



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Trabajo de titulación.

Previo a la obtención del título de:

Odontólogo.

Tema:

Rehabilitación Oral Integral de paciente con lesiones pulpares, periapicales y edentulismo parcial, en el periodo abril-julio de 2015.

Autor:

José Alejandro Murillo Sanclemente.

Tutora:

Od. Geomara Gissela Dueñas Zambrano Mg. Gs.

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN.

Odo. Geomara Gissela Dueñas Zambrano Mg. Gs, certifica que el trabajo de sistematización de prácticas titulado: **Rehabilitación Oral Integral de paciente con lesiones pulpares, periapicales y edentulismo parcial, en el periodo abril-julio de 2015**, es trabajo original del estudiante José Alejandro Murillo Sanclemente, mismo que ha sido realizada bajo mi tutoria.

Odo. Geomara Gissela Dueñas Zambrano Mg. Gs.

Tutora de sistematizacion de prácticas.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Rehabilitación Oral Integral de paciente con lesiones pulpares, periapicales y edentulismo parcial, en el periodo abril-julio de 2015, trabajo de sistematización de prácticas, sometido a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Gs.

Coordinadora de la carrera.

Odo. Geomara Dueñas Zambrano Mg. Gs.

Tutora de sistematización de prácticas.

Dra. Katuska Briones Solórzano Mg. Ge.

Miembro del tribunal.

Dr. Cesar Burgos Moran Mg. Ge.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

El presente trabajo de sistematización de práctica, titulada: **Rehabilitación Oral Integral de paciente con lesiones pulpares, periapicales y edentulismo parcial, en el periodo abril-julio de 2015** pertenecen exclusivamente al autor, y los derechos de autoría corresponden a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

José Alejandro Murillo Sanclemente.

Autor.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios, por haberme dado la vida y por supuesto hacer realidad este sueño. A mi padre, Jose Murillo Gilces pero en especial a mi madre Lenny Sanclemente Lopez, por ser mi fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aun en mis años de carrera profesional, ya que sin su ayuda y sacrificio me hubiera sido imposible culminar mi carrera. Gracias a mis hermanos, Manuel, Andres y Jose Carlo, ya que gracias a su apoyo no hubiese podido cumplir con esta meta.

Gracias a mi esposa, Jenniffer Ferrin Domo, ya que con su apoyo y comprensión brindada todos los día pude alcanzar esta meta, tanto en lo profesional como en lo personal. A mi amado hijo Alejandro, mi inspiración, que gracias a su ternura y alegría me dio siempre las fuerzas para continuar.

Gracias a mis amigos y al resto de mi familia mis sobrinos, mis cuñadas, tios, primos y a la familia de mi esposa, en especial a mi suegra la Sra. Maria Domo por todo su apoyo, gracias por todo su cariño.

José Alejandro Murillo Sanclemente.

DEDICATORIA.

A mi querida madre Lenny Sanclemente López, que a pesar de todas las dificultades, siempre recibí su amor, apoyo y dedicación, siendo así el pilar fundamental en mi vida.

A mi esposa Jenniffer Ferrín Domo que siempre estuvo conmigo en lo buenos y malos momentos, a mi hijo Alejandrino, que es y será siempre el motor de mi vida.

José Alejandro Murillo Sanclemente.

RESUMEN.

El propósito de la sistematización de prácticas fue la rehabilitación oral integral de un paciente en las clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, en el periodo abril-julio de 2015. Por medio de la ficha odontológica 033 se realizó el diagnóstico de múltiples lesiones pulpares, periapicales y edentulismo parcial.

La rehabilitación oral consistió en un plan de tratamiento, en el cual se realizaron las exodoncias de restos radiculares de las piezas números 13, 15, 37, 46, 47 y exodoncia completa de la pieza número 16, endodoncias en las piezas números 11, 12, 21 y 22 para la extirpación del tejido pulpar necrótico, operatorias dentales para la eliminación de caries de las piezas números 14, 34, 45 y recambios de amalgamas en mal estado en las piezas 25, 35, 36 y 45, profilaxis dental para la eliminación de la placa bacteriana y cálculo dental, y por último la confección de prótesis dentales por ausencia de las piezas números 16 y 25.

Los resultados del tratamiento consta que, la encía retoma su estructura normal y el hueso alveolar cicatriza correctamente luego de las extracciones, favoreciendo a la confección de la placa parcial; radiográficamente las zonas radiolúcidas de las piezas dentarias presentes a nivel periapical disminuyeron posterior al tratamiento endodóntico, logrando el éxito en dichos tratamientos; devolviendo la función de sistema estomatognático.

Palabras claves: Rehabilitación oral, lesiones pulpares, periapicales, edentulismo.

ABSTRACT.

The purpose of the systematization of practices was the comprehensive oral rehabilitation of a patient in clinical dentistry at the University of San Gregorio de Portoviejo, in the period from April to July 2015. Through the dental record 033 multi diagnosis was made pulp, periapical and partially edentulous injuries.

Oral rehabilitation consisted of a treatment plan in which extractions of root fragments of the pieces numbers 13, 15, 37, 46, 47 and complete extraction of the piece number 16, root canals were performed on parts numbers 11, 12 , 21 and 22 for the removal of necrotic pulp tissue, dental operative for eliminating caries parts numbers 14, 34, 45 and parts of amalgam shabby in parts 25, 35, 36 and 45, dental prophylaxis removing dental plaque and calculus, and finally making dentures for lack of parts numbers 16 and 25.

Treatment outcomes ground that the gum correctly retake its normal structure and alveolar bone healed after withdrawals, favoring the production of the partial plate; radiographically the radiolucent areas of teeth present at periapical level decreased after the endodontic treatment, achieving success in such treatments; restoring the function of the stomatognathic system.

Keywords: Oral Rehabilitation, pulp injuries, periapical, edentulous.

ÍNDICE.

Certificación.	II
Certificación del tribunal.	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstracto.	VIII
Índice.	IX
Introducción.	
Capítulo I.	
1. Problematización.	3
1.1 Tema.	3
1.2 Planteamiento de problema.	3
1.3 Delimitación de la investigación.	4
1.4 Justificación.	4
1.5 Objetivo.	6
Capitulo II.	
2 Marco teórico.	7
2.1 Historia clínica.	7
2.2 Periodoncia.	11
2.3 Exodoncia.	16
2.4 Endodoncia.	18
2.5 Operatoria dental.	24
2.6 Prótesis fija.	26

2.7	Prótesis removible.	28
Capitulo III.		
3	Marco metodológico.	31
3.1	Modalidad de trabajo.	31
3.2	Métodos.	31
3.3	Ética.	32
3.4	Marco administrativo.	33
3.5	Presupuesto.	34
3.6	Cronograma.	34
Capitulo IV.		
4.	Resultados.	35
	Anexos.	37
Bibliografía.		

INTRODUCCIÓN.

La rehabilitación bucal ha evolucionado a lo largo de los años, por lo tanto se hace preciso indicar que la visión limitada y enfocada a una sola especialidad puede llevar a no apreciar soluciones clínicas adecuadas en la resolución e aplicación de los tratamientos.

Se realizó el tratamiento profiláctico dental debido a la presencia de placa y calculo, induciendo una gingivitis. Las extracciones de restos radiculares y una extracción completa con destrucción dentaria extensa, devolvió en la encía su estructura normal así como una buena cicatrización del hueso alveolar.

Se efectuaron los tratamientos endodóntico en las piezas que presentaban lesiones pulpares y periapicales, en los cuales se confeccionaron coronas de metal porcelana debido a la gran pérdida dentaria que presentaban, devolviendo su forma, estética y funcionalidad.

Se ejecutaron las restauraciones con resina en las piezas cariadas y el remplazo de amalgamas devolviendo así su estética y funcionalidad, debido al edentulismo presente se confeccionaron las prótesis parciales removibles, este fue el último paso en la rehabilitación devolviendo así su función estomatognático.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Rehabilitación Oral Integral de paciente con lesiones pulpares, periapicales y edentulismo parcial, en el periodo abril-julio de 2015.

1.2. Planteamiento del problema.

La causa principal de las lesiones pulpares es la caries dental cuando no es tratada oportunamente, tal como indica la Revista Médica Electrónica, un artículo de Mirabal, M. et al.¹ (2014) refiriendo que:

La caries dental se presenta como la de mayor prevalencia, y si no son tratadas a tiempo, se convierten en un potencial de riesgo para la salud general del paciente, y en una de las causas principales de urgencias estomatológicas; ocasionan una serie de problemas estéticos y funcionales además de repercusiones psicológicas, sociales y familiares. Estudios epidemiológicos mundiales, manifiestan que la caries dental es una enfermedad ampliamente extendida, de alta prevalencia, que afecta el 90 % de la población mundial; la sitúa como principal causa de pérdida de dientes, ya que de cada 10 personas 9 presentan la enfermedad o las secuelas de esta, que tiene su comienzo casi desde el principio de la vida y progresa con la edad. (p. 26)

Indagando informaciones disponibles en la página web de la Revista Cubana de Estomatología, un artículo de Fernández, M. et al.² (2012) señala que:

Se encontró un predominio de lesiones periapicales agudas en un 84,7 % del grupo en un período de 35 a 59 años de edad y del sexo varonil, aunque no se hallaron diferencias propias para estas inconstancias, ni en los grupos de piezas

¹Mirabal, M., et al. (2014). Urgencias por caries dental en pacientes de 4 a 12 años. Municipio Píntu, Venezuela. 2011. Revista Médica Electrónica. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2015] Disponible en: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol1%202014/te_ma04.htm

²Fernández, M., et al. (2012). Lesiones periapicales agudas en pacientes adultos. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2015] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v49n2/est04212.pdf>

dentarias con respecto a la enfermedad. La higiene oral termino estando relacionada con las lesiones periapicales. Se encontraron diferentes aspectos significativos en las lesiones periapicales relacionado a todas las causas estudiadas, con excepción de las patologías periodontales. En relación a las características clínicas hubo significación en cuanto al engrandecimiento del tamaño del fondo del surco vestibular y la inestabilidad de la pieza dentaria. (p. 107)

En Portoviejo, en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio los pacientes acuden de forma continua a la consulta por molestias o dolor de las piezas dentales; de manera especial se rehabilitó integralmente la cavidad oral de un paciente que presentaba múltiples lesiones pulpares y periapicales, debido a restos radiculares y restauraciones de resina defectuosas con filtraciones las cuales desencadenaron en: caries recidivantes que afectaron a la pulpa y dieron origen a las patologías pulpares.

1.3. Delimitación de la investigación.

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspecto: Rehabilitación Oral.

Delimitación espacial:

Clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el cantón Portoviejo, provincia de Manabí, República del Ecuador.

Delimitación temporal:

Periodo abril – julio de 2015.

1.4. Justificación.

Al establecer la problemática, se podrán proporcionar las medidas convenientes para mejorar la salud oral y calidad de vida de la población cumpliendo con el objetivo 3 del Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Gobierno Nacional de la República del Ecuador³ (2013) en el que sostiene que:

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

La sistematización de prácticas realizadas en la Universidad San Gregorio de Portoviejo beneficia de forma directa a los ciudadanos en general, puesto que a través de la vinculación mediante la rehabilitación oral, los pacientes se mejoran su estilo de vida y se renovarían los hábitos en salud oral, reintegrándolos así de forma activa a la sociedad.

Investigando en la obra de Álvarez y Lazo de la Vega⁴ (2002) cita que:

Se hace medicina preventiva promoviendo y mejorando la salud; pero también al diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, y al realizar actividades de rehabilitación, evitando así complicaciones o secuelas del padecimiento; y se trata de evitar la invalidez o la incapacidad de los individuos, readaptándolos a su medio social. (p. 45)

³Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Gobierno Nacional de la República del Ecuador. (2013). Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2015] Disponible en: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>

⁴Álvarez, R., y Lazo de la Vega, M., (2002). Salud Pública y Medicina Preventiva. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno S.A.

En lo profesional este trabajo le sirvió al autor para adquirir nuevos conocimientos ya sean teóricos o prácticos y afianzarlos para brindar un mejor servicio a la comunidad. Beneficiando no solo al autor sino también al paciente debido a la necesidad de salud que requiere para mejorar su calidad de vida. La rehabilitación realizada hace un aporte a las siguientes ramas de la odontología: periodoncia, cirugía bucal, endodoncia, operatoria, prótesis fija y prótesis a placa las cuales servirán para futuras investigaciones.

1.6. Objetivo.

Objetivo general:

Rehabilitar a un paciente con lesiones pulpares, periapicales y edentulismo parcial, en el periodo abril-julio de 2015.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Historia clínica

Paciente de 35 años de edad, sexo masculino, raza mestiza sin antecedentes de salud aparente; acudió a la consulta odontológica refiriendo dolor y discromía en las piezas número 11, 12, 21 y 22. La pieza número 11 presentaba dolor de tipo pulsátil, agudo insoportable, todo el tiempo, generalizado, el estímulo del dolor era con el frío o calor. La pieza número 12 no presentaba síntomas. La pieza número 21 no presentaba síntomas. La pieza número 22 no presentaba síntomas.

Se recetó medicación antibiótica (amoxicilina 500mg cada 8 horas por 7 días) e analgésica y antiinflamatoria (ibuprofeno 400mg cada 8 horas por 3 días). El paciente refirió dolor en la pieza número 26 de tipo lancinante, localizado, con una intensidad agudo insoportable, se exacerba con el frío y clínicamente presentaba una caries profunda. Los restos radiculares de las piezas números 13, 15, 37, 46 y 47 no presentaban síntomas. Las encías se notaban rojas e inflamados signos de una gingivitis.

Restauraciones extensas y deficientes en las piezas números 14 (cara oclusal), 34 (cara oclusal), y 45 (cara oclusal); restauraciones antiguas en las piezas números 25 (cara oclusal), 35 (cara oclusal), 36 (cara oclusal), 45 (cara oclusal). Destrucción dentaria todas sus caras coronarias en las piezas números 11, 12, 21, 22 y pérdida prematura de piezas dentarias números 16 y 25.

Antecedentes patológicos personales y familiares.

No procede ningún antecedente personal.

Antecedentes patológicos familiares.

No proceden antecedentes familiares.

El paciente no tiene alergias ni cirugías.

Examen físico general.

Paciente de biotipo longilíneo, consciente, ubicado en tiempo y espacio que deambula sin dificultad y que no presenta facies patognomónica de ninguna enfermedad. Presenta piel y mucosas con hidratación y coloración normal, sin lesiones visibles, temperatura de 36.7°C, frecuencia cardíaca de 80 pulsaciones/minuto y presión arterial de 120/80. Panículo adiposo conservado. Faneras sin alteraciones, no hay signos de onicomycosis.

Examen físico regional.

Examen extraoral.

Inspección: Al examen físico de cabeza y cuello el paciente no presenta patología aparente. El paciente presenta simetría facial y no hay evidencias de edema ni tumores. Coloración de labios normal. No presenta nevos, cicatrices ni lesiones. Tono muscular conservado. Pliegues cutáneos normales y simétricos. Implantación auricular normal. Cabello de coloración, consistencia e implantación normales. Palpación: Cadenas ganglionares palpables. La articulación temporomandibular no presentó ninguna anomalía. Auscultación: Latido carotídeo de buen tono y frecuencia.

Examen intraoral.

Inspección: (Ver anexo 5)

El paciente presenta: Restos radiculares de las piezas #13, 15, 37, 46 y 47; lesiones pulpares en las piezas #11, 12, 21, 22 y 26; caries dental en las piezas #14 (cara oclusal), 34 (cara oclusal), y 45 (cara oclusal); restauraciones antiguas en las piezas ; restauraciones antiguas en las piezas #25 (cara oclusal), 35 (cara oclusal), 36 (cara oclusal), 45 (cara oclusal) y ausencia de las piezas #16 y 25.

El CPO indica: 13 piezas cariadas, 2 piezas perdidas y 4 obturaciones. 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 marginal se observa de color rojo intenso, la encía insertada se observa de color rosado coral, de consistencia firme y resistente. La mucosa gingival y los carrillos no presentan asimetría ni cambios en la piel como costras o fisuras. El suelo de la boca tiene una mucosa delgada, rosada y húmeda. En la parte central se encuentra el "frenillo lingual" y en ambos lados unas prominencias que corresponden a las glándulas salivares sublinguales que se sitúan a este nivel; ausencia de bultos o nódulos anormales. Las amígdalas se observan normales, de coloración roja, con nódulos linfáticos normales.

Pilares palatinos.

El paladar duro tiene una mucosa rosa pálido, firme y gruesa que se adhiere al hueso. En la parte anterior se observan las rugosidades palatinas, no presenta torus palatino. No presenta manchas ni aumentos anormales de volumen. El paladar blando tiene una coloración rosa más oscura, lisa, brillante y húmeda. La úvula se observa normal, es decir, no está inflamada ni irritada.

La lengua tiene una apariencia normal, es decir, normotónica con movimientos libres, de color rosado y bien hidratado. Salivación aparentemente normal.

Palpación.

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

Percusión.

Horizontal: Resultado negativo en piezas # 12, 14, 17, 21, 22, 23, 24, 27, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 41, 42, 43, 44 y 45.

Vertical: Resultado positivo en piezas # 11 y 26.

Resultado negativo en piezas # 12, 14, 17, 21, 22, 23, 24, 27, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 41, 42, 43, 44 y 45.

Exámenes complementarios indicados.

Radiografía panorámica.

Examen de laboratorio.

Examen radiográfico.

Al examen radiográfico se observó lo siguiente: cresta alveolar horizontal normal en la arcada superior; cresta alveolar disminuida en las piezas #13, 15, 37, 46 y 47 correspondientes a los restos radiculares; ausencia de cresta alveolar horizontal en los espacios edéntulos #16 y 25, es decir, en estos espacios presentaba cresta alveolar vertical acentuada.

En la arcada inferior se observa cresta alveolar horizontal en todas las piezas dentarias. El ligamento periodontal está normal en ambas arcadas. También se observa ausencia de piezas #16 y 25. Restauración con amalgama en las piezas #25, 35, 36, 45. Presencia de restos radiculares correspondientes a las piezas #13, 15, 37, 46 y 47.

Diagnóstico presuntivo.

Restos radiculares en el sector posteroinferior derecho e izquierdo del sector posterosuperior derecho.

Pulpitis en las piezas (por caries profunda y restauraciones defectuosas) # 11, 12, 21, 22 y 26.

Piezas dentarias con restauraciones de amalgamas antiguas.

Caries en piezas #14 (cara oclusal), 24 (cara oclusal), 35 (cara oclusal y distal), 36 (cara oclusal y vestibular) y 45 (cara oclusal).

Presencia de placa bacteriana y calculo dental.

(Ver anexo 5)

2.2. Periodoncia.

Analizando informaciones disponibles en la página web de la revista Enfermería Dermatológica, un artículo de Tur⁵ (2011) señala que:

Los signos clínicos de un periodonto sano se determinan mediante tres tipos de exploración:

Exploración visual de la encía. En condiciones normales se observa un color sonrosado, tono fibroso, superficie granulada y queratinizada, anchura superior a 2 mm y presencia de papilas interdentes.

Exploración clínica con sonda. La presencia de un surco inferior a 3 mm, ausencia de sangrado al sondaje, ausencia de facetas dentarias de desgaste y de movilidad dentaria determina la buena calidad gingival.

⁵Tur, E. (2011). Gingivitis. Características y prevención. Enfermería Dermatológica. [En línea]. Consultado: [06, agosto, 2015] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4080825>

Exploración radiográfica. La cresta ósea alveolar está intacta y tiene una consistencia homogénea. Se encuentra justo por debajo de la línea amelocementaria (1 mm). (p. 13)

Indagando informaciones disponibles en la revista digital RCOE, un artículo de Serrano-Granger y Herrera⁶ (2005), transcribe 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” (p. 431).

Placa bacteriana.

Consultando en la obra de Bascones⁷ (2009) detalla que:

Se trata de un material blando que se adhiere al diente, compuesto por microorganismos y sus productos bacterianos, y que no es fácilmente eliminado por enjuagatorios con agua. Las bacterias se encuentran unidas entre sí por una sustancia intermicrobiana. Es el primer agente etiológico de la gingivitis y de la periodontitis.

La placa crece por agregación de nuevas bacterias, multiplicación de bacterias y acumulación de productos bacterianos. Al cabo de una hora, después de limpiar cuidadosamente los dientes, aparecen ya acúmulos de placa sobre los mismos. La velocidad de formación y la localización varían de unas personas a otras y también las distintas regiones de una misma boca, y asimismo en las diferentes zonas de un mismo diente. (pp. 91 y 92)

Estudiando informaciones disponibles en la página web de MedlinePlus, un artículo de Fotek⁸ (2014) transcribe que: “La causa principal del sangrado en las encías es la acumulación de placa en la línea de la encía. Esto lleva a una afección llamada gingivitis o encías inflamadas” (párr. 1).

⁶Serrano-Granger, J., y Herrera, D. (2005). La placa dental como biofilm: ¿Cómo eliminarla? [En línea]. Consultado: [06, agosto, 2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v10n4/puesta3.pdf>

⁷Bascones, A. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances Medido-Dentales.

⁸Fotek, I. (2014). MedlinePlus. Encías sangrantes. [En línea]. Consultado: [14, junio, 2015] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003062.htm>

Buscando nuevamente informaciones disponibles en la página web de la revista Enfermería Dermatológica, un artículo de Tur⁹ (2011) señala que:

La presencia de una encía de color rojizo, amoratado, con sangrado espontáneo, un tono edematoso o una superficie lisa y brillante es indicador de patología gingival, concretamente de gingivitis. La gingivitis se localiza a nivel de la encía, no hay afectación de los elementos de inserción, siendo una patología reversible, generalmente indolora, con hemorragia al sondaje o de forma espontánea, localizada o generalizada y que puede presentar pseudobolsas. (p. 13)

Cálculo dental.

Examinando en la obra de Eley, Soory y Manson¹⁰ (2012) detalla que:

El cálculo, la <<costra pétrea>> que se forma en los dientes, se ha asociado a la enfermedad periodontal. Es una masa calcificada que se forma y se adhiere a la superficie de los dientes y otros objetos sólidos de la boca no expuestas a la fricción (p. ej., restauraciones y prótesis dentales). El sarro es la placa calcificada.

El cálculo casi nunca se encuentra en los dientes temporales y no es frecuente en los dientes permanentes de los niños pequeños. Sin embargo, se encuentra con frecuencia hacia los 9 años de edad y prácticamente en todos los adultos. (p. 22)

Averiguando en la obra de Bascones¹¹ (2009) señala que:

El cálculo, es placa calcificada. La placa se endurece por la precipitación de sales minerales, que empieza entre el primero y 14 días de formación de la placa. No todas las placas se calcifican, pero se sabe que es probable que el fluido gingival provea los minerales del cálculo subgingival.

La calcificación es la unión de los iones de calcio con los complejos de carbohidratos y proteínas, así como la precipitación de sales de fosfato cristalino. (p. 98)

⁹Tur, E. (2011). Gingivitis. Características y prevención. Enfermería Dermatológica. [En línea]. Consultado: [06, agosto, 2015] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4080825>

¹⁰Eley, B., Soory, M., y Manson, J. (2012). Periodoncia. Reino de España: Elsevier.

¹¹Bascones, A. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances Medido-Dentales.

Evaluación de la inflamación de los tejidos periodontales.

Según la obra de Lindhe, Karring y Lang¹² (2003) describe que:

La presencia de inflamación en la porción marginal de la encía suele registrarse por medio de sondeos siguiendo los principios del índice gingival, delineados en la publicación de Loe (1967). Según este sistema, la ausencia total de signos visibles de inflamación en la unidad gingival se califica con un 0, mientras que un cambio ligero de color y de textura se califica con 1. La inflamación visible y la tendencia al sangrado del margen gingival inmediatamente después del pasaje bucal de una sonda gingival a lo largo del margen gingival se valoran con un 2, en tanto que la inflamación manifiesta con tendencia al sangrado espontáneo tiene puntaje 3. (p. 52)

Evaluación radiográfica de la pérdida de hueso alveolar.

Indagando nuevamente la obra de Lindhe, Karring y Lang¹³ (2003) detalla que:

Las radiografías suelen utilizarse en estudios epidemiológicos transversales para evaluar el resultado de la enfermedad periodontal sobre los tejidos de sostén más que para evaluar la presencia de la enfermedad. La evaluación de la pérdida ósea en radiografías intrabucales suele realizarse analizando múltiples características cualitativas y cuantitativas del hueso interproximal visualizado, por ejemplo, 1) presencia de lámina dura intacta, 2) grosor del espacio del ligamento periodontal, 3) morfología de la cresta ósea (llana o angulada) y 4) distancia entre la conexión cemento adamantina y el nivel más coronal hasta donde se considera que el espacio del ligamento periodontal conserva un grosor normal. (p. 53)

Tratamiento de una gingivitis.

Analizando en la obra de Rodríguez y colaboradores¹⁴ (2010) cita que:

Para mantener los dientes toda la vida, es necesario remover la placa bacteriana de los dientes y encías mediante el cepillado diario y cuidadoso, acudiendo al odontólogo para una limpieza profesional, que además removerá los cálculos endurecidos que se hayan formado en sitios difíciles de alcanzar. (p. 17).

¹²Lindhe, J., Karring, T. y Lang, N. (2003). Periodontología clínica e implantología odontológica. República de Argentina. Editorial Médica Panamericana.

¹³Lindhe, J., Karring, T. y Lang, N. (2003). Periodontología clínica e implantología odontológica. República de Argentina. Editorial Médica Panamericana.

¹⁴Rodríguez, Ruiloba y Herdoiza. (2010). Manual de Educación para la Salud Bucal. República del Ecuador. Coordinación de promoción de la salud.

Considerando en la obra de Cortesi¹⁵ (2008) expone que:

El control de la placa bacteriana es la remoción diaria de las superficies dentarias, evitando de esta manera la acumulación de placa y retardando la formación de cálculo. Es importante enseñarle al paciente que es la placa dental y cuál importante es eliminarla. El control odontológico nos ayuda con la prevención de patologías no solo periodontal, sino también a evitar problemas de las piezas dentarias y al cuidado personal. (p. 103)

Leyendo en la obra de Lindhe, Karring y Lang¹⁶ (2003) define que:

La información disponible permite pensar que la periodontitis puede ser detenida con éxito en la mayoría de las personas si se eliminan las bacterias causales y sus subproductos, con lo cual reducen los niveles de inflamación. En los pacientes susceptibles no es rara la recurrencia de la inflamación en los sitios tratados por periodontitis. Existe la posibilidad de que esta inflamación recurrente pueda quedar limitada a los tejidos gingivales y que no origine una pérdida ulterior de inserción periodontal. Sin embargo, como todavía no existen métodos confiables para confirmar ese fenómeno, el retorno de la inflamación es tomado por los profesionales como recurrencia de la periodontitis y no como inflamación limitada a la encía, que es reversible con métodos de higiene bucal solamente. (p. 212)

Según la obra de Schoen y Dean¹⁷ (1999) cita que:

La eliminación del cálculo, aunque secundaria a la eliminación de la placa, es una parte importante del proceso de desbridamiento periodontal. El cálculo anida placa y lipo polisacáridos que deben ser eliminados de los tejidos para que se produzca la curación. Además, la higiene oral del paciente se facilita con la eliminación del cálculo, así como la labor del clínico durante la eliminación del cálculo supragingival, ya que los depósitos de placa subgingival son más sencillos de eliminar. Finalmente, los tejidos blandos se adaptan con mayor firmeza a la superficie radicular cuando esta está libre de cálculo. (p. 90)

¹⁵Cortesi, V. (2008). Manual práctico para el auxiliar de Odontología. Reino de España.

¹⁶Lindhe, J., Karring, T. y Lang. N. (2003). Periodontología clínica e implantología odontológica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

¹⁷Schoen, D. H.; Dean, M. C. (1999). Instrumentación periodontal. Reino de España: Editorial Masson.

Raspado radicular.

Estudiando nuevamente la obra de Schoen y Dean¹⁸ (1999) señala que:

Los movimientos de raspado son cortos, y se utilizan para desprender el cálculo tanto supragingival, como subgingival. Los movimientos de raspado requieren una presión lateral y una presión firmes. Se utilizan una serie de movimientos de tracción cortos y superpuestos hasta que todos los depósitos han sido eliminados.

Cuando aparece un gran depósito duro de cálculo, la hoz acanalada se usa para eliminarlo. El depósito se desprende y se elimina en fragmentos pequeños, luego de hacerlo en su totalidad tras un solo movimiento de tracción. Este tipo de movimiento se continúa hasta que se ha eliminado el depósito en toda su amplitud. El instrumento permanece en el interior del surco gingival o de la bolsa periodontal hasta que se completa la instrumentación. Se mantiene el contacto entre el instrumento y el diente durante todo el proceso. (p. 90)

Alisado radicular.

Continuando en la obra de Schoen y Dean¹⁹ (1999) transcribe que:

El alisado radicular aplanar o alisa la raíz para facilitar la reinsertión del periodonto. Con el alisado la superficie se parece a la de un diente sin afectación periodontal, dejando la superficie libre de depósitos que favorecen la retención de placa. El movimiento usado durante el alisado radicular es una continuación del movimiento de raspado, porque es muy difícil establecer el punto en que acaba el raspado y empieza el alisado radicular. A medida que los movimientos cortos, firmes y potentes del raspado progresan hacia movimientos más largos de presión moderada, se inicia la instrumentación para el alisado radicular. La presión lateral moderada se continúa con una presión lateral ligera a medida que la raíz se va lisando. Se utiliza una serie continua de movimientos de afeitado. La superficie se hace más lisa y presenta menor resistencia cuando el instrumento pasa sobre ella. Se disminuye la presión lateral. El alisado radicular es una combinación de movimientos de tracción y de empuje. Para alisar completamente la superficie radicular, se usa una combinación de movimientos verticales, oblicuos y horizontales. (p. 90-91)

¹⁸Schoen, D. H.; Dean, M. C. (1999). Instrumentación periodontal. Reino de España: Editorial Masson.

¹⁹Schoen, D. H.; Dean, M. C. (1999). Instrumentación periodontal. Reino de España: Editorial Masson.

2.3. Operatoria dental.

Analizando informaciones disponibles en la página web de la Revista Española de Salud Pública, un artículo de Rubio, J. et al.²⁰ (1997) cita que:

Una pieza dentaria se considera sana si no hay certeza clínica de caries ya sea presente o asistida. Las lesiones precavitarias al igual que otras situaciones similares a las etapas iniciales de caries son excluidas, ya que no es posible hacer un diagnóstico fidedigno. Así, los dientes con los siguientes defectos en ausencia de otro juicio positivo, son considerados sanos:

Manchas blancas o lechosas.

Zonas desteñidas o ásperas. Puntos o fisuras manchados que retienen la sonda pero cuyo suelo o paredes no están reblandecidos o el esmalte dragado.

Áreas oscuras, brillantes, duras o punteadas del esmalte que muestran signos de fluorosis moderada o severa. Todas las lesiones dudosas se registran como sanas. (p. 234)

Consultando en la obra de Barrancos²¹ (2006) expone que: “La caries dental es una enfermedad infecciosa de distribución universal, de naturaleza multifactorial y de carácter crónico que si no se detiene su avance natural, afecta todos los tejidos dentarios y provoca una lesión irreversible” (p. 297).

Leyendo en la página web de la Revista Española de Salud Pública, un artículo de Rubio, J. et al.²² (1997) refiere que: “Diente obturado con caries. Se registra así el diente que teniendo una o más obturaciones tenga una o más zonas cariadas. No se hace distinción entre caries primaria o secundaria (independientemente de, o contigua a la obturación)” (p.234).

²⁰Rubio, J., et al. (1997). Criterios mínimos de los estudios epidemiológicos de salud dental en escolares. Revista Española de Salud Pública. [En línea]. Consultado: [30, julio,2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n3/salud_dental.pdf

²¹Barrancos, J. (2006). Operatoria dental: integración clínica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

²²Rubio, J., et al. (1997). Criterios mínimos de los estudios epidemiológicos de salud dental en escolares. Revista Española de Salud Pública. [En línea]. Consultado: [30, julio,2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n3/salud_dental.pdf

Analizando en la obra de Barrancos²³ (2006) señala que: “La preparación del campo operatorio tiene como objetivo facilitar las maniobras tendientes a restaurar elementos dentarios e incluye los siguientes pasos: 1) lavado y desinfección, 2) evaluación, 3) anestesia/analgesia, 4) aislamiento e iluminación, 5) separación y protección” (p. 392).

Estudiando nuevamente en la obra de Barrancos²⁴ (2006) describe que:

Los tiempos operatorios son:

Maniobras previas.

Apertura.

Conformación.

Contorno, resistencia y profundidad.

Conveniencia.

Extensión final.

Extirpación de tejidos deficientes.

Protección dentinopulpar.

Retención o anclaje.

Terminación de paredes limpieza.

Esta secuencia no es excluyente y el orden de los tiempos operatorios se puede modificar si el operador lo considera conveniente o el tratamiento de la lesión así lo exige. (p. 480)

2.4. Cirugía bucal.

Extracciones sencillas: técnica quirúrgica básica.

Analizando en la obra de Chiapasco²⁵ (2004) refiere que:

La técnica quirúrgica básica prevé las siguientes fases:

Anestesia local.

Sindesmotomía periotomía.

Despegamiento de las papilas.

Luxación del diente mediante elevador recto.

Prensión del diente, luxación y expansión del alveolo por medio de fórceps de extracción.

Avulsión del diente del alveolo.

²³Barrancos, J. (2006). Operatoria dental: integración clínica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

²⁴Barrancos, J. (2006). Operatoria dental: integración clínica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

²⁵Chiapasco, M. (2004). Cirugía Oral: texto y atlas a color. Reino de España: Masson.

Verificación de la integridad del diente extraído.
Curetaje alveolar y revisión de la cavidad.
Maniobra de Valsalva (cuando este indicada).
Eliminación del exceso de tejidos blandos.
Irrigación del alveolo con soluciones fisiológicas.
Compresión del alveolo y sutura.
Control de las formación de un coagulo normal.
Posicionamiento de una gasa mojada encima de la herida. (p.97)

Extracción de restos radiculares con botadores.

Indagando en la obra de Gay Escoda y Berini Aytés²⁶ (2004) señala que:

Los elevadores o botadores se manejan normalmente para ejecutar la sindesmotomía y para luxar la pieza dentaria a extraer como paso precedente al uso de los fórceps. En ocasiones, ésta puede alcanzar a ser completada con este mismo instrumental que es especialmente ventajoso para la extracción de restos radiculares.

Los botadores suelen aplicarse a la extracción de dientes unirradiculares o multirradiculares si éstos tienen las raíces fusionadas y cónicas (es como si fuera una única raíz).

El uso de los elevadores es atractivo cuando se realizan técnicas quirúrgicas, es decir, cuando se eleva un colgajo y se efectúa una ostectomía. Pero vamos a aprender ahora el uso de los elevadores conservando la estructura del alvéolo y del tejido gingival. (p. 252)

Luxación.

Investigando en la obra de Gay Escoda y Berini Aytés²⁷ (2004) detalla que:

Aplicando el elevador en el área periodontal entre la raíz y la pared ósea del alvéolo, éste actúa como cuña, y si realizamos esta acción alrededor de toda la circunferencia de la pieza dentaria a extraer, conseguiremos su luxación. Los movimientos de giro del botador –en dirección de derecha e izquierda- y de impulsión se irán repitiendo hasta conseguir la movilización del diente.

El botador puede ubicarse similar al eje longitudinal de la pieza dental y ejercer inclinaciones hacia apical con el fin de proceder como cuña o palanca. También se puede instalar el elevador recto en el área interdental, en ángulo recto con el eje dental, con el fin de ejecutar la acción de palanca con punto de soporte en el tabique óseo interdental. (p. 252)

²⁶Gay Escoda, C., y Berini Aytés, L. (2004). Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I. Reino de España: Ergón.

²⁷Gay Escoda, C., y Berini Aytés, L. (2004). Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I. Reino de España: Ergón.

Técnica de la extracción.

Continuando en la obra de Gay Escoda y Berini Aytés²⁸ (2004) describe que:

Es de gran importancia realizar una correcta prensión para lo cual deben instalarse apropiadamente a las puntas del fórceps por debajo del borde gingival, adecuando la concavidad de la punta interna a la desviación de la raíz palatina y la punta exterior a la doble desviación de las 2 raíces vestibulares, procurando que la punta de lanza de este bocado se insinúe entre las raíces.

La luxación puede iniciarse con botadores rectos y una vez instalado el fórceps se ejerce el primer desplazamiento de lateralidad de poca amplitud para no romper la débil cortical externa. El movimiento de luxación hacia vestibular se efectúa haciendo describir al diente un arco cuyo centro es una línea ideal que une ambos ápices MV y DV. Con esta acción pretendemos dilatar la cortical externa. (p. 234)

Curetaje alveolar y revisión de la cavidad.

Analizando en la obra de Chiapasco²⁹ (2004) refiere que:

El tejido de granulación presente en los tabiques o en la base del alveolo debe ser suprimido. En algunos casos, este se queda adherido a la raíz, sobre todo en relación con el ápice. La eliminación del tejido de granulación resulta más fácil con una cureta quirúrgica constante (tipo de cureta de Lucas), más que con una cureta en forma de cuchara. La completa eliminación del tejido de granulación reduce el riesgo de infecciones residuales, favorece la curación del alveolo con neoformación ósea y evita la formación de quistes residuales en caso de las piezas dentarias extraídas asociados a lesiones periapicales. (p. 101-102)

El hueso del alveolo, dilatado con anterioridad, debe ser ahora reestructurado a su extensión normal. Esto es posible con una tensión digital de la pared vestibular y lingual del alveolo. La consecutiva palpación del hueso alveolar debería evidenciar la presencia de puntuales espículas óseas sobresalientes, que pueden ser excluidas en este período con una pinza gubia. Esta treta se suele ejecutar en caso de extracciones múltiples, cuando se eliminan las papilas interdentarias. La compresión logra ser a veces bastante para aproximar los costados de la herida lo que eliminaría la necesidad de sutura. (p. 103)

²⁸Gay Escoda, C., y Berini Aytés, L. (2004). Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I. Reino de España: Ergón.

²⁹Chiapasco, M. (2004). Cirugía Oral: texto y atlas a color. Reino de España: Masson.

Control de la formación del coagulo normal.

Estudiando nuevamente en la obra de Chiapasco³⁰ (2004) describe que: “Antes de despedir el paciente es necesario controlar que en el alveolo se haya desarrollado un coagulo normal. En caso de sangrado insuficiente, este logra ser incitado mediante curetaje del tabique alveolar con una cureta cortante” (p. 103).

Colocación de una gasa húmeda sobre la herida.

Siguiendo con la obra de Chiapasco³¹ (2004) detalla que:

Para favorecer la hemostasia, se situara una gasa empapada de suero fisiológico arriba del alveolo. La gasa no debe ser muy abultada para que ejecute presión solo en la zona interesada. Después, el paciente deberá cerrar ligeramente los arcos. La colocación de una gasa mojada frena la adhesión de la parte más superficial del coagulo, de forma que cuando se quita la gasa, el coagulo quede en la cavidad. La gasa se reemplaza antes de terminar con el paciente, y debe ser conservada durante 15-30 min. (p. 103)

2.5. Endodoncia.

Indagando en la obra de Bergenholtz, Horsted-Bindslev y Reit³² (2011) cita que:

Bajo condiciones normales y fisiológicas la pulpa está bien protegida de las lesiones y elementos dañinos en la cavidad oral por una cubierta de tejido duro externo de los dientes y el periodonto intacto. Cuando por cualquier razón se quebranta la integridad de esta barrera de tejidos, los microorganismos y las sustancias que producen pueden acceder a la pulpa y afectar su salud. (pp. 3 y 4)

³⁰Chiapasco, M. (2004). Cirugía Oral: texto y atlas a color. Reino de España: Masson.

³¹Chiapasco, M. (2004). Cirugía Oral: texto y atlas a color. Reino de España: Masson.

³²Bergenholtz, G., Horsted-Bindslev, P., y Reit, C. (2011). Endodoncia. Estados Unidos Mexicanos: Editorial El Manual Moderno.

Pulpitis irreversible.

Examinando en la obra de Philip, Eversole y Wysocki³³ (2005) refiere que:

El diagnóstico de la pulpitis irreversible se instituye cuando se ha expreso que no es factible que la pulpa se mejore, sin tener en balance posibles pruebas de solucionarla. El tejido pulpar presentara un amplio espectro de cambios inflamatorios agudos y crónicos. Para que el paciente logre un remedio imborrable en esta etapa, debe extirparse la pulpa residual o es preciso extraer la pieza dentaria.

El dolor de una pulpitis irreversible puede ser de intensidad variable, pero suele ser menos intenso que el de la pulpitis reversible. El rasgo principal de la pulpitis irreversible es que el dolor se inicia espontáneamente, no es el resultado de un cambio brusco de la temperatura, y dura un periodo prolongado, por lo general mayor de 20 minutos. El dolor puede iniciarse o acentuarse cuando el paciente adopta el decúbito, el dolor de la pulpitis irreversible puede ser referido a otra localización cercana, como por ejemplo un lado de la cara u otros dientes de la arcada. (p. 69)

Absceso periapical.

Leyendo en la obra de Regezi y Sciubba³⁴ (2000) refiere que:

Etiología. La necrosis pulpar no tratada puede ocasionar gran número de secuelas, todas dependientes de la virulencia de los microorganismos casuales y de la integridad de los mecanismos de defensa del paciente. Desde su origen en la pulpa, el proceso inflamatorio se extiende a los tejidos periapicales, donde puede presentarse como un granuloma o quiste si es crónico o un absceso cuando es agudo. También puede haber exacerbación aguda de una anomalía crónica. Los residuos de tejido pulpar necrosado, células inflamatorias y bacterias, en particular las anaerobias, también sirven para estimular y mantener el proceso inflamatorio periapical. (p. 387)

Averiguando en la obra de Regezi y Sciubba³⁵ (2000) detalla que:

Características clínicas. Los pacientes con absceso periapical típico sufren dolor intenso en el área del diente desvitalizado debido a la presión y los efectos de los mediadores químicos sobre el tejido nervioso. El exudado e infiltrado neutrófilo de un absceso ejercen presión sobre el tejido circundante y

³³Philip, J., Eversole, L. y Wysocki, G. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Reino de España: Elsevier.

³⁴Regezi, J., y Sciubba, J. (2000). Patología bucal: Correlaciones clinicopatológicas. Estados Unidos Mexicanos: McGraw-Hill Interamericana de México.

³⁵Regezi, J., y Sciubba, J. (2000). Patología bucal: Correlaciones clinicopatológicas. Estados Unidos Mexicanos: McGraw-Hill Interamericana de México.

con frecuencia provocan una ligera extrusión del diente de su cavidad. El pus relacionado con la lesión, sino se confina focalmente, busca el camino de menor resistencia y se propaga a las estructuras contiguas. La región afectada de la boca puede ser dolorosa a la palpación y el sujeto padece hipersensibilidad a la percusión del diente. La pieza dental dañada no responde a las pruebas eléctricas y termina por la necrosis pulpar.

A causa de la rapidez con que se desarrolla este defecto, hay poco tiempo para una resorción ósea de consideración. Por lo tanto, los cambios radiográficos son leves y se limitan al engrosamiento leve del espacio de la membrana periodontal apical. (p. 387-388)

Acceso al grupo de los incisivos.

Apertura coronaria.

Según la obra de Soares y Goldberg³⁶ (2002) describe que: “Punto de elección:

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

Forma de conveniencia.

Según la obra de Soares y Goldberg³⁷ (2002) describe que:

La apertura coronaria debe tener la extensión necesaria para permitir el acceso adecuado y al mismo tiempo ser suficientemente pequeña como para no debilitar la corona dental. Del equilibrio entre esas dos exigencias surgirá la apertura, con forma, dimensiones e inclinaciones adecuadas. (p. 36)

Localización y preparación de la entrada del conducto radicular.

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

³⁶Soares, I., y Goldberg, F. (2002). Endodoncia: técnica y fundamentos. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

³⁷Soares, I., y Goldberg, F. (2002). Endodoncia: técnica y fundamentos. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Conformación por la técnica escalonada.

La técnica escalonada (telescópica o stepback) es el procedimiento de elección para la conformación de los conductos curvos, por ofrecer los mejores resultados con los menores riesgos de accidentes. Sin embargo, no hay inconveniente alguno en utilizarla también en conductos rectos. (p. 92)

Etapas de la preparación.

Analizando nuevamente en la obra de Soares y Goldberg³⁸ (2002) describe que las etapas de la preparación son: “1. Exploración del conducto radicular con limpieza parcial. 2. Medición del diente (odontometría). 3. Limpieza del conducto radicular. 4. Conformación del conducto radicular” (p. 102).

Irrigación del conducto.

En los dientes con pulpa mortificada, la irrigación se integra al conjunto de acciones destinadas a promover la desinfección del conducto radicular y la neutralización de las toxinas presentes en su contenido necrótico. Estos objetivos llevan a escoger soluciones irrigadoras que posean acción antiséptica, poder disolvente de la materia orgánica y capacidad para neutralizar toxinas presentes, sin ser agresivas -al menos en forma acentuada- para los tejidos periapicales. (p. 128)

Obturación del conducto.

Según la obra de Soares y Goldberg³⁹ (2002) cita que:

Para que la obturación endodóntica pueda 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 el cuadro álgido.
- b) El conducto debe estar limpio y conformado de manera correcta.
- e) El conducto debe estar seco: la presencia de exudado contraindica la obturación.

³⁸Soares, I., y Goldberg, F. (2002). Endodoncia: técnica y fundamentos. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

³⁹Soares, I., y Goldberg, F. (2002). Endodoncia: técnica y fundamentos. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

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 realizado no debe permanecer abierto a la cavidad oral por rompimiento de la restauración provisoria. (p. 141).

Nivel apical.

El nivel de la obturación se relaciona con el nivel de realización, por ende, toda el área conformada debe ser obturada. Estudios de los autores confirmaron los hallazgos de otros investigadores al observar que los mejores resultados -tanto desde el punto de vista clínico como del histológico- se consiguieron cuando la obturación distó alrededor de 1 mm del foramen apical. (pp. 141 y 142)

Tridimensionalidad.

La obturación endodóntica debe llenar en forma tridimensional el conducto atendido. De nada vale conseguir de manera grata el nivel apical si permanecen áreas laterales, que son sitios adecuados para la supervivencia y el desarrollo de bacterias y para la acumulación de sus toxinas. La obturación debe asegurar un sellado óptimo en todas sus extensiones, y rodear las comunicaciones del conducto con el periodonto, ya estén ellas apicales o laterales. (p. 142)

Técnica de condensación lateral.

De acuerdo con la obra de Soares y Goldberg⁴⁰ (2002) detalla que:

Después de retirar el sellado provisorio, se riega el conducto en forma abundante con el motivo de eliminar restos de la medicación temporal, se isla con conos de papel estériles y se inicia la obturación según la siguiente secuencia:

Primera etapa: selección del cono principal.

Segunda etapa: preparación del sellador.

Tercera etapa: técnica de obturación.

1) Con el auxilio del último instrumento usado en la conformación (lima o escariador), calibrado a 2 o 3 mm menos que la longitud de trabajo para la conformación, tome de la espátula una pequeña cantidad de cemento sellador y llévelo al conducto. Con movimiento de rotación antihorario procure depositar el sellador sobre las paredes del conducto.

2) Repita la operación hasta que las paredes del conducto estén recubiertas por una capa delgada de sellador.

⁴⁰Soares, I., y Goldberg, F. (2002). Endodoncia: técnica y fundamentos. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

- 3) Con una pinza clínica tome el cono principal, lávelo con suero fisiológico o con alcohol; séquelo con una compresa de gasa estéril, úntelo en el sellador dejando libre su extremo apical e introdúzcalo con lentitud en el conducto, hasta que penetre en toda la extensión de la extensión de trabajo.
 - 4) Elija un espaciador digital de diámetro compatible con el área ya efectiva en el interior de la cavidad pulpar y proceda a su calibrado de acuerdo con la longitud de trabajo.
 - 5) Con movimiento firme en dirección apical y con pequeñas rotaciones de un cuarto de vuelta, hacia derecha e izquierda, introduzca el espaciador en el conducto, y procure presionar el cono principal contra una de las paredes. En atención al trabado del cono principal, el espaciador nunca debe penetrar en toda la longitud de trabajo. Si esto ocurriese, reevalúe la selección del cono principal.
 - 6) Mantenga el espaciador en el conducto.
 - 7) Con la pinza clínica tome un cono accesorio o secundario (que debe haber estado sumergido algunos minutos en una solución antiséptica, como alcohol de 70°) de calibre similar al del espaciador, séquelo y úntelo en el cemento sellador, incluido su extremo.
 - 8) Mientras con una de sus manos mantiene el cono accesorio con la pinza, con la otra gire el espaciador en sentido antihorario y retírelo.
 - 9) Introduzca de inmediato el cono secundario en el espacio dejado por el instrumento, de modo que alcance el mismo nivel de profundidad que el espaciador.
 - 10) Repita el medio, y colme el conducto radicular con gran cantidad de conos accesorios. Éstos, junto con el cono principal y el sellador serán los responsables de la obturación tridimensional del conducto.
 - 11) La colocación de los conos accesorios deberá hacerse hasta el momento en que observe que tanto el espaciador como los conos no penetran en el conducto más allá del tercio cervical.
 - 12) Una vez concluida la condensación lateral tome una radiografía periapical para evaluar la calidad de la obturación.
 - 13) Si se constata en la radiografía que la obturaciones adecuada, con ayuda de una cureta calentada a la llama de un mechero corte todos los conos en el nivel de la entrada del conducto (después del cuello clínico) y elimine los excesos.
 - 14) Con un condensador pequeño, presione los conos de gutapercha en la entrada del conducto; realice una condensación vertical y procure regularizar su superficie.
 - 15) Con una bolita de algodón embebida en alcohol y la ayuda de una pinza clínica, limpie en forma correcta la cámara pulpar, y elimine todo remanente del material obturador.
 - 16) Seque la cavidad con una bolita de algodón y restaure el diente con un cemento provisorio.
 - 17) Tome una radiografía periapical del diente obturado.
- Después de la remoción del aislamiento absoluto es importante evaluar la armonía de la oclusión del diente tratado. Oclusiones traumáticas pueden determinar posoperatorios incómodos y retrasar la reparación de los tejidos periapicales. (pp. 143-150)

2.6. Prótesis fija.

Según la Revista de Investigación de la UNMSM, un artículo de Téllez, L., et al.⁴¹ (2009) señala que: “La rehabilitación protésica con coronas individuales de metal cerámica combinada con PPR superior e inferior con base metálica, provee al paciente la solución a su problema bucal, de manera eficiente tanto funcional como estética” (p. 78).

Indagando en la obra de Rosenstiel, Land y Fujimoto⁴² (2009) cita que:

La corona de metal porcelana está indicada en dientes que requieren un recubrimiento completo y cuyo tratamiento plantea al dentista un desafío estético (p. ej. los dientes anteriores) sin embargo, ha de reconocerse que si las consideraciones estéticas son las más importantes, una corona totalmente cerámica presentan ventajas estéticas claras sobre las restauraciones de metal porcelana, pero esta última es más duradera que la corona totalmente cerámica y tiene un ajuste marginal superior. Además, puede servir como retenedor de una prótesis dental fija debido a que su subestructura metálica puede adaptarse a conectores colados o soldados. En las restauraciones totalmente cerámica no puede prepararse un descanso o apoyo para una prótesis removible; en cambio, la corona de metal-porcelana puede ser modificadas sin problemas para incorporar descansos oclusales y cingulares, así como planos guía proximales y recíprocos fresados en su subestructura metálica.

Sus indicaciones típicas son similares a las de las coronas completas totalmente metálicas: destrucción dental extensa por caries, traumatismo o restauraciones previas que impiden el uso de una restauración más conservadora; necesidad de una retención y resistencia mayores; diente tratado endodónticamente conjuntamente con una estructura de soporte adecuada (una corona con perno) y la necesidad de recontornear las superficies axiales o corregir pequeñas inclinaciones. Dentro de ciertos límites, esta restauración puede utilizarse también para corregir el plano oclusal. (pp. 272 y 273)

⁴¹Téllez, L., et al. (2009). Rehabilitación con coronas completas de metal-cerámica y prótesis parciales removibles convencionales. Revista de Investigación de la UNMSM. [En línea]. Consultado: [30, julio,2015] Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/2872/2451>

⁴²Rosenstiel, S., Land, M., y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea. Reino de España: Elsevier Mosby.

Examinando en la obra de Rosenstiel, Land y Fujimoto⁴³ (2009) señala que: “La preparación se divide en cinco pasos principales: surcos guía, reducción incisal u oclusal, reducción labial o bucal en la zona recubierta de porcelana, reducción axial de las superficies preparadas” (p. 274).

Analizando nuevamente en la obra de Rosenstiel, Land y Fujimoto⁴⁴ (2009) describe que: “La preparación dental de un diente tratado endodónticamente puede considerarse una operación en tres fases: 1. Remoción de material de relleno del conducto radicular hasta la profundidad apropiada. 2. Ensanchamiento del conducto. 3. Preparación de la estructura dental coronal” (p. 384).

Según la obra de Rosenstiel, Land y Fujimoto⁴⁵ (2009) cita que: “Desplazamiento de los tejidos. Suele requerirse el desplazamiento tisular para obtener un acceso adecuado al diente preparado y exponer todas las superficies necesarias, tanto las preparadas como las no preparadas. Esto puede con medios mecánicos, químicos o quirúrgicos” (p. 434).

De acuerdo con la obra de Rosenstiel, Land y Fujimoto⁴⁶ (2009) refiere que:

Es importante seguir una secuencia lógica durante la evaluación para evitar cometer errores. La secuencia recomendada es la siguiente: 1. Contactos proximales 2. Integridad marginal. 3. Estabilidad 4. Oclusión 5. Caracterización y glaseado. (p. 888)

La cementación definitiva no se centra tanto en los detalles como otros aspectos de la odontología restauradora. Si se escoge mal el agente de unión, pueden surgir discrepancias marginales y derivar en una oclusión inadecuada,

⁴³Rosenstiel, S., Land, M., y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea. Reino de España: Elsevier Mosby.

⁴⁴Rosenstiel, S., Land, M., y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea. Reino de España: Elsevier Mosby.

⁴⁵Rosenstiel, S., Land, M., y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea. Reino de España: Elsevier Mosby.

⁴⁶Rosenstiel, S., Land, M., y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea. Reino de España: Elsevier Mosby.

incluso puede ser necesario recortar la restauración intraoralmente y hacer una nueva. (p. 909).

2.7. Prótesis a placa.

De acuerdo con la página web de la Revista Cubana de Estomatología, un artículo de Lucas, L., et al.⁴⁷ (2010) transcribe que: “La estética actualmente recibe una importante consideración en el contexto social. Una sonrisa atractiva es aspiración de la mayoría de los pacientes que precisan tratamiento protésico” (p. 224).

Siguiendo con las informaciones disponibles en la página web de la Revista Cubana de Estomatología, un artículo de Lucas, L., et al.⁴⁸ (2010) señala que:

En los casos de espacios desdentados extensos, con gran pérdida de hueso alveolar, dientes que sirven de soporte a coronas clínicas cortas, o mala situación financiera del paciente, la opción más indicada para la rehabilitación bucal es por medio de las PPRs. (p. 225)

Consecuencias del Edentulismo Parcial

Según la obra de López⁴⁹ (2009) cita que:

Las consecuencias de la pérdida parcial de la dentición natural son numerosas y variadas. La mayoría de los clínicos señalan: 1. alteraciones estéticas; 2. disminución de la eficacia de la masticación; 3, inclinación, migración y rotación de los dientes restantes; 4. extrusión de dientes; 5. pérdida del apoyo para los dientes; 6. desviación mandibular; 7. atrición dental; 8. pérdida de la dimensión vertical; 9. disfunción de la articulación temporomandibular; 10. pérdida del hueso alveolar y reducción de los bordes residuales. La pérdida de los dientes naturales puede afectar la oclusión del paciente en varias formas. Tal vez afecte a los dientes restantes causando su inclinación, migración, rotación, extrusión, intrusión o atrición así como también puede desviarse la mandíbula. Algunos de los factores anteriores en especial la inclinación y

⁴⁷Lucas, L., et al. (2010). Estética en prótesis removible. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [29, julio, 2015] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v47n2/est11210.pdf>

⁴⁸Lucas, L., et al. (2010). Estética en prótesis removible. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [29, julio, 2015] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v47n2/est11210.pdf>

⁴⁹López, J. (2009). Prevalencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval. [En línea]. Consultado: [30, julio, 2015] Disponible en: <http://www.tvcop.org.pe/bib/tesis/JUDITHVERONICALOPEZOLIVERA.pdf>

migración de los dientes, puede reducir su apoyo periodontal y causar a si la pérdida del hueso alveolar. Algunas de las secuelas pueden originar la pérdida de la dimensión vertical de la oclusión y problemas en la articulación temporomandibular. La mayor parte 18 suele disminuir la eficacia en la masticación. Estos factores afectan de manera adversa, la salud y el bienestar de los individuos. (pp. 17 y 18)

Clasificación de Kennedy.

Investigando en la obra de López⁵⁰ (2009) cita que:

La Clasificación de Edward Kennedy, de 1925, tiene como fundamento la topografía, es decir, se basa en la relación que guardan las brechas edéntulas respecto a los dientes remanentes. Esta clasificación puede ser aplicada fácilmente a casi todas las situaciones edéntulas parciales, facilita el diagnóstico con la simple visión del modelo y es la clasificación más aceptada. La clasificación original de Kennedy contiene cuatro clases, con ciertas modificaciones:

Clase I Zonas edéntulas bilaterales localizadas posteriores a los dientes remanentes. Forma parte de las dentomucosoportadas.

Clase II Zona edéntula unilateral localizada posterior a los dientes naturales remanentes.

Clase III Zona edéntula unilateral con dientes naturales a cada lado de ella.

Clase IV Zona edéntula simple o única y bilateral localizada anterior a los dientes naturales remanentes, cruza la línea media. (p. 26)

Prótesis parcial removible.

Averiguando nuevamente en la obra de López⁵¹ (2009) refiere que:

La prótesis parcial removible (PPR) se dedica al reemplazo de dientes perdidos en un número importante y tejidos que lo rodean mediante prótesis diseñadas para ser removidos por el paciente. La PPR puede estar soportada sobre pilares anteriores tratándose con una prótesis dentomucosoportada, o prótesis a extremo libre. Una prótesis parcial puede ser extracoronal o intracoronal dependiendo del tipo de retención que se utiliza para mantenerla en boca. La prótesis parcial está hecha de una combinación de varios materiales dentales. Su estructura básica o armazón está fabricada de una o de varias aleaciones dentales disponibles en el mercado como oro, aluminio, cromo y cobalto. A

⁵⁰López, J. (2009). Prevalencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval. [En línea]. Consultado: [30, julio, 2015] Disponible en: <http://www.tvcop.org.pe/bib/tesis/JUDITHVERONICALOPEZOLIVERA.pdf>

⁵¹López, J. (2009). Prevalencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval. [En línea]. Consultado: [30, julio, 2015] Disponible en: <http://www.tvcop.org.pe/bib/tesis/JUDITHVERONICALOPEZOLIVERA.pdf>

esta armazón subyacente se fijan los dientes de restitución que pueden ser de acrílico, resina acrílica, porcelana o sus combinaciones. (p. 19)

Elaboración de una prótesis parcial removible.

Analizando en la obra de Preti⁵² (2008) cita los pasos de protocolo en la siguiente secuencia:

- Determinación de la estructura:
- Análisis en el paralelógrafo.
- Secuencia de diseño.
- Selección de los componentes.
- Preparación de la boca.
- Control y adaptación clínica de la estructura:
- Ajuste fisiológico.
- Principios de construcción del cuerpo protésico:
- Impresión de las áreas edéntulas: modelo modificado.
- Entrega e instrucciones al paciente. (p. 495)

⁵²Preti, G. (2008). Rehabilitación protésica. República de Colombia: Amolca.

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Tipo de trabajo.

Sistematización de prácticas.

3.2. Métodos.

Siguiendo los protocolos descritos en la obra de Schoen y Dean (1999) se realizó el tratamiento profiláctico. (Ver anexo 6).

Continuando los protocolos señalados en la obra de Barrancos, J. (2006) se realizó los tratamiento de operatoria dental con resina de las piezas #14, 17, 27 y 34 por caries dental; y de las piezas #25, 35, 36 y 45 por restauraciones deficientes. (Ver anexo 10).

Continuando los protocolos definidos en la obra de Chiapasco, M. (2004) se ejecutó el tratamiento de exodoncia de los restos radiculares #13, 26, 37, 46 y 47. (Ver anexo 7).

Siguiendo los protocolos referidos en la obra de Soares, I., y Goldberg, F. (2002) se realizó el tratamiento endodóntico por lesiones pulpares y periapicales de las piezas 11, 12, 21 y 22. (Ver anexo 8).

Siguiendo los protocolos explicados en la obra de Rosenstiel, S., Land, M., y Fujimoto, J. (2009) se realizó el tratamiento de cementación de postes y fabricación de muñón para la colocación de coronas metal porcelana en las piezas #11, 12, 21 y 22. (Ver anexo 9).

Siguiendo los protocolos descritos en la obra de Preti, G. (2008) se confeccionaron las prótesis parciales removibles superior e inferior para reemplazar las piezas 13, 15, 16, 24, 26, 37, 46 y 47. (Ver anexo 11).

Reforzamiento sobre las técnicas de cepillado y uso del hilo dental, además educación sobre limpieza y cuidado adecuado de las prótesis dentales.

3.3. Ética

Se consultó la participación voluntaria del paciente mediante un consentimiento informado por escrito (Ver anexo 2). Se informó en qué consistía el trabajo a realizar dándose a conocer que los datos no se emplearían para ningún otro fin ajeno a este trabajo y que en todo momento se manejarían con discreción, manteniendo estricta confidencialidad sobre los mismos.

La bioseguridad debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y normas que minimizan los riesgos del trabajador de salud de adquirir infecciones en el medio laboral.

Para evitar la propagación de las enfermedades o de contagio se debe interrumpir el proceso de transmisión de las mismas. Entonces es preciso tomar

controles preventivos tanto para el odontólogo como para proteger a las personas que están bajo su cuidado. Durante el trabajo es esencial tener en cuenta los principios básicos de bioseguridad.

3.4. Recursos.

3.4.1. Humanos.

Autor.

Tutor de sistematización de prácticas.

3.4.2. Materiales.

Fotocopias.

Fotografías.

Materiales de oficina.

Suministros de impresión.

Textos relacionados con el tema.

Caja de guantes.

Caja de mascarillas.

Paquete de campos operatorios.

Anestésicos.

Agujas descartables.

Hipoclorito de sodio.

Suero fisiológico.

Paquete de torundas de algodón.

Paquete de gasas.

Materiales e instrumentos de periodoncia.

Materiales e instrumentos de endodoncia.

Materiales e instrumentos de cirugía.

Materiales e instrumentos operatoria dental.

Materiales e instrumentos de prótesis fija.

Materiales e instrumentos de prótesis a placa removible.

3.4.3. Tecnológicos.

Cámara fotográfica.

Computadora.

Impresora.

Internet.

Cd ROM.

Memoria extraíble.

3.5. Presupuesto.

El presente trabajo de sistematización de prácticas tuvo un costo aproximado de \$665,28 financiado por el autor del mismo.

3.5.1. Tabla de presupuesto.

(Ver Anexo 3).

3.6. Cronograma.

(Ver anexo 4).

CAPÍTULO IV.

4. Resultados.

Se realizó el tratamiento para la gingivitis, mediante el destartraje y la profilaxis, eliminando el agente causal que producía esta enfermedad, su evolución fue favorable eliminando la inflamación y el enrojecimiento, devolviendo su estructura normal.

El paciente presentaba restos radiculares los cuales fueron extraídos para la confección de placas parciales removibles, el hueso alveolar y la encía cicatrizaron correctamente.

Radiográficamente a nivel anterosuperior en las piezas números 11, 12, 21 y 22 presentaban zonas radiolúcidas a nivel periapical, debido a una comunicación pulpar por restauraciones extensas y deficientes, se realizaron las necropulpectomía, eliminando el dolor y las molestias, las zonas radiolúcidas a nivel apical fueron disminuyendo al pasar los días.

El paciente presentaba caries dental y restauraciones de amalgamas deficientes, las cuales fueron eliminadas y remplazada por restauraciones de resina devolviendo la forma y funcionalidad al aparato estomatognático.

Debido a la perdida dentaria excesiva de las piezas 11, 12, 21 y 22 tratadas endodónticamente, se realizó la desobturación, colocación de postes y confección de

coronas metal porcelana, cuyo objetivo fue devolver la estética y funcionalidad del aparato estomatognático, las coronas no interfirieron en la oclusión, presentaron un buen sellado marginal evitando así la retención de la placa bacteriana que pueda afectar la encía marginal.

ANEXOS.

Anexo 1.

Ficha clínica 033.

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

Muy fuerte dolor en la pieza #21 y el dolor persiste sin aproximadamente, el dolor al tocarlo, la manifiesta como un dolor lancinante, agudamente, se ve una inflamación con grande que presenta fístulas

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

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

No refiere antecedentes

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL 120/80 FRECUENCIA CARDÍACA min. 86 TEMPERATURA °C 36° F. RESPIRAT. min. 18

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

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

sin patología aparente

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO 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	CÁLCULO	GINGIVITIS	LEVE	ANGLE I	LEVE
0-1-2-3	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	MODERADA	ANGLE II	MODERADA
0-1	0-1	0-1	0-1	0-1	SEVERA	ANGLE III	SEVERA
16	17	✓	55	1	1	0	
11	✓	21	51				
26	✓	27	65				
36	✓	37	75				
31	✓	41	71				
46	-	47	-	85			

8 INDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D	13	2	4	19
d				
				TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

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

Nota: Ficha clínica odontológica utilizada en el paciente de rehabilitación oral integral tratado en el periodo mayo-julio de 2015.
Elaborado por: Autor de este trabajo. Anexo 1.

Anexo 2.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado de los tratamientos odontológicos a realizar y entiendo que los resultados obtenidos serán parte del trabajo de titulación previo al título de odontólogo. Acepto ser participe en este trabajo de sistematización de prácticas. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante (representante).

____/____/____
Día mes año

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos del trabajo de sistematización de prácticas. Dejando claro en todo momento que la participación en este trabajo es totalmente voluntaria. Hemos contestado a las preguntas en la medida de lo posible y hemos preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Egresado de odontología.

Nombre del testigo.

Firma.

Elaborado por: Autor de este trabajo. Cap. III, p. 31.

Anexo 3.

Cuadro N. 1.

Presupuesto.

Cantidad.	Material.	Valor unitario.	Valor total.
1	Caja de guantes.	\$ 7,00	\$ 7,00
1	Caja de mascarillas.	\$ 6,50	\$ 6,50
6	Paquete de campos operatorios.	\$ 1,00	\$ 6,00
1	Paquete de anestésicos.	\$ 4,00	\$ 4,00
1	Paquete de agujas descartables.	\$ 6,00	\$ 6,00
1	Hipoclorito de sodio.	\$ 2,50	\$ 2,50
1	Suero fisiológico.	\$ 1,50	\$ 1,50
1	Paquete de torundas de algodón.	\$ 3,00	\$ 3,00
2	Paquete de gasas.	\$ 1,00	\$ 2,00
2	Espejos bucales.	\$ 2,00	\$ 4,00
2	Exploradores.	\$ 1,50	\$ 3,00
2	Bandejas porta instrumental.	\$ 6,00	\$ 12,00
1	Eúcida.	\$ 8,00	\$ 8,00
2	Desinfectante de manos.	\$ 3,50	\$ 7,00
1	Rema.	\$ 4,00	\$ 4,00
5	Cd.	\$ 2,00	\$10,00
2	Lápiz bicolor.	\$ 0,50	\$ 1,00
2	Borrador.	\$ 0,50	\$ 1,00
2	Esferográficos.	\$ 0,25	\$ 0,50
2	Carpeta.	\$ 0,40	\$ 0,80
2	Riñonera.	\$ 8,00	\$ 16,00
Materiales e instrumentos de periodoncia.		\$ 10,00	\$ 10,00
Materiales e instrumentos de endodoncia.		\$ 40,00	\$ 40,00
Materiales e instrumentos de cirugía.		\$ 10,00	\$ 10,00
Materiales e instrumentos de operatoria dental.		\$ 20,00	\$ 20,00
Materiales e instrumentos de prótesis fija.		\$ 200,00	\$ 200,00
Materiales e instrumentos de prótesis a placa removible.		\$ 70,00	\$ 70,00
Transporte.		\$ 80,00	\$ 80,00
Copias.		\$ 7,00	\$ 7,00
Impresiones.		\$ 30,00	\$ 30,00
Empastados.		\$ 32,00	\$ 32,00
Anillados.		\$ 10,00	\$ 10,00
SUBTOTAL:			\$ 604,80
IMPREVISTOS 10%.			\$ 60,48
TOTAL:			\$ 665,28

Nota: Presupuesto del trabajo de sistematización de prácticas.
Elaborado por: Autor de este trabajo. Anexo 3.

Anexo 4.

Cronograma.

Décimo novena promoción.

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

OPCION DE TRABAJO DE TITULACION: SISTEMATIZACION DE PRÁCTICAS

FECHAS	ACTIVIDADES A CUMPLIR
24 JULIO 2015	PRESENTACION DE LOS BORRADORES DEL INFORME
27,28,29, JULIO	PREDEFENSA
30JULIO- 7 AGOSTO	CORRECCIONES, REVISION GRAMATICAL, PLAGIO
11 DE AGOSTO	PRESENTACION DE INFORME FINAL DE SISTEMATIZACION DE PRACTICAS
12 – 17 AGOSTO	DEFENSA DEL TRABAJO DE TITULACION

Anexo 5.

Exploración del paciente



Figura N. 1: ingreso de paciente de rehabilitación oral integral.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 2: exploración clínica de la arcada inferior del paciente de rehabilitación oral integral.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 3: Exploración clínica de la arcada superior del paciente de rehabilitación oral integral.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.

Anexo 6.

Protocolo de periodoncia



Figura N. 4: sondaje periodontal.
Foto tomada por: Autor de este proyecto. Anexo.



Figura N. 5: destartraje, raspado y alisado de las superficies.
Foto tomada por: Autor de este proyecto. Anexo.

Anexo 7.

Protocolo de exodoncia



Figura N. 6: anestesia infiltrativa.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 7: sindesmotomía y luxación.
Foto tomada por: Autor de este proyecto. Anexo 7, p44.



Figura N. 8: prehensión mediante fórceps para realizar la avulsión.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 9: curetaje alveolar.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 10: formación del coagulo.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 11: formación del coagulo.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 12: verificación completa de todos los restos radiculares.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.

Anexo 8.

Protocolo de endodoncia



Figura N. 13: anestesia infiltrativa.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.

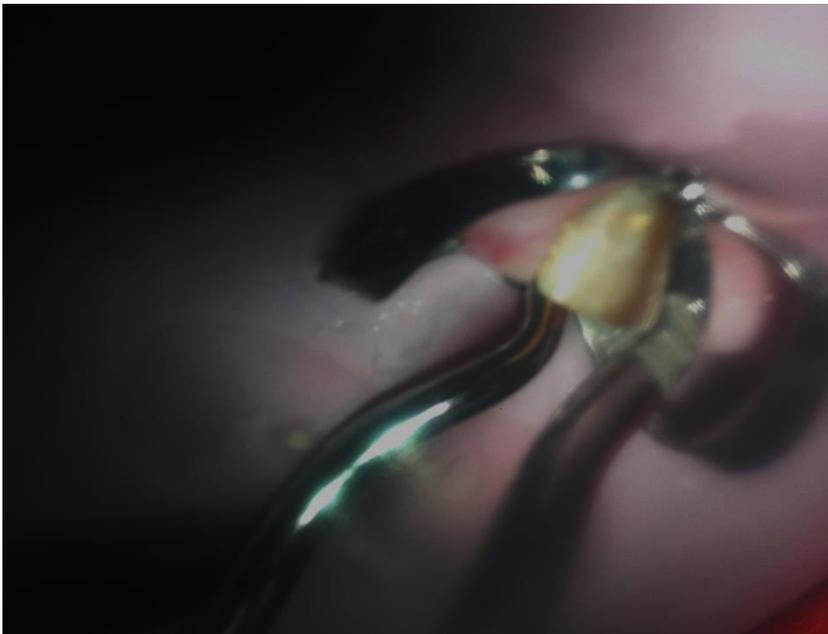


Figura N. 14: colocación del aislamiento absoluto.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 15: apertura coronaria y conformación cavitaria.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.

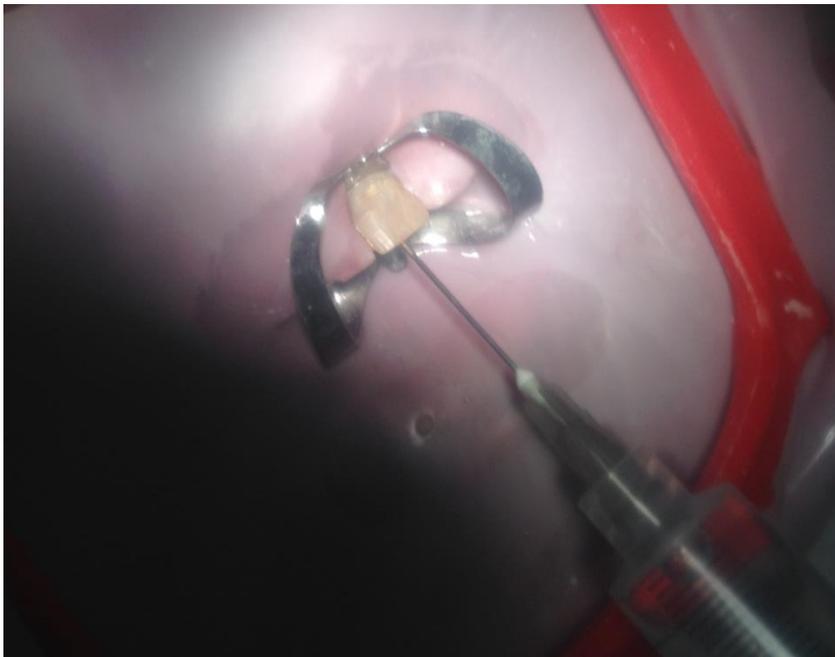


Figura N. 16: extirpación de la pulpa necrótica, lavado y desinfección.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 17: conformación de conducto radicular mediante instrumentación con limas tipo k de primera serie.

Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 18: preparación del conducto para la obturación, irrigación con aguja navit.

Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 19: colocación del cono maestro.

Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 20: secado con conos de papel.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 21: obturación del conducto radicular.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 22: corte de conos de gutapercha.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 23: aplicación del ionómero de vidrio para el sellado cameral.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.

Anexo 9

Protocolos de prótesis fija



Figura N. 24: eliminación de la resina y desobturación de los conductos.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 25: colocación y cementación de los poste radiculares.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 26: corte de los postes radiculares.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 27: tallado y conformación de los muñones.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 38: tallado y conformación de los muñones.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 29: finalización de los tallados dentarios.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 30: colocación del hilo retractor.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.

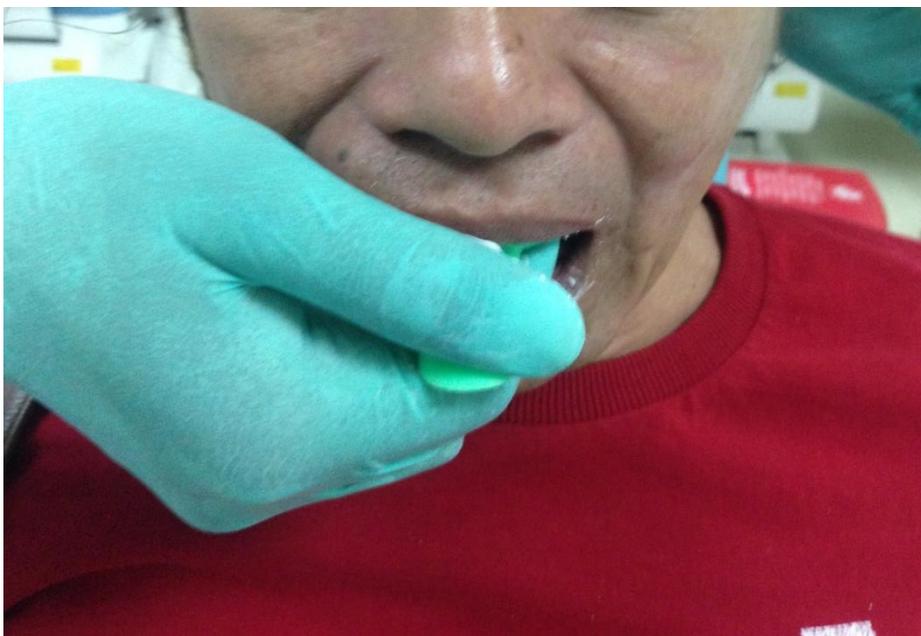


Figura N. 31: toma de impresión con silicona.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 32: impresión anatómica del paciente.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 33: prueba de metal.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 34: toma de color.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 35: prueba de biscocho y ajustes oclusales.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 36: cementación de las coronas.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.

Anexo 10.

Protocolo de operatoria dental



Figura N. 37: conformación cavitaria.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 38: aplicación del gravado ácido con ácido fosfórico al 37%.
Foto tomada por: Autor de este proyecto. Anexo 10, p58.

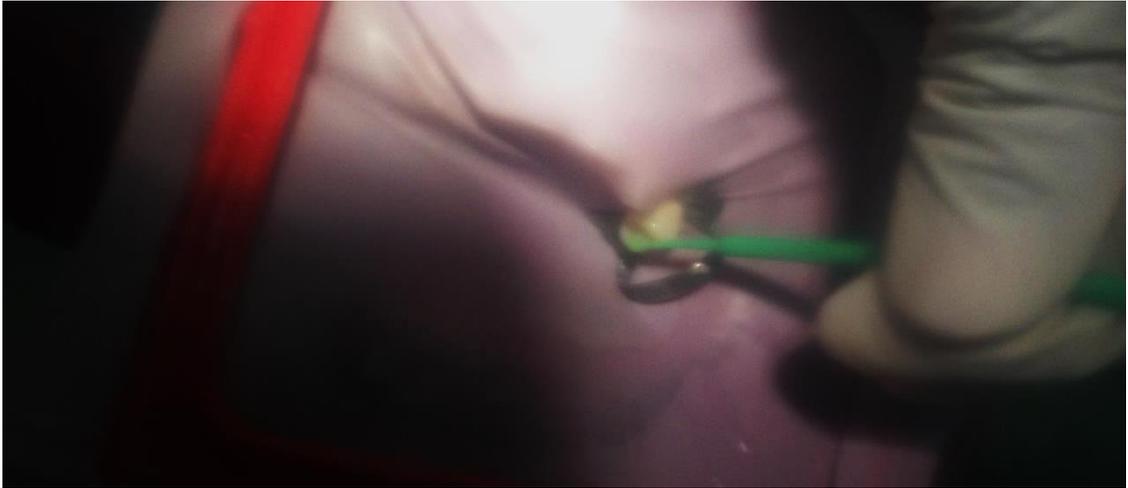


Figura N. 39: aplicación del sistema adhesivo.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 40: restauración de resina.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 41: imagen de las piezas inferiores.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 42: imagen de las piezas inferiores.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.

Anexo 11

Protocolo de prótesis removable



Figura N. 43: toma de impresión anatómica.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 44: impresiones anatómicas.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 45: elaboración del registro de mordida.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 46: registro de mordida.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 47: enfilado dental.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 48: prueba del enfilado.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 49: prueba del enfilado.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 50: entrega de placas.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 51: entrega de placas.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.

Anexo 12

Resultados



Figura N. 52: terminación de la rehabilitación oral.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 53: maxilar inferior.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 54: maxilar superior.
Foto tomada por: Autor de este proyecto.



Figura N. 55: radiografías obturaciones.
Foto tomada por: Autor de este proyecto

BIBLIOGRAFÍA.

- Álvarez, R., y Lazo de la Vega, M., (2002). Salud Pública y Medicina Preventiva. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno S.A.
- Barrancos, J. (2006). Operatoria dental: integración clínica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Bascones, A. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances Medido-Dentales.
- Bergenholtz, G., Horsted-Bindslev, P., y Reit, C. (2011). Endodoncia. Estados Unidos Mexicanos: Editorial El Manual Moderno.
- Chiapasco, M. (2004). Cirugía Oral: texto y atlas a color. Reino de España: Masson.
- Cortesi, V. (2008). Manual práctico para el auxiliar de Odontología. Reino de España.
- Eley, B., Soory, M., y Manson, J. (2012). Periodoncia. Reino de España: Elsevier.
- Fernández, M., et al. (2012). Lesiones periapicales agudas en pacientes adultos. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2015] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v49n2/est04212.pdf>
- Fotek, I. (2014). MedlinePlus. Encías sangrantes. [En línea]. Consultado: [14, junio, 2015] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003062.htm>
- Gay Escoda, C., y Berini Aytés, L. (2004). Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I. Reino de España: Ergón.
- Lindhe, J., Karring, T. y Lang. N. (2003). Periodontología clínica e implantología odontológica. República de Argentina. Editorial Médica Panamericana.
- López, J. (2009). Prevalencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval. [En línea].

Consultado: [30, julio, 2015] Disponible en:
<http://www.tvcop.org.pe/bib/tesis/JUDITHVERONICALOPEZOLIVERA.pdf>

Lucas, L., et al. (2010). Estética en prótesis removible. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [29, julio, 2015] Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/est/v47n2/est11210.pdf>

Mirabal, M., et al. (2014). Urgencias por caries dental en pacientes de 4 a 12 años. Municipio Píntu, Venezuela. 2011. Revista Médica Electrónica. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2015] Disponible en:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol1%202014/tema04.htm>

Ospina, F. (2013). Guía de Atención en Rehabilitación Oral. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2015] Disponible en:
http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/guia_atencion_rehabilitacion_or_al_abril_2013.pdf

Philip, J., Eversole, L. y Wysocki, G. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Reino de España: Elsevier.

Preti, G. (2008). Rehabilitación protésica. República de Colombia: Amolca.

Propdental. (2013). Caries mal tratada. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2015] Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/caries-mal-tratada/>

Regezi, J., y Sciubba, J. (2000). Patología bucal: Correlaciones clinicopatológicas. Estados Unidos Mexicanos: McGraw-Hill Interamericana de México.

Rodríguez, Ruiloba y Herdoiza. (2010). Manual de Educación para la Salud Bucal. República del Ecuador: Coordinación de promoción de la salud.

Rosenstiel, S., Land, M., y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea. Reino de España: Elsevier Mosby.

Rubio, J., et al. (1997). Criterios mínimos de los estudios epidemiológicos de salud dental en escolares. Revista Española de Salud Pública. [En línea]. Consultado: [30, julio, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n3/salud_dental.pdf

Salud y Medicinas. (2015). Salud Bucodental. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2015] Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/bucodental/definicion/salud-bucodental.html>

Schoen, D. H.; Dean, M. C. (1999). Instrumentación periodontal. Reino de España: Editorial Masson.

Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo del Gobierno Nacional de la República del Ecuador. (2013). Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2015] Disponible en: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>

Serrano-Granger, J., y Herrera, D. (2005). La placa dental como biofilm: ¿Cómo eliminarla? [En línea]. Consultado: [06, agosto, 2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v10n4/puesta3.pdf>

Soares, I., y Goldberg, F. (2002). Endodoncia: técnica y fundamentos. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Téllez, L., et al. (2009). Rehabilitación con coronas completas de metal-cerámica y prótesis parciales removibles convencionales. Revista de Investigación de la UNMSM. [En línea]. Consultado: [30, julio, 2015] Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/2872/2451>

Tur, E. (2011). Gingivitis. Características y prevención. Enfermería Dermatológica. [En línea]. Consultado: [06, agosto, 2015] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4080825>