado con los fracasos en el tratamiento endodóntico es la persistencia de la infección microbiana en el sistema de los conductos radiculares. Los microorganismos implicados pueden haber sobrevivido a los efectos de la aplicación de los procedimientos biomecánicos que se realizan durante la ejecución de dicho tratamiento o pueden haber invadido los conductos como consecuencia de las filtraciones que se suscitan en la corona de los dientes con tratamientos de conducto obturados. (p. 2)

Indagando la información publicada en el sitio web de Vásquez³⁸ (2011) se señala que:

Conductos amplios: Cuando se requiere eliminar gutapercha de conductos de diámetro relativamente ancho, como un central maxilar, la mejor técnica es la técnica de limas Hedstrom. La técnica se describe a continuación: 1- Establecer el acceso a toda la cámara pulpar. 2- Ensanchar la cara palatina o lingual del conducto coronalmente 5 mm, utilizando una gattes glidden 5 o 6 para crear una vía mas recta de retirada del material de obturación. 3-Enroscar una lima H o K de gran calibre (n| 45 o superior) en el material de gutapercha. Se puede retirara una obturación de gutapercha mal compactada en una sola pieza. 4- Si se extrae el instrumento dejando el material de gutapercha, insertar un instrumento de calibre superior y repetir el procedimiento. 5- Si fracasa este enfoque, el espacio de conducto ya está preparado para los métodos descritos para conductos más estrechos. 6- Para los clínicos que utilizan instrumental rotatorio existen limas de retratamiento de todas las marcas. (¶)

2.7. Endodoncia.

Las piezas números 15, 24 y 25 requirieron un tratamiento de endodoncia debido a que presentaban restauraciones en amalgama muy amplias y profundas que

³⁷Pardi, G., Guilarte, C., Cardozo, E. y Briceño, E. (2009) Detección de Enterococcus Faecalis en dientes con fracaso en el tratamiento endodóntico. Scielo. Acta Odontológica Venezolana. Volumen 47 – Número 1. Consultado el 13 de junio, 2015. En: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000100014.

³⁸Vásquez, A. (2011) Desobturación y solventes de gutapercha. Universidad de Valparaíso Chile. Consultado el 13 de junio, 2015. En: <http://www.postgradosodontologia.cl/endodoncia/images/EspecialidadEndodoncia/Seminarios/2011-2012/SeminarioDesobturacionYSolventesDeGutapercha.pdf>.

empezaban a afectar la vitalidad pulpar. A la pieza dentaria número 15 se le realizó una corona de metal-porcelana.

La pieza número 45 recibió también un tratamiento endodóntico; mediante una radiografía periapical se comprobó que existía comunicación pulpar debido a la presencia de caries oclusodistal en dicha pieza dentaria. Posterior a este procedimiento se realizó una restauración Clase II, con el uso de resina.

Diagnóstico pulpar.

El protocolo en estos tratamientos de endodoncia consistió primeramente en registrar en la Ficha Clínica la sintomatología narrada por el propio paciente, se verificó si la pieza dentaria estaba sintomática o asintomática. Este paso es primordial como Boraks³⁹ (2004) indica:

Una vez obtenidos los signos y los síntomas a través de la semiotecnia, procedemos a la interpretación de los datos, mostrándose en un cuadro clínico, perfilándose características clínicas que, a través de la propedéutica, permiten estudiar todos los aspectos de la sintomatología presentados por el paciente (diagnóstico provisional). Este a su vez está compuesto única y exclusivamente por los recursos clínicos, necesita la confirmación segura y objetiva, a través de exámenes complementarios realizados en laboratorios especializados, con la función de ofrecer elementos sustanciales e informaciones precisas para confirmar el diagnóstico final, el cual una vez establecido exige fundamentalmente el estudio del pronóstico antes del inicio del tratamiento. (p. 6)

Todas las piezas dentarias eran sintomáticas por lo que se le realizaron las siguientes preguntas a la paciente: -Tipo de dolor -Intensidad del dolor -Cronología del dolor -Ubicación del dolor -Estímulo del dolor. Se le realizó además el test de

³⁹Boraks, S. (2004). Diagnóstico Bucal. República Federativa de Brasil. Editorial Artes Médicas Latinoamérica.

vitalidad pulpar mediante las pruebas de frío y calor en las piezas dentarias involucradas.

Percusión: Se la realizó utilizando el mango del espejo tanto en sentido vertical como horizontal.

Test de frío: Se realizó colocando por una reducida cantidad de segundos un trozo de hielo, en diferentes caras de la pieza dentaria.

Test de calor: Este se llevó a cabo a través del uso de una barra de gutapercha, la cual se colocó por una reducida cantidad de segundos sobre la pieza calentándola previamente en el mechero.

Radiografías.

Inspeccionando la información publicada en la obra de Barrancos⁴⁰ (2006) se entiende que: “El examen principal del examen radiográfico periapical, utilizando una u otra técnica, es el de proporcionar una visión de conjunto de las estructuras componentes del órgano dentario y la región periapical” (p. 105).

Anestesia.

En primer lugar se procedió a la colocación de anestesia infiltrativa en la pieza dentaria a tratar.

⁴⁰Barrancos, J. y Barrancos, P. (2006). Operatoria dental: integración clínica. (4° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

Buscando la información publicada en la obra de Soares y Goldberg⁴¹ (2002) se puede manifestar que:

En el tratamiento de los dientes con pulpa viva, una anestesia correcta y cuidadosa es fundamental para proporcionar confort al paciente y tranquilidad al profesional. En la gran mayoría de los casos, con anestésicos regionales por bloqueo o infiltrativas se obtiene el “silencio” operatorio deseado.

Antes de la anestesia es aconsejable realizar la antisepsia de la región a anestesiar y aplicar un anestésico tópico. Es recomendable aguardar el tiempo suficiente para obtener la anestesia profunda del diente en tratamiento. No siempre el relato del paciente acerca de los primeros síntomas de anestesia en la región asegura la desensibilización necesaria para el inicio de la cirugía endodóntica. Es conveniente obrar con cautela. (p. 11)

Aislamiento con dique de goma.

Luego se realizó el aislamiento absoluto solo de la pieza dentaria a tratar, que como refieren Soares y Goldberg⁴² (2002):

El aislamiento absoluto a través del dique de goma permite el mantenimiento de las condiciones de asepsia y facilita los procedimientos de antisepsia. Del mismo modo, el aislamiento absoluto mejora la visibilidad y se constituye en una protección inigualada para evitar la deglución o la aspiración de instrumentos o de productos químicos utilizados durante el tratamiento endodóntico. (p. 13)

Después se continuó con la eliminación del tejido cariado para poder realizar la apertura de la cavidad endodóntica. Se empleó la técnica convencional que comenzó con la trepanación de la pieza dentaria y una vez ubicados en la cámara pulpar y con un buen acceso y visión se comenzó a instrumentar con tiranervios, hasta extraer toda la pulpa. Luego se tomó la radiografía de conductometría. En seguida se instrumentó con las limas K, ya que no deforman el contorno radicular. Se instrumentó a longitud de trabajo, que es 1 mm menos que la longitud real de la pieza.

⁴¹Soares, I. y Goldberg, F. (2002). Endodoncia: técnica y fundamentos. (1° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

⁴²Idem.

Acceso al grupo de los incisivos.

Apertura coronaria. Punto de elección.

Soares y Goldberg⁴³ (2002) plantean que: “El punto de elección identifica el lugar donde debe iniciarse la apertura; en los incisivos está localizado en la cara palatina o lingual, aproximadamente a 2 mm del cingulum, en dirección al borde incisal” (pp. 35,36).

Se irrigó abundantemente con Hipoclorito de Sodio. Una vez limado totalmente el conducto se procedió a tomar otra radiografía con un cono de gutapercha de menor calibre que la última lima utilizada. Luego se empezó a secar el conducto con conos de papel, y una vez finalizado este paso se continuó con la obturación del conducto empleando Selapex, varios conos de gutapercha y espaciadores. Concluido este paso se tomó otra radiografía para verificar que no quedaran espacios dentro del conducto para así proceder a cortar los conos. Luego se colocó Ionómero de vidrio para posteriormente restaurar la pieza dentaria.

Limpieza de la cámara pulpar.

Soares y Goldberg⁴⁴ (2002) sugieren que: “Una vez concluida la apertura coronaria, el uso de curetas de tamaño adecuado promoverá la remoción del contenido de la cámara pulpar, dejando libre el acceso a la entrada del conducto radicular” (p. 38).

⁴³Idem.

⁴⁴Idem.

Localización y preparación de la entrada del conducto radicular.

Analizando la información publicada en la obra de Soares y Goldberg⁴⁵ (2002)

se conoce que:

En los dientes unirradiculares, el conducto continúa a la cámara y por esa razón, su localización casi siempre es muy fácil.

Un instrumento (escariador o lima K # 10 o 15) introducido contra la pared vestibular localizará un conducto; si el mango se inclina hacia lingual es posible que otro instrumento, que ingrese en dirección lingual, localice un segundo conducto. Si el primer instrumento queda en el centro del diente es poco probable que haya dos conductos. (p. 39)

Acceso al grupo de los premolares superiores.

Apertura coronaria. Punto de elección.

Soares y Goldberg⁴⁶ (2002) indican que: “El punto de elección para la apertura coronaria de los premolares superiores se localiza en la cara oclusal, en el tercio medio del surco principal mesiodistal” (p. 45).

Localización y preparación de las entradas a los conductos radiculares.

Examinando la información publicada en la obra de Soares y Goldberg⁴⁷ (2002) se entiende que: “Los premolares superiores, en particular los primeros, poseen en general dos raíces y dos conductos. Perfectamente individualizados o bifurcados, la identificación de esas características anatómicas exige una inspección cuidadosa” (p. 47).

⁴⁵Idem.

⁴⁶Idem.

⁴⁷Idem.

Acceso al grupo de los premolares inferiores.

Apertura coronaria. Punto de elección.

Soares y Goldberg⁴⁸ (2002) plantean que: “El punto de elección para la apertura de los dientes pertenecientes a ese grupo está situado en la cara oclusal, en el tercio medio del surco principal mesiodistal” (p. 43).

Localización y preparación de las entradas a los conductos radiculares.

Soares y Goldberg⁴⁹ (2002) señalan que: “La continuidad entre la cámara y el conducto facilita la localización, que se confirma con la parte recta de la sonda exploradora” (p. 44).

Instrumentación.

Considerando la información publicada en la obra de Bergenholtz y colaboradores⁵⁰ (2011) se puede exponer que:

Manipulación de la lima: movimientos de limado y ensanchado.

La acción de limado es especialmente ideal con la lima Hedström. Remueve dentina de la pared del conducto radicular cuando el instrumento está insertado a una longitud dada y luego se presiona contra las paredes del conducto al mismo tiempo conforme se retira coronalmente. Esta acción se lleva a cabo y se reasume con cierta amplitud.

El movimiento de empujar-jalar es también posible con las limas K pero debe restringirse al tamaño 15 (o menor) ya que puede causar daños iatrogénicos si es raspado con instrumentos más grandes. (pp. 183,184)

Obturación de conductos.

Indagando la información publicada en el sitio web de Hilú⁵¹ (2009) refieren que:

⁴⁸Idem.

⁴⁹Idem.

⁵⁰Bergenholtz, G., Horsted, P. y Reit, C. (2001). Endodoncia. (2º ed.). Estados Unidos Mexicanos. Editorial El Manual Moderno.

⁵¹Hilú, R. (2009) El éxito en endodoncia. Volumen 27 – Número 3. Consultado el 20 de junio, 2015. En: <http://www.medlinedental.es/pdf-doc/ENDO/v27-3-7.pdf>.

Una terapia endodóntica exitosa requiere la obturación completa del sistema de conductos con biomateriales no irritantes ya que la mayoría de las fallas son causadas por un sellado incompleto del conducto radicular. Por lo tanto es necesario utilizar materiales y técnicas de obturación capaces de producir una barrera lo más hermética posible entre el sistema de conductos y los tejidos perirradiculares. (p. 134)

2.8. Prótesis Fija.

Rosenstiel y colaboradores⁵² (2008) indican que: “El tratamiento con prótesis fija consiste en la sustitución o restauración de los dientes naturales mediante la colocación de análogos artificiales que se van a mantener fijos en la boca” (p. 3).

Toma de impresión para la confección del modelo diagnóstico.

Observando la información publicada en la obra de Rosenstiel y colaboradores⁵³ (2008) se puede saber que:

Se necesitan impresiones precisas de ambas arcadas dentarias. Existen fallos en las impresiones que producen defectos en los modelos que se pueden solucionar fácilmente. La extensión de la impresión varios milímetros por debajo de la línea cervical de los dientes no es necesaria para la confección de la prótesis fija, a menos que se vaya a confeccionar una prótesis removible. (p. 43)

Preparación dentaria.

Examinando la información publicada en la obra de Monturiol⁵⁴ (2003) se plantea que:

El tallado de un diente para coronas y puentes debe ser suficiente como para darle un grosor adecuado a la restauración que posteriormente va a ir colocada en él. Si la restauración no es suficientemente gruesa las cargas oclusales tenderán a deformarla, lo que hace que los márgenes se abran, favoreciendo la disolución del cemento, la recidiva de caries y por último el aflojamiento de la restauración.

⁵²Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2008). Prótesis Fija Contemporánea (4° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier.

⁵³Idem.

⁵⁴Monturiol V., A. (2003). Atlas de Preparaciones en Prótesis Dental Fija (1° ed.). República de Costa Rica. Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Un espacio interoclusal en todos los movimientos funcionales es uno de los requisitos más importantes para obtener un adecuado grosor de metal y una buena resistencia de la restauración. Un espacio de 1,5 a 2 mm en todas las cúspides de contención (la lingual en molares y premolares del maxilar superior y la bucal en los molares del maxilar inferior) y de 1 a 1,5 mm en las cúspides no funcionales es lo adecuado. (p. 8)

Técnica de colocación del hilo retractor.

Investigando la información publicada en la obra de Barrancos⁵⁵ (2006) se puede sugerir que:

En primer lugar debe seleccionarse el hilo adecuado, de acuerdo con el espacio existente en la encía marginal libre. Luego se introduce el hilo retractor en un vaso Dappen con solución hemostática o astringente para que se embeban. Con la jeringa aplicadora se frota vigorosamente el astringente contra la encía marginal. Los orificios capilares son sellados por coágulos. Una vez que la hemostasia está completa, se limpia el surco con spray de aire/agua. Luego se lleva con una pinza de algodón el hilo retractor y se adapta al fondo del surco con un instrumento ad hoc. Los excesos de la solución hemostática o astringente se lavan con spray. Como el hilo se coloca con el fin de retraer, debe permanecer tan solo 1 a 2 minutos. Por último, se retira el hilo y se enjuaga con spray de aire/agua. (p. 884)

Toma de impresión con Speedex.

Analizando la información publicada en la obra de Nocchi⁵⁶ (2007) se puede reflexionar que:

Silicona de condensación: se presenta en una pasta catalizadora que contienen esencialmente silicato de etilo y octoato de estaño, y una masa base o pasta base que contiene polidimetil siloxano y silicato de alquilo. Cuando la pasta catalizadora se mezcla con la base, ya sea masa (alta viscosidad), o pasta (baja viscosidad), ocurre una reacción de polimerización y la formación de un subproducto como el alcohol. La posterior evaporación de este subproducto ocasiona una contracción de la silicona de condensación; por lo tanto, la impresión debe ser vaciado después de 15 minutos de su obtención y no puede ser vaciada más de una

⁵⁵Barrancos, J. y Barrancos, P. (2006). Operatoria dental: integración clínica. (4° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

⁵⁶Nocchi, C. (2007). Odontología Restauradora Salud y Estética. (2° ed.). República Federativa de Brasil. Editorial Médica Panamericana.

vez. Marcas comerciales: Coltoflax/Coltex (Coltène), Clonage (DFL), Speedex (Coltène), Optosil/Xantopren Comfort (Kulzer). (p. 394)

Toma del color.

Considerando informaciones publicadas en la obra de Chiche y Pinault⁵⁷ (2002) se transmite que:

Para evaluar, diagnosticar y resolver los problemas estéticos de forma predecible se requiere un enfoque organizado y sistemático. El color de los dientes es obviamente esencial en el resultado final, pero la planificación estética del tratamiento no debe centrarse sólo en la mejora del color. (p. 13)

Cementación definitiva.

Indagando informaciones publicadas en la obra de Palma y Sánchez⁵⁸ (2007) se entiende que:

Una vez realizada la estructura y hechas las pruebas pertinentes en la cavidad oral, se debe proceder a su cementado definitivo. Para esto existen diferentes materiales cuyo objeto será unir la prótesis y otras restauraciones indirectas con los dientes. Los requisitos que debe cumplir un agente cementante son:

Fluidez durante el tiempo de trabajo.

La resistencia mecánica adecuada para proveer retención.

Un grosor de película fino que permita una correcta unión.

Actuar como aislamiento térmico y eléctrico.

Ser muy poco soluble, para proporcionar un sellado eficaz. (p.434)

Corona metal – porcelana.

Además se elaboró una corona de metal-porcelana en la pieza número 15, con la previa colocación de un poste de resina, debido a la gran destrucción coronaria que dicha pieza dental presentaba.

⁵⁷Chiche, G. y Pinault, A. (2002). Prótesis Fija estética en dientes anteriores. Reino de España. Editorial Masson, S.A.

⁵⁸Palma, A. y Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica (2º ed.). Reino de España. Editorial Paraninfo, S.A.

Rosenstiel y colaboradores⁵⁹ (2008) se manifiesta 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. (pp. 84,85)

Corona de porcelana.

Estudiando la información publicada en el sitio web de Scielo, de Álvarez y colaboradores⁶⁰ (2003) refieren que:

De todos los materiales conocidos en la actualidad la porcelana dental es el material de restauración de mejor comportamiento estético de que disponemos en Odontología. Tanto es así que se considera como el material ideal por sus propiedades físicas, biológicas y ópticas que permiten mantener el color con el paso del tiempo, resistir la abrasión, además de poseer gran estabilidad en el medio oral, biocompatibilidad elevada y aspecto natural en cuanto a translucidez, brillo y fluorescencia. (p. 526)

Examinando las informaciones publicadas en el sitio web Scielo, Avances en Odontoestomatología, de Fernández y colaboradores⁶¹ (2011) se expone que: “Las restauraciones de porcelana pura en general presentan: óptima estética, conjugando opacidad con translucidez, su color es inalterable con el tiempo, presentan buena respuesta biológica, compatibilidad con los tejidos blandos en márgenes subgingivales, no sufren corrosión ni desgaste” (p. 232).

⁵⁹Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2008). Prótesis Fija Contemporánea (4º ed.). Reino de España. Editorial Elsevier.

⁶⁰Álvarez, M., Peña, J. y González, I. (2003) Características generales y propiedades de las cerámicas sin metal. Scielo. RCOE. Volumen 8 – Número 5. Consultado el 03 de mayo, 2015. En: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v8n5/525%20Caracteristicas.pdf>.

⁶¹Fernández, E., Bessone, L. y Cabanillas, G. (2011) Restauraciones estéticas de porcelana pura. Sistema Cercon. Scielo. Avances en Odontoestomatología. Volumen 27 – Número 5. Consultado el 07 de mayo, 2015. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852011000500002&script=sci_arttext.

Monturiol y Varani⁶² (2003) sugieren que: “Este tipo de restauración está indicada exclusivamente en los dientes anteriores de ambos maxilares y en los dientes vitales como desvitalizados. Se utiliza en dientes cariados, fracturados, mal alineados, decolorados, abrasionados y mal formados” (p. 145).

Inspeccionando la información publicada en el sitio web de Fernández y colaboradores⁶³ (2011) se manifiesta que:

Las coronas de porcelana pura están indicadas en casos de:
Desgaste abrasivo de los dientes antagonistas.
Sector anterosuperior de la cavidad bucal con grandes demandas estéticas.
Cuando no se pueden restaurar por medios más conservadores.
Cuando el pilar aporta suficiente soporte.
Cuando se tiene respaldo de un laboratorio con experiencia en el sistema seleccionado.
Y sus contraindicaciones son:
Cuando existe actividad parafuncional
Inadecuado soporte de la preparación dentaria
No se aconseja como pilar de puente, salvo en el sector anterior.
En el sector anterior cuando hay sobremordida muy marcada. (p. 232)

Espinosa y colaboradores⁶⁴ (2006) conocen que:

La toma del color consiste en distinguir el valor y la tonalidad de la luz reflejada por el diente. Deberán diagramarse las variaciones y características particulares tanto en la superficie como en la profundidad, el grado de translucidez y el análisis de la anatomía superficial. (p. 65)

⁶²Monturiol V., A. (2003). Atlas de Preparaciones en Prótesis Dental Fija (1° ed.). República de Costa Rica. Editorial de la Universidad de Costa Rica.

⁶³Fernández, E., Bessone, L. y Cabanillas, G. (2011) Restauraciones estéticas de porcelana pura. Sistema Cercon. Scielo. Avances en Odontoestomatología. Volumen 27 – Número 5. Consultado el 03 de mayo, 2015. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852011000500002&script=sci_arttext.

⁶⁴Espinosa, R., Fernández, E., Kohen, S., Mondelli, J. y Rodríguez E. (2006). Estética en Odontología Restauradora. (1° ed.). Reino de España. Editorial Ripano, S.A.

2.9. Prótesis parcial removible.

Debido a la pérdida de múltiples piezas dentarias se optó por la elaboración de una prótesis parcial removible deacrílico superior y otra inferior. Dentro de las principales causas de pérdida dentaria tenemos: las caries, la enfermedad periodontal, el trauma y la iatrogenia. Esto desencadena la sobrecarga en los dientes remanentes, alteraciones del plano oclusal, pérdida del reborde alveolar y la pérdida de otros dientes que finalmente puede llevar al edentulismo parcial y total.

Averiguando informaciones publicadas en el sitio web de la Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia de Giraldo⁶⁵ (2008) se puede reflexionar que:

Una prótesis dental parcial removible debe estar diseñada de tal manera que pueda ser convenientemente retirada de la boca y reinsertada por el mismo paciente. A pesar de que este tipo de prótesis puede tener desventajas; el bajo costo y el poco tiempo requerido para su confección, determinarán que se siga utilizando, ya que puede ofrecer una alternativa de tratamiento para muchos pacientes. (p. 1)

Estudiando informaciones publicadas en el sitio web de la Revista Estomatol Herediana de Oliveira de Almeida y colaboradores⁶⁶ (2007) se sabe que:

Sus ventajas incluyen facilidad de higienización por el paciente y cuidador; rapidez de confección, por el menor número de sesiones clínicas en relación a los demás tratamientos protésicos; indicada para espacios protésicos amplios y de extremo libre; costo inferior a las demás modalidades y planes de tratamientos. El factor crítico para este tipo de prótesis es la falta de criterio por parte de los profesionales que, muchas veces, instalan una prótesis provisional, sin estructura metálica adecuada o sin respetar los principios y requisitos imprescindibles para el caso. El delineamiento del modelo de estudio posee como principal función definir la mejor trayectoria de inserción y remoción de la prótesis. La trayectoria ideal es aquella que permite la obtención de los factores

⁶⁵Giraldo, O. (2008) Cómo evitar fracasos en prótesis dental parcial removible. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. Volúmen 19 – Número 2. Consultado el 28 de mayo, 2015. En: <file:///C:/Users/pc/Downloads/2231-7120-1-PB.pdf>.

⁶⁶Oliveira, E., Martins, E. y Falcón, R. (2007) Prótesis dental en el paciente anciano. Aspectos relevantes. Revista Estomatol Herediana. Volúmen 17 – Número 2. Consultado el 09 de junio, 2015. En: <http://amilcarfreitas.com.br/downloads/artigos/2007/2-revisao-protese-no-idoso-espanhol.pdf>.

determinantes del delineamiento: planos guías, superficies paralelas entre si y paralelas al eje de inserción y remoción de la prótesis; áreas retentivas, áreas destinadas a la punta activa del gancho de retención; áreas de interferencia, pueden ser óseas, mucosas o inclinaciones dentales; y estética. Después de la preparación de los elementos de soporte para PPR, se realiza el delineamiento en el modelo final, se planea el caso con el diseño adecuado para encaminar al laboratorio. En el caso de extremo libre y espacios protésicos amplios, se torna indispensable la impresión funcional para permitir íntimo contacto con el reborde residual. Después de la toma de las relaciones intermaxilares, montaje de los modelos en articulador, prueba de los dientes en cera e instalación de la prótesis, se recomienda realizar controles después de 24 horas, una semana, 15 días, un mes, tres meses y cada seis meses o un año, dependiendo de cada caso. (p. 105)

Observando informaciones publicadas en la obra de Mallat Desplats y Mallat⁶⁷ (2004)

se puede exponer que:

Clase I de Kennedy: Pertenecen a ella los pacientes que presentan dos extremos libres con permanencia del grupo anterior de dientes. La prótesis que llevará será dentomucosoportada, es decir, que se apoyará tanto en los dientes como en la mucosa. Las subclases se denominarán según el número de espacios libres, en modificación I, II, III y IV. (p. 2)

Toma de impresión con alginato.

Buscando las informaciones publicadas en la obra de Rosenstiel y colaboradores⁶⁸

(2008) se transmite que:

Para obtener unos resultados óptimos los dientes tienen que estar limpios, por lo que la boca se debe enjuagar cuidadosamente. Es necesario que las superficies estén secas, pero no tanto como para que el alginato se quede pegado. El material se debe mezclar hasta que adquiera una consistencia homogénea, posteriormente se carga en la cubeta y se alisa con los dedos enguantados y humedecidos.

Una pérdida de la adherencia del material (gelificación) indica que el material ha empezado a fraguar. La cubeta se debe retirar rápidamente 2 o 3 minutos después de la pérdida de adherencia. Si durante el fraguado del material movemos la cubeta, o al retirarla realizamos demasiados vaivenes, es posible producir una distorsión en la impresión como

⁶⁷Mallat D., E. y Mallat C., S. (2004). Prótesis parcial removible y sobredentaduras. (1° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier España, S.A.

⁶⁸Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2008). Prótesis Fija Contemporánea (4° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier.

consecuencia del flujo viscoso. Una vez retirada de la boca, la impresión se debe enjuagar y desinfectar, a continuación se seca ligeramente con un chorro de aire y finalmente se vacía de inmediato. (p. 44)

Vaciado de los modelos.

Investigando las informaciones publicadas en la obra de Rosenstiel y colaboradores⁶⁹

(2008) se cita que:

Para asegurar la exactitud, el vaciado se debe realizar en los 15 minutos siguientes a la retirada de la impresión de la boca. Envolver la impresión en una gasa humedecida no va a conservar las propiedades de la impresión y no sustituye el vaciado en el tiempo especificado. Esta recomendado recortar los excesos del material de impresión antes de colocar la cubeta encima de la mesa. Para el vaciado se recomienda utilizar una mezcladora al vacío con yeso piedra tipo IV o V ADA.

Después que se haya mezclado el yeso, se van colocando pequeñas cantidades en una única localización (p. ej., en una de las zonas posteriores sobre un molar). Después se van añadiendo pequeñas cantidades sobre el mismo sitio, así se minimiza la formación de burbujas. Si se producen burbujas se pueden eliminar pinchándolas con un instrumento pequeño (p. ej., sonda periodontal o espátula de cera). Durante el fraguado, las impresiones se deben mantener con la cubeta hacia abajo. Si las impresiones se vacían al contrario, se pueden producir modelos con superficie rugosa o con gránulos. La base de yeso debe aportar la suficiente de retención para el montaje en el articulador. (p. 44) Registro de mordida.

Considerando informaciones publicadas en la obra de Rosenstiel y colaboradores⁷⁰

(2008) se puede entender que:

El registro de relación céntrica sirve para orientar los dientes mandibulares con respecto a los maxilares en RC durante la posición de bisagra terminal, en los que la apertura y el cierre se realizan según un movimiento rotacional puro. La relación céntrica se define como aquella relación maxilomandibular en la cual los cóndilos están articulando en la porción avascular más delgada de sus respectivos discos, con el conjunto cóndilo-disco en la posición más anterosuperior de la eminencia articular. Esta posición es independiente de los contactos dentarios. (p. 55)

⁶⁹Idem.

⁷⁰Idem.

CAPITULO III.

3. Marco Metodológico

3.1. Modalidad de Trabajo

Sistematización Práctica.

3.2. Método

Se rehabilitó la cavidad bucal de una paciente de 50 años de edad en la Universidad “San Gregorio de Portoviejo”, mediante un diagnóstico previo de acuerdo a la Historia Clínica 033 del Ministerio de Salud Pública (MSP), se evaluó el tipo de tratamiento que se emplearía para cada pieza dentaria que así lo requiera. (Ver Anexo 10).

Se explicó a la paciente en qué consiste el trabajo de Titulación Sistematización Práctica y accedió de forma voluntaria, expresado a través de la firma de un acta de consentimiento informado (Ver Anexo 1). Se realizó una previa evaluación del tratamiento rehabilitador y se continuó en el período de tres meses: mayo, junio y julio del presente año.

Los procedimientos operatorios contaron con un espacio disponible en las clínicas odontológicas de la Universidad. Cada tratamiento que se iniciaba era supervisado por los docentes encargados y se debía seguir el protocolo establecido para cada uno de ellos.

3.2.1. Protocolo de Tratamientos.

Diagnóstico.

Historia Clínica 033. (Ver Anexo 10)

Inspección clínica visual.

Inspección táctil:

Palpación.

Percusión.

Auscultación.

Exámenes complementarios.

Radiografías: panorámica y periapicales.

Biometría Hemática y Pruebas de coagulación.

Periodoncia.

Analizando las obras de Palma y Sánchez (2007) se realizó el protocolo para periodoncia de ambas arcadas dentarias. (Ver Anexo 11. Figuras 7 - 9)

Operatoria dental.

Investigando la información publicada por Nocchi (2007), Barrancos (2006), Palma Cárdenas y colaboradores (2007) y Cuenca Sala y Baca García (2013), se efectuaron los protocolos para la preparación cavitaria y restauración de las piezas números 17 y 22. (Ver Anexo 12. Figuras 10, 11)

Exodoncia.

Indagando las obras publicadas por Raspall (2006), Proaño de Casalino y Guillén Galarza (2005), se ejecutaron los protocolos para la extracción de los restos radiculares números 36 y 47. (Ver Anexo 13. Figuras 12 - 15)

Retratamiento de Endodoncia.

Examinando las informaciones publicadas por Vásquez (2011), Boraks (2004), Barrancos (2006), Soares y Goldberg (2002), Bergenholtz y colaboradores (2011), Hilú (2009), se cumplió el protocolo para el retratamiento de una endodoncia en la pieza número 21. (Ver Anexo 14. Figuras 16 - 19)

Endodoncia.

Observando las obras publicadas por Boraks (2004), Barrancos (2006), Soares y Goldberg (2002), Bergenholtz y colaboradores (2011) e Hilú (2009), se desarrollaron los protocolos para los tratamientos de conductos en las piezas números 15, 24, 25 y 45. (Ver Anexo 15. Figura 20 - 24)

Prótesis Fija.

Razonando las informaciones publicadas por Rosenstiel y colaboradores (2008), Monturiol (2003), Barrancos (2006), Nocchi (2007), Chiche y Pinault (2002), Palma y Sánchez (2007) y Espinosa y colaboradores (2006), se cumplieron los protocolos para la elaboración de una corona de porcelana en la pieza número 21 y una corona de metal-porcelana en la pieza número 15. (Ver Anexo 16. Figuras 25 - 31)

Prótesis Parcial Removible.

Considerando la obra publicada por Rosenstiel y colaboradores (2008), se efectuaron las placas parciales removibles de acrílico superior e inferior, reemplazando las piezas perdidas números 14, 16, 26, 35, 37 y 46. (Ver Anexo 17. Figuras 32 - 35)

Nota: Una vez concluido el tratamiento logrando así la completa rehabilitación de la paciente, se le dieron las debidas recomendaciones para el cuidado posterior de su salud oral.

3.3. Marco Administrativo.

3.3.1. Recursos.

Humanos.

Tutora.

Autora.

Tecnológicos.

Copias.

Computadora.

Impresora.

CDs.

Pendrives.

Cámara.

Internet.

3.3.2. Materiales.

Materiales para elaboración del Trabajo de Sistematización Práctica.

Bolígrafos.

Hojas de papel.

Lápiz bicolor.

Borradores.

Materiales para diagnóstico.

Guantes.

Mascarillas.

Radiografías.

Campos operatorios.

Barra de gutapercha.

Materiales para Periodoncia.

Pasta profiláctica.

Cepillo profiláctico.

Enjuague bucal.

Hilo dental.

Materiales para Exodoncia.

Anestésico tópico.

Anestésicos sin vasoconstrictor.

Agujas: cortas y largas.

Materiales para Endodoncia.

Hipoclorito de Sodio.

Suero fisiológico.

Agujas cortas.

Aguja Navitic.

Jeringuillas.

Conos de papel.

Conos de gutapercha.

Gomas diques.

Alcohol.

Selapex.

Hidróxido de calcio químicamente puro.

Materiales para Operatoria dental.

Resinas fotopolimerizables.

Ácido grabador.

Bonding.

Aplicadores de bonding.

Tiras de acetato.

Papel articular.

Materiales para Prótesis Fija.

Alginato.

Yeso piedra.

Hilo retractor.

Dientes prefabricados.

Material pesado. Sepeedex.

Crilene polvo y líquido.

Cemento para coronas.

Materiales para Prótesis Parcial Removible.

Alginato.

Yeso piedra.

Láminas de cera rosada.

Rodete de cera rosada.

Acrílico rápido polvo y líquido.

Aislante.

Dientes prefabricados.

3.3.3. Económicos.

El trabajo de Titulación: Sistematización de Prácticas tuvo un costo de \$348,99.

3.4. Ética.

A la persona que intervino en este estudio, se le consultó su participación voluntaria, se le informó en qué consiste el trabajo que se realizará, así como también se le dio a conocer que la información de este proyecto será empleada con fines investigativos, se le hizo firmar un documento de consentimiento de su participación. (Ver Anexo 1).

Además se llevaron a cabo las normas de bioseguridad en todos los procedimientos realizados en la rehabilitación integral de la paciente, para así evitar contaminaciones futuras entre paciente y operador. Todos los instrumentos utilizados eran de uso exclusivo del paciente y los materiales descartables fueron depositados en los recipientes respectivos.

3. 5. Presupuesto.

(Ver Anexo 2).

3. 6. Cronograma.

(Ver Anexo 3).

CAPITULO IV.

4. Resultados.

La Rehabilitación Oral se puede describir como satisfactoria para la paciente, debido a que se logró rehabilitar completamente su cavidad bucal abarcando la mayor parte de especialidades odontológicas; teniendo en cuenta que la paciente presentaba mucha inconformidad con su apariencia dentaria, la cual fue resuelta con dicha rehabilitación oral integral.

Al analizar los diversos tratamientos que se llevaron a cabo se puede señalar que finalizada la periodoncia las encías se encontraron saludables, es decir, de un color rosado coral normal sin presencia de placa bacteriana ni cálculo dental.

Las restauraciones realizadas en las piezas números 17 y 22 se encontraron sin puntos altos de contacto y sin sobreobturación. Las piezas dentarias que presentaron patologías pulpares y restauraciones con amalgamas recibieron tratamiento de conductos vitales números 15, 24 y 25; fueron tratados endodónticamente con Biopulpectomía.

Se observó además que mejoró la estética de la paciente con la elaboración de una corona de porcelana en el sector anterior; se le devolvió una mejor función masticatoria en el sector posterosuperior con la confección de una corona de metal-porcelana.

Mediante la eliminación de focos infecciosos como la de los restos radiculares números 47 y 36 se observaron zonas cicatrizadas en estas regiones de la cavidad bucal.

Al examinar los espacios edéntulos ya existentes correspondientes a las piezas números 14, 16, 26, 35, 37, 46 y las zonas extraídas se observó una buena reabsorción de los tejidos en la mandíbula logrando así una adecuada adaptación de las prótesis parciales removibles de acrílico superior e inferior.

El resultado más satisfactorio que se logró con esta rehabilitación oral integral fue tener la oportunidad de devolver una nueva sonrisa a la paciente y observar su felicidad con la nueva apariencia bucal brindada.

Anexo 1.

Carta de consentimiento informado.

Yo, _____ he sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto ser participe en este trabajo de Sistematización de Prácticas. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante (representante)

____/____/____
día mes año
Fecha

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de este trabajo. Dejando claro en todo momento que la participación en este trabajo es totalmente voluntaria. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Finalizando esto se procedió a firmar el presente documento.

Estudiante de odontología.

Nombre del testigo

Firma

Anexo 2.

Presupuesto.

| MATERIALES | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO FINAL |
|--|-----------------|------------------------|---------------------|
| Guantes. | 1 cajas | \$8,00 | \$8,00 |
| Mascarillas. | 1 caja | \$5,00 | \$5,00 |
| Radiografías. | 1 caja | \$30,00 | \$30,00 |
| Campos operatorios. | 20 paquetes | \$20,00 | \$20,00 |
| Gorros desechables | 20 | \$1,00 | \$20,00 |
| Anestésicos sin vasoconstrictor. | 15 tubos | \$0,50 | \$7,50 |
| Líquidos revelador y fijador. | 2 frascos | \$2,50 | \$5,00 |
| Agujas: cortas y largas. | 20 | \$0,25 | \$5,00 |
| Hipoclorito de Sodio. | 1 | \$5,00 | \$5,00 |
| Suero fisiológico. | 1 | \$2,00 | \$2,00 |
| Succionadores | 15 | \$0,25 | \$3,75 |
| Conos de papel. | 1 caja | \$7,00 | \$7,00 |
| Conos de gutapercha. | 1 caja | \$7,00 | \$7,00 |
| Gomas diques. | 2 cajas | \$10,00 | \$20,00 |
| Resinas fotopolimerizables. | 1 juego | \$30,00 | \$30,00 |
| Yeso piedra y extraduro. | 3 fundas | \$1,50 | \$4,50 |
| Cera rosada. | 2 | \$0,50 | \$2,00 |
| Dientes prefabricados. | 3 juegos | \$1,50 | \$4,50 |
| Corona de metal-porcelana. | 1 | \$25,00 | \$25,00 |
| Corona de porcelana. | 1 | \$40,00 | \$40,00 |
| Prótesis Parciales Removibles de acrílico. | 2 | \$15,00 | \$30,00 |
| Impresión. | 78 hojas | \$0,05 | \$3,90 |
| Copias. | 156 copias | \$0,02 | \$3,12 |
| Bolígrafos. | 2 | \$0,50 | \$1,00 |
| Hojas de papel. | 1 resma | \$4,00 | \$4,00 |
| Lápiz bicolor. | 1 | \$1,00 | \$1,00 |
| Anillados. | 3 | \$1,00 | \$3,00 |
| Viáticos | 20 | \$1,00 | \$20,00 |
| SUBTOTAL. | | | \$317,27 |
| Imprevistos. | | 10% | \$31,72 |
| TOTAL. | | | \$348,99 |

Anexo 3

Cronograma de Trabajo de Titulación: Sistematización de Prácticas.

| Semana | Fecha | Número de Horas | | | |
|-----------------------|------------------|------------------------|--------------------|-----------------------|--|
| | | Tutorías Metodológicas | Praxis Profesional | Tutoría Personalizada | Actividades |
| 1 | 20-24 Abril | | | 8 | Trabajo en clínica |
| 2 | 27-30 Abril | | | 8 | Trabajo en clínica |
| 3 | 4-8 Mayo | | | 8 | Trabajo en clínica |
| 4 | 11-15 Mayo | | | 8 | Trabajo en clínica |
| 5 | 18-22 Mayo | | | 8 | Trabajo en clínica |
| 6 | 25-29 Mayo | | | 8 | Trabajo en clínica |
| 7 | 1-5 Junio | | | 14 | 8H-Clínica y 4H de trabajo en Informes |
| 8 | 8-12 Junio | | | 14 | 8H-Clínica y 4H de trabajo en Informes |
| 9 | 15-19 Junio | | | 14 | 8H-Clínica y 4H de trabajo en Informes |
| 10 | 22-26 Junio | | | 14 | 8H-Clínica y 4H de trabajo en Informes |
| 11 | 29 Junio-3 Julio | | | 14 | 8H-Clínica y 4H de trabajo en Informes |
| 12 | 6-10 Julio | | | 21 | Elaboración de Informe |
| 13 | 13-17 Julio | | | 21 | Elaboración de Informe |
| 14 | 20-24 Julio | | | 20 | Elaboración de Informe |
| TOTAL DE HORAS | | 120 | 80 | 200 | |

Anexo 4.

Examen Físico General.



Anexo 5

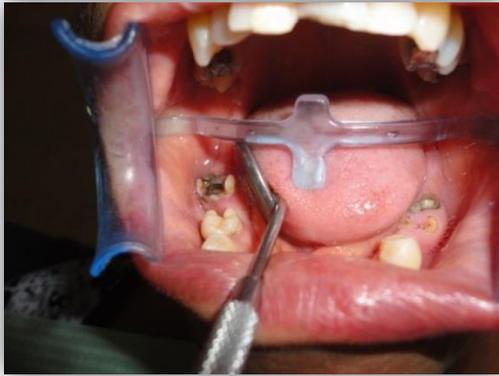
Examen Físico Extraoral



Anexo 6

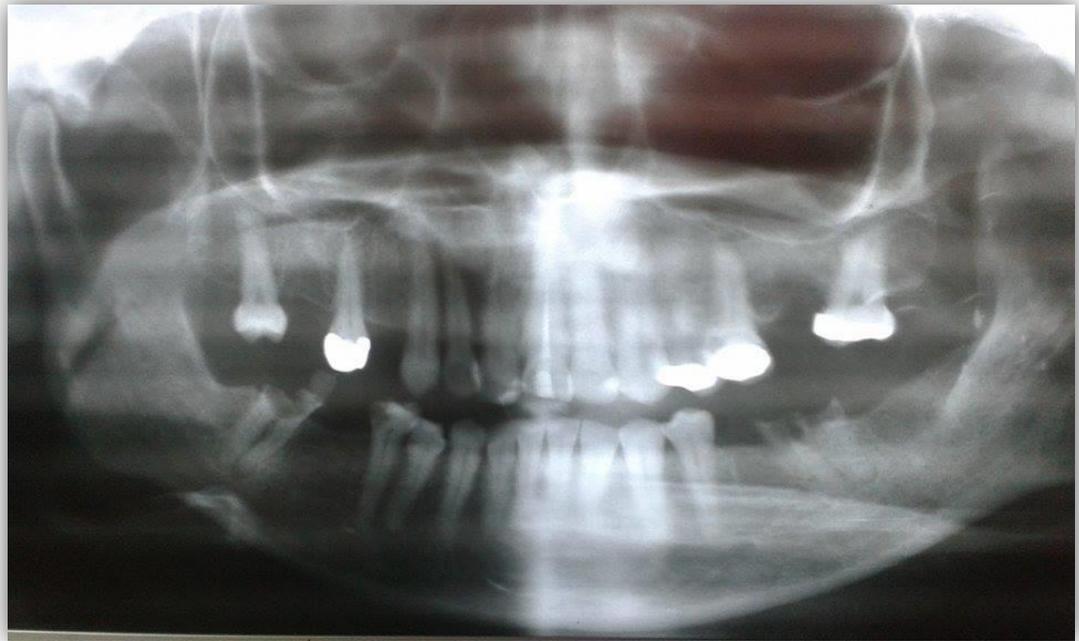
Examen Intraoral





Anexo 7.

Radiografía Panorámica Inicial.



Anexo 8

Radiografías Periapicales



Figura 1. Diagnóstico de pieza número 25.

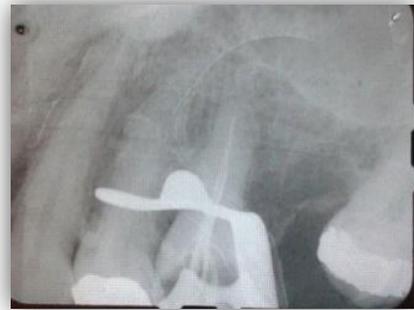


Figura 2. Condensación pieza número 25.



Figura 3. Diagnóstico de pieza número 15.



Figura 4. Restauración con colocación de poste de resina en pieza número 15.



Figura 5. Conductometría en pieza número 24.



Figura 6. Condensación en pieza número 24.

Anexo 9

Biometría hemática y pruebas de coagulación

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDI
LABORATORIO CLÍNICO

Nombre: FLOR FARIAN LOOR
ID Pac: 7598
Fecha: 28/04/2015
Hora: 09:48:30

HEMOGRAMA COMPLETO

| SERIE ROJA | RESULTADO | UNIDADES | REFERENCIA |
|----------------|-----------|--------------------|--------------|
| Glóbulos Rojos | 4.00 | 10 ⁹ /L | 4.10 - 5.25 |
| Hemoglobina | 10.9 | g/dL | 12.5 - 16.5 |
| Hematocrito | 32.9 | % | 36.0 - 46.0 |
| MCV | 82.3 | fL | 86.0 - 100.0 |
| MCH | 27.3 | pg | 26.0 - 32.0 |
| MCHC | 33.1 | g/dL | 31.0 - 36.0 |
| RDW-SD | 38.1 | fL | 37.0 - 54.0 |
| RDW-CV | 13.0 | % | 11.0 - 16.0 |

| PLAQUETAS | RESULTADO | UNIDADES | REFERENCIA |
|-----------|-----------|--------------------|------------|
| Plaquetas | 200 | 10 ⁹ /L | 150 - 450 |
| MPV | 10.9 | fL | 9.0 - 13.0 |

SERIE BLANCA:

| Clidullos Blancos | RESULTADO | UNIDADES | REFERENCIA |
|-------------------|-----------|--------------------|-------------|
| NEUT% | 48.4 | % | 55.0 - 65.0 |
| LYMP% | 39.5 | % | 20.0 - 40.0 |
| MONO% | 6.8 | % | 2.0 - 10.0 |
| EO% | 5.3 | % | 1.0 - 5.0 |
| BASO% | 0.0 | % | 0.0 - 1.0 |
| NEUT# | 1.64 | 10 ⁶ /L | 2.00 - 7.00 |
| LYMP# | 1.34 | 10 ⁶ /L | 0.00 - 4.0 |
| MONO# | 0.23 | 10 ⁶ /L | 0.10 - 1.00 |
| EO# | 0.18 | 10 ⁶ /L | 0.05 - 0.50 |
| BASO# | 0.00 | 10 ⁶ /L | 0.00 - 0.50 |

TP-12
TTP-29"

FIRMA RESPONSABLE

HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDI
PORTO RICO

UNIDAD OPERATIVA: MSP
CDS: HPVCO
CDS LOCALIZACIÓN: Farián, Farián, Farián
Módulo: Farián, Farián, Farián

HEMATOLOGÍA

2 UROANÁLISIS

4 QUÍMICA

3 COPROLOGICO

5 SEROLOGÍA

6 BACTERIOLOGÍA

7 OTROS

LABORATORIO CLÍNICO - SOLICITU

UNIDAD OPERATIVA: MSP
CDS: HPVCO
CDS LOCALIZACIÓN: Farián, Farián, Farián

HEMATOLOGÍA

3 COPROLOGICO

2 UROANÁLISIS

4 QUÍMICA

5 SEROLOGÍA

6 BACTERIOLOGÍA

7 OTROS

LABORATORIO CLÍNICO - INFOR

Anexo 10.

Historia Clínica.


UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIJO
Ficha Clínica Dental


CARRERA DE ODONTOLOGIA
U.S.G.P.

Alumno: YAGO RIVERA
 Paciente: FLOR FANTAO
 Fecha: Abr 22 2008

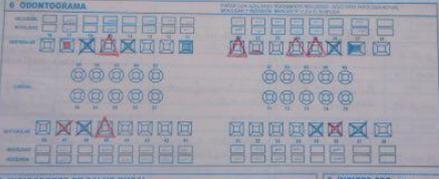
T. 0006

1 MOTIVO DE CONSULTA
 "Me duele un diente y se me han caído unos callos"
 2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
 "El paciente presenta dolor en el primer premolar superior izquierdo (4-2), el dolor es leve, intermitente, nocturno, hacia el estomago"

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
 Hipertensión (padres)

4 SIGNOS VITALES
 Temperatura: 36.5, Pulso: 72, Presión: 120/80, Frecuencia respiratoria: 24

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOLÓGICO
 6-7 Pájaros (Fovos)

6 ODONTOGRAMA


7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

| INDICADOR DE SALUD BUCAL | | | | EMERGENCIAS ORODENTALES | | MAL OCCLUSIÓN | | PLURICURSA | | 8 INDICES CPO-CBO | | | | |
|--------------------------|----|----|----|-------------------------|-------------------------|---------------|---------|------------|---------|-------------------|----|----|----|-------|
| INDICADOR DE SALUD BUCAL | | | | EMERGENCIAS ORODENTALES | EMERGENCIAS ORODENTALES | NOXIOSA | NOXIOSA | NOXIOSA | NOXIOSA | D | S | P | O | TOTAL |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA
 + Foco radiopaco
 * Foco radiolúcido
 X Foco radiopaco radiolúcido
 U Foco radiopaco radiolúcido
 Δ Foco radiopaco radiolúcido
 ○ Foco radiopaco radiolúcido
 ○ Foco radiopaco radiolúcido

ODONTOLOGÍA (1)

Anexo 11.

Periodoncia.

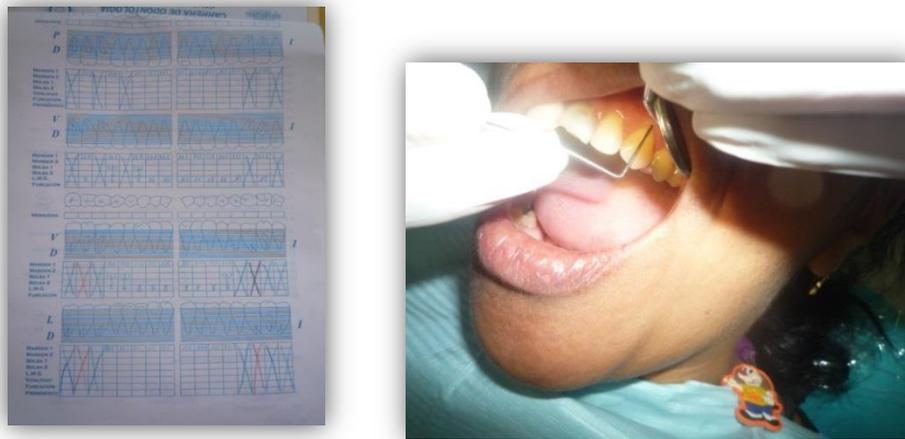


Figura 7. Sondaje en pieza número 23.



Figura 8. Eliminación de cálculo supragingival.



Figura 9. Pulido de las superficies dentales.

Anexo 12.

Operatoria



Figura 10. Colocación de ácido grabador por 30 segundos en pieza número 24.



Figura 11. Colocación de resina fotopolimerizable capa por capa en pieza número 24.

Anexo 13.

Cirugía.



Figura 12. Evaluación radiológica de resto radicular número 36.



Figura 13. Anestesia infiltrativa en resto radicular número 36.



Figura 14. Sindesmotomía en restos radiculares número 36.



Figura 15. Exodoncia propiamente dicha de los restos radiculares número 36.

Anexo 14.

Retratamiento de endodoncia.



Figura 16. Radiografía de Diagnóstico en pieza número 21



Figuras 17. Técnica de desobturación del conducto radicular.



Figura 18. Conductometría en pieza número 21.



Figura 19. Obturación del conducto con conos de gutapercha en pieza número 21.

Anexo 15.

Endodoncia.



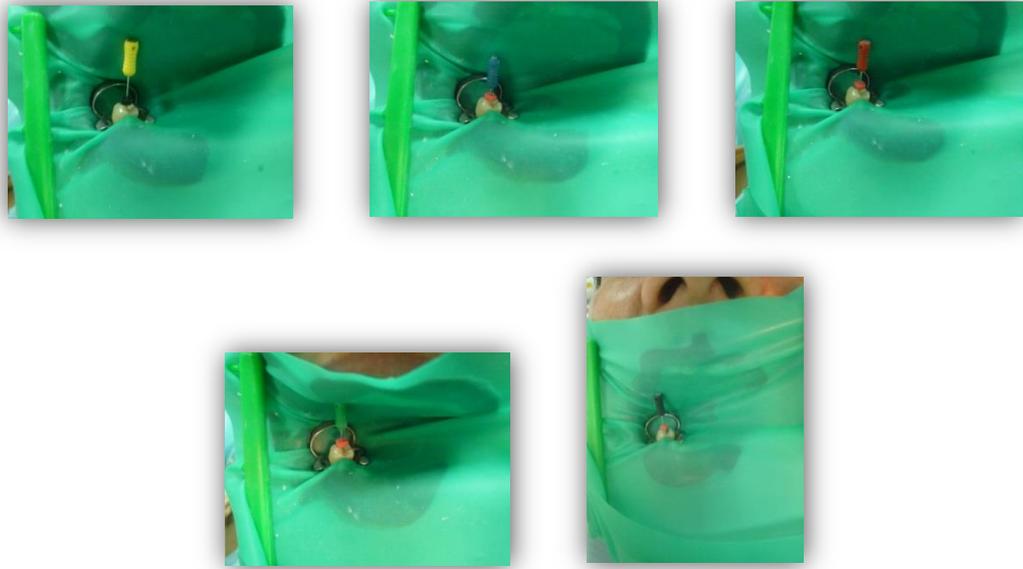
Figura 20. Radiografía de Diagnóstico en pieza número 45.



Figura 21. Aislamiento con dique de goma.



Figura 22. Apertura coronaria. Punto de elección.



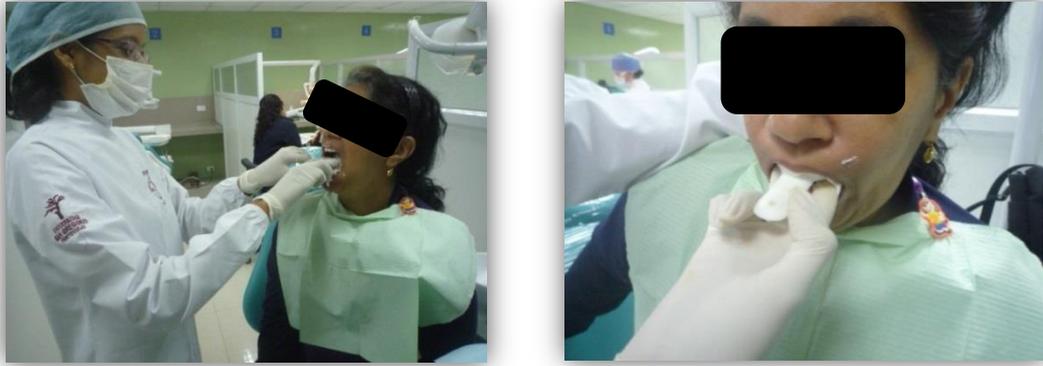
Figuras 23. Instrumentación en pieza número 45.



Figura 24. Obturación de conducto con conos de gutapercha en pieza número 45.

Anexo 16.

Prótesis Fija: corona de porcelana y metal-porcelana.



Figuras 25. Toma de impresión con alginato para la confección del modelo diagnóstico.



Figuras 26. Preparación dentaria. Tallado de las piezas números 21 y 15.



Figura 27. Colocación del hilo retractor en pieza número 21.



Figuras 28. Toma de impresión con material Speedex de piezas número 21 y 15.



Figura 29. Toma de color de piezas número 21 y 15.



Figuras 30. Prueba del metal y ajustes oclusales en pieza número 15.



Figuras 31. Cementación definitiva de coronas en piezas números 21 y 15.

Anexo 17.

Prótesis Parciales Removibles.



Figura 32. Toma de impresión con alginato.



Figura 33. Vaciado de los modelos.



Figura 34. Registro de mordida.



Figura 35. Adaptación de las prótesis parciales removibles de acrílico superior e inferior.

BIBLIOGRAFÍA.

- Álvarez , M., Peña, J. y González , I. (2003) Características generales y propiedades de las cerámicas sin metal. Scielo. RCOE. Volumen 8 – Número 5. Consultado el 03 de mayo, 2015. En: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v8n5/525%20Caracteristicas.pdf>.
- Barrancos, J. y Barrancos, P. (2006). Operatoria dental: integración clínica. (4° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.
- Bergenholtz, G., Horsted, P. y Reit, C. (2001). Endodoncia. (2° ed.). Estados Unidos Mexicanos. Editorial El Manual Moderno.
- Bertrán, G. y Rosales, J. (2013) Lesiones pulpares y periapicales en la consulta de Urgencias Estomatológica. Clínica “Felipe Soto”. 2010-2011. Volumen 13 – Número 1. Consultado el 14 de agosto, 2015. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000100011.
- Boraks, S. (2004). Diagnóstico Bucal. República Federativa de Brasil. Editorial Artes Médicas Latinoamérica.
- Castella, E. (2003) Raspado y alisado radicular en áreas de difícil acceso. Trabajo de investigación. Volumen 13 – Número 2. Consultado el 03 de mayo, 2015. En: <http://ca.clinicaestany.com/upload/apartat/raspado-areas-dificiles.pdf>.
- Chein, S., Campodónico, C., Benavente, L. y Vidal, R. (2013) El perfil de salud-enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima urbana 2012. Volumen 16 – Número 2. Consultado el 14 de agosto, 2015. En: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/5439/5862>.
- Chiche, G. y Pinault, A. (2002). Prótesis Fija estética en dientes anteriores. (Edición Reimpresa). Reino de España. Editorial Masson, S.A.

Cuenca S., E. y Baca G., P. (2013). Odontología preventiva y comunitaria. (4° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier España, S.L.

De la Fuente, J., Sifuentes, M. y Nieto, M. (2014). Promoción y educación para la salud en odontología. Estados Unidos Mexicanos. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2010). Periodoncia. (6° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier España, S.L.

Enrile, F. y Fuenmayor F., V. (2009). Manual de Higiene. Reino de España. Editorial Médica Panamericana.

Espinosa, R., Fernández, E., Kohen, S., Mondelli, J. y Rodríguez E. (2006). Estética en Odontología Restauradora. (1° ed.). Reino de España. Editorial Ripano, S.A.

Fernández, E., Bessone, L. y Cabanillas, G. (2011) Restauraciones estéticas de porcelana pura. Sistema Cercon. Scielo. Avances en Odontoestomatología. Volumen 27 – Número 5. Consultado el 07 de mayo, 2015. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852011000500002&script=sci_arttext.

Fernández, M. y colaboradores (2013) Lesiones periapicales agudas en pacientes adultos. Revista Cubana de Estomatología. Volumen 49 – Número 2. Consultado el 12 de agosto, 2015. En: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v49n2/est04212.pdf>.

Giraldo, O. (2008) Cómo evitar fracasos en prótesis dental parcial removible. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. Volumen 19 – Número 2. Consultado el 28 de mayo, 2015. En: <file:///C:/Users/pc/Downloads/2231-7120-1-PB.pdf>.

Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W. y Sanz, M. (2013). Periodoncia e Implantología dental de Hall. República de Colombia. Editorial El Manual Moderno.

Hilú, R. (2009) El éxito en endodoncia. Volumen 27 – Número 3. Consultado el 20 de junio, 2015. En:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2005000400005.

<http://www.medlinedental.es/pdf-doc/ENDO/v27-3-7.pdf>.

Malagón L., G., Malagón B., O., Amador, E. y Arango, J. (2003). Urgencias Odontológicas. (3° ed.). República de Colombia. Editorial Médica Panamericana.

Mallat D., E. y Mallat C., S. (2004). Prótesis parcial removible y sobredentaduras. (1° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier España, S.A.

Monturiol V., A. (2003). Atlas de Preparaciones en Prótesis Dental Fija (1° ed.). República de Costa Rica. Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Negróni, M. (2009). Microbiología estomatológica. Fundamentos y guía práctica. (2° ed.). República de Argentina. Editorial Médica Panamericana.

Nocchi, C. (2007). Odontología Restauradora Salud y Estética. (2° ed.). República Federativa de Brasil. Editorial Médica Panamericana.

Oliveira, E., Martins, E. y Falcón Antenucci, R. M. (2007) Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes. Revista Estomatol Herediana. Volumen 17 – Número 2. Consultado el 09 de junio, 2015. En:
<http://amilcarfreitas.com.br/downloads/artigos/2007/2-revisao-protese-no-idoso-espanhol.pdf>.

Palma, A. y Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica (2° ed.). Reino de España. Editorial Paraninfo, S.A.

Pardi, G., Guilarte, C., Cardozo, E. y Briceño, E. (2009) Detección de Enterococcus Faecalis en dientes con fracaso en el tratamiento endodóntico. Scielo. Acta Odontológica Venezolana. Volumen 47 – Número 1. Consultado el 13 de junio, 2015.

En: http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000100014.

Proaño, D. y Guillén G., M. (2005) Comparación de las técnicas anestésicas de bloqueo mandibular troncular convencional directa y Gow-Gates en exodoncia de molares mandibulares. Revista Estomatol Herediana. Volumen 15 – Número 1. Consultado el 15 de junio, 2015. En: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/1970/1971>.

Ramírez, F., Pérez, B. y Sánchez, C. (2010) Causas más frecuentes de extracción dental en la población derechohabiente de una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Artículo de Investigación. Revista ADM. Volumen LXVII – Número 1. Consultado el 26 de junio, 2015. En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od101e.pdf>.

Raspall, G. (2006). Cirugía Oral e Implantología. (2° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

Romero, M., Herrero, M. y Torres, D. (2006) Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica. una aproximación racional. Scielo. RCOE. Volumen 11 – Número 2. Consultado el 28 de junio, 2015. En: http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v11n2/205_215.pdf.

Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2008). Prótesis Fija Contemporánea (4° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier.

Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo del Gobierno Nacional de la República del Ecuador. (2013) Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017. Consultado el 11 de agosto, 2015. En: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>.

- Serrano, J. y Herrera, D. (2005) La placa dental como biofilm. ¿Cómo eliminarla?. Scielo. RCOE. Volumen 10 – Número 4. Consultado el 05 de julio, 2015. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2005000400005.
- Sillet, M., Orellana, A. y Salazar, E. (2009) ¿Es realmente necesaria la antibióticoterapia profiláctica en la cirugía del tercer molar? Acta Odontológica Venezolana. Volumen 47 – Número 3. Consultado el 10 de julio, 2015. En: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art9.asp>.
- Soares, I. y Goldberg, F. (2002). Endodoncia: técnica y fundamentos. (1º ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.
- Vásquez, A. (2011) Desobturación y solventes de gutapercha. Universidad de Valparaíso Chile. Consultado el 13 de junio, 2015. En: <http://www.postgradosodontologia.cl/endodoncia/images/EspecialidadEndodoncia/Seminarios/2011-2012/SeminarioDesobturacionYSolventesDeGutapercha.pdf>.