



**CARRERA DE ODONTOLOGIA.**

Trabajo de Sistematización Prácticas.

Tema.

Rehabilitación oral de una paciente con lesiones pulpares. Periodo Abril-julio de 2015.

Lissette Gissella Alvarado Zambrano.

Autora.

Odo. Jessica García Loor.

Tutor.

Cantón Portoviejo – Provincia Manabí – Republica Ecuador.

2015.

## **CERTIFICACION DE TUTORA DE PRÁCTICAS.**

Odo. Jessica Valentina García Loor, certifica que el trabajo de sistematización de práctica titulado: **Rehabilitación Oral de un paciente con lesiones pulpares periodo de abril–julio de 2015**, Este trabajo es original de la estudiante Lissette Gissella Alvarado Zambrano, la misma que ha sido realizado baja mi tutoría.

---

Odo. Jessica Valentina García Loor.

Tutora Sistematización de práctica.

## **CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.**

Tema:

**Rehabilitación oral de una paciente con lesiones pulpares. Periodo de abril – julio de 2015.**

Trabajo de sistematización de prácticas sometido a consideración del tribunal examinador, como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal:

---

Dra. Lucia Galarza Santana Mg. Gs.

Coordinadora de la carrera.

---

Odo. Jessica Valentina García Loor.

Tutora.

---

Odo. Geomara Dueñas Zambrano Mg.

Miembro del tribunal.

---

Dr. Abel García Cheda Esp. I Grado IGE.

Miembro del tribunal.

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA.**

El presente trabajo de la sistematización de practica titulado: **Rehabilitación oral de una paciente con lesiones pulpares, en el periodo de abril –julio de 2015.** Ha sido desarrollado en su totalidad por la autora, producto del trabajo es idea original, lo que da fe para fines legales consiguiente. Además los derechos de autoría del trabajo de sistematización de práctica serán cedidos a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

---

Lisette Gissella Alvarado Zambrano.

Autora.

## **AGRADECIMIENTO.**

En estos instantes al primero que quiero agradecer es a Dios por nunca dejarme caer en esta constante lucha, a mis padres: Lcdo. Pastor Alvarado Chávez y Lcda. Berta Zambrano Mero que gracias a su incondicional apoyo, amor, sacrificio, me ayudaron a seguir adelante en este triunfo, a mi esposo Gustavo Intriago Pisco por ser mi compañero y estar siempre a mi lado a mi hijo Ethan Intriago Alvarado por ser mi motor de vida, a mis hermanos Sandy, Antonella y Josué Alvarado Zambrano y compañeros de aulas, que me ayudaron y apoyaron en el momento necesario y a las personas que de una u otra manera contribuyeron a este triunfo.

A la Universidad “San Gregorio de Portoviejo” y sus docentes que me brindaron conocimientos para formarme como profesional. Agradezco también a mi tutora, Odo. Jessica García Loor, por apoyarme y ser mi guía para la conclusión de este trabajo.

Lissette Gissella Alvarado Zambrano.

## **DEDICATORIA.**

Dedico este trabajo a mis padres Lcdo. Pastor Alvarado Chávez y Lcda. Berta Zambrano Mero por ser el pilar fundamental en mi vida, por saber educar a esta niña y poder enorgullecerse de la mujer, por ser las primeras personas que creyeron en mí, 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 Gustavo Intriago Pisco y a mi hijo Ethan Intriago Alvarado, por el gran amor que a diario me entregan, por saber entenderme y comprenderme. A mi abuelita Elena Chávez, Rumaldo Zambrano por la confianza depositada en mí, por cada uno de sus sabios consejos.

A mis hermanos Antonella, Sandy y Josué Alvarado Zambrano porque a pesar de las peleas siempre dejaran huellas imborrables, por siempre creer en mí, cuidar y querer de mi hijo como si fuera un hermano más de ustedes porque siempre estarán hay cuando los necesite.

Lissette Gissella Alvarado Zambrano.

## **RESUMEN.**

En esta sistematización de práctica, se realizó la Rehabilitación oral de una paciente con lesiones pulpares en el periodo de abril – julio 2015.

En la elaboración de la anamnesis se llegó al diagnóstico mediante la historia clínica odontológica. Se le realizó una profilaxis para la eliminación de placa bacteriana, restauraciones dentales en las piezas #25, #22, #15, #17 para devolver la morfología y la oclusión, exodoncias de restos radiculares y piezas dentarias con caries profunda de las piezas # 16, #21, #26, #27, #44 tratamientos de conductos en las piezas #11, #12, y #24 estas fueron restauradas con coronas de metal-porcelana para darle una mayor estética a la paciente, como procedimiento final tenemos la elaboración de prótesis parcial removible de acrílico tanto superior como inferior para reemplazar las piezas perdidas por diferentes causas.

La paciente fue rehabilitada oralmente en su totalidad, restableciendo así las funciones normales del sistema estomatognático, recuperando la autoestima.

## **ABSTRACT.**

### **ABSTRACT**

In the systematic practice, Oral Rehabilitation in a patient with pulp injuries was performed during the period april-july 2015.

In preparing thae anamnesis a diagnosis was obtained by dental clinical history . The patient underwent a profilaxis for removing bacterial plaque, dental restoration parts number 25, 22, 15, 17 in order to return the morphology and occlusion, extraction of root fragments and teeth with deep cavities of the pieces number 16, 21, 26, 27, 44. Root canals on parts number 11, 12 and 24. These were restored with metal porcelain crowns to improve the aesthetics of the patient. The final procedure is the elaboration of the partial acrylic removable prostheses both upper and lower to replace lost pieces due to different causes.

The patient was healed in her oral health, restoring the normal functions of the stomatognathic system with the recovery of her self-steem.

## ÍNDICE.

Certificación de directora de prácticas .....	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
1.2. Tema: .....	2
1.3. Delimitación .....	3
1.4. Justificación.....	3
1.5. Objetivos.....	4
1.5.1.Objetivo general.....	4

CAPITULO II.....	5
2. Marco teórico conceptual y referencial. ....	5
2.1. Historia clínica actual .....	5
2.2. Periodoncia. ....	10
2.3. Operatoria .....	12
2.4. Endodoncia .....	16
2.5. Prótesis fija. ....	19
2.6. Prótesis parcial removible.....	23
2.7. Exodoncia .....	27
CAPITULO III.....	33
3. Marco metodológico.....	33
3.1. Ética. ....	35
3.2. Marco administrativo.....	36
CAPITULO IV. ....	39
4. Resultados.....	39
. Anexos.....	392



## **INTRODUCCION.**

El presente trabajo de sistematización práctica se refiere a la Rehabilitación Oral que se define como una rama de la Odontología que se encarga de restaurar y recuperar la estética y las funciones estomatológicas del paciente, a través del correcto diagnóstico y ejecución de un plan de tratamiento.

El objetivo principal de este trabajo es la Rehabilitación Oral de una paciente con lesiones pulpares en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Periodo de abril – julio de 2015.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas, una de ellas es la falta de preocupación del paciente por su estado oral, teniendo como principal consecuencia la caries dental provocando lesiones pulpares.

El interés de este trabajo es para obtener resultados beneficiosos para la paciente restableciendo su salud oral, aliviando sus sintomatologías y devolviéndole la confianza y la autoestima para desenvolverse en su medio social.

# CAPÍTULO I.

## 1. Problematización.

### 1.1. Tema:

Rehabilitación oral de un paciente con lesiones pulpares. Periodo de abril – julio 2015.

### 1.2. Planteamiento del problema:

La gran mayoría de las urgencias odontológicas corresponden a las patologías pulpares debido a la sintomatología dolorosa que las caracteriza, para una correcta indicación del tratamiento es de suma importancia un buen diagnóstico.

Analizando la información disponible en documento del sitio web <sup>1</sup>(2012) se cita que:

La organización mundial de la salud (OMS) define la caries dental como un proceso localizado de causa multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, estimulando el reblandeciendo del tejido duro del diente y la evolución hasta la formación de una cavidad. Si no es tratada oportunamente, afecta el estado de salud general y la calidad de vida del paciente, el 98 % de las personas padece de esta enfermedad. (p.1)

De acuerdo a estudios realizados en la ciudad de México demuestran que el sexo femenino tienen niveles más alto de caries con relación al sexo masculino, las cuales al no ser atendidas evolucionan y provocan daños irreversibles en la pulpa dental a causas de bacterias y sus productos que invaden los túbulos dentales, a partir de este momento cuando hay daño irreversible de la pulpa, el órgano dental permanente tiene algunas opciones

---

<sup>1</sup>Rodríguez, I. (2012). [en línea]. Consultado: [20, julio, 2015]. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30939/1/CeronRodriguez.pdf>.

terapéuticas: exodoncias y tratamiento de conductos, el último tiene como finalidad eliminar la patología pulpar y restablecer la función del diente en la cavidad oral.

En la ciudad de Portoviejo en la clínica odontológica de la Universidad San Gregorio se Rehabilito a una paciente con lesiones pulpares en el periodo abril – julio de 2015, la cual manifestó sintomatología dolorosa y caries profunda que afectaban los tejidos pulpares. Para la rehabilitación de esta paciente no solo se basó en el alivio del dolor pulpar si no también en la rehabilitación integral como la recuperación de la estética fonética y la masticación.

### **1.3. Delimitación del problema.**

**Campo:** Salud.

**Área:** Odontología.

**Aspectos:** Rehabilitación bucal.

**Delimitación espacial:** se realizó en una paciente de 42 años de edad, en las clínicas odontológica de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el cantón Portoviejo, provincia de Manabí, Republica de Ecuador.

**Delimitación temporal:** abril- julio de 2015.

### **1.4. Justificación.**

Este trabajo se realizó sustentado en los reglamentos de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, la ley orgánica de educación superior, articulado a la vez con la constitución de la República en sus artículos 32 y 66 y con el objetivo 3 del plan Nacional del Buen Vivir 2013- 2017 que expresa en su enunciado.

Según la Secretaria Nacional de Planificación y desarrollo<sup>2</sup> (2013) en su artículo:

Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

En este trabajo de sistematización de praxis se demuestra las capacidades y destrezas así como el conocimiento científico adquirido, y la vinculación que existe entre la institución y la comunidad para brindar los servicios de salud oral necesarios.

Este trabajo práctico sirvió para tomar conciencia del estado de salud oral de las personas por falta de información educativa y económica, tomando en cuenta dicha situación se rehabilito oralmente, favoreciendo así a una paciente de 42 años de edad.

## **1.6. Objetivos.**

### **1.6.1. Objetivo general.**

Rehabilitar oralmente a una paciente con lesiones pulpares. Periodo de Abril – julio de 2015.

---

<sup>2</sup>Secretaria Nacional de Planificación y desarrollo (2013). Plan Nacional de desarrollo- Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. República del Ecuador. Senplades.

## CAPITULO II.

### 2. Marco teórico conceptual y referencial.

#### 2.1. Rehabilitación oral.

Investigando la información disponible en el sitio web<sup>3</sup> (2012) se cita que:

La rehabilitación oral es la recuperación de la función oral, mediante el conjunto de procedimientos odontológicos de alta tecnología restaurativa y cosmética. Su fin último envuelve el mejoramiento de la apariencia de la sonrisa del paciente, su autoestima y la recuperación de la función oral.

#### 2. 1. Historia clínica actual

Paciente de 42 años de edad, sexo femenino, raza mestiza; que no refiere antecedentes personales ni familiares, acude a la consulta odontológica con dolor en la hemiarcada superior derecha, pieza número 16 (primer molar superior derecho), con tipo de dolor lancinante, intensidad leve soportable, que se da durante la masticación, de ubicación localizada y con estímulos que hacen que el dolor se incremente con el frío, el mismo que cedió con la administración de Ibuprofeno, cada 8 horas, durante 3 días, recetadas en el Subcentro de Salud más cercano.

Además hace una semana refiere dolor en la pieza número 26 (primer molar superior izquierdo) de tipo lancinante, con intensidad leve soportable, con duración de 1 minuto, de ubicación localizada y que se estimula al ingerir alimentos ácidos.

---

<sup>3</sup>Clínica Santa Bárbara. (2012). Odontología Estética. . [en línea]. Consultado: [20, julio, 2015]. Disponible en: <http://www.clinicasantabarbaraodontologiaestetica.com/odontologia-bogota/inicio-2>.

Paciente refiere que siente vergüenza y afectado un poco a su autoestima por presentar pieza número 21 una restauración defectuosa y que ha fracasado 2 veces por lo que ella dice “ya no quiero sonreír ni conversar”.

### **Antecedentes patológico personales y familiares.**

Familiares: no refiere antecedentes.

Personales: no refiere antecedentes.

### **Examen físico.**

#### **Examen físico general.**

Paciente de biotipo brevilíneo, panículo adiposo conservado, consciente, ubicada en tiempo y espacio que deambula sin dificultad y no presenta facies patognomónicas de ninguna enfermedad. Presenta piel y mucosas con hidratación y coloración normal, ausencia de manchas cicatrices temperatura de 37°C, frecuencia cardíaca de 62 pulsaciones/minuto y presión arterial de 110/70.

#### **Examen físico regional.**

#### **Examen extraoral.**

Inspección: Al examen físico extra oral de cabeza y cuello la paciente no presenta patología aparente, no se palpan adenopatías, presenta simetría facial, en los labios color y movilidad normal. Tono muscular conservado. Pliegues cutáneos normales. No hay presencia de ninguna tumefacción o fistulas.

Palpación: palpación de los ganglios linfáticos anteriores, posteriores y laterales no palpables, no presenta dolor, ausencia de fistula y calcificaciones. Sin presencia de edema. No presenta alteración de la articulación temporomandibular, ausencia de dolor.

Auscultación: latido carotideo de buen tono y frecuencia.

### **Examen intraoral.**

Inspección: no presenta ninguna patología aparente, los labios se encuentran normales, sin presencia de tumefacción.

La sumatoria de cariado, perdido y obturado (CPO) es de 20 (C: 12, P: 8, O: 0) la paciente presenta cinco exodoncias, de las piezas número 16, 21, 26, 27, 44; requiere de tratamiento endodóntico en las piezas número 12, 11, 24; caries dentales en las piezas número 16 (caries oclusal), 15 (caries oclusal-distal), 22 (caries mesial), 25 (caries distal), presenta ausencias de las piezas número 14, 13, 23, 35, 36, 37, 46, 47 y cero obturaciones.

La placa bacteriana y la gingivitis en boca son mínima y se encuentra localizada la encía es de coloración rosa coral, y la mucosa de protección es un tono más oscuro y pigmentado de consistencia firme y adherida al hueso alveolar y no se observa presencia de enfermedad periodontal.

Los carillos son de consistencia normal de color rosada, lisa y brillante; el fondo de surco y frenillo labiales sin ninguna alteración, los labios presentan textura normal y sin alteración.

Presenta el paladar de color rosa, rugoso, las amígdalas son de color rojo y sin ningún signo de infección, la úvula de coloración normal.

El suelo de la boca es de mucosa delgada, humectada, coloración rosa y debajo de la lengua la presencia del frenillo lingual, las glándulas salivales sublinguales normales.

Palpación: la temperatura intraoral de la paciente es de 37°C, no tiene movilidad de las piezas dentaria, y no se observa crecimiento de las glándulas salivales.

Percusión: la paciente presenta dolor a la percusión en las piezas número 11, 12, 24, 16, 26, 27 tanto horizontal como vertical.

### **Exámenes complementarios.**

Radiografía panorámicas.

Radiografías periapicales.

Hemograma completo.

### **Diagnostico Radiográfico Panorámico.**

#### **Maxilar.**

Caries de dentina en las piezas número 17, 15, 11, 12, 24.

Caries de esmalte en las piezas número 22, 25.

Restos radicular en la pieza número 21.

Ausencia de las piezas número 14, 13, 23.

#### **Mandíbula.**

Resto radicular de la pieza número 44.

Ausencia de las piezas número 35, 36, 37, 46, 47.

Reborde alveolar normal (hueso compacto y hueso esponjoso).

### **Diagnostico Presuntivo.**

Placa bacteriana.

Caries de esmalte

Caries de dentina.

Pulpitis irreversible.

Restos radiculares.

Disfunción masticatoria.

### **Plan de tratamiento.**

Profilaxis y fluorización.

Exodoncia de las piezas número 16, 21, 26, 27, 44.

Endodoncia de las piezas número 11, 12 y 24.

Restauraciones de las piezas número 17, 15, 22, 25.

Coronas Metal - Porcelana de las piezas número 11, 12 y 24.

Placa parcial removible acrílica superior e inferior.

## **2.2. Periodoncia.**

### **La placa dental como Biofilm.**

Investigando la información disponible en el sitio web de revista de Serrano y Herrera<sup>4</sup> (2005) se puede decir que:

La forma natural de crecimiento de las bacterias en la cavidad oral es el biofilm. Los biofilm son los responsables de la caries y de las enfermedades periodontales, y presentan gran resistencia frente a los antimicrobianos. Por lo tanto, es necesario realizar estudios que analicen la eficacia de los colutorios en las acciones de penetrar el biofilm y producir una acción bactericida suficiente, o de evitar el desarrollo de los mismos. Actualmente, en este campo sólo se dispone de estudios (acordes con las normas ADA) que atestiguan la eficacia de los colutorios de clorhexidina y de los colutorios de aceites esenciales. Para que los antimicrobianos optimicen su efectividad debe realizarse una desestructuración previa del biofilm por medios físicos (cepillado, uso de hilo dental, profilaxis, raspado y alisado radicular, etc.).

### **Encía sana.**

Analizando la información de la obra de Horacio<sup>5</sup> (2004) se cita que:

La encía normal la papila llena el espacio proximal y el margen termina en forma de bisel o en filo de cuchillo. Las imágenes muestran una encía sana sobre un diente sano con un aspecto superficial opaco, el graneado característico de la encía insertada y el aspecto liso en la encía marginal. Así se debe de comenzar antes de cualquier procedimiento restaurador. La encía insertada es firme y resistente y resiliente y está sólidamente unida al periostio del hueso

---

<sup>4</sup>Serrano, J. y Herrera, D. (2005). La placa dental como biofilm. ¿Cómo eliminarla?. Scielo. RCOE. Volumen 10 – Número 4. [En línea]. Consultado: [19 julio, 2015]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1138-123X2005000400005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2005000400005).

<sup>5</sup>Rossi, G. (2004). Atlas de Odontología Restauradora y periodoncia. (1ª edición). República Argentina. Editorial Médica panamericana.

alveolar. Su ancho varía 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 encía insertada actúa como una barrera efectiva frente los traumatismos de la masticación. La base fundamental de este tipo de trabajo es dar las pautas necesarias para mantener la encía sana en cuanto a su color rosa pálido, su forma de terminar en arco cóncavo regular, en forma de bisel consistencia firme y resiliente.(p.6)

## **Gingivitis.**

Indagando en la obra de Enrile de Rojas y colaboradores (2009)<sup>6</sup> indican indican:

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, 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)

## **Procedimientos de profilaxis.**

Analizando la obra de Lindhen, Jan<sup>7</sup> (2009) citan que:

Se podría afirmar que la limpieza mecánica de los dientes mediante cepillo dental con pasta dentífrica es la forma más común y potencialmente eficaz de la higiene bucal practicada por las personas de los países desarrollados; sin embargo, es probable que, per cápita, el elemento más usado en el mundo sea el cepillo de dientes. La limpieza interdental es un complemento secundario y pareciera particularmente importante en individuos que, a través de la presencia de la enfermedad, pueden ser evaluados retrospectivamente como susceptibles. Lamentablemente, es un hecho que una proporción importante de la gente no lleva a cabo una eliminación adecuada de la placa, de modo que la gingivitis tiene una prevalencia muy alta y comienza a edad temprana. Se presume que esto se origina en el incumplimiento de las recomendaciones que aconsejan limpiar con regularidad los dientes o en la falta de destreza en los hábitos de limpieza dental. Por cierto, muchas personas eliminan solo alrededor de la mitad de la placa de sus dientes incluso cuando se cepillan durante 2 minutos. Es probable que esto suceda porque durante el ciclo del cepillado se presta una atención escasa o nula a ciertas superficies dentarias.

---

<sup>6</sup>Enrile de Rojas, F. y Fuenmayor Fernández, V. (2009). Manual de Higiene. Reino de España. Editorial Médica Panamericana.

<sup>7</sup>Lindhen, J. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica. (5ta edición). Republica argentina. Editorial medica panamericana.

Por lo tanto el uso complementario de sustancias químicas sería una manera de superar las deficiencias de los hábitos de limpieza dental de muchas personas. (p.735)

La gingivitis inducida por la placa bacteriana es la inflamación de la encía como resultado de la actividad de bacterias localizadas a la altura del margen gingival. (p.407). La gingivitis inducida por placa comienza en el margen gingival y se puede extender a todos los restos de tejidos gingivales. (p.408)

Analizando lo que dice el autor la eliminación de la placa bacteriana es esencial para evitar enfermedades bucodentales y así evitar futuros focos infecciosos.

### **Prevención.**

Investigando la información disponible del sitio web de revista<sup>8</sup> (2006) se indica que:

Para prevenir la formación de la caries dental, se recomienda impedir la organización de la placa bacteriana mediante su remoción por el cepillo dental. También existen métodos químicos de prevención y tratamiento; en el mercado se encuentran antisépticos que combaten los gérmenes de la placa, como es el caso de la Clorhexidina. Los enjuagues diarios por períodos de tiempo recomendados por el odontólogo, reducen la cantidad de placa bacteriana.

### **2.3. Operatoria.**

#### **Etiología de la caries dental.**

Consultando la obra de Carlos<sup>9</sup> (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.

---

<sup>8</sup> Palomer, L. (2006). Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. Revista scielo. [en línea]. Consultado: [16, julio, 2015]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000100009&script=sci_arttext).

<sup>9</sup>Carlos, F. (2005). Manual del técnico superior en higiene bucodental. Reino de España. MAD.

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 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)

## **Clasificación de las caries**

Describiendo la obra de Langlais, Miller y Nield<sup>10</sup> (2011) citan que:

### **Clase I.**

La caries clase I es la caries que afecta la superficie oclusiva de un diente posterior. Se origina cuando las bacterias invaden una oquedad central, un surco o fisura oclusiva profunda, permanecen guarecidas por meses, y producen disolución ácida del esmalte.

La destrucción del esmalte y la dentina permite que el surco carioso crezca, se oscurezca y se reblandezca.

### **Clase II.**

La caries de clase II es la caries que afecta a la superficie interproximal de un diente posterior. La caries puede verse en ocasiones de lado lingual o de la mejilla del contacto interproximal. La base del triángulo paralela la cara externa del diente y la punta del triángulo apunta hacia adentro, a la dentina. (p.64)

### **Clase III.**

La caries de clase III es la caries que afecta la superficie interproximal de un diente anterior. Como la caries interproximal de la clase II, la caries de clase III empieza justo por debajo del punto de contacto.

### **Clase IV.**

La caries clase IV afecta la superficie interproximal y el ángulo de la línea incisiva de un diente anterior. Por lo común se produce cuando la caries clase III permanecen sin ser tratada, permitiendo que la lesión progrese, y socave la dentina que da soporte al ángulo de la línea incisiva, lo que causa como resultado pérdida de esmalte en el ángulo de la línea, cuando el esmalte debilitado es traumatizado por oclusión o masticación. Las lesiones cariosas de clase IV se restauran con compuestos de resinas mezclados que proporcionan excelente estética.

### **Clase V.**

La caries clase V está caracterizada por destrucción, en el borde gingival de un diente posterior o anterior. Los signos tempranos de la caries clase V son las líneas de calcificación blancas gredosas a lo largo de la porción cervical del diente, en forma paralela, y apenas por encima de la encía. Las lesiones de clase V más pequeñas pueden tratarse con discado y barniz de flúor, para remover tinciones blanquecinas o pardas, sin tratamiento posterior. Las lesiones con cavidades requieren compuestos de resinas o amalgamas.

---

<sup>10</sup> Langlais, R., Miller, C y Nield, J. (2011). Atlas a color de enfermedades bucales. Estados Unidos Mexicanos: Manual moderno.

### **Clase VI.**

La caries de clase VI está caracterizada por destrucción del borde incisivo o la punta de la cúspide. Este tipo de caries no es común, pero es más frecuente en personas que mastican frecuentemente chicles azucarados o consumen dulces pegajosos. (p. 66)

Se restauró las piezas número 17, 15, 23, 25 por presentar caries de esmalte y dentina.

Investigando la obra de Villafranca (2006)<sup>11</sup> se puede citar que:

#### **Caries de esmalte:**

La lesión remineralizada aparece como una mancha parda y oscura, áreas más resistentes a nuevas caries y no se restauran a no ser que la estética lo precise. (p. 27)

#### **Caries de dentina:**

La caries dentinaria; la lesión suele tener forma redondeada y alargada y normalmente presenta un mayor tamaño en su interior con relación con el orificio de entrada, debido a que una vez la caries invade la dentina se extiende lateralmente sobrepasando la extensión de la zona de esmalte afectada, lo que se hace que en superficies proximales este no sea visible. (p. 28)

### **Aislamiento.**

Analizando la obra de Palma y Sánchez <sup>12</sup> (2007) indican 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)

### **Remoción del tejido cariado.**

Investigando la información publicada en la obra de Barrancos<sup>13</sup> (2006) se puede citar que:

El uso principal de la fresa redonda consiste en la remoción de tejidos deficientes semiduros o blandos (dentina cariada), para lo cual debe emplearse

---

<sup>11</sup>Villafranca, F.; (2006); higienistas dentales. ;(1era edición). ; Reino de *España*. ; editorial MAD. S.L.

<sup>12</sup>Palma, A., Sánchez, F. (2007). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. Reino de España: Paraninfo.

<sup>13</sup>Barrancos, M., Barrancos, P. (2006). Operatoria dental integración clínica. República de Argentina: Medica panamericana.

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)

### **Acido grabador.**

Observando informaciones publicadas en la obra de Cuenca y Baca<sup>14</sup> (2013) se puede citar que: “La técnica de grabado con ácido fosfórico al 35-37% durante 20 segundos seguida de lavado y secado continúa siendo la técnica de elección” (p. 174).

### **Aplicación de resina.**

Investigando nuevamente la obra de Barrancos<sup>15</sup> (2006) se puede citar que: “Se denomina restauración al relleno que se coloca adentro o alrededor de una preparación con el propósito de devolver al diente su función, forma, estética, o para evitar futuras lesiones” (p.530).

### **Acabado y Pulido.**

Investigando la obra de Cuniberti y Rossi<sup>16</sup> (2009) conoce que: “El pulido de las restauraciones de resinas reduce las rugosidades, le confirieron 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.”(p.167).

---

<sup>14</sup>Cuenca Sala, E. y Baca García, P. (2013). Odontología preventiva y comunitaria. (4° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier España, S.L.

<sup>15</sup>Barrancos, M., Barrancos, P. (2006). Operatoria dental integración clínica. República de Argentina: Medica panamericana.

<sup>16</sup>Cuniberti, N., Rossi, G. (2009). Lesiones cervicales no cariosas la lesión dental del futuro. República de Argentina: Medica panamericana.

## **2.4. Endodoncia**

Las piezas que necesitan tratamiento endodontico son las número 11, 12, 24, debido a que presentan caries muy profunda afectando la vitalidad pulpar, considerándose lesiones de estado irreversible. Para tratar endodonticamente a las paciente primero debemos conocer la patología que presente la paciente y se le ha diagnosticado pulpitis aguda serosa.

### **Pulpitis aguda serosa**

Consultando la información disponible del sitio web de revista<sup>17</sup> (2011) examinamos que:

Las pulpitis agudas serosas cursan en un primer momento con un dolor espontáneo, discontinuo, que se repite cada vez de manera más frecuente y duradera y que cede con analgésicos. Cuando el paciente ingiere alimentos o bebidas calientes y particularmente frías, el dolor se despierta, y este dolor continúa un tiempo después de retirar el estímulo. También hay reacción álgica a ácidos y azúcares. El paciente no suele saber decirnos el diente causante. Cuando la pulpitis aguda serosa se hace más extensa la sintomatología cambia y se convierte en un dolor que, como en el caso anterior, se despierta o aumenta con el calor, el frío, los ácidos y los dulces, continuando después de retirarlos, pero a diferencia de antes, ahora el calor despierta más el dolor que el frío. El dolor también es espontáneo pero en estos casos es de larga duración, intenso, aumenta por las noches e irradia a otros dientes o estructuras vecinas. El paciente suele localizar el diente causal. Si el proceso es muy intenso, el dolor no cede fácilmente con analgésicos, por lo que en la historia clínica nos encontraremos con que es frecuente que el paciente nos relate que ha tomado diferentes analgésicos y no ha conseguido que el dolor remita.

### **Biopulpectomía.**

Investigando la obra de Gunnar<sup>18</sup> (2010) se indica que: “Es un procedimiento invasivo en donde el tejido pulpar se elimina hasta 1 a 2 mm de ápice anatómico por medio

---

<sup>17</sup>Saned, G. (2011). Patología Pulpar. Revista El medico interactivo. [en línea]. Consultado: [16, julio, 2015]. Disponible en: [http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion\\_acre2007/modulos/modulo7/pdbb5.php](http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2007/modulos/modulo7/pdbb5.php).

<sup>18</sup>Gunnar, G.; (2010). ; Endodoncia técnica y fundamentos; (2da edición). ; Republica de México.; editorial el manual moderno.

de instrumentación radicular, y remplazado de manera subsecuente con una obturación radicular” (p.50).

### **Aislamiento.**

Analizando la obra de Soares y Goldberg<sup>19</sup> (2002) se puede indicar que:

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. Su técnica de utilización es de fácil dominio y acumula innumerables ventajas, sin presentar desventajas. (p.15)

### **Principios de la instrumentación del conducto radicular.**

Investigando la obra de Gunnar (2010)<sup>20</sup> se puede indicar que:

Se realiza con el uso de instrumentos endodónticos e irrigadores (antimicrobianos) bajo condiciones de trabajo asépticas. Un objetivo principal de esta preparación química mecánica, en dientes con pulpas vitales y no vitales, es la configuración del conducto radicular. Se acepta generalmente que la forma final más apropiada del conducto radicular es la preparación cónica con el diámetro menor en el punto cercano a la punta de la raíz, y el más ancho en la entrada del conducto. Debe tenerse cuidado al nivel apical y conservar el patrón original del conducto. Como regla general, la remoción de dentina de la raíz deberá ser centrada, por ejemplo, con respecto a la anatomía del conducto. En el proceso los elementos existentes de tejido blando, que sirven como sustrato para el crecimiento de microorganismos, también deben removerse.

La instrumentación del conducto radicular puede llevarse a cabo con el uso de instrumentos manuales o mecánicos (rotatorios). Éstos vienen en muchas configuraciones pero están agrupados de acuerdo a los estándares de ISO (Organización Internacional para la Estandarización, y ANSI (por sus siglas en inglés, American National Standards Institute). Están bien definidos, la calidad, tamaño y propiedades físicas de los instrumentos y materiales endodónticos.

Las limas de acero inoxidable tienen dureza inherente que aumenta conforme se incrementa el tamaño del instrumento. Como resultado, las fuerzas de restauración intentan regresar al instrumento a su forma original cuando se prepara un conducto radicular curvo, en especial cuando se usa movimiento de limado. Un instrumento que es demasiado rígido cortará más en el lado convexo

---

<sup>19</sup>Soares, I., & Goldberg, F. (2002). Endodoncia: técnica y fundamentos. (1° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

<sup>20</sup>Gunnar, G.; (2010). ; Endodoncia técnica y fundamentos; (2da edición). ; República de México.; editorial el manual moderno.

(externo) que en el lado cóncavo (interno), enderezando la curva. La “forma de vidrio de reloj” resultante y las aberraciones del conducto (p. ej., rebordes y perforaciones) dejan una porción importante en el conducto radicular sin instrumentar y crean una forma irregular que es difícil de limpiar, desinfectar y rellenar adecuadamente. (p. 169)

### **Obturación del conducto radicular.**

Analizando la obra de Soares<sup>21</sup> (2003) se puede indicar que:

La obturación del sistema de conductos radiculares tiene por objetivo el llenado de la porción conformada del conducto con materiales inertes o antisépticos que promuevan un sellado estable y tridimensional y estimulen o no interfieran con el proceso de reparación.

Es axiomático que el sellado tridimensional del conducto radicular por medio de la obturación se constituye en un procedimiento de importancia fundamental. Al ocupar el espacio creado por la conformación, la obturación toma inviable la supervivencia de los microorganismos, evita el estancamiento de líquidos, ofrece condiciones para que se produzca la reparación y contribuye así, de manera decisiva, con el éxito de la terapéutica endodóntica.

Para que la obturación endodóntica puede realizarse, es necesario que se observen en algunas condiciones:

- a) El diente no debe presentar dolor espontáneo ni provocado; la presencia de dolor indica inflamación de los tejidos periapicales y la obturación podría exacerbar.
- b) El conducto debe estar limpio y conformado de manera correcta.
- c) El conducto debe estar seco: la presencia de exudado contraindica la obturación.

Algunas veces, durante el tratamiento de un diente con pulpa mortificada, después de algunas tentativas para secar el conducto persiste el exudado. En esas situaciones es conveniente reevaluar la preparación realizada y llenar el conducto con una pasta de hidróxido de calcio.

- d) El conducto conformado no debe quedar abierto a la cavidad bucal por ruptura de la restauración provisoria.

Cuando el diente presenta todos estos requisitos se debe concretar la obturación. La obturación del conducto radicular puede practicarse en la misma sesión en que se concluyó la conformación. Entendemos, no obstante, que esa conducta no puede llevarla a cabo quien todavía no tiene la experiencia clínica necesaria. Por esa razón desaconsejamos ese procedimiento a los que se inician en la práctica endodóntica.

La obturación del conducto, efectuada en otra sesión, ulterior a aquella en que se realizó la preparación quirúrgica y después de que el conducto preparado quedara sometido a la acción de la medicación temporaria, es un procedimiento que favorece un posoperatorio tranquilo. (p. 141)

---

<sup>21</sup> Soares, I. ;(2003). ; Endodoncia: Técnicas y Fundamentos; Republica de México. ; Editorial Médica Panamericana.

Consultando la información publicada en el sitio web, revista de Méndez y Ordoñez (2008)<sup>22</sup> indican que:

El éxito en el tratamiento endodóntico depende de un gran número de factores, en particular, del diagnóstico pulpar, de la condición periapical, de la anatomía del conducto radicular, de la preparación y de la obturación del conducto. El uso de la radiografía periapical antes, durante y después del tratamiento es esencial; deben llevar un orden, de tal forma que los detalles anatómicos, la longitud del conducto, la calidad de la obturación y la patología ósea y dental se puedan monitorear e identificar.(p.1)

Todo este procedimiento ha sido seguido secuencialmente con radiografías periapicales para lograr el éxito endodóntico; posteriormente se le realizara corona de metal porcelana a cada pieza tratada endodónticamente.

## **2.5. Prótesis fija.**

Se le realizaran coronas de metal-porcelana en las piezas número 11, 12, 24 para una mejor estética de la paciente.

Investigando la obra de Mezzomo y colaboradores<sup>23</sup> (2010) se afirma que:

### **Preparación para corona de metal cerámica en dientes anteriores.**

La preparación para coronas de metal-cerámica en dientes anteriores tiene el requisito fundamental de la estética, en mayor medida que en el caso de dientes posteriores. En dientes sin inserción y pacientes con línea alta de sonrisa existe la necesidad efectiva de enmascarar la unión preparación-prótesis. El objetivo es conseguir en todas las situaciones clínicas preparaciones que cumplan con los requisitos básicos, de tal manera que el paciente pueda recibir una restauración protésica satisfactoria, independientemente de la técnica empleada. (p.475)

---

<sup>22</sup> Ordoñez, F.; Méndez, C. ;(2008). Radiología en la endodoncia. ; Revista Odontología Actual.; (volumen 6) número 61. [en línea] consultado: [15, julio, 2015]. Disponible: <http://132.248.9.34/hevila/Odontologiaactual/2008/vol6/no61/5.pdf>.

<sup>23</sup> Elio Mezzomo, Roberto Makoto Suzuki y colaboradores. (2010). Rehabilitación Oral Contemporánea. República Bolivariana Venezuela. Amolca.

Consultando la publicación del documento web<sup>24</sup> (Arriagada, 2014) podemos indicar que:

**Indicaciones de coronas:**

Dstrucción de la corona del diente.

Abrasión dentaria severa.

Alteraciones del esmalte, como hipoplasia, pigmentaciones.

Cambios de color del diente.

Dientes en mal posición.

Dientes de apoyo de prótesis fija plural. (pag.28)

Luego procederemos hacer el tallado de las piezas dentales con el correcto instrumental como son fresas diamantadas de diferente forma, tamaño y calibre de acuerdo al tallado que queramos obtener.

Investigando nuevamente en la obra de Mezzomo<sup>25</sup> (2010) se indica que:

**Instrumental**

Punta diamantada esférica n. ° 1014 con diámetro de 1,4 mm.

Puntas diamantadas cilíndricas con extremidad redondeada y diámetro de 1,2 mm, n. °2215 para preparaciones ms cortas.

Punta diamantada cónica larga con extremidad afilada, n. °3193.

Punta diamantada cilíndrica con base plana, márgenes redondos y diámetro de 1,2 mm. (p.476).

**Preparación del diente para recibir la corona metal porcelana.**

Consultando en la obra de Monturiol y Varani<sup>26</sup> (2003) se indica que:

Primero el desgaste por vestibular hasta la mitad de las caras mesial y distal debe ser suficiente; de 1.5 a 2 mm para darle cavidad al metal y a la porcelana. Segundo, que la terminación cervical por vestibular quede debajo del borde libre de la encía para ocultar el metal. La cantidad de desgaste de estructura dental por lingual es apenas para darle cavidad a una delgada capa de metal. (pp.129, 130)

---

<sup>24</sup>Arriagada, E. ; Documento de sitio web.; [en línea]. Consultado [16, julio, 2015]. Disponible en: [www.idap.com.mx/apuntes/Preclinico/Corona\(3\).doc](http://www.idap.com.mx/apuntes/Preclinico/Corona(3).doc).

<sup>25</sup>Elio Mezzomo, Roberto Makoto Suzuki y colaboradores. (2010). Rehabilitación Oral Contemporánea. República Bolivariana Venezuela. Amolca.

<sup>26</sup>Monturiol Varani, A. (2003). Atlas de Preparaciones en Prótesis Dental Fija (1° ed.). República de Costa Rica. Editorial de la Universidad de Costa Rica.

## **Terminación cervical**

Indagando nuevamente en la obra publicada de Monturiol y Varani (2003)<sup>27</sup> podemos citar que:

La terminación cervical en forma de bisel u hombro inclinado es, como su nombre lo indica una modificación del hombro. Se usa principalmente para coronas de metal porcelana en donde la estética es de gran importancia, por ejemplo los incisivos superiores. (p.145)

## **Restauración provisional.**

Investigando la obra de Milleding<sup>28</sup> (2013) se cita 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 maneras.

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

## **Uso del hilo retractor.**

Analizando la obra de Ricketts y Bartlett<sup>29</sup> (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 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)

---

<sup>27</sup>Monturiol Varani, A. (2003). Atlas de Preparaciones en Prótesis Dental Fija (1° ed.). República de Costa Rica. Editorial de la Universidad de Costa Rica.

<sup>28</sup>Milleding, P. (2013). Preparación Para Prótesis Fija. República Bolivariana de Venezuela: Amolca

<sup>29</sup>Ricketts, D., Bartlett, D. (2013). Odontología Operatoria Avanzada Un Abordaje Clínico. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

## **Toma de impresión.**

Analizando la obra de Pregoraro<sup>30</sup> (2001) se señala 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 pónicos 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)

Estas coronas será fabricadas por el mecánico dental pero nosotros somos los encargados de darle la correcta preparación dentaria escogiendo el color adecuado haciendo cumplir todas las propiedades biológicas, funcional, tanto como estéticas.

## **Prueba de metal**

Consultando la información obtenida del sitio web, (2012)<sup>31</sup>, podemos citar que:

La prueba de metal en prótesis es un procedimiento clínico que consiste en colocar en el paciente la estructura metálica de la prótesis para asegurarse que exista un buen sellado marginal y ajuste perfectamente a las preparaciones protésicas, si la prueba de metales es correcta se procederá a colocar la porcelana, acrílico o el material que se haya elegido. Para realizar la prueba de metal en prótesis dental parcial fija, después de obtener la pieza fundida en metal, se coloca la cofia metálica en las preparaciones protésicas en el paciente y se observa con un explorador que exista un adecuado ajuste y sellado marginal entre el metal y los dientes pilares y que exista suficiente espacio para el material cerámico.

---

<sup>30</sup> Pregoraro, L. (2001). Prótesis Fija. República Federativa del Brasil

<sup>31</sup> Garay, V. ;(2012). Prueba Estructura Metálica en Prótesis Parcial Fija y Removible. Soldadura y Sistemas Cerámicos.; [en línea] consultado: [25, junio, 2015]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/84383542/Prueba-Metal-en-PPF-Y-PPR#scribd>.

## **Prueba de glaseado.**

Analizando la obra de Rosentiel, Land y Fujimoto<sup>32</sup> (2008) se indica que:

Durante la fase siguiente en que se evalúa el bizcocho, se revisa la integridad marginal y la estabilizada para determinar si hay alguna distorsión producida durante la cocción de la 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)

## **Cementación.**

Investigando la obra de Shillingburg, y colaboradores<sup>33</sup> (2002) se cita 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)

## **2.6. Prótesis parcial removible**

Como procedimiento final tenemos la elaboración de prótesis parcial removible acrílica tanto superior como inferior debido a la cantidad de espacios edentulos obtenido en boca; causados por caries dental, enfermedad periodontal y traumatismo.

Para la reconstrucción de esta prótesis parcial removible remplazaremos espacios edentulos por dientes artificiales.

---

<sup>32</sup> Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008). Prótesis fija contemporánea. Reino de España: Elseiver.

<sup>33</sup> Shillingburg, H., et al. (2002). Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija. Quintessence S.L

Analizando la información publicada en la obra de Giraldo (2008)<sup>34</sup> se refiere 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)

### **Toma de la impresión.**

Analizando la obra de Bassi, Schierano y Previgliano<sup>35</sup> (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. (p.70)

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. (p.71)

Analizando la obra de Aristizabal y colaboradores (2011)<sup>36</sup> se puede citar que:

### **Objetivos del tratamiento con prótesis parcial removible.**

Estética.

Fonación.

Masticación.

Mantenimiento de la salud del sistema masticatorio: evitando mal posiciones dentales y distribuyendo las cargas oclusales. (p.10)

---

<sup>34</sup>Giraldo, O. (2008). Cómo evitar fracasos en prótesis dental parcial removible. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. Volúmen 19 – Número 2. [En línea]. Consultado: [28, mayo, 2015]. Disponible en: <file:///C:/Users/pc/Downloads/2231-7120-1-PB.pdf>.

<sup>35</sup>Bassi, F; Schierano, G; Previgliano, V. (2011). Rehabilitación Protésica Prótesis Parcial Removible. República Bolivariana Venezuela. Amolca.

<sup>36</sup>Juan Alberto Aristizabal Hoyos, Margarita García Jaramillo, Eduardo Gordillo Insuasty. (2011) Manual para prótesis parcial removible. ; Editorial UAM universidad Autonomade Manizales.

### **Montaje de modelos.**

Los modelos diagnóstico o de estudio permiten analizar topográficamente la arcada dental a restaurar con una PPR.

Para que el diagnóstico sea más completo se deben montar los modelos con el fin de realizar el examen oclusal.

La valoración completa de las entidades clínicas que influirán en el diseño de la PPR:

La necesidad de restablecer las relaciones maxilomandibulares

Restablecer la función

La disponibilidad de estructuras que se opongan a los componentes vertical y lateral de las fuerzas oclusales

El estado de las estructuras orales capaces de proporcionar retención y estabilidad

Disponibilidad y localización de las áreas de retención.

Una vez realizadas las exodoncias indicadas se hace la clasificación de las arcadas parcialmente edéntulas. (pp.8 y 9)

### **Colocación de la prótesis.**

Consultando la obra de Carr, McGivney y Brown<sup>37</sup> (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. (pp394 y 395)

---

<sup>37</sup> Carr, A., McGivney, G y Brown, D. (2006). Prótesis parcial removible. Reino de España: Elsevier

Consultando la información disponible en sitio web, en el acta de Vieira<sup>38</sup> (2006) se indica que:

El éxito de la prótesis parcial removible depende de una buena planificación y ejecución de cada una de las etapas que se requieren para su construcción; esto con la finalidad de lograr preservar las estructuras remanentes de los maxilares parcialmente edentulos y dar retención y estabilidad a la futura prótesis. (párr.3)

Para el uso de estas placa vamos a tener cuidados higiénicos para evitan la acumulación de placa y evitar futuras lesiones a causa de una mala higiene.

Consultando la información publicada en la revista de (2012)<sup>39</sup> se cita que:

**Contraindicaciones.**

Pacientes con boca séptica.

Presencia de inflamación en los tejidos.

Presencia de neoplasias malignas.

Pacientes no colaboradores o que presentan una higiene bucal muy pobre.

Investigando la información publicada en el documento se sitio web (Vittis)<sup>40</sup> podemos indicar que:

Todos estos factores hacen que sea de suma importancia que los pacientes con prótesis dentales acudan a las revisiones estipuladas por su médico y cumplan con los procedimientos regulares de limpieza para mantener una buena salud oral y conseguir una mayor duración de su prótesis. (p.1)

---

<sup>38</sup> Viera, J. ;(2006). análisis de las técnicas de impresión en prótesis parcial removible a extensión distal. ; Acta Odontológica.- volumen 45.; República Bolivariana de Venezuela. ; [en línea]. Consultado: [19, julio, 2015]. Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/tecnicas\\_impresion.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/tecnicas_impresion.asp).

<sup>39</sup> Teixeira, D. (2011). Consideraciones prácticas. ; Revista Neptunos formación S.L.; [en línea]. Consultado [7, julio, 2015]. Disponible en: [http://www.cursohigienistadental.com/articulo\\_drodriguez.pdf](http://www.cursohigienistadental.com/articulo_drodriguez.pdf).

<sup>40</sup> Vittis, H.; Hábitos de higiene oral en pacientes con prótesis. ; documento del sitio web. ; [en línea]. Consultado: [7, julio, 2015]. Disponible en: <http://www.higienistasvitis.com/pdf/Salud%20bucodental%20-%20H%C3%A1bitos%20de%20higiene%20oral%20en%20pacientes%20con%20pr%C3%B3tesis%20-%20Higienistas%20VITIS.pdf>.

## 2.7. Exodoncia

En la actualidad la exodoncia dental debe ser el último tratamiento de elección, la idea principal es la prevención de las piezas dentales y como tal preservarlas en boca el mayor tiempo posible.

### La extracción dental

Consultando informaciones disponibles en la revista ADM, un artículo de Balderas y colaboradores<sup>41</sup> (2010) se indica que:

Es un acto quirúrgico por medio del cual se elimina a un órgano dentario de su alveolo; a pesar de los esfuerzos de las políticas y acciones preventivas que buscan preservar la salud bucal, sigue siendo un procedimiento odontológico frecuente. Son múltiples las causas que llevan a realizar alguna extracción dental en las diferentes etapas de la vida. En ocasiones se sacrifican órganos dentales sanos, buscando mejorar la masticación o para prevenir o corregir una mal oclusión, pero en la mayoría de los casos se extraen por estar afectados por enfermedades que no solo impiden su función masticatoria, sino que ponen en riesgo la salud de la persona al ser focos infecciosos. (p. 22)

Dientes destruidos por caries en los que no es posible la aplicación de la odontología conservadora; restos radiculares; caries radiculares subgingivales y sobre todo subóseas; incluye abscesos periapicales y endodoncias fallidas. (p.143). De acuerdo con los datos de diversos estudios, consistentemente se observa que en las personas jóvenes, adultas jóvenes y al principio de la adultez (alrededor de las primeras cinco décadas de vida) los dientes se extraen principalmente por caries dental; en contraste, en los sujetos de más edad, los dientes se extraen principalmente por enfermedad periodontal. (p.146)

Las exodoncias a realizar son en las piezas número 16, 21, 26, 27 se harán por una exodoncia simple evitando el menos trauma posible, previo a esto se realizara examen complementario radiográfico para observar las raíces y evitar futuras complicaciones.

---

<sup>41</sup> Ramírez, F.; Pérez, B.; Sánchez, C.; y Colon, E.; (2010). ; Causas más frecuentes de extracción dental en la población derechohabiente de una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social; revista ADM. Volumen LXVII- numero 1. [en línea]. Consultado: [20, julio, 2015]. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od101e.pdf>.

### **Exodoncia simple.**

Analizando la obra de Raspall<sup>42</sup> (2007) afirma que: “Se entiende por exodoncia simple aquella que puede llevarse a cabo con la técnica básica de fórceps y elevadores. Cualquier procedimiento en cirugía oral y especialmente en exodoncia, exige el empleo de una fuerza controlada.”(p.63).

### **Evaluación radiográfica de la pieza dentaria.**

Analizando la obra de Chiapasco<sup>43</sup> (2015) se indica 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)

Indagando nuevamente en la obra de Raspall<sup>44</sup> (2007) se señala que:

#### **Indicaciones de la exodoncia**

Caries severa, que no permite su restauración.  
Necrosis pulpar en dientes no susceptibles de tratamiento endodóntico.  
Enfermedad periodontal avanzada.  
Motivos ortodónticos: en general premolares.  
Dientes temporales sobrerretenidos.  
Dientes retenidos y supernumerarios.  
Dientes relacionados con lesiones maxilares.  
Fracturas de raíces.  
Motivos estéticos.  
Motivos prostodónticos. (p.45)

---

<sup>42</sup>Raspall, G.; (2007). ; Cirugía Oral e implantología; (2da edición). República Argentina. Editorial medica panamericana.

<sup>43</sup> Chiapasco, M. (2015). Tácticas y técnicas en cirugía oral. Reino de España: Amolca.

<sup>44</sup>Raspall, G.; (2007). ; Cirugía Oral e implantología; (2da edición). República Argentina. Editorial medica panamericana.

## **Anestesia local**

Analizando la obra de Martínez (2009)<sup>45</sup> se indica que:

El dominio de los anestésicos locales es fundamental para desarrollar una buena práctica odontológica, ya que de ello depende que los pacientes vivan o no una experiencia dolorosa. Dicho dominio comprende no sólo las técnicas, sino además el conocimiento profundo de la farmacología, la neuroanatomía y la fisiología relacionada con esta área.

Los anestésicos locales son los fármacos más administrados por un odontólogo, y cuando este procedimiento se lleva a cabo de manera adecuada, dichos fármacos presentan un bajo índice de accidentes o complicaciones. (p.77)

## **Anestesia infiltrativa.**

Investigando la obra de Gay y Berini<sup>46</sup> (2011) menciona que:

Debemos tener, como mínimo, un punto de apoyo sobre el paciente, ya que el acto anestésico debe hacerse con la máxima precisión posible, este contacto físico lo facilita sensiblemente aunque debe ser brevísimo, prácticamente solo cuando puncionemos y penetremos con la aguja, y finaliza justo cuando hayamos empezado a inyectar.

Es necesario aspirar antes de inyectar la solución anestésica aunque esta maniobra solo tiene sentido cuando la aguja ha llegado al punto final de su recorrido. Si con la aspiración se obtiene sangre en cantidad apreciable, con toda seguridad la aguja estará dentro de un vaso, y por tanto, retrocederemos y volveremos avanzar para adoptar otra posición que no presente este peligro de inyección intravascular. Debe advertirse que el hecho de no aspirar sangre no nos da una seguridad absoluta de estar fuera de la luz de un vaso. (pp. 172 y 173)

Analizando nuevamente la obra de Martínez<sup>47</sup> (2009) se puede citar que:

### **Sindesmotomía.**

Al hacer una extracción, al igual que cualquier otro procedimiento quirúrgico, es de vital importancia tener el cuidado de lastimar lo menos posible los tejidos blandos, ya que de lo contrario, esto se reflejaría en un mayor sangrado, inflamación y dolor. Uno de los pasos más importantes en relación al cuidado

---

<sup>45</sup> Martínez. J.; (2009). ; Cirugía Oral y maxilofacial. ; Estados Unidos Mexicanos.; Editorial El Manual Moderno.

<sup>46</sup> Gay, C; Berini, L. (2011). Tratado de cirugía bucal. Reino de España: Ergon.

<sup>47</sup> Martínez. J.; (2009). ; Cirugía Oral y maxilofacial. ; Estados Unidos Mexicanos.; Editorial El Manual Moderno.

de los tejidos blandos es la Sindesmotomía. Esta consiste en la sección o el desprendimiento de las inserciones gingivales que se dirigen hacia el diente y con ello dar acceso a los instrumentos tanto de luxación como de extracción. En nuestra opinión este procedimiento debe acompañarse del desprendimiento de las papilas vestibulares mesial y distal a la pieza a extraer con la finalidad de permitir el acceso del elevador a un buen punto de apoyo en la cresta ósea interdentaria sin dañar el tejido blando. (p. 16)

#### **Luxación.**

En el área de traumatología, se entiende por luxación a la separación permanente de dos superficies articulares, sin embargo en el área de la odontología llamamos luxación a la primera movilización que se hace del diente a expensas del desgarro de las fibras del ligamento periodontal y de la elasticidad del hueso alveolar. Esta se lleva a cabo mediante la utilización de un elevador o un fórceps, en cualquiera de los casos se debe tener particular cuidado de introducir el instrumento bajo visión directa para asegurarnos de que su parte activa se encuentra subgingival y con ello no lesionar los tejidos blandos. (p.106)

#### **Extracción propiamente dicha.**

Ésta se lleva a cabo en la mayoría de los casos con fórceps, aunque en algunos casos es posible hacerlo con el elevador. Cuando se lleva a cabo con el fórceps es importante mantener en mente que no se debe poner exceso de fuerza de tracción, esto es, si al hacer una pequeña fuerza de tracción el diente no sale de su alveolo, significa que la luxación ha sido insuficiente, de manera que se deben ampliar las maniobras en tal sentido. (p.107)

### **Curetaje del alveolo.**

Analizando la obra de Raspall<sup>48</sup> (2007) se señala 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 elimina innecesariamente restos de coágulos y tejido periodontal que facilitan la curación del alveolo. (p.85)

---

<sup>48</sup> Raspall, G.; (2007). ; Cirugía Oral e implantología; (2da edición). República Argentina. Editorial medica panamericana.

### **Irrigación del alveolo.**

Analizando nuevamente la obra de Raspall<sup>49</sup> (2007) afirma que:

En todos los casos una vez finalizada la técnica quirúrgica se debe:  
Asegurar que no quede ninguna espícula ósea cortante que pusiera lesionar las mucosas y causar molestia en el postoperatorio. Proceder a una profusa irrigación para eliminar todos los restos que contaminan la herida y que son la causa más común de infección en el postoperatorio. (p. 92)

### **Compresión del alveolo.**

Estudiando la obra de Tripathi<sup>50</sup> (2008) cita que: “La hemorragia del alveolo dentario post extracción se suele detener por compresión 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” (269).

Después de las exodoncia seguiremos con la medicación antibiótica y analgésica de la paciente dada por el profesional para tener una pronta recuperación y evitar focos infecciosos. La paciente deberá seguir las indicaciones postoperatoria para tener éxitos resultados.

### **Cuidados post operatorios.**

Siguiendo analizando la obra de Martínez<sup>51</sup> (2009) podemos citar que:

Una vez que el procedimiento quirúrgico ha terminado, es de suma importancia que el paciente conozca los cuidados en casa para procurar una buena recuperación, éstos deben incluir explicaciones precisas para tener una mejor

---

<sup>49</sup> Raspall, G.; (2007). ; Cirugía Oral e implantología; (2da edición). República Argentina. Editorial medica panamericana.

<sup>50</sup> Tripathi, K. (2008). Farmacología en Odontología Fundamentos. República de Argentina: Médica Panamericana

<sup>51</sup> Martínez. J.; (2009). ; Cirugía Oral y maxilofacial. ; Estados Unidos Mexicanos.; Editorial El Manual Moderno.

recuperación, como alimentación, cuándo y cómo hacer su higiene oral, actividades que puede desarrollar, etc.

La exodoncia que presenta la paciente en la pieza # 44 es un resto radicular recubierto por encía por lo que se llama Inclusión submucosa.

### **Raíces antiguas en inclusión submucosa**

Consultando la información disponible de la página web (2007)<sup>52</sup> se exponen que:

Las raíces que se encuentran en inclusión submucosa no tienen una cobertura ósea y, por tanto, están solamente tapadas por la encía o la mucosa. En estos casos bastará con una simple incisión y un mínimo despegamiento mucoperióstico para acceder bien a ellas, momento en el cual podremos aplicar el botador o el fórceps en bayoneta. (párr. 8)

---

<sup>52</sup> Universidad de Sevilla.;(2007); Cirugía Bucal / Tema 21.Exodoncias Complicadas.; [en línea]. ; consultado [20; junio; 2015]. Disponible en: [http://ocwus.us.es/estomatologia/cirugia-bucal/cirugia\\_bucal/tema-21/page\\_16.htm](http://ocwus.us.es/estomatologia/cirugia-bucal/cirugia_bucal/tema-21/page_16.htm).

## **CAPITULO III.**

### **3. Marco metodológico.**

#### **3.1. Modalidad de trabajo.**

Sistematización practica

#### **3.2. Métodos**

Paciente de 42 años de edad se le realizo una rehabilitación oralmente en la Universidad particular “San Gregorio de Portoviejo” en un periodo de abril –julio del 2015, se procedió a realizar un examen físico clínico mediante la historia clínica 033 del ministerio de salud pública. (Ver Anexo 2).

Se le explico a la paciente en qué consistía el plan de tratamiento, accediendo de forma voluntaria firmando el consentimiento informado. (Ver anexo 1).

La paciente fue entrevistada durante 25 minutos para dar a conocer las técnicas y procedimientos a realizarse posteriormente. Informándole del tiempo requerido de tres meses.

Se realizó una radiografía panorámica con el que se elaboró un adecuado plan de tratamiento para el paciente. (Ver Anexo3).

### **Técnica de diagnóstico.**

Observación clínica.

### **Inspección táctil.**

Palpación.

Percusión.

Auscultación.

### **Examen radiográfico.**

Radiografía panorámica. (Ver anexo 3) (figura1).

Radiografías periapicales. (Ver anexo 3) (figura2).

Analizando la obra de Jan Lindhe, (2009). Se utilizó el protocolo de técnica de cepillado. (Ver anexo 6) (figura1).

Investigando las obras de Palma y Sánchez, (2007), Cuenca Sala y Baca García (2011), y Julio Barrancos, (2006). Se realizaron los protocolos de operatoria. (Ver anexo 6) (figura2), (figura3).

Consultando las obras de Ison Soares y Fernando Goldberg, (2002) y Gunnar, (2010). Se realizaron los protocolos de endodoncia. (Ver anexo 6)(Figura 10). (figura11).

Analizando las obras de Roberto Makoto Suzuki y colaboradores, (2010), Alberto Monturiol, (2003), Ricketts y Bartlett, (2013), Luis Fernando Pegoraro, (2001) y Herber

Shillingburg, (2002). Se realizaron los protocolos de prótesis fija. (Ver anexo 6) (Figura 13-15).

Investigando las obras de Bassi, F; Schierano, G y Previgliano, V. (2011) y Carr, McGivney y Brown, (2011). Se realizó el protocolo de prótesis parcial removible (Ver anexo 6) (figura 18).

Analizando las obras de Guillermo Raspall, (2007), Gay Escoda y colaboradores, (2011), Jorge Alberto Martínez Treviño, (2009) y Tripathi, (2008). Se realizó el protocolo de exodoncia. (Ver anexo 6) (Figura 4 – 7).

### **3.3. Ética.**

A la persona que se le intervino en este trabajo de practica se le consulto su participación voluntaria, se le informo en que consiste el trabajo que se le realizo, así como también se le dio a conocer que la información será anónima y solo será empleada con fines investigativos se le hará firmar un documento de consentimiento de su participación. (Ver Anexo 1).

### **3.4. Marco administrativo.**

#### **Recursos.**

##### Humanos.

Autor.

Tutor de trabajo de titulación.

##### Materiales.

Caja de guantes.

Caja de mascarilla.

Campos operatorios.

Torundas de algodón.

Bolígrafo.

Lápiz bicolor.

Hojas de papel.

Borrador.

#### **Material para profilaxis.**

Pasta profiláctica.

Cepillo profiláctico.

Flúor.

#### **Material para operatoria.**

Resinas de composite.

Ácido grabador.

Bondi.

Aplicadores.

**Material para endodoncia.**

Barra de gutapercha.

Hielo.

Coltosol.

Selapex.

Conos de papel.

Conos de gutapercha.

Anestésicos.

Dique de goma.

Succión.

Jeringa para irrigar.

Hipoclorito de sodio.

Suero fisiológico.

**Material para cirugía.**

Gasas.

Agujas cortas

Aguja largas.

**Material para prótesis fija.**

Crilene.

Acrílico rápido líquido.

**Material para prótesis parcial removible.**

Rodetes de cera lamina de cera.

Dientes artificiales.

Alcohol industrial.

Fósforos.

Papel articular.

**Tecnológicos.**

Computadora.

Pen drive.

Impresora.

CD.

Cámara fotográfica.

**Económico.**

La investigación tuvo un costo aproximado de: \$501,05 ctvs. (Ver anexo 5).

**Cronograma.**

(Ver anexo 4).

## **CAPITULO IV.**

### **4. Resultados.**

Como resultados de la Rehabilitación oral integral se expresó de una forma satisfactoria logrando rehabilitar oralmente a la paciente eliminando focos infecciosos como la placa bacteriana, calculo localizado por medio de una profilaxis. Se realizó exodoncia de restos radiculares y piezas con caries profunda, evitando la propagación de infecciones o mayores complicaciones. Restauraciones de caries dentales, obteniendo resultado aceptables de acuerdo a su morfología y estética. Las lesiones pulpares de estado irreversible, fueron tratadas endodónticamente y posteriormente restauradas mediante prótesis fija, coronas de metal- porcelana, obteniendo una mejor estética y como paso final se realizó las prótesis parcial removibles, devolviendo a la paciente la armonía dental, funcionalidad, fonética y estética del aparato estomatológico cumpliendo con el objetivo principal de sistematización de prácticas gracias a la atención recibida en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. (Ver anexo 6).

## **ANEXOS.**

## ANEXO1.

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, , \_\_\_\_\_

Con residencia en \_\_\_\_\_

Acepto tomar parte en este estudio titulado: Rehabilitación oral de una paciente con lesiones pulpares. La egresada Alvarado Zambrano Lissette Gissella, de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, del presente estudio, 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 estudio.

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

\_\_\_\_\_  
Alvarado Zambrano Lissette Gissella.  
Egresada de la Carrera de Odontología.

\_\_\_\_\_  
Cevallos Zambrano Sonia Marisol.  
Paciente.

Anexo 2.

Historia clínica 033

Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

U.S. G.P. Sara Masael Tamayo González T. U.E. 10032

1. MOTIVO DE CONSULTA  
 "Porque me quería asegurar mis dientes"

2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL  
 Presenta un dolor de tipo en las piezas # 26 y 27 de intensidad leve susceptible de cronología de 1 mes.

3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES  
 No se refiere antecedentes.

4. SIGNOS VITALES  
 PRESIÓN ARTERIAL: 140/70 PRESIÓN CERVICAL: 60 TEMPERATURA: 37.0 F. RESPIRATORIA: 20

5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO  
 Sin Patología aparente

6. ODONTOGRAMA  
 FONIAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO. NEGRO PARA PATOLOGÍA ACTUAL, MOVILIDAD Y RECESIÓN. MARCAR "X" (1, 2 ó 3) SI APLICA

7. INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES	PLACA 0-1-2-3	CÁLCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1			
16 X 17 55	0	0	0	LEVE	ANGLE I	LEVE
11 X 21 51	0	0	0	MODERADA	ANGLE II	MODERADA
26 X 27 55	0	0	0	SEVERA	ANGLE III	SEVERA
36 27 75						
31 X 41 71	1	0	0			
46 47 85						
TOTALES	1/4	0/4	0/4			

8. INDICES CPO-cep

	C	P	O	TOTAL
D	19	8	0	27
d				

9. SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* rojo	SELLANTE NECESARIO	U	PERDIDA (OTRA CAUSA)	=	PROTESIS TOTAL
* azul	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	□	CORONA
X rojo	EXTRACCIÓN INDICADA	○	PROTESIS FILA	○	DETURADO
X azul	PERDIDA POR CARIES	○	PROTESIS REMOVIBLE	○	CARIES

ODONTOLOGÍA (\*)

BMS-MSP / HCU-Form 023 / 2008

Figura 1. Historia de la enfermedad actual.

### Anexo 3.

#### Radiografía panorámica de la paciente.



*Figura n°1 radiografía panorámica, presencia de restos radicular, lesiones pulpares y caries.*



*Figura n° 2. Radiografías periapicales.*

## Anexo 4.

### Cronograma.

#### DECIMO NOVENA PROMOCION

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

OPCION DE TRABAJO DE TITULACION: SISTEMATIZACION DE PRÁCTICAS

## Anexo 5.

### Presupuesto.

MATERIALES	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO.	PRECIO TOTAL.
Guantes.	1 caja	\$ 7,00	\$ 7,00
Mascarillas.	1 caja	\$ 5,00	\$ 5,00
Campos operatorios.	20 paquetes.	\$ 1,00	\$ 20,00
Gorros plásticos.	20 gorros.	\$ 1,00	\$ 20,00
Caja de radiografías.	1 caja	\$ 30,00	\$ 30,00
Caja de diques de goma.	1 caja	\$ 14,00	\$ 14,00
Cepillo profiláctica.	2 unidades	\$ 0,25	\$ 0,50
2 Resinas de fotocurado.	2 unidades	\$ 15,00	\$ 30,00
Líquidos revelador y fijador.	2 porciones	\$ 2,50	\$ 5,00
Anestésicos con vasoconstrictor.	15 unidades	\$ 0,50	\$ 7,50
Agujas cortas.	15 unidades	\$ 0,50	\$ 7,50
Succionadores.	20 unidades	\$ 0,15	\$ 3,00
Suero fisiológico.	1 frasco	\$ 3,00	\$ 3,00
Hipoclorito de sodio.	1 frasco	\$ 4,00	\$ 4,00
Clorhexidina al 2%.	1 frasco	\$ 5,00	\$ 5,00
Conos de papel.	1 caja	\$ 7,00	\$ 7,00
Conos de gutapercha.	1 caja	\$ 7,00	\$ 7,00
Juego de limas K.	1 caja	\$ 7,00	\$ 7,00
Juego de espaciadores.	1 caja	\$ 7,00	\$ 7,00
Alcohol.	1 frasco	\$ 2,00	\$ 2,00
Cemento para coronas	3 porciones	\$ 3,75	\$ 11,25
Pasta Selapex.	3 porciones	\$ 3,33	\$ 10,00
Dientes acrílicos.	3 tabletas	\$ 1,70	\$ 4,60
Hidróxido de calcio.	1 caja	\$ 6,00	\$ 6,00
Lijas interdetales.	1 lija	\$ 3,50	\$ 3,50
Alginato.	4 porción	\$ 1,00	\$ 4,00
Material pesado Speedex.	1 porción	\$ 5,00	\$ 5,00
Yeso piedra.	1 funda	\$ 1,50	\$ 1,50
Gasas.	1 funda	\$ 2,00	\$ 2,00
Algodones.	3 rollos	\$ 0,50	\$ 1,50
Coronas de Metal-Porcelana.	3 coronas	\$ 35,00	\$ 105,00
Prótesis Parcial Removible.	2 prótesis	\$ 20,00	\$ 40,00
Agujas Navitive.	2 agujas	\$ 3,00	\$ 6,00
Fresas.	6 unidades	\$ 1,50	\$ 9,00

Acrílico líquido y polvo	2 porciones	\$ 0,60	\$ 1,20
Radiografía Panorámica.	1 RX	\$ 15,00	\$ 15,00
Impresiones	200 Hojas	\$ 0,10	\$ 20,00
Hojas de papel	1 resma	\$ 4,00	\$ 4,00
Viáticos personales.	1 pasajes	\$ 60,00	\$ 60,00
<b>Total.</b>			<b>\$ 501,05</b>

**Anexos. 6.**

**Periodoncia.**



*Figura n° 1. Remoción de placa bacteriana y cálculo localizado, cepillado profiláctico.*

**Operatoria dental.**

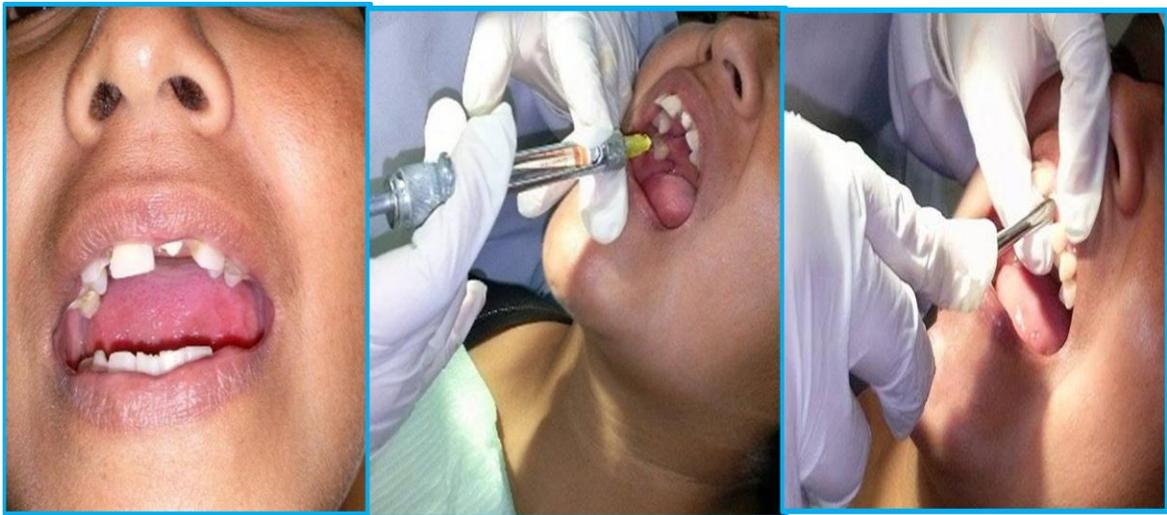


*Figura n° 2. Aislamiento absoluto, remoción de la lesión cariosa, aplicación de ácido fosfórico por 20 sg, se lavó y seco se colocó bondi y se fotocuro.*

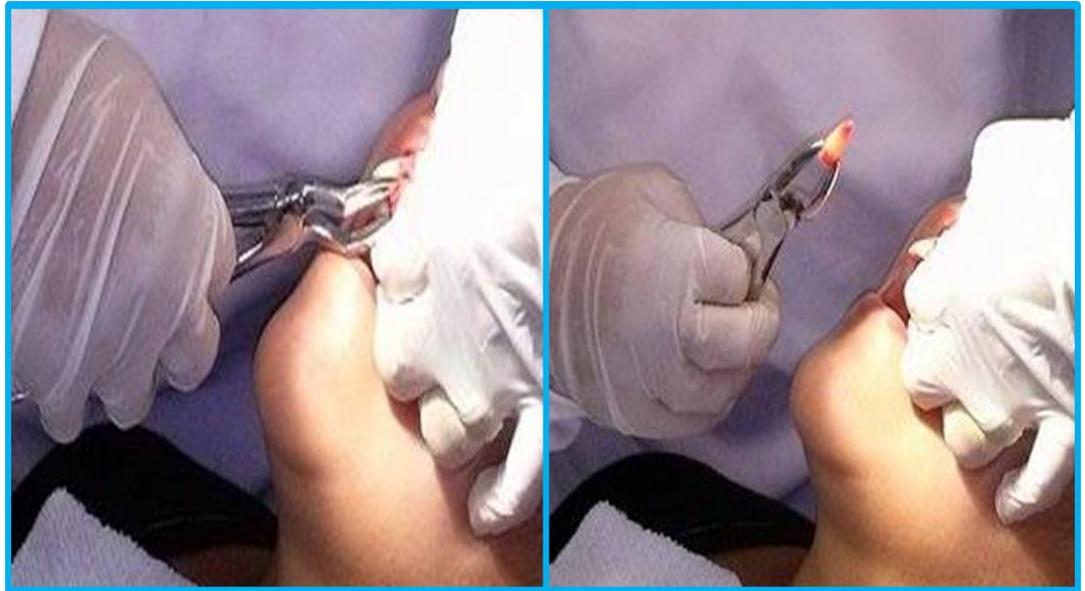


*Figura n° 3. Se realiza la colocación de la resina capa a capa, se fotocura, se hace el acabado y pulido y se utiliza el papel articular para eliminar los contactos.*

### **Exodoncia.**



*Figura n°4. Extracción dentaria del resto radicular de la pieza# 21, se le aplico anestesia infiltrativa, se hace Sindesmotomía y luxación del resto radicular.*



*Figura nº5. Extracción del resto radicular protegiendo las tablas*



*Figura nº6. Se realizó el Curetaje, irrigación con suero fisiológico, compresión del alveolo.*



*Figura n° 7. Formación del coagulo, colocación de gasa por 20 a 30 minutos.*

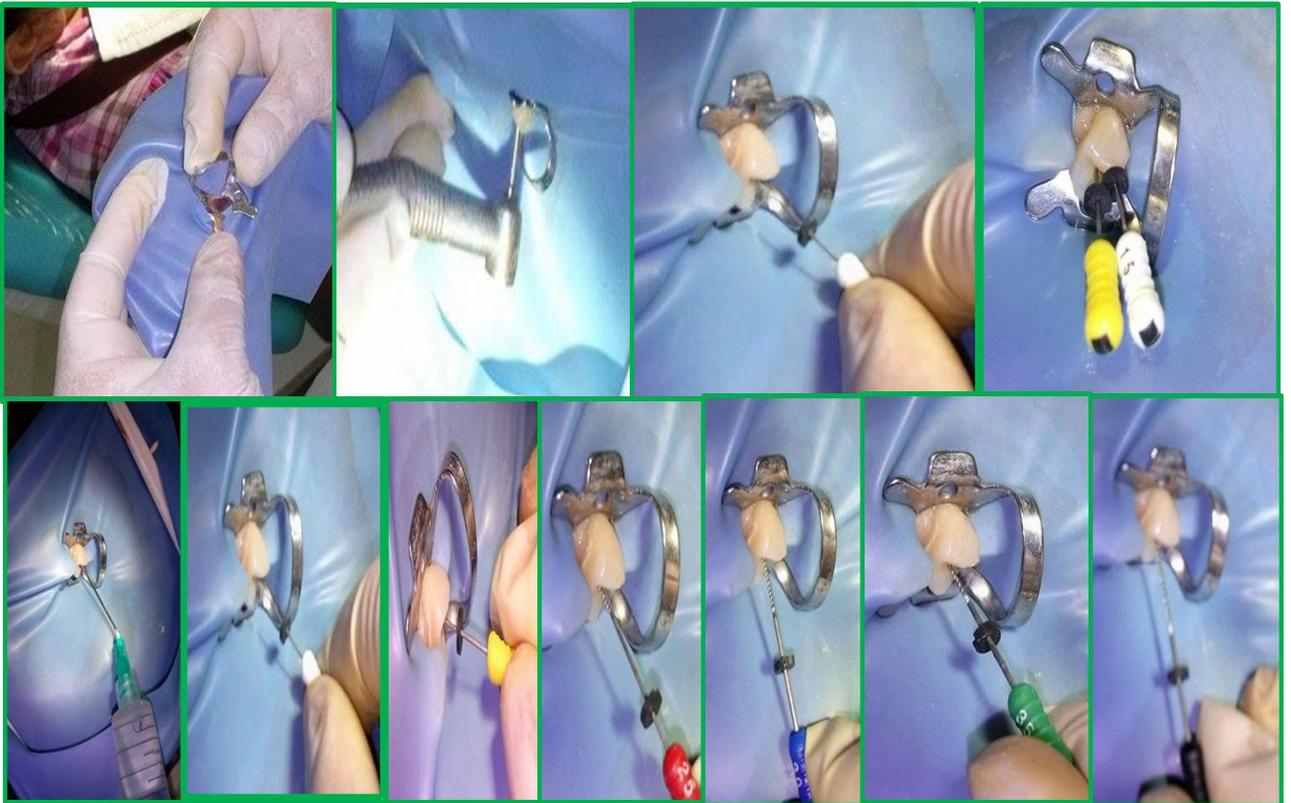
### **Endodoncia.**



*Figura n° 8. Diagnóstico de la pieza #24, pruebas térmicas.*



*Figura nº 9. Aplicación de anestesia infiltrativa vestibular y palatina.*



*Figura nº 10. Aislamiento absoluto, apertura y remoción del tejido cariado, se buscan los conductos, conductometría.*



*Figura n° 11. Se realizó la conometria y condensación.*

### **Prótesis fija.**



*Figura n°12. Se observa como estaba el paciente antes del tallado de las piezas número 11, 12.*



*Figura n° 13. Talado de las piezas anteriores con fresa cilíndrica diamanta de extremo redondeado.*



*Figura n° 14 Colocación del hilo retractor.*



*Figura n° 15. Mezcla del material pesado y liviano, y toma de impresión.*



*Figura n° 16. Prueba de metal.*



*Figura n° 17. Prueba de Bizcocho y glaseado.*

### **Prótesis parcial removible.**



*Figura n° 18. Toma de impresión a la paciente, registro de mordida en los modelos y en boca de la paciente, el montado en el articulador y el encerado.*

**Antes**



*Figura n° 19. Como llego la paciente a la consulta.*

**Después.**



*figura n°20. Paciente Rehabilitada*

## **BIBLIOGRAFÍA.**

Aristizabal, J. (2011). manual para protesis parcial removible. (UAM) Universidad Autonomade Manizale.

Arriagada, E. (2014). [En línea]. Consultado: [20, junio, 2015] Disponible: [www.idap.com.mx/apuntes/Preclinico/Corona\(3\).doc](http://www.idap.com.mx/apuntes/Preclinico/Corona(3).doc).

Balderas y colaboradores. (2010). Causas más frecuentes de extracción. Revista ADM, (volumen LXVII) (1) [En línea]. Consultado: [16, junio, 2015] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od101e.pdf>.

Barrancos.; Barrancos, P. (2006). Operatoria dental integración clínica (4 ed.) Buenos Aires. Medica panamericana.

Bassi, F., Schierano, G., & Previgliano, V. (2011). Rehabilitacion Protésica Protesis Parcial Removible. Republica Bolivariana de Venezuela: Amolca.

Bergenholtz, G. (2010). Endodoncia tecnicas y fundamentos (Segunda ed.). México D.F.: Editorial El Manual Moderno.

Carr, A.y colaboradores (2006). Protesis parcial removible (11ª ed.). Reino de España: Elseiver.

Chiapasco Matteo. (2015). *Tácticas y Técnicas en Cirugía Oral* (3 ed.). Amolca.

Clínica Santa Bárbara. (2012). *Odontología Estética*. [En línea]. Consultado: [25, junio, 2015] Disponible en:

<http://www.clinicasantabarbaraodontologiaestetica.com/odontologia-bogota/inicio-2>.

Cuenca Sala, E., & Baca García, P. (2013). *Odontología preventiva y comunitaria*. E. H. Sciences, Ed.

Cuniberti, R. & Rossi, G. (2009). *Lesiones cervicales no cariosas la lesión dental del futuro* (1 ed.). Buenos Aires, Argentina: Medica panamericana. [En línea]. Consultado: [18, julio, 2015] Disponible en:

[https://books.google.com.ec/books?id=cMpPxFqyrwgC&pg=PA165&dq=acabado+y+pulido+de+una+restauracion&hl=es-419&sa=X&ved=0CCoQ6AEwAGoVChMIjqzh3\\_L6xgIVwYwNCh3gfwsY#v=onepage&q=acabado%20y%20pulido%20de%20una%20restauracion&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=cMpPxFqyrwgC&pg=PA165&dq=acabado+y+pulido+de+una+restauracion&hl=es-419&sa=X&ved=0CCoQ6AEwAGoVChMIjqzh3_L6xgIVwYwNCh3gfwsY#v=onepage&q=acabado%20y%20pulido%20de%20una%20restauracion&f=false).

Desarrollo, S. N. (2013). *Plan Nacional de desarrollo- Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. Senplades*.

Escoda, G. & Berini, A. (2011). *Tratado de cirugía bucal* (1 ed., Vol. 1). Madrid: Ergón..

Garay, V.(2012). *Prueba Estructura Metálica en Prótesis Parcial Fija y Removible Soldadura y Sistemas Cerámicos*. [En línea]. Consultado: [19 julio, 2015] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/84383542/Prueba-Metal-en-PPF-Y-PPR#scribd>

Giraldo, O. (2008). *Cómo evitar fracasos en prótesis dental parcial removible*. Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. Langlais, R. Miller, C. & Nield, J. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. Mexico: Manual moderno.

Langlais, R. Miller, C. & Nield, J. S. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. Mexico: Manual moderno.

Lindhe, J. (2009). *Periodontologia clinica e imlantologia odontologica* (5ta edicion ed., Vol. 2). Buenos Aires: Medica Panamericana. [En línea]. Consultado: [19 julio, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=69zuJ1qspGwC&printsec=frontcover&dq=Periodontologia+clinica+e+implantologia+odontologica&hl=es&sa=X&ved=0CCAQ6wEwAGoVChMI47i24cjjxgIVRBkeCh1eogxf#v=onepage&q=Periodontologia%20clinica%20e%20implantologia%20odontologica>.

Medina-Solís, C. E. (2013). Principales razones de extracción de dientes. *Revista RIC*, [En línea]. Consultado: [19 julio, 2015] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn132d.pdf>.

Mezzomo,E. (2010). *Rehabilitacion Oral Contemporanea* (primera edicion ed., Vol. 2).  
Venezuela: Amolca.

Milleding, P. (2013). *Preparacion Para Protesis Fija*. Caracas, República Bolivariana de  
Venezuela: Amolca.

Monturiol Varani, A. (2003). *Atlas de Preparaciones en Prótesis Dental Fija* (Primera ed.).  
San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.´

Ordoñez, A. (2008). Radiologia en la endodoncia. Articulo de revista. [En línea].  
Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en:  
<http://132.248.9.34/hevila/Odontologiaactual/2008/vol6/no61/5.pdf>

Palma Cardenas, A., & Sàncnez Aaguilera, F. (2007). *Técnicas de ayuda odontológica y  
estomatológica* (1 ed.). Madrid, Reino de España: Paraninfo. [En línea]. Consultado: [19  
julio, 2015] Disponible: en:  
[https://books.google.com.ec/books?id=90EysT6jCBwC&printsec=frontcover&dq=T%C3%A9cnicas+de+ayuda+odontol%C3%B3gica+y+estomatol%C3%B3gica&hl=es&sa=X&ved=0CBwQ6AEwAGoVChMI4YfOoY\\_9xgIVAdYeCh0XQQ\\_2#v=onepage&q=T%C3%A9cnicas%20de%20ayuda%20odontol%C3%B3gica%20](https://books.google.com.ec/books?id=90EysT6jCBwC&printsec=frontcover&dq=T%C3%A9cnicas+de+ayuda+odontol%C3%B3gica+y+estomatol%C3%B3gica&hl=es&sa=X&ved=0CBwQ6AEwAGoVChMI4YfOoY_9xgIVAdYeCh0XQQ_2#v=onepage&q=T%C3%A9cnicas%20de%20ayuda%20odontol%C3%B3gica%20).

Pegoraro, L. F. (2001). *Protesis Fija* (1 ed.). Sao Paulo, Brazil.

Rojas,E.& Fernández, V. (2009). *Manual de Higiene Bucal*. Médica Panamericana.

R., L. P. (2006). Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. . [En línea]. Consultado: [19 julio, 2015] Disponible: en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062006000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062006000100009&script=sci_arttext).

Raspall, G. (2007). *Cirugia Oral e implantologia* (2da Edicion ed.). Buenos Aire: Medica Panamericana. . [En línea]. Consultado: [22, junio, 2015] Disponible: en: <https://books.google.com.ec/books?id=CNzIos2loHAC&pg=PA63&dq=Cirugia+Oral+e+implantologia+exodoncia+simple&hl=es&sa=X&ved=0CB0Q6wEwAGoVChMI2pa3MnjxgIVwiceCh2FQgGy#v=onepage&q=Cirugia%20Oral%20e%20implantologia%20exodoncia%20simple&f=false>.

Ricketts, D., & Bartlett, D. (2013). *Odontologia Operatoria Avanzada Un Abordaje Clinico*. Caracas, República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

Rosentiel, S. F., Land, M. F., & Fujimoto, J. (2008). *protesis fija contemporanea* (4 ed.). España: Elsevier.

Rossi, G. H. (2004). *Atlas de Odontologia Restauradora y periodoncia*. Buenos Aires: Medica Panamericna.

saned, G. (2011). *Patologia Pulpar. El Medico interactivo*. . [En línea]. Consultado: [22 junio, 2015] Disponible en: [http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion\\_acre2007/modulos/modulo7/pdbb5.php](http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2007/modulos/modulo7/pdbb5.php).

Serrano, J., & Herrera, D. (2005). La placa dental como biofilm. ¿Cómo eliminarla? *escielo*, 431. [En línea]. Consultado: [28 julio, 2015] Disponible: en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1138-123X2005000400005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2005000400005).

Sevilla, U.(2007). Cirugia Bucal / Tema 21.Exodoncias Complicadas. . [En línea]. Consultado: [19, Agosto, 2015] Disponible: en:

[http://ocwus.us.es/estomatologia/cirugia-bucal/cirugia\\_bucal/tema-21/page\\_16.htm](http://ocwus.us.es/estomatologia/cirugia-bucal/cirugia_bucal/tema-21/page_16.htm).

Shillingburg,H. y colaboradores (2002). Fundamentos Esenciales en Protesis Fija (3 ed., Vol. 1). Quintessence S.L.

Soares, I. (2003). Endodoncia: Técnicas y Fundamentos. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Soares, I., & Goldberg, F. (2002). Endodoncia: técnica y fundamentos. Buenos Aires Editorial Médica Panamericana.

Teixeira, D. (2012). Consideraciones prácticas. Neptunos formacion S.L. Curso: Protésico Dental , articulo científico: [En línea]. Consultado: [11, Agosto, 2015] Disponible: [http://www.cursohigienistadental.com/articulo\\_drodriguez.pdf](http://www.cursohigienistadental.com/articulo_drodriguez.pdf).

Treviño,J. A. (2009). Cirugia Oral y maxilofacial. Mexico: El Manual Moderno.

Tripathi, K. D. (2008). Farmacología en Odontología Fundamentos. Buenos Aires, Republica Argentina: Médica Panamericana. [En línea]. Consultado: [11, Agosto, 2015] Disponible: en: <https://books.google.com.ec/books?id=9631OEBYetUC&pg=PA269&dq=compresion+de+l+alveolo&hl=es419&sa=X&ved=0CDwQ6AEwBmoVChMIitP15I33xgIVixseCh00vAPz#v=onepage&q=compresion%20del%20alveolo&f=false>.

Vieira, J. (2006). Análisis de las técnicas de impresión en prótesis parcial removible a extensión distal. (Vol. 45).Venezuela. [En línea]. Consultado: [19 julio, 2015] Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/tecnicas\\_impresion.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/tecnicas_impresion.asp).

Villafranca, F. d. (2006). higienista dentales. (1. Edicion, Ed.) española: MAD . S.L. [En línea]. Consultado: [16, Agosto, 2015] Disponible: en: [https://books.google.com.ec/books?id=IDfSL5xhQ1sC&pg=PA28&dq=higienista+dental+es+caries+de+esmalte+y+dentina&hl=es&sa=X&ved=0CB0Q6wEwAGoVChMIkavU78rjxgIVB9geCh2Jew\\_r#v=onepage&q=higienista%20dentales%20caries%20de%20esmalte%20y%20dentina&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=IDfSL5xhQ1sC&pg=PA28&dq=higienista+dental+es+caries+de+esmalte+y+dentina&hl=es&sa=X&ved=0CB0Q6wEwAGoVChMIkavU78rjxgIVB9geCh2Jew_r#v=onepage&q=higienista%20dentales%20caries%20de%20esmalte%20y%20dentina&f=false).

Vittis,H. (s.f.). *Hábitos de higiene oral en pacientes con prótesis*. [En línea]. Consultado: [19, Agosto, 2015] Disponible: en: <http://www.higienistasvitis.com/pdf/Salud%20bucodental%20%20H%C3%A1bitos%20de%20higiene%20oral%20en%20pacientes%20con%20pr%C3%B3tesis%20%20Higienistas%20VITIS.pdf>.

