



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Trabajo de Sistematización Prácticas.

Tema:

Rehabilitación oral integral de paciente con múltiples restos radiculares, lesiones pulpares y afectación de la estética del sector anterior. Periodo abril-julio 2015.

Karen Rocio Núñez Cruzatte.

Autora

Dr. Michel Sarmiento Pérez. Esp. EGI.

Tutor

Provincia Manabí – República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE DIRECTOR DE PRÁCTICAS.

Dr. Michel Sarmiento Pérez, certifica que el trabajo de Sistematización de Prácticas titulado: **Rehabilitación oral de pacientes con múltiples restos radiculares, lesiones pulpares y afectación de la estética del sector anterior en el periodo abril-julio 2015.**

Trabajo original de la estudiante Karen Rocio Núñez Cruzatte, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dr. Michel Sarmiento Pérez. Esp. EGI.

Tutor.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Rehabilitación oral integral de paciente con múltiples restos radiculares, lesiones pulpares y afectación de la estética del sector anterior. Periodo abril-julio 2015. Presentada y realizada por la egresada Karen Rocio Núñez Cruzatte. Ha sido sometido a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Tribunal:

Dr. Lucía Galarza Santana. Mg. Gs.

Coordinadora de la carrera.

Dr. Michel Sarmiento Pérez. Esp. EGI

Tutor de trabajo de titulación.

Dra. Julia Cárdenas Sancán Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

Dr. Jorge Mendoza Robles. Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

La responsabilidad del informe, argumento, análisis, resultados, conclusiones y recomendaciones del presente trabajo de sistematización práctica, titulada: **Rehabilitación oral integral de paciente con múltiples restos radiculares, lesiones pulpares y afectación de la estética del sector anterior. Periodo abril-julio 2015,** corresponde exclusivamente a la autora, y los derechos a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Karen Rocio Núñez Cruzatte.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Expreso mi reconocimiento a las autoridades de la carrera de Odontología de la universidad san Gregorio de Portoviejo, por brindarme la oportunidad de aprendizaje a los docentes de la carrera por prepararnos para enfrentar desafíos.

A los docentes de la carrera por prepararnos para enfrentar retos y desafíos que se presentan en la vida profesional, al Doctor Michel Sarmiento Pérez tutor de trabajo de titulación.

Karen Rocio Núñez Cruzatte

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios por iluminar cada paso de este largo camino, a mis padres Walter y Margoth ya que sin ellos no sería posible este trabajo, por nunca abandonarme ni en los momentos más difíciles, por brindarme su apoyo incondicional tanto moral como económico, por nunca defraudarme, por ayudarme a cumplir una de mis primeras metas, porque este triunfo no es mío si no de ustedes, porque hoy podemos decir que cada esfuerzo valió la pena y decirles yo a ustedes lo han logrado.

A mi esposo Danny Daniel, por apoyarme siempre de una u otra forma, a mis hermanos Bryan, Walter, Kleiner y a mi sobrina Zoe, que son pilares fundamentales en mi vida los amo.

Karen Rocio Núñez Cruzatte.

RESUMEN.

En este trabajo de sistematización de prácticas, se logra la rehabilitación oral de pacientes con múltiples restos radiculares, lesiones pulpares y restablecimiento de la estética del sector anterior realizado en la “Universidad San Gregorio de Portoviejo” en el periodo Abril-julio 2015. Para cumplir con los objetivos del trabajo se aplicó un diagnóstico mediante ficha clínica, 033 del MSP.

Al primer paciente se le realizaron restauraciones dentales, extracciones de restos radiculares, tratamiento endodóntico. Al segundo paciente se le realizaron restauraciones dentales, coronas individuales de metal porcelana, además una prótesis parcial removible inferior de acrílico.

Como resultado del trabajo el primer paciente fue rehabilitado parcialmente y el segundo paciente fue rehabilitado en su totalidad, lo que favorece a un adecuado estado de salud bucal y un nivel de vida satisfactorio restableciendo las funciones como la estética, fonética y la masticación además aumentando la autoestima del paciente e incorporación a la sociedad.

Palabras claves: Restos Radiculares, lesiones pulpares, coronas individuales.

ABSTRACT.

In this work the practice of systematization, it's gotten the oral rehabilitation with patients with multiples radicular wreacages, pulp lesions and reestablishing from the esthetic of last section in the "San Gregorio de Portoviejo University" during the period April – July 2015. To accomplish with the goals of this work was done a diagnostic through a medical file, 033 of MSP.

It was done some dental restorations to the first patient, some radicular tooth extractions, and an endodontic treatment. While it was done some dental restorations, individual crowns of porlain metal, furthermore a removable above partil prosthesis of acrylic.

As a result of this work the first patient was rehabilitated partially and the second one was rehabilitated totally, which is an advantage to get a good oral health and a satisfactory life style, improving function like esthetic, phonetic, and functionaliy, as well as increasing the patients self-esteem and the social integration.

Keywords: Root Fragments, pulp injury, individual crowns.

INDICE.

Certificación del director de tesis.....	II
Certificación del tribunal examinador.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Índice.	IX
Introducción.....	1
Capítulo I.....	2
1. Problematización.	2
1.1 Tema.....	2
1.2. Planteamiento del problema.....	2
1.3 Delimitación de la investigación.	3
1.4 Justificación.....	4
1.5 Objetivos.....	5
1.5.2. Objetivo general.	5
Capítulo II.....	6
2. Marco teórico Conceptual.....	6
2.1. Historia de la enfermedad del primer paciente.....	6

2.2.	Historia de la enfermedad o problema actual del segundo paciente.....	10
2.3.	Periodoncia.....	14
2.3.1.	Encía sana.....	14
2.3.2.	Placa bacteriana.....	14
2.3.3.	Etiología de la placa bacteriana.....	15
2.3.4.	Control mecánico de la placa dental.....	15
2.3.5.	Técnica de cepillado de Bass.....	15
2.3.6.	Uso de colutorios.....	16
2.4.	Caries dental	16
2.4.1.	Etiología de la caries dental.....	16
2.4.3.	Aislamiento.....	17
2.4.4.	Apertura y conformación.....	17
2.4.5.	Remoción del tejido cariado.....	18
2.4.6.	Grabado ácido.....	18
2.4.7.	Inserción del sistema adhesivo.....	18
2.4.8.	Inserción del composite.....	19
2.4.9.	Pulido del composite.....	19
2.4.10.	Control posoperatorio.....	19
2.5	Exodoncia	20
2.5.1	Evaluación radiográfica de la pieza dentaria.....	20
2.5.2	indicaciones de la exodoncia.....	20
2.5.3.	Contraindicaciones de la exodoncia.....	21
2.5.4.	Anestesia infiltrativa.....	21
2.5.5.	Anestesia troncular.....	21

2.5.6. Sindesmotomia.....	22
2.5.7. Luxación del diente.....	22
2.5.8. Tiemposde Forceps.....	22
2.5.9. Curetaje del alveolo.	23
2.5.10 Irrigación del alveolo.....	23
2.5.11 Comprensión del alveolo.....	24
2. 6. Endodoncia.....	24
2.6.1. Pulpitis irreversible.....	24
2.6.2. Síntomas pulpares.....	25
2.6.3. Anestesia.....	25
2.6.4. Aislamiento absoluto.....	26
2.6.5. Acceso coronal.....	26
2.6.6. Localización y preparación de las entradas a los conductos radiculares...	26
2.6.7. Longitud de trabajo.....	27
2.6.8. Instrumentacion de los conductos.....	27
2.6.9. Limpieza y modelado del conducto.....	27
2.6.10. Irrigación de los conductos.....	28
2.6.11. Medicación tópica entre sesiones.....	28
2.6.12. Requisitos para obturar los conductos radiculares.....	28
2.6.13. Obturación de los conductos radiculares.....	29
2.6.14 Elección del cemento para obturar los conductos.....	29
2.6.15. Sellado coronal.....	30
2. 7. Prótesis Fija.....	31
2.7.1 Corona metal porcelana.....	30

2.7.2	Modelos de estudios.....	31
2.7.3	Principios de una preparación dental.....	31
2.7.4	Instrumentos para preparar los dientes.....	31
2.7.5	Preparación inicial.....	32
2.7.6	Separación.....	32
2.7.7	Preparación labial.....	32
2.7.8	Preparación proximal.....	33
2.7.9	Reducción general.....	33
2.7.10	Acabado.....	33
2.7.11	Restauración provicional.....	34
2.7.12	Uso del hilo retractor.....	34
2.7.13	Toma de impresión.....	35
2.7.14	Prueba de metal.....	35
2.7.15	Prueba de biscocho.....	35
2.7.16	Cementación de la corona metal-porcelana.....	36
2.8.	Prótesis parcial removible.....	36
2.8.1	Toma de la impresión.....	37
2.8.2	Registro de mordida.....	37
2.8.3	Prueba de los dientes artificiales en cera.....	38
2.8.4	Colocación de la prótesis.....	38
CAPITULO III.....		39
3.	Marco metodológico.....	39
3.1.	Modalidad de trabajo.....	39

3.2.	Métodos.....	39
3.3.	Ética.....	42
3.4	Marco administrativo.....	42
3.4.1	Recursos humanos.....	42
3.4.2	Recursos materiales.....	42
3.4.3.	Recursos tecnológicos.....	43
3.5	. Económicos.....	44
3.6	Cronograma.....	44
CAPITULO IV.....		45
4.	Resultados.....	45
ANEXOS.....		46
BIBLIOGRAFIA		

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo # 1.....	46
Anexo # 2.....	47
Anexo # 3.....	49
Anexo # 4.....	50
Anexo # 5.....	51
Anexo # 6.....	52
Anexo # 7.....	53
Anexo # 8.....	54
Anexo # 9.....	55
Anexo # 10.....	56
Anexo # 11.....	57
Anexo # 12.....	59
Anexo # 13.....	61
Anexo # 14.....	62

INTRODUCCIÓN.

La rehabilitación oral integral se encarga de devolver la función estética, función de masticación y armonía oral al paciente, se necesita hacer un buen diagnóstico y elaborar un plan de tratamiento.

El objetivo de este trabajo es la rehabilitación oral integral de paciente con múltiples restos radiculares, lesiones pulpares y afectación de la estética del sector anterior. Para lo cual se establece un plan de tratamiento odontológico que consiste en realizar procedimientos requeridos por el paciente tales como profilaxis dental, tratamiento endodóntico, exodoncias, restauraciones dentales, prótesis parcial o total, fija o removible.

En el marco metodológico la modalidad de trabajo utilizada fue sistematización de práctica para la cual se utilizó la ficha 033 del MSP del Ecuador, en la cual se registraron motivo de la consulta, antecedentes personales y familiares, signos vitales, examen del sistema estomatognático y todos los problemas existentes en las piezas dentales que se reflejaron en el odontograma.

Por medio del presente trabajo se dará solución a los casos clínicos para así brindarles una mejor calidad de vida a los pacientes siguiendo los protocolos de cada tratamiento.

CAPÍTULO I.

1. Problematización:

1.1. Tema.

Rehabilitación oral integral de paciente con múltiples restos radiculares, lesiones pulpares y afectación de la estética del sector anterior. Periodo abril-julio 2015.

1.2. Planteamiento del Problema.

Las lesiones pulpares y los focos infecciosos van hacer una de las causas que afectan la salud bucodental de los pacientes. Esta rehabilitación se va alcanzar con los tratamientos a desarrollar para conseguir los parámetros funcionales adecuados junto con un exquisito resultado estético.

Analizando la información disponible en documento del sitio web ¹ (2004) se cita que:

La caries dental, es un problema de salud de alcance mundial, cada vez con más frecuencia afecta a los países industrializados y a los países en desarrollo, las comunidades más pobres, ha afirmado hoy la organización mundial de la salud. El informe mundial sobre salud dental.

Una mala salud dental perjudica a la salud dental ha firmado el Dr. Petersen. El dolor, infección, los problemas en la masticación, la pérdida de dientes y la existencia de dientes dañados tiene un efecto importante en la vida de las personas.

¹ Le Galès-Camus, C., Petersen, P., Porter, D. (2004). [En línea]. Consultado: [12, agosto, 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>

Estudiando la información publicada en el sitio web Fernández y colaboradores² (2013) 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, Cuba, en el 2009. Se registró todos los pacientes que acudieron al servicio urgencias que presentaron lesiones periapicales agudas, 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)

En el cantón Portoviejo, en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio, se rehabilitó la cavidad oral de pacientes, el primer paciente presentó múltiples focos infecciosos en las piezas números 13, 17, 27, 36, 42, 46, 47, lesiones pulpares en las piezas números 14 y 15, el segundo paciente acude a consulta por presentar afectada la estética del sector antero superior con destrucción de las coronas de las piezas números 12, 11, 21, 22 además no puede triturar bien los alimentos por presentar ausencias de las piezas números 36, 46.

1.3. Delimitación de la Investigación.

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspectos: Rehabilitación oral.

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

Delimitación temporal: periodo Abril – Julio 2015.

²Fernandez, M y colaboradores. (2013) Lesiones periapicales agudas en pacientes adultos. Revista cubana de estomatología. Volumen 49 – numero 2. Consultado el 15 de agosto, 2015. En: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v49n2/est04212.pdf>.

1.4. Justificación.

Este trabajo de sistematización de prácticas está directamente relacionado con el objetivo del plan nacional de desarrollo del buen vivir.

Como lo menciona la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo en su artículo (2013).

La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerrequisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales.

El artículo 358 establece el Sistema Nacional de Salud para “el desarrollo, protección y recuperación de capacidades y potencialidades bajo los principios bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”, incluyendo los servicios de promoción, prevención y atención integral. (p. 136)

La sistematización de la práctica contribuye al proceso de vinculación de la universidad San Gregorio de Portoviejo con sectores vulnerables mediante los conocimientos profesionales que adquieren sus estudiantes, beneficiando estos sectores en diferentes áreas.

Este trabajo fue factible porque se contó con la infraestructura necesaria para el desarrollo de la rehabilitación oral integral. En lo personal este trabajo le sirvió a la autora para afianzar conocimientos teóricos prácticos adquiridos en el transcurso de la carrera profesional.

Se benefició a dos pacientes de 25 y 46 años de edad, por lo que se les rehabilito y mejoro su apariencia estética, así como también se restablecieron funciones tan importantes como la fonética y la masticación sintiéndose seguros en sí mismo.

1.5. Objetivos.

1.5.1 Objetivo General.

Rehabilitar a pacientes con múltiples restos radiculares, lesiones pulpares y afectación de la estética del sector anterior.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Conceptual.

2.1. Historia de la Enfermedad del primer paciente.

Paciente de 25 años de edad, sexo masculino, mestizo; acude a la consulta odontológica con dolor en el sector postero superior, por la presencia de restos radiculares y tejidos inflamado en la pieza número 17. Porque hace varios días debutó con dolor referido en las piezas números 15-14, de tipo pulsátil, intensidad leve soportable, de ubicación localizada y con estímulos que hacen que el dolor se incremente al ingerir alimentos fríos. Hasta la actualidad no necesitó la administración de ningún tipo de medicamento.

Antecedentes Patológicos Personales y Familiares del primer paciente.

Personales: No refiere

Familiares: No refiere

Examen Físico General primer paciente:

Paciente longilíneo, deambula sin dificultad, se encuentra consciente ubicado en tiempo y espacio, no presenta facies patognomónicas de ninguna enfermedad. Presenta piel y mucosas con hidratación y coloración normal de acuerdo a la raza, sexo y edad. Sin lesiones visibles, temperatura de 37°C, frecuencia cardíaca de 64 pulsaciones/minuto, presión arterial de 120/70 Hg. y frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto.

De estado panículo adiposo conservado, faneras sin alteraciones. Piel y mucosa húmeda y normocoloreada de acuerdo a la raza, sexo y edad.

Examen Físico Regional del primer paciente.

Examen Extraoral.

Inspección: al examen físico de cabeza y cuello la paciente no presenta patología aparente. En la piel de la cara no presenta manchas, cicatrices o quemaduras, ningún cambio de coloración. Labios gruesos, color y movilidad normal, presenta un buen tono muscular. Los pliegues cutáneos normales. No hay presencia de tumefacción o fistulas.

Palpación: en la articulación temporomandibular: no hay signos de dolor e hinchazón. Pero si hay presencia de chasquidos al movimiento de apertura y cierre. No se encuentran signos de edema, ni cambio de color. Los labios presentan una buena textura y sin ninguna alteración.

Auscultación: latido carotideo de buen tono y frecuencia.

Examen Intraoral.

Inspección: el paciente presenta: caries de dentina en las piezas números 11, 12, 16, 18, 21, 22, 24, 26, 28, 34, 35, 37, 44, 45, 48, las piezas números 14 y 15 presentan caries profunda de dentina que llegan hasta el nervio y se indican para endodoncia. Las piezas números 13, 17, 27, 36, 42, 46, 47, se indican para exodoncia de restos radiculares. La pieza número 25 se encuentra extraída. (Ver anexo #4)

El CPO indica: 24 piezas cariadas, 1 perdida y 0 obturadas. 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.

La mucosa gingival y los carrillos no presentan asimetría ni cambios en la piel como costras y fisuras. El suelo es fino, vascularizado va desde la encía lingual por posterior y anterior hasta el vientre de la lengua. En la parte central se encuentra el “frenillo lingual” y ambos lados unas prominencias que corresponden a las glándulas salivares sublinguales que se sitúan a este nivel. Las amígdalas se observan normales, de coloración roja, con nódulos linfáticos normales.

En las partes blandas como carrillos, lengua y piso de la boca no existe aumento de volumen u otra alteración. En las partes duras como el paladar duro, encía adherida no hay presencia de fistulas o alteraciones patológicas.

Piezas dentales: no hay presencia de movilidad, las glándulas salivales no presentan aumento de volumen se encuentran en estado normal. Percusión vertical y horizontal son positivos en las piezas números 15 y 14.

Examen Radiográfico.

Radiografía Panorámica.

En el maxilar superior se observa buen trabéculado óseo, presenta buena altura del hueso, crestas interdentarias en buen estado, presenta todo el ligamento inflamado, encontramos zonas radiolúcidas por focos sépticos dados por restos radiculares de las piezas números 13, 17, 27 y zonas radiopacas que son las caries en las piezas números 11, 12, 16, 21, 22, 24, 26, 28.

Maxilar inferior. se observa callosidad ósea a nivel del ángulo de la mandíbula lado izquierdo, presenta todo el ligamento inflamado, encontramos zonas radiolúcidas dados por restos radiculares de las piezas números 36, 42, 46 y 47, y zonas radiopacas que son las caries en las piezas números 34, 35, 37, 44, 45 y 48. (Ver anexo 5)

Diagnóstico Presuntivo.

Pulpitis en las piezas números 14 y 15.

Caries de dentina en las piezas números 11, 12, 16, 18, 21, 22, 24, 26, 28, 34, 35, 37, 44, 45, 48.

Restos radiculares en las piezas números 13, 17, 27, 36, 42, 46, 47.

Plan de tratamiento.

Profilaxis previa.

Tratamiento de conductos en las piezas números 14 y 15.

Obturaciones con resinas en las piezas números 11, 12, 16, 18, 21, 22, 24, 26, 28, 34, 35, 37, 44, 45, 48.

2.2. Historia de la enfermedad del segundo paciente.

Paciente de 46 años de edad, sexo masculino mestizo que acude a consulta por presentar afectada la estética del sector antero superior piezas números 11, 12, 21, 22 además no puede triturar bien los alimentos por presentar ausencias de las piezas números 36 y 46.

Antecedentes Patológicos Personales y Familiares del segundo paciente.

Personales.- No refiere

Familiares.- Madre Diabetes, Padre (Fallecido) Enfermedad cardiaca.

Examen Físico General del otro paciente.

Paciente de biotipo normolíneo, consiente ubicado en tiempo y espacio, deambula sin dificultad y que no presenta facies patognomónica, relacionada con ninguna enfermedad. Presenta piel y mucosas con hidratación y coloración normal, sin lesiones visibles, sin lesiones visibles, temperatura de 37°C, frecuencia cardíaca de 82 pulsaciones/minuto y presión arterial de 120/70 Hg, frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto. De estado panículo adiposo conservado, faneras sin alteraciones. Piel y mucosa húmeda y normocoloreada de acuerdo a la raza, sexo y edad.

Examen Físico Regional del otro paciente.

Examen Extraoral.

Inspección: al examen físico de cabeza y cuello la paciente no presenta patología aparente. El paciente presenta simetría facial y no hay evidencias de edemas ni tumores. En la piel de la cara no presenta manchas, cicatrices o quemaduras. Coloración de labios normales, color y movilidad normal, presenta un buen tono muscular. Los pliegues cutáneos normales. No hay presencia de tumefacción o fistulas.

Palpación: en los labios no presenta ningún signo de alteración, en la articulación temporomandibular no se encuentra presencia de dolor a los movimientos de apertura y cierre. Cadenas ganglionares no palpables, indolora, sin presencia de fistulas o calcificaciones. No edema ni cambio de color.

Auscultación: latido carotideo de buen tono y frecuencia.

Examen intraoral.

Inspección: el paciente presenta caries de dentina en las piezas números 17 y 26. Tratamiento endodóntico en las piezas números 11, 12, 35, presenta una corona en la pieza número 35. Restauraciones en las piezas números 16, 18, 27, 28 y ausencia de piezas números 26 y 36.

El CPO indica: 4 piezas cariadas, 2 piezas perdidas y 7 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, 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. Las amígdalas se observan normales, de coloración roja, con nódulos linfáticos normales. El paladar duro tiene una mucosa rosa pálido, firme con rugosidades palatinas. 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 lengua tiene una apariencia normal, es decir, normotónica con movimiento libres, de color rosado, bien hidratada presenta una delgada capa saburral levemente blanda. Salivación aparentemente normal.

Palpación: las piezas dentarias no presentan movilidad.

Percusión: horizontal y vertical resultado positivo en la pieza número 17.

Examen Radiográfico.

Radiografía Panorámica.

En el maxilar superior se observa bien implantado el hueso, el ligamento en el sector anterior se observa ligeramente inflamado, presenta ligeramente pérdida de la

cresta ósea en las piezas números 26, 27 y 28, presenta lesiones cariosas en las piezas números 17 y 26, presenta endodoncias en las piezas números 21 y 22.

En el maxilar inferior los rebordes alveolares están disminuidos o reabsorbidos en las piezas números 36, 37, 38, 46 y 47, se encuentra el ligamento inflamado en las piezas números 35 y 45, a nivel de la pieza número 46 presenta hueso reabsorbido y presenta endodoncia en la pieza número 35 con corona de metal porcelana. (Ver anexo #7)

Diagnostico presuntivo.

Caries de dentina en las piezas números 17 y 26.

Coronas de metal-porcelana en las piezas números 12, 11, 21, 22.

Perdida dentaria de las piezas números 36 y 46.

Plan de tratamiento:

Profilaxis previa.

Obturaciones de resina en las piezas números 17 y 26.

Coronas de metal porcelana en las piezas números 11, 12, 21, 22.

Prótesis inferior parcial removible.

2.3. Periodoncia.

2.3.1. Encia sana.

Consultando la obra de Rossi y Cuniberti³ (2004) cita que:

En la encia normal la papila llena el espacio proximal y el margen termina en forma de bisel o de filo de cuchillo. Las imágenes muestran una encia sana sobre un diente sano, con un aspecto superficial opaco, el graneado característico de la encia insertada y el aspecto liso en la encia marginal. Así se debe comenzar antes de cualquier procedimiento restaurador. La encia insertada es firme y resiliente, y esta solidamente unida al periostio del hueso alveolar. Su ancho varía a según las diferentes zonas de la boca y sus dimensiones pueden cambiar en el curso de la vida. La presencia de una adecuada banda de encia insertada actúa como una barrera efectiva frente a los traumatismos de la masticación. (p. 6)

2.3.2. Placa bacteriana.

Analizando la obra de Cawson y Odell⁴ (2009) en el cual citan que:

Desde el punto de vista clínico, la placa bacteriana es un depósito que se adhiere tenazmente a los dientes. Resiste a la fricción de los alimentos durante la masticación y solo puede eliminarse con facilidad con el cepillo de los dientes. Sin embargo, ni el cepillado ni los alimentos fibrosos eliminan la placa de las superficies inaccesibles o las depresiones (áreas de estancamiento). Cuando el cepillado se interrumpe durante 12 a 24 horas, la placa se hace visible sobre todo en las superficies labiales de los incisivos, su aspecto es el de una película transparente con una superficie mate que apaga el brillo y la tersura del esmalte. En situaciones de inanición, la placa que se forma es escasa, pero con una dieta rica en sacarosa su formación es rápida y abundante. (p. 43)

³ Rossi, G., Cuniberti, N. (2004). Atlas de Odontología Restauradora y Periodoncia workshop de cirugía periodontal para el práctico general. (1 ed.). República de Argentina: Medica Panamericana S.A.

⁴ Cawson, R., Odell, E. (2009). Fundamentos de medicina y patología oral. (8 ed.). Reino de España: Elsevier.

2.3.3. Etiología de la placa bacteriana.

Consultando la obra de Laserna⁵ (2008) menciona que:

La placa supragingival indígena. Por falta de higiene dental crece esta placa indígena y al cabo de siete a veintiún días podemos ver una inflamación gingival. Entre los gérmenes que se encuentran en la placa supragingival indígena, en pacientes con salud periodontal, podemos encontrar gérmenes gram negativos y anaerobios y aerobios gram positivos facultativos como los streptococcus sanguis, diferentes especies de actinomicetes y staphilococcus.

Placa subgingival, en la placa subgingival se han observados bacteroides melaninogenicus, actinomicetes viscosus, cikenella corrodens, fusobacterium, gérmenes anaerobios gram negativos no identificados. (p. 63)

2.3.4. Control mecánico de la placa dental.

Investigando la obra de Echeverría y otros⁶ (2005) exponen que:

El control mecánico, realizado por el dentista o por el higienista, consiste en la eliminación de la placa tanto supragingival como subgingival (a una profundidad de 1 a 3 mm) de todas las superficies dentarias, usando instrumentos mecánicos y pastas profilácticas con flúor. (p. 35)

2.3.5. Técnica de cepillado de Bass.

Estudiando la obra de Laserna⁷ (2008) transcribe que:

El cepillo se coloca formando un ángulo de 45° con el eje vertical de los dientes, introduciéndolo suavemente las cerdas en el surco gingival y realizando cortos movimientos vibratorios durante 10-15 segundos por área, a continuación se mueve el cepillo en dirección oclusal para limpiar las caras vestibulares o linguales. (p. 72)

⁵ Laserna, V. (2008). Higiene dental personal diaria, la correcta higiene dental personal diaria es la base de la prevención de las enfermedades dentales. Canadá: Trafford.

⁶ Echeverría, J., et. Al. (2005). Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. (1 ed.). Reino de España: Medica Panamericana.

⁷ Laserna, V. (2008). Higiene dental personal diaria, la correcta higiene dental personal diaria es la base de la prevención de las enfermedades dentales. Canadá: Trafford.

2.3.6. Uso de colutorios.

Analizando la obra de Gennaro⁸ (2003) cita que: “Un colutorio (enjuague bucal) puede cumplir dos objetivos terapéuticos y cosmético. Los colutorios o lavados terapéuticos pueden por finalidad reducir la formación de placas, la gingivitis, la caries dentales y la estomatitis” (p. 846).

2.4. **Caries dental.**

Describiendo la obra de Langlais, Miller y Nield⁹ (2011) citan que: “La caries comienza como descalcificación del esmalte, que aparece como una mancha, línea o fisura blanca yesosa” (p. 62).

2.4.1. Etiología de la caries dental.

Describiendo la obra de Carlos¹⁰ (2005) cita que:

Para la iniciación y avance de la caries dental es necesaria la interacción de tres factores primarios:

Un tejido huésped susceptible: la morfología del diente (superficie propicia retentiva de placa), la disposición en la arcada, su textura superficial, el medio oral en que se encuentra (papel fundamental de la saliva) y predisposición genética del individuo.

Microflora bucal con potencial criogénico: las bacterias que colonizan la boca producen sustancias químicas que pueden destruir el esmalte y la dentina. En particular, se sabe que el *Streptococcus mutans* es el organismo aislado más importante en la iniciación de la caries. Esta bacteria actúa metabolizando fundamentalmente hidratos de carbono o azúcares que existen en la superficie dentaria.

Sustrato local adecuado para la flora patodóntica. La ingesta frecuente y entre horas de azúcares (en especial sacarosa) y más si la cualidad del alimento es pegajosa o viscosa proporciona los requisitos nutricionales y energéticos para la microflora, permitiéndole colonizar, crecer y metabolizar

⁸ Gennaro, A. (2003). Remington: Farmacia. (Vol. 1). República de Argentina: Medica Panamericana S.A.

⁹ Langlais, R., Miller, C y Nield, J. (2011). Atlas a color de enfermedades bucales. Estados Unidos Mexicanos: Manual moderno.

¹⁰ Carlos, F. (2005). Manual del técnico superior en higiene bucodental. Reino de España: Mad

sobre superficies dentarias selectivas. A estos factores habría que añadir uno adicional pero no menos importante que es el tiempo de interrelación entre los anteriores. (p. 377)

2.4.3. Aislamiento.

Analizando la obra de Palma y Sánchez¹¹ (2007) transcriben que:

Establecer un aislamiento absoluto de la pieza a tratar, con dique de goma, sobre todo es aconsejable en las obturaciones con composite o bien un aislamiento relativo con rollos de algodón y aspirador; el objetivo es impedir la acción de la saliva sobre la cavidad y restauración. (p. 214)

2.4.4. Apertura y conformación.

Estudiando la obra de Barrancos y Barrancos¹² (2006) describen que:

Una vez determinada la ubicación de los topes de céntrica, a la apertura de la lesión, procurando respetar al máximo el esmalte intacto de la superficie oclusal. Para esto deben utilizarse fresas piriformes pequeñas, 7 como la 329 y la 330, y no superar $\frac{1}{4}$ del ancho intercuspideo como istmo oclusal.

Se utiliza velocidad superalta y refrigeración acuosa abundante. Debe tenerse en cuenta que la temperatura generada por el corte de la fresa, sin refrigeración, en el sitio donde se la aplica, oscila entre los 317 y los 427°C.

La fresa piriforme debe penetrar a través del lugar más evidente de caries de acuerdo con la observación visual.

Al realizar la apertura y la conformación a velocidad superalta, en un solo tiempo operatorio y con la misma fresa, el operador debe recordar que está actuando sobre el esmalte y dentina simultáneamente. (p. 918)

¹¹ Palma, A., Sánchez, F. (2007). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. (1 ed.). Madrid, Reino de España: Paraninfo.

¹² Barrancos, M., Barrancos, P. (2006). Operatoria dental integración clínica. (4 ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Medica Panamericana.

2.4.5. Remoción del tejido cariado.

Analizando la obra de Nocchi¹³ (2008) transcribe que:

En relación con la pregunta de cuanto tejido cariado hay que remover es válido recordar las enseñanzas de Fusayama y Ogawa y cols. Ellos demostraron que la dentina, al sufrir el ataque carioso, se subdivide en dos capas: una superficial, denominada “infectada” y que se presenta irreversiblemente desnaturalizada, sin poder de remineralización, y que debe ser removida durante el procedimiento restaurador, y una capa más profunda llamada “contaminada o afectada”, la cual se muestra reversiblemente desnaturalizada y con capacidad de remineralización, por lo que debe ser preservada. (p. 26)

2.4.6. Grabado ácido.

Describiendo la obra de Palma y Sánchez¹⁴ (2007) citan que:

Hay que acondicionar o prepara el esmalte y la dentina: se realiza mediante el “grabado ácido”

Pasos de la técnica:

Aplicar ácido orto fosfórico al 37% durante 15 s.

Lavar con agua 30 s.

Secar con jeringa de aire, hasta obtener un blanco tiza en el esmalte, y se debe secar o dejar ligeramente húmeda la dentina en sujeción de solvente que contenga adhesivo que se va a usar (técnica húmeda o seca de adhesión). (p. 210)

2.4.7. Inserción del sistema adhesivo.

Estudiando nuevamente la obra de Barrancos y Barrancos¹⁵ (2006) transcriben que:

La polimerización del adhesivo tardara aproximadamente 4 minutos, pero no es imprescindible esperar este tiempo para la inserción del composite.

Si se utiliza resina de activación física por luz, también se la lleva con un pincel. Luego se echa un chorro de aire para eliminar bien el excedente;

¹³ Nocchi, E. (2008). Odontología restauradora salud y estética. (2 ed.) República de Argentina: Medica panamericana.

¹⁴ Palma, A., Sánchez, F. (2007). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. (1 ed.). Reino de España: Paraninfo.

¹⁵ Barrancos, M., Barrancos, P. (2006). Operatoria dental integración clínica. (4 ed.). República de Argentina: Medica panamericana.

queda una capa muy fina y pareja. Por la acción de la luz se la polimeriza. (p. 982)

2.4.8. Inserción del composite.

Transcribiendo la obra de Barrancos y Barrancos¹⁶ (2006) describen que: “Se recomienda realizar el llenado de la preparación cavitaria en dos o más etapas por capas o incrementos sucesivos. Se procede de igual forma con materiales de activación química o física” (p. 983).

2.4.9. Pulido del composite.

Investigando la obra de Cuniberti y Rossi¹⁷ (2009) conoce que:

El pulido de las restauraciones de resinas reduce las rugosidades, le confieren lisura y mejoran la textura. De esta manera se evita la retención de placa bacteriana y a la vez da estabilidad de color, ante las variables externas, como los pigmentos de tabaco, café o té. Utilización de gomas acompañadas con pastas abrasivas que se presentan de diferentes formas, puntas, taza, rueda, con o sin abrasivo incorporado, a baja velocidad, teniendo en cuenta de no generar calor y dañar el órgano pulpar. (p. 167)

2.4.10. Control posoperatorio.

Analizando la obra de Barranco y Barrancos¹⁸ (2006) cita que: “Se retira el aislamiento absoluto y se controla la oclusión con papel articular” (p. 938).

¹⁶ Barrancos, M., Barrancos, P. (2006). Operatoria dental integración clínica. (4 ed.). República de Argentina: Medica panamericana.

¹⁷ Cuniberti, N., Rossi, G. (2009). Lesiones cervicales no cariosas la lesión dental del futuro. (1 ed.). República de Argentina: Medica panamericana.

¹⁸ Barrancos, M., Barrancos, P. (2006). Operatoria dental integración clínica. (4 ed.). República de Argentina: Medica panamericana.

2.5 Exodoncia.

Describiendo la obra de García¹⁹ (2006) considero que: “La caries es una enfermedad infecciosa producida por determinadas bacterias que acidifican el medio bucal, produciendo la destrucción de los tejidos duros dentales, esmalte y dentina, hasta alcanzar los vasos y nervios de la pulpa” (p. 29).

2.5.1 Evaluación radiográfica de la pieza dentaria

Analizando la obra de Chiapasco²⁰ (2015) describe que:

Evaluación radiográfica: debe ser realizada siempre, aun en el caso de extracciones aparentemente simples y carentes de factores de complicación, ya que permite observar detalles no examinables clínicamente y, por esta razón, constituye una ayuda diagnóstica fundamental y un documento médico-legal importante. En la mayor parte de los casos en los que se deba extraer un diente erupcionado, es suficiente con recurrir a la ejecución de una radiografía intraoral, en situaciones especiales, cuando resulte aconsejable o necesario poseer un cuadro más amplio de las relaciones entre el diente y las estructuras anatómicas de importancia. (p. 116)

2.5.2. Indicaciones de la exodoncia.

Analizando la obra de Raspall²¹ (2007) en el cual describe que:

Caries severa, que no permite su restauración.
Necrosis pulpar en diente no susceptibles de tratamiento endodóntico.
Enfermedad periodontal avanzada.
Motivos ortodónticos: en general premolares.
Dientes temporales sobreretenidos.
Dientes retenidos y supernumerarios.
Dientes relacionados con lesiones maxilares.
Fracturas de raíces.
Motivos estéticos.
Motivos prostodónticos. (p. 69)

¹⁹ García, C. (2006) Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental. (1 ed.). Reino de España: Ripano.

²⁰ Chiapasco, M. (2015). Tácticas y técnicas en cirugía oral. (3 ed.). Reino de España: Amolca.

²¹ Raspall, G. (2007). Cirugía Oral e Implantología. (2 ed.) Reino de España: Médica Panamericana.

2.5.3. Contraindicaciones de la exodoncia.

Consultando la obra de Raspall²² (2007) en cual cita que:

No es una contraindicación absoluta desde la aparición de la antibioterapia. En casos de trismus severo es mejor esperar a que el paciente abra normalmente la boca. No debe olvidarse que la causa de la infección es el diente, con lo que el cuadro infeccioso mejorara rápidamente si podemos proceder a su extracción (siempre que esta no implique levantamiento de colgajo o remoción de hueso). (p. 69)

2.5.4. Anestesia infiltrativa.

Analizando la obra de Raspall²³ (2007) describe que:

Puede ser supraperióstica o subperióstica. Actúa sobre las ramas terminales de los nervios dentarios y permite anestesiar encía, alvéolo, ligamento periodontal y pulpa. Se consigue fácilmente introduciendo la aguja en el fondo del vestíbulo adyacente a la pieza a tratar. La infiltración subperióstica consiste en la inyección del agente anestésico entre periostio y hueso para crear una burbuja que aumente la presión y la difusión. (p. 25)

2.5.5. Anestesia troncular.

Transcribiendo la obra de Martínez²⁴ (2009) cita que:

Luego de haber identificado y palpado los reparos anatómicos se lleva el cuerpo de bomba a la boca del paciente siguiendo la trayectoria del dedo índice o pulgar, el cual se coloca del lado a anestesiar, se deben seguir los parámetros ya descritos para obtener la altura adecuada.

Con una aguja de 21mm se punciona la mucosa introduciendo solo la punta (4mm), tomando como referencia el borde del dedo que descansa en el fondo del triángulo retromolar, luego se lleva el cuerpo de bomba hacia los premolares contra laterales sin torcer la aguja, se termina de introducir unos 6 a 10 mm, se puede tomar como referencia el tope óseo que se obtiene al llevar la aguja a la cara interna de la rama ascendente justo por encima de la espina de spix.

Teniendo la aguja en esta posición previa aspiración sanguínea positiva se deposita 1 ml de solución anestésica al encontrar tope óseo, para el nervio dentario inferior

²² Raspall, G. (2007). Cirugía Oral e Implantología. (2 ed.). Reino de España: Médica Panamericana.

²³ Raspall, G. (2007). Cirugía Oral e Implantología. (2 ed.). Reino de España: Médica Panamericana.

²⁴ Martínez, A. (2009). Anestesia bucal, guía práctica. (1 ed.). República de Colombia: Médica Panamericana S.A.

y al momento de retirar la aguja se deposita 0,5 ml durante el trayecto de retiro para anestésiar el nervio lingual.

Antes de que la punta de la aguja se retire por completo y después de depositar 1,5 ml de solución anestésica, se depositan los 0,3 ml restantes llevando la punta de la aguja hacia el borde anterior de la rama ascendente, anestésiando así el nervio largo bucal.

Se espera de 1 a 3 minutos, hasta cuando el paciente refiera la sensación de adormecimiento y hormigueo en la punta de la lengua, comisura labial y región retromolar, lo que indica que la técnica fue bien aplicada y que se puede iniciar el procedimiento programado. (pp. 100 - 102)

2.5.6. Sindesmotomia.

Describiendo la obra de Chiapasco²⁵ (2004) cita que: “consiste en la interrupción de la parte más coronal del ligamento periodontal, el llamado ligamento circular de Koelliker. La sindesmotomia se realiza con un despegador muy bien afilado, o con sindesmotomo” (p. 97).

2.5.7. Luxación del diente mediante elevador recto.

Nuevamente analizando la obra de Chiapiasco²⁶ (2004) describe que: “El elevador recto se utiliza como alternativa o asociado al fórceps para la luxación del elemento dentario” (p. 98).

2.5.8. Tiempos con fórceps.

Transcribiendo la obra de Raspall²⁷ (2007) describe que:

Prehensión.

Colocación del pico del fórceps por debajo del borde gingival, en la posición más apical posible.

Impulsión.

²⁵ Chiapiasco, M. (2004). Cirugía Oral Texto y Atlas en color. (1 ed.). Reino de España: Masson.

²⁶ Chiapiasco, M. (2004). Cirugía Oral Texto y Atlas en color. (1 ed.). Reino de España: Masson.

²⁷ Raspall, G. (2007). Cirugía Oral e Implantología. (2 ed.) Reino de España: Médica Panamericana.

Movimiento siguiendo el eje dentario que desplaza el fórceps hacia apical, consiguiendo una expansión de la cresta alveolar y el desplazamiento apical del centro de rotación.

Luxación.

El objetivo es romper fibras periodontales y dilatar el alveolo. Se pueden utilizar movimientos de lateralidad y movimientos de rotación.

Tracción.

Ultimo movimiento que se aplica en un diente, paralelo al eje dentario y en sentido opuesto al ápice con objetivo de desalojar el diente del alveolo. Suele aplicarse simultáneamente a movimientos de lateralidad y rotación. (p. 68)

Investigando la obra de Chiapiasco²⁸ (2004) conoce que:

Los fórceps para la extracción de restos radiculares en la mandíbula son parecidos a los utilizados para la extracción de los incisivos, pero con extremos finos y cercanos. Para estos restos radiculares de la arcada superior se emplea el fórceps en bayoneta, que presenta esta conformación para poder alcanzar con facilidad la zona de los molares. (p. 100)

2.5.9. Curetaje del alveolo.

Estudiando la obra de Raspall²⁹ (2007) cita que:

Solo se recurre a esta maniobra si:

Existen restos evidentes de restauraciones o fragmentos dentales en el alveolo.

La radiografía periapical muestra la presencia de una lesión apical que no ha sido adherida al ápice dentario. En su lugar se recurre al desbridamiento de la herida por medio de una irrigación profusa del alveolo y aspiración. Si se realizan curetajes indiscriminados se eliminan innecesariamente restos de coágulos y tejido periodontal que facilitan la curación del alveolo. (p. 85)

2.5.10. Irrigación del alveolo.

Nuevamente analizando la obra de Chiapiasco³⁰ (2004) menciona que: “Al final el alveolo se irriga con abundante suero fisiológico estéril para eliminar ocasionales fragmentos, reduciendo el riesgo de alveolitis posextracción” (p. 102).

²⁸ Chiapiasco, M. (2004). Cirugía Oral Texto y Atlas en color. (1 ed.). Reino de España: Masson.

²⁹ Raspall, G. (2007). Cirugía Oral e Implantología. (2 ed.) Reino de España: Médica Panamericana.

2.5.11. Comprensión del alveolo.

Estudiando la obra de Tripathi³¹ (2008) cita que: “La hemorragia del alveolo dentario posextracción se suele detener por comprensión con un algodón o una gasa durante 20-30 minutos. A veces se requiere sutura si la pérdida de la sangre se debe a un desgarro alrededor del alveolo” (p. 269).

2.6. **Endodoncia.**

Analizando la obra de Lumley, Adams y Tomson³² (2009) conoce que: “Se ha demostrado que si las bacterias penetran hasta 1,1mm en la pulpa no ocurren mayores cambios en la pulpa. Sin embargo al penetrar 0,5mm las bacterias en la pulpa se producen cambios irreversibles” (p. 1).

2.6.1 Pulpitis irreversible.

Describiendo la obra de Gutman y Lovdahl³³ (2012) cita que:

Las reacciones dolorosas a la temperatura pueden durar desde varios minutos hasta algunas horas. Este síntoma es la razón por la que la mayoría de los pacientes acuden al odontólogo. Cuando aparece el dolor espontaneo puede durar también varias horas y despertar al paciente durante el sueño profundo. A menudo los dientes con pulpitis irreversible manifiestan también dolor al morder. Normalmente es posible establecer el diagnóstico de pulpitis irreversible con dolor localizado en pocos minutos, después de obtener la anamnesis del paciente y realizar las pruebas de sensibilidad. (p. 18)

³⁰ Chiapiasco, M. (2004). Cirugía Oral Texto y Atlas en color. (1 ed.). Reino de España: Masson.

³¹ Tripathi, K. (2008). Farmacología en Odontología Fundamentos. República de Argentina: Médica Panamericana.

³² Lumley, P., Adams, N y Tomson, P. (2009). Práctica Clínica en Endodoncia. Reino de España: Ripano.

³³ Gutman, J., Lovdahl, P. (2012). Solución de problemas en endodoncia prevención, identificación y tratamiento. (5 ed.). Reino de España: Elseiver.

2.6.2. Síntomas pulpares.

Describiendo la obra de Gutmann y Lovdahl³⁴ (2012) cita que:

Durante las pruebas clínicas se considera que todo diente que manifieste una reacción de más de 10s presenta pulpitis irreversible y es candidato al tratamiento de conductos radiculares. Esta respuesta se produce con cualquier extremo de temperatura, y en ocasiones con ambos extremos simultáneamente. (p. 18)

Transcribiendo la obra de Hapernau, Kao, Luderger y Sanz³⁵ (2014) conoce que:

Las principales molestias asociadas con los síntomas de patología pulpares y peri apicales son sensaciones que se describen como agudo, pulsátil, palpitante y sordo; la intensidad también es característica de la enfermedad pulpar irreversible. Los síntomas pulpares con frecuencia son provocados por frío, calor, dulce, percusión y a la masticación, aunque deberán identificarse los factores etiológicos específicos como caries, fractura y restauraciones profundas. La reacción pulpar hacia estos irritantes así como el análisis radiológico pueden ser claves en el diagnóstico: en la pulpitis irreversible la pulpa está tan inflamada que la recuperación es imposible, y finalmente causará necrosis pulpar e infección. (¶)

2.6.3. Anestesia.

Analizando la obra de Soares y Goldberg³⁶ (2002) cita 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. (p. 11)

³⁴ Gutmann, J., Lovdahl, P. (2012). Solución de problemas en endodoncia prevención, identificación y tratamiento. (5 ed.). Reino de España: Elsevier.

³⁵Hapernau, L; Kao, R; Luderger, W; Sanz, M. (2014). Periodoncia e Implantología dental de hall Toma de decisiones. (1 ed.). Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

³⁶Soares, J., Goldberg, F. (2002). Endodoncia: técnica y fundamentos. República de Argentina: Medica Panamericana.

2.6.4. Aislamiento absoluto.

Describiendo la obra de Nocchi³⁷ (2008) transcribe que:

En la mayoría de los casos clínicos, el profesional debe optar por el aislamiento absoluto, debido a que propicia con mayor facilidad a concertar los factores básicos del aislamiento del campo operatorio, que son el control de la humedad, el acceso al campo operatorio y la prevención de accidentes. (p. 88)

2.6.5. Acceso coronal.

Analizando la obra de Leonardo³⁸ (2005) describe que:

El acceso coronal debe iniciarse en la superficie oclusal de estos dientes. El punto (zona) de elección se localiza dividiendo la superficie oclusal en tercios, en sentido mesiodistal y vestibulolingual. Ese desgaste inicial se realiza con fresa de alta revolución o diamantada o carbide, de conformación esférica, con diámetro ligeramente menor que el menor lado del cuadrilátero central. La fresa se posiciona en el punto de elección, perpendicular a la superficie oclusal del diente, y para realizar el desgaste inicial de la superficie del esmalte, se efectúan movimientos oscilatorios. (p. 421).

2.6.6. Localización y preparación de las entradas a los conductos radiculares.

Describiendo la obra de Soares y Goldberg³⁹ (2002) transcribe que:

Con la cámara pulpar vacía y seca, utilizando la sonda exploradora recta se localizan las entradas de los conductos.

Ese instrumento debe deslizarse por el piso de la cámara pulpar en dirección a las paredes vestibular y lingual de la forma de conveniencia, con la intención de detectar las depresiones correspondientes a las entradas de los conductos radiculares. La presión de la sonda en esas depresiones permite evidenciarlas mejor. (p. 47)

³⁷ Nocchi, E. (2008). Odontología restauradora salud y estética. (2 ed.). República de Argentina: Medica panamericana.

³⁸ Leonardo, M. (2005). Endodoncia tratamiento de conductos radiculares principios técnicos y biológicos. (vol. 1). República Federativa del Brasil: Artes Medicas

³⁹ Soares, J., Goldberg, F. (2002). Endodoncia: técnica y fundamentos. República de Argentina: Medica Panamericana.

2.6.7. Longitud de trabajo.

Analizando la obra de Palma y Sanches⁴⁰ (2013) cita que:

La longitud de trabajo viene determinada por los milímetros que hay desde un punto de referencia en la corona dentaria hasta el punto donde se produce un estrechamiento apical en la porción cónica del conducto radicular, que suele estar situado a 0,5-1,5 mm del ápice radiológico y que se conoce como unión cementodentaria (CDC). Es importante no pasarse de este punto, para favorecer posteriormente el cierre apical. (p. 334)

2.6.8. Instrumentación de los conductos.

Investigando la obra Bergholtz, Horsted-Blinds y Claes⁴¹ (2011) transcribe que:

La acción de limado es especialmente ideal con la lima Hedstrom. 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 resume con cierta amplitud. Hay dificultades con este método incluyendo la tendencia de hacer surcos en la dentina del conducto, sin esfuerzo consciente para mover la lima circunferencialmente y empujar los restos hacia adelante de la punta del instrumento, que puede bloquear el conducto radicular. El movimiento de empujar-jalar es también posible con las limas K pero debe restringirse el tamaño 15 (o menor) ya que puede causar daños iatrogénicos si es raspado con instrumentos más grandes.

Los movimientos restantes denotan una rotación a favor o en contra de las manecillas del reloj del instrumento en el conducto radicular. Es el método preferido para ensanchadores y limas K (flexibles). (p. 184)

2.6.9. Limpieza y modelado del conducto.

Describiendo la obra de Lumley, Adams y Tomson⁴² (2009) conoce que:

La limpieza y modelado tienen objetivos biológicos y mecánicos. Los objetivos biológicos de la limpieza son la eliminación de desechos y desinfectar el conducto radicular. Esto incluye la remoción de bacterias irritantes locales y cualquier material orgánico que este en el conducto y puede servir de sustrato para que las

⁴⁰ Palma, A., Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. (2 ed.). Reino de España: Paraninfo.

⁴¹ Bergholtz, G; Horsted-Blinds, P y Claes, R. (2011). Endodoncia. (2 ed.). Estados Unidos Mexicanos: Manual moderno

⁴² Lumley, P., Adams, N y Tomson, P. (2009). Práctica Clínica en Endodoncia. Reino de España: Ripano.

bacterias se queden y produzcan inflamación periradicular. En la práctica clínica esto se logra mediante la instrumentación progresiva, irrigación y materiales intermedios (no tóxicos) que sean depositados en los conductos entre cada visita. (p. 35)

2.6.10. Irrigación de los conductos.

Nuevamente analizando la obra de Lumley, Adams y Tomson⁴³ (2009) describe que:

Las soluciones de irrigación son usualmente aplicadas dentro de los conductos mediante el uso de una jeringa con una aguja de calibre 27 o 28 con una punta roma. Se debe tener cuidado que la aguja no se doble dentro del conducto y que la solución de hipoclorito (NaOCl) no sobrepase hacia los tejidos apicales, causando un accidente. La función de la irrigación es lavar los desechos y ayudar en la lubricación de los instrumentos. El NaOCl es una solución irrigante que disuelve los desechos orgánicos y tiene una acción antibacteriana. (p. 45)

2.6.11. Medicación tópica entre sesiones.

Transcribiendo la obra de Leonardo y Leonardo⁴⁴ (2009) conoce que:

Entre estas sustancias, se destaca el hidróxido de calcio, que es la medicación más estudiada, discutida y empleada como medicación entre sesiones, debido a las propiedades como, acción antibacteriana, acción antiexudativa, acción inductora de la formación de tejido mineralizado, biocompatibilidad, propiedad de disolver tejidos necróticos y de promover la hidrólisis de la endotoxina (LPS) bacteriana in vitro e in vivo. (p. 234)

2.6.12. Requisitos para obturar los conductos radiculares:

Consultando la obra de Leonardo y Leonardo⁴⁵ (2009) transcribe que:

Como la obturación de los conductos radiculares es esencial para un buen pronóstico, es importante determinar cuándo podemos y/o debemos realizarla. Creemos que por lo menos tres requisitos deben ser observados:
Que el conducto radicular este desinfectado;

⁴³ Lumley, P., Adams, N y Tomson, P. (2009). Práctica Clínica en Endodoncia. Reino de España: Ripano.

⁴⁴ Leonardo, M., Leonardo, R. (2009). Endodoncia: conceptos Biológicos y Recursos Tecnológicos: Artes Medicas Latinoamericana.

⁴⁵ Leonardo, M., Leonardo, R. (2009). Endodoncia: conceptos Biológicos y Recursos Tecnológicos: Artes Medicas Latinoamericana.

Que el conducto radicular este instrumentado y bien conformado;
Que el conducto radicular este seco. (p. 92)

2.6.13. Obturación de los conductos radiculares.

Describiendo la obra de Leonardo⁴⁶ (2005) transcribe que:

Obturar un conducto radicular significa llenarlo en toda su extensión con un material inerte o antiséptico, sellándolo herméticamente, sin interferir y preferiblemente estimulando el proceso de reparación apical y periapical que debe ocurrir después del tratamiento endodóntico radical. (p. 941)

Analizando la obra de Lumley, Adams y Tomson⁴⁷ (2009) cita que:

Luego de finalizar la obturación del conducto radicular debemos asegurarnos que el sellado de la porción coronal sea adecuado. Esto es muy importante puesto que se ha demostrado que el sellado coronal inadecuado es un posible causante de fallas y fracasos. (p. 66)

2.6.14. Elección el cemento para obturar los conductos.

Estudiando nuevamente la obra de Leonardo⁴⁸ (2005) describe que: “Los cementos a base de hidróxido de calcio se crearon con la finalidad de reunir en un cemento para obturación, las propiedades físico químicas necesarias para un buen sellado del conducto radicular” (p. 1009).

Transcribiendo la obra de Hargreaves y Cohen⁴⁹ (2011) conoce que:

Los cementos selladores son reabsorbibles cuando entran en contacto con los tejidos y los fluidos tisulares. Al parecer la curación y la reparación de los tejidos

⁴⁶ Leonardo, M. Endodoncia tratamiento de conductos radiculares principios técnicos y biológicos. (vol. 2). República Federativa del Brasil: Artes Medicas.

⁴⁷ Lumley, P., Adams, N y Tomson, P. (2009). Práctica Clínica en Endodoncia. Reino de España: Ripano.

⁴⁸ Leonardo, M. Endodoncia tratamiento de conductos radiculares principios técnicos y biológicos. (vol. 2). República Federativa del Brasil: Artes Medicas.

⁴⁹ Hargreaves, K., Cohen, S. (2011). Vías de la pulpa. (10 ed.). Reino de España: Elsevier

no son afectadas por la mayoría de los cementos selladores, siempre que no se produzcan derivados catabólicos perjudiciales con el paso del tiempo. (p.376).

2.6.15. Sellado coronal.

Consultando nuevamente la obra de Lumley, Adams y Tomson⁵⁰ (2009) conoce que:

El sellado coronal se puede obtener mediante la creación de una superficie en la cámara pulpar con cemento de óxido de zinc e eugenol o mediante la colocación de un cemento resinoso o un ionomero de vidrio sobre los orificios de los conductos en la cámara pulpar. (p. 66)

2. 7. Prótesis Fija.

Analizando la obra de Sillingburg, Hobo, Whitsett, Jacobi y Brackett⁵¹ (2002) cita que: “El ámbito de un tratamiento de prótesis fija abarca desde la restauración de un único diente hasta rehabilitación de toda la oclusión. Es posible restaurar la función completa de los dientes por separado y conseguir la mejora del efecto estético” (p. 1).

2.7.1. Corona metal porcelana.

Estudiando la obra de Rosentiel, Land y Fujimoto⁵² (2008) describen 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” (p. 84).

⁵⁰ Lumley, P., Adams, N y Tomson, P. (2009). *Práctica Clínica en Endodoncia*. Reino de España: Ripano.

⁵¹ Shillingburg, H., et al. *Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija*. (vol. 1) (3 ed.). Reino de España. Quintessence S.L.

⁵² Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008). *Prótesis fija contemporánea*. (4 ed.). Reino de España: Elseiver.

2.7.2. Modelos de estudios

Describiendo la obra de Pegoraro⁵³ (2001) conoce que:

En función de lo expuesto, es evidente la importancia de examen del paciente. A pesar de ser denominados modelos de estudios, mucho trabajo puede y debe ser ejecutado sobre estos modelos. Es inconcebible el inicio del tratamiento, principalmente en casos extensos, sin un análisis crítico de todos los tópicos arriba mencionados. El odontólogo necesita entender que el modelo de estudio es un aliado y no una pérdida de tiempo. Es posible obtener, a partir de un encerado diagnóstico, una matriz o las propias coronas provisionales, antes de efectuar cualquier desgaste en la boca del paciente. A través del encerado diagnóstico se hace más fácil la observación de las dificultades del caso e informamos y explicamos al paciente las alternativas de tratamiento, inclusive mostrando las probables modificaciones que serán efectuadas. (p. 21)

2.7.3. Principios de una preparación dental.

Transcribiendo la obra de Rosentiel, Land y Fujimoto⁵⁴ (2008) cita que:

Los principios de una buena preparación dental se dividen en tres amplias categorías:

Consideraciones biológicas, que influyen en la salud de los tejidos orales.

Consideraciones mecánicas, que influyen en la integridad y durabilidad de restauración.

Consideraciones estéticas, que influyen en el aspecto del paciente.

Una buena preparación dental y la restauración posterior dependen de la consideración de todos estos factores a la vez. (p. 209)

2.7.4. Instrumentos para preparar los dientes.

Estudiando nuevamente la obra de Rosentiel, Lan y Fujimoto⁵⁵ (2008) conoce que:

Los instrumentos necesarios para preparar los dientes para una corona metal-porcelana incluyen:

Fresas de diamante con la punta redondeada (grano regular para la reducción tosca y grano fino para el acabado) o fresas de carburo tungsteno.

⁵³ Pegoraro, L. (2001). Prótesis Fija. (1 ed.). República Federativa del Brasil. Artes Médicas.

⁵⁴ Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008). Prótesis fija contemporánea. (4 ed.). Reino de España: Elseiver.

⁵⁵ Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008). Prótesis fija contemporánea. (4 ed.). Reino de España: Elseiver.

Fresas de diamante con forma de balón o de rueda (para la reducción lingual de los dientes anteriores).
Fresas de diamante cónicas de extremo plano (para la preparación de hombro).
Piedras de acabado.
Explorador y sonda periodontal.
Recortadores de margen. (p. 274)

2.7.5. Preparación inicial.

Analizando la obra de Ricketts y Bartlett⁵⁶ (2013) transcribe que:

Se comienza haciendo unas ranuras de profundidad y orientación con una fresa de lados paralelos para guiar la profundidad de las ranuras. La reducción del borde incisal debe resultar de la altura del diente que se está tallando en aproximadamente 2mm. Surcos a continuación deben ser conectados entre sí para producir una reducción uniforme del borde incisal. La matriz preoperatoria también puede ayudar a verificar el tallado incisal. (p. 137)

2.7.6. Separación.

Investigando la obra de Milleding⁵⁷ (2013) cita que: “La punta de la fresa se orienta a 1 mm aproximadamente del margen gingival, es decir, en la porción del área proximal donde existe la mayor distancia interproximal” (p. 167).

2.7.7. Preparación labial.

Estudiando la obra de Ricketts y Bartlett⁵⁸ (2013) transcribe que: “Estas deben resultar en una reducción uniforme de la superficie labial en alrededor de 1,5 mm” (p.137).

⁵⁶ Ricketts, D., Bartlett, D. (2013). Odontología Operatoria Avanzada Un Abordaje Clínico. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

⁵⁷ Milleding, P. (2013). Preparación Para Prótesis Fija. República Bolivariana de Venezuela: Amolca

⁵⁸ Ricketts, D., Bartlett, D. (2013). Odontología Operatoria Avanzada Un Abordaje Clínico. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

2.7.8 Preparación proximal.

Transcribiendo nuevamente la obra de Ricketts y Bartlett⁵⁹ (2013) conoce que: “Los márgenes bucal y lingual una vez más necesitan estar unidos en las zonas proximales. La configuración de esta unión ha sido discutida previamente durante la preparación posterior y estos principios se aplican en las preparaciones anteriores” (p. 139).

2.7.9. Reducción general.

Analizando nuevamente la obra de Rosentiel, Land y Fujimoto⁶⁰ (2008) conoce que:

Utilícese una fresa de diamante con forma de balón para tallar la superficie palatina de los dientes anteriores. Resulta útil preparar solo la mitad de esta superficie y evaluar el espacio libre en máxima intercuspidad y en todas las excursiones. La estructura dental remanente intacta sirve como referencia. (p. 280)

Investigando la obra de Milleding⁶¹ (2013) cita que: “La fresa de diamante para achanflar se mantiene en una posición estrictamente vertical durante la reducción de la prominencia e interconecta las líneas de terminación proximales” (p. 172).

2.7.10 Acabado.

Transcribiendo la obra de Rosentiel, Lan y Fujimoto⁶² (2008) conoce que:

El margen debe proporcionar una buena resistencia al desplazamiento vertical de la punta de un explorador y debe ser lio y continuo circunferencialmente (un margen terminado adecuadamente debe parecerse a una loseta de vidrio). Han de

⁵⁹ Ricketts, D., Bartlett, D. (2013). Odontología Operatoria Avanzada Un Abordaje Clínico. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

⁶⁰ Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008). Prótesis fija contemporánea. (4 ed.). Reino de España: Elseiver.

⁶¹ Milleding, P. (2013). Preparación Para Prótesis Fija. República Bolivariana de Venezuela: Amolca

⁶² Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008). Prótesis fija contemporánea. (4 ed.). Reino de España: Elseiver.

redondearse todas las líneas ángulo y la preparación debe tener un acabado satinado, sin marcas del tallado con la fresa de diamante. El desplazamiento tisular es especialmente útil cuando se van a terminar los márgenes sublinguales, paso que en ocasiones se pospone hasta justo antes de la toma de impresiones.

Acábense los márgenes con fresas de diamante, instrumentos manuales (como los recortadores de margen) o fresas de carburo. Han de redondearse todas las líneas de los ángulos internas para facilitar la toma de impresiones y el vaciado del troquel. (p. 280)

2.7.11. Restauración provisional.

Investigando la obra de Milleding⁶³ (2013) transcribe que:

Después de ser tomadas las impresiones y se haya registrado la relación intermaxilar, se coloca una restauración provisional, la cual puede fabricarse de diversas manera.

Uso de una corona preformada fabricada comercialmente para rebasarse con acrílico autopolimerizable preferiblemente, y cementarse en lugar con un cemento temporal. (p. 174)

2.7.12 Uso del hilo retractor.

Analizando la obra de Ricketts y Bartlett⁶⁴ (2013) transcribe que:

El hilo retractor trenzado tiende a relajarse durante el empaque y por esta razón las cuerdas trenzadas son más fáciles de usar. Cuando se utiliza el hilo retractor en su forma simple, en su forma no tratada para físicamente empujar los tejidos lejos del diente, el fluido gingival crevicular y/o sangre se absorben en él.

Si el hilo retractor se deja in situ es importante asegurar que se encuentra más allá del margen de la preparación de modo que el material de impresión registre el margen completo y más allá. (p. 173)

⁶³ Milleding, P. (2013). Preparación Para Prótesis Fija. República Bolivariana de Venezuela: Amolca

⁶⁴ Ricketts, D., Bartlett, D. (2013). Odontología Operatoria Avanzada Un Abordaje Clínico. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

2.7.13 Toma de impresión.

Analizando la obra de Pegoraro⁶⁵ (2001) cita que:

Después de la obtención del registro se procede a la impresión a través de la doble mezcla. Los dos materiales son manipulados simultáneamente, colocándose en la cubeta el pesado y, sobre él, el fluido. Parte de ese material debe ser llevado a los espacios interproximales, contorno gingival y reborde bajo los pósticos con auxilio de una jeringa, con el cuidado de mantener firmemente en su lugar la estructura a ser remontada, mientras se produce a la inyección del material. Después de esa aplicación se asienta la cubeta y se aguarda para la polimerización. (p. 246)

2.7.14. Prueba de metal.

Estudiando la obra de Rosentiel, Land y Fujimoto⁶⁶ (2008) en el cual citan que:

Los colados de metal se deben evaluar para analizar los contactos proximales, la integridad marginal, la estabilidad, el ajuste interno, los contornos externos, la oclusión y el acabado superficial. En ocasiones, las restauraciones de metal-porcelana se deben evaluar dos veces: primero durante la fase de evaluación del metal, seguida por la reevaluación una vez aplicado el revestimiento estético. Durante la cita en la que se evalúa el metal, se analiza la integridad marginal, la estabilidad, la oclusión y el diseño de la subestructura. En este punto es muy importante la valoración de la zona de recorte. Se pueden hacer pequeños ajustes: por ejemplo, extendiéndose la superficie de revestimiento interproximalmente para mejorar la apariencia de la prótesis completa. (p. 88)

2.7.15. Prueba de biscocho.

Analizando la obra de Rosentiel, Land y Fujimoto⁶⁷ (2008) cita que: “Durante la fase siguiente en que se evalúa el biscocho, se revisa la integridad marginal y la estabilizada para determinar si hay alguna distorsión producida durante la cocción de la

⁶⁵ Pegoraro, L. (2001). Prótesis Fija. (1 ed.). República Federativa del Brasil. Artes Médicas.

⁶⁶ Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008). Prótesis fija contemporánea. (4 ed.). Reino de España: Elsevier.

⁶⁷ Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008). Prótesis fija contemporánea. (4 ed.).Reino de España: Elsevier.

porcelana. En esta fase también se evalúan los contactos proximales, al igual que los contornos de porcelana, la estabilidad, el tono, la textura y el glaseado” (p. 887).

2.7.16. Cementación de la corona metal-porcelana.

Consultando nuevamente la obra de Shillingburg, Hobo, Whitsett, Jacobi y Brackett⁶⁸ (2002) conoce que:

El cemento debe mantenerse seco hasta que endurezca. Deje colocado el aspirador y reemplace las torundas de algodón si es preciso. Cuando el exceso de cemento que ha salido por los márgenes se vuelva pastoso, cúbralo con vaselina para evitar que se deshidrate y se fisure.

Espere hasta que el exceso de cemento este brillante, pero aun no haya alcanzado su dureza completa. Solo entonces podrá retirarse el exceso de cemento con una cureta, una sonda y seda dental. Es preciso proteger el material de la humedad durante sus fases iniciales de fraguado para evitar que se debilite. Para proporcionar más protección, cubra los márgenes con el material de sellado dispensado con el cemento, con barniz o con vaselina antes de despedir al paciente. (p. 410)

2.8. Prótesis parcial removible.

Investigando la obra de Loza y Valverde⁶⁹ (2007) transcribe que:

Es un plan de tratamiento para restaurar una boca parcialmente edentula, la PPR es el último que se hace después de tratar los casos indicados, de endodoncia, de tratamiento periodontal, de operatoria dental, de puentes y coronas, de modificación de los dientes y entra en función relacionada con el ligamento periodontal, el hueso de soporte dentario del proceso alveolar, la lámina cortical del hueso, la membrana mucosa, sus vasos y nervios y con los músculos de la masticación. (p. 13)

⁶⁸ Shillingburg, H., et al. (2002). Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija. (vol. 1) (3 ed.). Reino de España. Quintessence S.L

⁶⁹ Loza, D., Valverde, H. (2007). Diseño de Prótesis Parcial Removible. (1 ed.). Reino de España. Ripano

2.8.1 Toma de la impresión

Analizando la obra de Bassi, Schierano y Previgliano⁷⁰ (2011) en el cual cita que:

Para tomar correctamente la impresión superior, el paciente debe estar sentado con el pecho derecho y la cabeza a la altura de los codos del operador. Después de haber recubierto, con un dedo, las superficies oclusales y el paladar y después de haber alejado delicadamente la mejilla del paciente con el espejo se introduce la cubeta centrada correctamente. Se le indica al paciente cerrar ligeramente la boca, para que de esta manera aumente el espacio vestibular.

Para tomar correcta la impresión de la arcada mandibular, el operador se debe ubicar delante del paciente. Después de haber cargado la cubeta y haber colocado con un dedo la capa uniforme de alginato sobre las superficies oclusales de los dientes, se introduce en la boca centrándola correctamente, alejando delicadamente la mejilla con el espejo. Cuando la cubeta se introduce, se incita al paciente a levantar la lengua, llevándola sobre el borde de la cubeta para registrar la zona sublingual y por tanto la posición de reposo. (pp. 70, 71)

2.8.2 Registro de mordida

Describiendo la obra de Rosentiel, Land y Fujimoto⁷¹ (2008) describe que:

Se pueden emplear diferentes técnicas para realizar el registro de RC. La elección del tipo de registro depende de la función que van a cumplir los modelos que van a ser articulados. Por ejemplo, los modelos exactos que se confeccionan con materiales elastómeros se deben articular con material de registro interoclusal de alta fiabilidad como el polivinil siloxano. Sin embargo, los modelos diagnósticos menos exactos obtenidos de impresiones con hidrocoloides irreversibles se pueden articular mejor con materiales menos exhaustivos como la cera interoclusal, siempre que este registró este reforzado adecuadamente. La mayoría de los estudios demuestran una gran variabilidad entre las diferentes técnicas y materiales durante la confección de los registros, por ello se debe adoptar un especial cuidado para realizar este proceso. (p. 57)

⁷⁰ Bassi, F., Schierano, G., Previgliano, V. (2011). Rehabilitación Protésica Prótesis Parcial Removible. República Bolivariana de Venezuela. Amolca

⁷¹ Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008). Prótesis fija contemporánea. (4 ed.). Reino de España: Elseiver.

2.8.3. Prueba de los dientes artificiales en cera.

Analizando la obra de Rendón⁷² (2004) conoce que:

Es indispensable probar la prótesis con los dientes articulados en cera con el objeto de evaluar la oclusión y la estética, y poder realizar cualquier alteración que se considere necesaria.

En los casos en que se van a sustituir dientes anteriores se debe verificar el tamaño, color y posición de los dientes. Además es importante indagar en este momento si el paciente esa de acuerdo con el aspecto estético que ofrecen los dientes. (p. 108)

2.8.4 Colocación de la prótesis.

Describiendo la obra de Car, McGivney y Brown⁷³ (2006) citan que:

Para asegurar el uso apropiado de los dientes naturales restantes, la prótesis debe asentar completamente en la arcada. Las zonas que suelen requerir ajustes para asegurar un completo ajuste, incluyen las extensiones interproximales, las regiones donde los ganchos emergen a la base de resina acrílica, las concavidades para adaptarse al tejido (en labial por extracción reciente o en la zona lingual/retromilohioidea), y cualquier porción de la prótesis situada por debajo de la altura del contorno, especialmente si están opuestas bilateralmente.

Una vez asentada la prótesis, es importante comprobar que no se aplica presión excesiva a la región gingival la función natural impuesta por los dientes. En los casos típicos, la prótesis no debe ser la fuente única de contactos oclusales. En tales situaciones, las fuerzas funcionales se concentran en la unión entre la resina acrílica y el diente; en consecuencia, es probable que se produzca un cambio de orientación que permita el movimiento hacia el tejido, cambie la oclusión y aumente el contacto con los tejidos blandos. (pp. 394, 395)

⁷² Rendón, Y. (2004). Prótesis parcial removible conceptos actuales atlas de diseño. Estados Unidos Mexicanos: Medica panamericana

⁷³ Car, A., McGivney, G y Brown, D. (2006). Prótesis parcial removible. (11 ed.). Reino de España: Elseiver

CAPÍTULO III

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de trabajo.

Sistematización de práctica.

3.2. Método.

Las prácticas se realizaron a dos pacientes, sexo masculino de 25 y 46 años respectivo, se procedió a realizar un examen clínico odontológico por medio de la respectiva ficha clínica 033 a los dos pacientes a los cuales se les realizo diferentes actividades como: restauraciones, endodoncias, extracciones, placa parcial removible, coronas metal-porcelana, aplicando en cada uno de ellos los protocolos respectivos, así:

Protocolo de periodoncia según la obra de Echeverría y otros (2005), Laserna (2008), Gennaro (2003): (Ver anexo #8)

Control mecánico de la placa dental.

Tecnica de cepillado de Bass.

Uso de colutorios.

Protocolo de operatoria dental según Barrancos.y Barrancos (2006), Nocchi (2008), Palma y Sánchez. (2009): (Ver anexo #9)

Apertura y conformación de la cavidad.

Remoción del tejido cariado.

Grabado ácido fosfórico.

Sistema adhesivo.

Inserción del composite

Control pos operatorio.

Protocolo de exodoncia según Chiapasco (2015), Chiapasco (2004), Raspall (2007), Tripathi (2008): (Ver anexo #10)

Evaluación de la pieza dentaria.

Técnica de anestesia.

Sindesmotomia.

Curetaje del alveolo.

Irrigación del alveolo.

Comprensión del alveolo.

Protocolo de endodoncia según Hapernau, Kao, Ludergan y Sanz (2014), Nocchi (2008), Leonardo (2005), Soares y Goldberg (2009), Palma y Sanches (2013), Bergenholtz, Horsted-Blinds y Claes (2011), Lumley, Adams y Tomson (2009), Leonardo y Leonardo (2009): (Ver anexo #11)

Evaluación de los síntomas pulpares de la pieza.

Aislamiento absoluto.

Acceso coronal.

Localización y preparación de las entradas a los conductos radiculares.

Medir la longitud de trabajo.

instrumentacion de los conductos.

Irrigación de los conductos.

Medicación tópica entre sesiones.

Obturar los conductos radiculares.

Sellado coronal.

Protocolo para realizar las coronas fija de metal-porcelana según Pegoraro (2001), Ricketts y Bartlett (2013), Rosentiel, Land y Fujimoto (2008), Milleding (2013), Shillingbirg, Hobo, Whitsett, Jacobi y Brackett (2002): (Ver anexo #12)

Modelos de estudios.

Preparación inicial.

Preparación labial.

Preparación proximal.

Reducción general.

Acabado.

Restauración provisional.

Toma de impresión.

Prueba de metal.

Prueba de glaseado.

Cementación de la corona metal-porcelana.

Protocolo de prótesis parcial inferior removible de acrílico según Bassi, Schierano y Previgliano (2011), Loza y Valverde (2007), Rosentiel, Land y Fujimoto (2008), Rendón (2004), Car, McGivney y Brown (2006): (Ver anexo #13)

Se realiza la toma de la impresión.

Se toma el registro de mordida.

Prueba de los dientes artificiales en cera.

Se realiza la colocación de la prótesis.

3.3. Ética.

A las personas que intervinieron en este trabajo, se les consulto su participación voluntaria, se le informo en que consiste el trabajo que se realizará, así como también se le dio a conocer que la información de este trabajo podría ser público sin revelar los datos de los pacientes para lo cual firmaron un documento de consentimiento. (Ver anexo #1)

3.4. Marco Administrativo.

3.4.1 Recursos humanos

Tutor de sistematización de prácticas.

Autora.

3.4.2. Recursos Materiales.

Caja de guantes.

Cajas de mascarillas.

Campos operatorios.

Anestésicos.

Agujas.

Hipoclorito de sodio.

Gasas.

Algodón.
Resinas
Acido grabador.
Bondi.
Aplicadores.
Discos de pulir.
Limas k.
Conos de gutapercha.
Conos de papel.
Loseta de vidrio.
Alginato.
Material pesado y liviano.
Yesos.
Lámpara de alcohol.
Ceras.
Rodetes.
Dientes artificiales.
Acrílico.
Bolígrafos.
Hojas de papel.
Lápiz bicolor.
Borradores.

3.4.1.3. Tecnológicos.

Copias.

Pendrive

Horas de internet

Impresora.

Cds.

3.5. Económicos.

Para la realización de este trabajo de sistematización de práctica tuvo un costo de \$436,48. (Ver anexo # 2)

3.6 Cronograma.

(Ver anexo # 3)

CAPÍTULO IV.

4. Resultados

Al primer paciente se le eliminaron los focos infecciosos que tenía, ya que presentaba dolores por presencia de lesiones pulpares.

Se le realizó una profilaxis previa, también se le realizaron extracciones de restos radiculares de las piezas números 13, 17, 27, 36, 42, 46, 47. Asimismo se le realizó tratamiento de conducto en las piezas números 14 y 15.

Además se le realizó al paciente obturaciones de resina en las piezas números 11, 21, 34, 35, 37.

Al segundo paciente se le restableció la estética en el sector anterior, mejorando la estética, fonética y masticación. Se le realizaron obturaciones de resina en las piezas números 17 y 26. También se le realizaron coronas de metal porcelana en las piezas números 11, 12, 21, 22. Finalizando con una placa parcial removible inferior de las piezas números 36 y 46.

Los cambios que se observaron en este paciente fueron muy notorios ya que con esta rehabilitación oral le mejoro su autoestima y calidad de vida. (Ver anexo # 14)

ANEXOS

Anexo #1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, el abajo firmante, _____

Acepto tomar parte de este trabajo titulado Rehabilitación oral integral de paciente con múltiples restos radiculares, lesiones pulpares y afectación de la estética del sector anterior. Del presente trabajo me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y aproximada duración de la exploración bucal. He tenido la oportunidad de hacerle preguntas acerca de todos los aspectos del trabajo.

Accedo a cooperar con la egresada asistiendo de manera responsable a las citas odontológicas programadas. Reconozco que se me explico y entendí el procedimiento que se propone, estoy enterado de los beneficios, las probables complicaciones que se pueden presentar y se me ha explicado de las alternativas existentes, sin embargo, consciente que se busca un beneficio, doy mi consentimiento por decisión propia para que estos se efectúen, con base en el principio de la libertad prescriptiva. Estoy de acuerdo con que los datos personales y odontológicos, que se deriven de este trabajo pasen a formar parte de los registros computarizados de la autora del trabajo.

Estudiante de odontología.

Nombre del testigo.

Anexo #2

MATERIALES

RUBROS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Caja de guantes	1	\$ 5,00	\$ 5,00
Cajas de mascarillas	2	\$ 0,35	\$ 0,70
Campos operatorios	50	\$ 0,10	\$ 5,00
Anestésicos	12	\$ 1,00	\$ 12,00
Hipoclorito de sodio	1	\$ 4,00	\$ 4,00
Gasas	1	\$ 4,00	\$ 4,00
Algodón	3	\$ 0,50	\$ 1,50
Resinas	4	\$ 15,00	\$ 60,00
Acido grabador	1	\$ 3,00	\$ 3,00
Bondi	1	\$ 5,00	\$ 5,00
Aplicadores	1	\$ 3,00	\$ 3,00
Discos de pulir	1	\$ 8,00	\$ 8,00
Limas K	1	\$ 20,00	\$ 20,00
Conos de gutapercha	1	\$ 15,00	\$ 15,00
Conos de papel	1	\$ 10,00	\$ 10,00
Loseta de vidrio	1	\$ 1,00	\$ 1,00
Lámpara de alcohol	1	\$ 2,00	\$ 2,00
Ceras	2	\$ 0,50	\$ 1,00
Dientes artificiales	1	\$ 1,00	\$ 1,00
Acrílico	1	\$ 1,20	\$ 1,20
Yesos	3	\$ 1,00	\$ 3,00
Alginato	1	\$ 7,00	\$ 7,00
Rodetes	2	\$ 2,00	\$ 4,00
Material pesado y liviano	1	\$ 20,00	\$ 20,00
coronas de metal-porcelana	4	\$ 40,00	\$ 160,00
TOTAL			\$ 355,20

RECURSOS TECNOLOGICOS

RUBROS	CANTI- DAD.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Copias	20	\$ 0,03	\$ 0,60
Pendrive	1	\$ 10,00	\$ 10,00
Horas de internet	30	\$ 1,00	\$ 30,00
CD,s	2	\$ 0,50	\$ 1,00
TOTAL			\$ 41,60

PRSUPUESTO FINAL

RUBROS	COSTO TOTAL
RECURSOS MATERIALES	\$ 355,20
RECURSOS TECNOLOGICOS	\$ 41,60
SUBTOTAL	\$ 396,80
IMPREVISTO 10%	\$39, 68
TOTAL	\$436, 48

Anexo # 3

EMANA	FECHA	NÚMERO DE HORAS			
		TUTORIAS METODOLÓGICAS	PRAXIS PROFESIONAL	TUTORÍA PERSONALIZADA	ACTIVIDADES
	20- 24 ABRIL			8	TRABAJO EN CLINICA
	27- 30 ABRIL			8	TRABAJO EN CLINICA
	4-8 MAYO			8	TRABAJO EN CLINICA
	11- 15 MAYO			8	TRABAJO EN CLINICA
	18- 22 MAYO			8	TRABAJO EN CLINICA
	25- 29 MAYO			8	TRABAJO EN CLINICA
	1-5 JUNIO			14	8 H- CLINICA Y 4 H DE TRABAJO EN INFORMES
	8- 12 JUNIO			14	8 H- CLINICA Y 4 H DE TRABAJO EN INFORMES
	15- 19 JUNIO			14	8 H- CLINICA Y 4H DE TRABAJO EN INFORMES
0	22- 26 JUNIO			14	8 H- CLINICA Y 4H DE TRABAJO EN INFORMES
1	29 JUNIO-3 JULIO			14	8 H- CLINICA Y 4 H DE TRABAJO EN INFORMES
2	6- 10 JULIO			21	ELABORACION DE INFORME
3	13- 17 JULIO			21	ELABORACION DE INFORMES
4	20- 24 JULIO			20	ELABORACION DE INFORME
TOTAL DE HORAS		120	80	200	

Anexo #4.

Universidad San Gregorio de Portoviejo
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

NOMBRE: DSC Robinson Herrera SEXO: M EDAD: 13/25 N° ACTORA CLÍNICA: 0010
 FECHA DE NACIMIENTO: 13/02/92 FECHA DE CONSULTA: 13/02/18 MOTIVO DE CONSULTA: X LABORATORIO:

1 MOTIVO DE CONSULTA
Desplazarse los dientes

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
Desplazamiento de los dientes desde la infancia
una cirugía al menos antes de los 10 años

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
NO tiene antecedentes

4 SIGNOS VITALES
 Temperatura: 37.2 Pulso: 72 Presión: 120/80 Frecuencia respiratoria: 12

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO
sin patologías aparentes

6 ODONTOGRAMA

PANTOGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN (MÉDULA DENTARIA, MUCOSA PERIAPICAL, MUCOSA PERIAPICAL, MUCOSA PERIAPICAL, MUCOSA PERIAPICAL)

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

INDICADOR DE SALUD BUCAL				SANTIFICACIONES PRECEDENTES			MAL OCLUSIÓN			PLAQUIS		
INDICADOR DE SALUD BUCAL				LEVA	ANGULO I	LEVA	LEVE	MODERADA	SEVERA	LEVE	MODERADA	SEVERA
16	✓	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
11	✓	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
26	✓	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
21	✓	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
37	✓	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
32	✓	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
48	✓	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
43	✓	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
TOTAL												

8 INDICES CPD-cep

	C	P	D	TOTAL
1	21	1	0	22
2				
3				
4				
TOTAL				

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

□	Deciduo	○	Permanente	○	Permanente con
△	Impactado	○	Permanente con	○	Permanente con
○	Permanente con	○	Permanente con	○	Permanente con
○	Permanente con	○	Permanente con	○	Permanente con

ODONTOLOGÍA (1)

Historia clínica del primer paciente.

Anexo #5



Radiografía panorámica del primer paciente.

Anexo # 6

Universidad San Gregorio de Portoviejo
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CÓDIGO: 056P NOMBRE: Fernán Olivares Couvete, Allan P. 196

1 MOTIVO DE CONSULTA
Quiero arreglarse los dientes

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
Presente kariomatia

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
3 (madre, hermanos)
2 (hermana)

4 SIGNOS VITALES

5 EXÁMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO
Sin patologías Aposado

6 ODONTOGRAMA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

ÍNDICE DE PLACA				ÍNDICE DE CÁRITAS			ÍNDICE DE ORO		
0	1	2	3	0	1	2	0	1	2
10	✓	0	0	1	✓	0	0	0	0
11	✓	0	0	1	✓	0	0	0	0
12	✓	0	0	1	✓	0	0	0	0
13	✓	0	0	1	✓	0	0	0	0
14	✓	0	0	1	✓	0	0	0	0
15	✓	0	0	1	✓	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0

8 INDICES CPO-ORR

D	C	F	O	TOTAL
4	2	7	0	13
TOTAL				

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

F: FURTO DE RESTAURACIÓN U: ÚLERA □: PROTESIS FIJA
 R: RESTAURACIÓN Δ: DENTADURA ■: DENTADURA
 P: PERFORACIÓN ○: ORO ○: ORO
 X: FURTO DE RESTAURACIÓN ○: ORO ○: ORO

ODONTOLOGÍA (1)

Historia clínica del segundo paciente.

ANEXO #7



Radiografía panorámica del segundo paciente.

Anexo #8



Anexo #9



Apertura y conformación de la cavidad.



. Remoción del tejido cariado.



Grabado ácido fosfórico.



Aplicación del sistema adhesivo.



Inserción del composite.



Control posoperatorio.

Anexo #10



Evaluación de la pieza dentaria.



. Técnica de anestesia troncular.



. Sindesmotomia.



Curetaje del alveolo.



Comprensión del alveolo.

Anexo # 11



Evaluación de los síntomas pulpares.



Colocacion de aislamiento absoluto.



Acceso coronal



Localización de la longitud de trabajo.



Irrigación con hipoclorito de sodio.



Medicación tópica entre sesiones.



Obturar los conductos radiculares.



Sellado coronal.

Anexo #12



Toma de modelos de estudios.



Preparación proximal.



Preparación general



Restauración provisional.



Toma de impresión.



Prueba de metal.



Prueba de biscocho



Cementación de la corona metal-porcelana.

Anexo # 13



Toma de impresiones



registro de mordida



Prueba en cera



colocación de la prótesis parcial removible

Anexo # 14



Segundo paciente. Antes y después

Bibliografía

- Barrancos, M., Barrancos, P. (2006). Operatoria dental integración clínica. (4 ed.). República de Argentina: Medica panamericana.
- Bassi, F., Schierano, G., Previgliano, V. (2011). Rehabilitación Protésica Prótesis Parcial Removible. República Bolivariana de Venezuela. Amolca.
- Bergenholtz, G; Horsted-Blinds, P y Claes, R. (2011). Endodoncia. (2 ed.). Estados Unidos Mexicanos: Manual moderno.
- Carlos, F. (2005). Manual del técnico superior en higiene bucodental. Reino de España: Mad.
- Cawson, R., Odell, E. (2009). Fundamentos de medicina y patología oral. (8 ed.). Reino de España: Elseiver.
- Chiapiasco, M. (2004). Cirugía Oral Texto y Atlas en color. (1 ed.). Reino de España: Masson.
- Chiapiasco, M. (2015). Tácticas y técnicas en cirugía oral. (3 ed.). Reino de España: Amolca.
- Cuniberti, N., Rossi, G. (2009). Lesiones cervicales no cariosas la lesión dental del futuro. (1 ed.). República de Argentina: Medica panamericana.
- Echeverría, J., et. Al. (2005). Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. (1 ed.). Reino de España: Medica Panamericana.
- Fernandez, M y colaboradores. (2013). [En línea]. Lesiones periapicales agudas en pacientes adultos. Revista cubana de estomatología. Volumen 49 – numero 2.]. Consultado: [15, agosto, 2015]. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v49n2/est04212.pdf>.
- Garcia, C. (2006) Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud bucodental. (1 ed.). Reino de España: Ripano.
- Gennaro, A. (2003). Remington: Farmacia. (Vol. 1). República de Argentina: Medica Panamericana S.A.
- Gutmann, J., Lovdahl, P. (2012). Solución de problemas en endodoncia prevención, identificación y tratamiento. (5 ed.). Reino de España: Elseiver.
- Hargreaves, K., Cohen, S. (2011). Vías de la pulpa. (10 ed.). Reino de España: Elsevier.

Hapernau, L; Kao, R; Lundergan, W; Sanz, M. (2014). Periodoncia e Implantología dental de hall Toma de decisiones. (1 ed.). Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

Langlais, R., Miller, C y Nield, J. (2011). Atlas a color de enfermedades bucales. Estados Unidos Mexicanos: Manual moderno.

Laserna, V. (2008). Higiene dental personal diaria, la correcta higiene dental personal diaria es la base de la prevención de las enfermedades dentales. Canadá: Trafford.

Le Galès-Camus, C., Petersen, P., Porter, D. (2004). [En línea]. Consultado: [12, agosto, 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>

Leonardo, M., Leonardo, R. (2009). Endodoncia: conceptos Biológicos y Recursos Tecnológicos: Artes Medicas Latinoamericana.

Leonardo, M. (2005). Endodoncia tratamiento de conductos radiculares principios técnicos y biológicos. (Vol. 1). República Federativa del Brasil: Artes Medicas

Leonardo, M. (2005). Endodoncia tratamiento de conductos radiculares principios técnicos y biológicos. (Vol. 2). República Federativa del Brasil: Artes Medicas.

Loza, D., Valverde, H. (2007). Diseño de Prótesis Parcial Removible. (1 ed.) Reino de España. Ripano.

Lumley, P., Adams, N y Tomson, P. (2009). Práctica Clínica en Endodoncia. Reino de España: Ripano.

Martínez, A. (2009). Anestesia bucal, guía práctica. (1 ed.). República de Colombia: Médica Panamericana S.A.

Milleding, P. (2013). Preparación Para Prótesis Fija. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

Nocchi, E. (2008). Odontología restauradora salud y estética. (2 ed.). República de Argentina: Medica panamericana.

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

Pegoraro, L. (2001). Prótesis Fija. (1 ed.). República Federativa del Brasil. Artes Médicas.

Raspall, G. (2007). Cirugía Oral e Implantología. (2 ed.) Reino de España: Médica Panamericana.

Ricketts, D., Bartlett, D. (2013). Odontología Operatoria Avanzada Un Abordaje Clínico. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008). Prótesis fija contemporánea. (4 ed.). Reino de España: Elseiver.

Rossi, G., Cuniberti, N. (2004). Atlas de Odontología Restauradora y Periodoncia workshop de cirugía periodontal para el práctico general. (1 ed.). República de Argentina: Medica Panamericana S.A.

Shillingburg, H., et al. (2002). Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija. (Vol. 1) (3 ed.). Reino de España. Quintessence S.L

Soares, J., Goldberg, F. (2002). Endodoncia: técnica y fundamentos. República de Argentina: Medica Panamericana.

Tripathi, K. (2008). Farmacología en Odontología Fundamentos. República de Argentina: Médica Panamericana.