



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Trabajo de titulación.

Tema:

Rehabilitación oral de paciente con edentulismo bilateral posterior. Periodo de
abril – julio de 2015.

Autor:

Pablo Alexander Villavicencio Cantos.

Tutora:

Odo. Jessica Valentina García Loor.

Portoviejo – Provincia Manabí – República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE TUTORA DE SISTEMATIZACIÓN PRÁCTICAS.

Odo. Jessica Valentina García Loor, Tutora del trabajo de sistematización de prácticas, tiene a bien certificar que el egresado, Pablo Alexander Villavicencio Cantos, ha realizado el trabajo sistematización de prácticas: Rehabilitación oral de paciente con edentulismo bilateral posterior. La misma que fue ejecutada bajo mi asesoramiento, habiendo demostrado en ella eficiencia, capacidad y responsabilidad durante la rehabilitación realizada, particular que comunico a ustedes para los fines pertinentes. Certifico que se culmina dicho proceso de diagnóstico y rehabilitación con la consumación de una propuesta restauradora que deja como respuesta un adecuado criterio de integración funcional y formal.

De esta manera, considero que se encuentra concluido en su totalidad, el trabajo de tesis de grado previo a la obtención del título de Odontólogo, la que estuvo bajo mi dirección y supervisión.

Odo. Jessica Valentina García Loor.

Tutora.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Los suscritos, miembros del tribunal de revisión y sustentación del trabajo de titulación: Rehabilitación oral de paciente con edentulismo bilateral posterior, ha sido presentado y realizado por el egresado Pablo Alexander Villavicencio Cantos. Ha cumplido con todo lo señalado en el reglamento interno de graduación, previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tribunal.

Dra. Lucía Galarza Santana. Mg.Gs.

Coordinadora de la carrera.

Odo. Jessica Valentina García Loor.

Tutora.

Dra. Bernardita Navarrete Menéndez. Mg.Gs.

Miembro del tribunal.

Dr. Fabricio Loor Alarcón. Mg.Ge.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad del informe, argumentos, análisis y resultados del presente trabajo de Sistematización de Practicas, titulado: Rehabilitación oral de paciente con edentulismo bilateral posterior, son exclusivas del autor, y los derechos de autoría corresponde a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Pablo Alexander Villavicencio Cantos.

Autor.

AGRADECIMIENTO.

Han sido largos caminos para alcanzar un triunfo universitario, por eso con este trabajo expreso mi infinita gratitud, empiezo agradeciéndole a Dios ya que me iluminó cada paso de este recorrido, a mi mamá Narcisa Cantos Ibarra que fue el pilar fundamental para llegar hasta este lugar tan anhelado, a mi papá Freddy Villavicencio Arcentales que fue ese motor para caminar hacia la meta, a mis hermanos Andrés y Paola, a mi mayor impulso como lo es mi abuelita Fanny Ibarra García cariñosamente Fanicita.

Gracias a todos ustedes he podido alcanzar esta meta esperada en lo académico, aunque parecía mentira que un día empezó como una ilusión ahora se vuelve una realidad.

Le agradezco a mi tía Lucy Ibarra por esos hermosos consejos y de mucho aliento que fueron fundamentales para no dejarme caer, de igual manera a mis compañeros de aulas.

Finalmente a los docentes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por brindarme todo ese conocimiento adquirido, el cual me servirá a lo largo de esta carrera para ser un correcto profesional con ética y educación, que me ayudara a mejorar el bienestar colectivo de la comunidad.

Pablo Alexander Villavicencio Cantos.

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo a mis padres Freddy y Narcisa, a mis hermanos Andrés y Paola, a mi abuelita Fanicita, que son mi ejemplo de perseverancia y guía, porque han sido la inspiración y el impulso que he necesitado para no decaer en este logro. Porque no hay excusa para no continuar estudiando cuando se tienen las ganas de emprender algo nuevo que me servirá para avanzar.

A mi familia en general, porque me han apoyado durante mis estudios en la carrera de Odontología, y en todos los emprendimientos que me han tocado solventar.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo y su cuerpo docente en la carrera de Odontología, los llevare siempre en mi corazón porque me ayudaron a mejorar en mi crecimiento como persona, y a mis compañeros de aulas, por los momentos compartidos, para juntos avanzar en este proyecto educativo.

Pablo Alexander Villavicencio Cantos.

RESUMEN.

Se llevó a cabo la rehabilitación oral de un paciente con presencia de múltiples afecciones bucodentales, en la cual se procedió a la eliminación de varios restos dentales con presuntivas afecciones apicales, se realizó sin complicación alguna y con una correcta regeneración de la gingiva.

Debido a la visibilidad de una fistula y caries demasiadas profundas se realizaron tratamientos pulpares (Endodoncia), estos dieron resultados positivos para el paciente. Así mismo se captó la aparición de carie dentinaria y desgastes dentales con poca cantidad de corona dental, por tal motivo se procedieron a realizar las restauraciones respectivas y un tratamiento que correspondió en un aparato funcional removible para levantar la mordida, previo a las incrementaciones dentales.

Se finalizó el tratamiento con prótesis fija y removible debido a la presencia de edentulismo bilateral posterior, estas ayudaron a una mayor funcionabilidad del paciente, tantos fonéticos, estéticos y masticatorios. El paciente me quedó muy agradecido por el trabajo realizado en las clínicas odontológicas, ya que se le devolvió la funcionabilidad del sistema estomatognático.

Palabras clave: restos radiculares, patologías pulpares, caries dentales, edentulismo.

ABSTRACT.

The oral rehabilitation of a patient with presence of multiple oral diseases was conducted. The elimination of several dental remains with presumptive apical conditions was performed without any complication and with a correct regeneration of the gingiva.

Because of the visibility of a fistula and deep cavities, pulp treatments (endodontics) were performed with positive results. Also the appearance of dentinal caries and dental wears with little amount of dental crown were captured. For that reason, the respective restorations and treatment in a removable functional appliance to raise the bite prior to dental increases were carried out.

Treatment with fixed and removable prosthesis due to the presence of bilateral posterior edentulous was completed. This helped to achieve greater functionality of the patient in the phonetic, aesthetic and masticatory aspects. Patient was very grateful for the work done in dental clinics of the University as this enabled the return of the functionality of the stomatognathic system.

Key words: radicular remains, pulp pathologies, dental caries, edentulous.

ÍNDICE.

Certificación de tutora de sistematización de prácticas.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	IX
Introducción.	1
Capítulo I.	2
1. Problematización.	2
1.1. Tema.	2
1.2. Planteamiento del problema.	2
1.3. Delimitación.	3
1.4. Justificación.	3
1.5. Objetivos.	5
1.5.1. Objetivo general.	5
	IX

Capítulo II.	6
2. Marco Teórico Conceptual.	6
2.1. Historia clínica actual.	6
2.2. Rehabilitación oral.	10
2.3. Periodoncia.	11
2.4. Operatoria dental.	14
2.5. Ortodoncia.	16
2.6. Prótesis parcial removible.	19
2.7. Prótesis fija.	22
2.8. Cirugía.	25
2.9. Endodoncia.	27
Capítulo III.	31
3. Marco Metodológico.	31
3.1. Modalidad de trabajo.	31
3.2. Método.	31
3.3. Ética.	32
3.4. Marco administrativo.	33
3.5. Cronograma.	39
Capítulo IV.	40
4. Resultado.	40

Anexos.

42

Bibliografía.

INTRODUCCIÓN.

Paciente de 39 años de edad, el cual presenta un cuadro clínico complicado, por la presencia múltiple afecciones bucodentales.

Al paciente se le realizó un diagnóstico exhaustivo donde utilizamos ficha clínica 033, en la que se pudo constatar la presencia de varios restos radiculares, afecciones pulpares (fístula), y caries dentarias. Esta rehabilitación se empezó ejecutando una profilaxis dental de ambas arcadas dentarias, por lo consiguiente se llevó a cabo las respectivas exodoncias de los restos radiculares de las piezas dentales número 24 y 28, sin complicación alguna y con una buena cicatrización.

De la misma manera se procedió a realizar los tratamientos de conductos (Endodoncia), en las piezas dentarias número 15, 11 y 21, las cuales fueron favorables para el paciente ya que se alivió el dolor, como estas piezas dentales presentaban desgastes dentarios se realizaron coronas metal-cerámica en las piezas dentarias número 11 y 21, en la que se le devolvió su estética y fonética.

Se reconstruyeron algunas piezas dentales a nivel incisal, además se restauraron varios dientes en la que presentaban caries dentales, además de su respectiva prótesis parcial removibles en ambas arcadas dentaria por motivo de su edentulismo bilateral posterior.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Rehabilitación oral de paciente con edentulismo bilateral posterior. Periodo de Abril – Julio de 2015.

1.2. Planteamiento del problema.

El edentulismo se define como la pérdida de dientes y se da como resultado de diversos procesos multifactoriales como la caries dental, enfermedad periodontal, patologías pulpares y traumatismos dentales.

A nivel mundial se ha evidenciado una deficiente higiene oral, encontrándose un alto nivel de pérdidas de piezas dentarias por diferentes causas patológicas. Así como lo indica el sitio web Visión Dental el edentulismo parcial es un estado de salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca, lo que ocasiona una disminución de la capacidad masticatoria.

En la República de Perú, las personas comienzan a perder las piezas dentarias desde muy corta edad, debido a diversos factores. Según el Minsa (Ministerio de Salud).

La caries dental y la enfermedad periodontal son enfermedades predominantes en la mayoría de peruanos, ya que al menos 90 de cada 100 personas las padecen.

En la Universidad San Gregorio de Portoviejo, no se ha realizado un estudio que trata de un paciente con edentulismo bilateral posterior, el cual por medio de una rehabilitación integral se procederá a devolver las funciones bucodentales del paciente.

1.3. Delimitación.

Campo: salud.

Área: odontología.

Aspecto: rehabilitación oral.

Delimitación espacial: clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, en el cantón Portoviejo, provincia Manabí, República del Ecuador.

Delimitación temporal: periodo abril – julio 2015.

1.4. Justificación.

Mediante la sistematización de prácticas podemos mejorar la salud bucal de la población, desempeñando el objetivo 3 del Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017,

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Gobierno Nacional de la República del Ecuador¹ (2013) en el que mantiene que:

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

La Universidad San Gregorio de Portoviejo mediante la sistematización de prácticas ayudó a la comunidad en especial a las personas de bajos recursos económicos, para que reciban una mejora en la salud oral. Con este acto se pudo aportar a los avances académicos de la odontología en este establecimiento. Por esta razón este trabajo es de mucha importancia, ya que se les permitió a los estudiantes tener un avance en lo práctico y teórico.

Este trabajo se justifica tomando en cuenta las capacitaciones recibidas durante el lapso de mi preparación, en la cual pude fortalecer conocimientos y formas metodológicas que me permitieron desarrollar las actividades con responsabilidad y eficiencia, adquiriendo destrezas para rehabilitar a un paciente con edentulismo bilateral posterior.

¹Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo del Gobierno Nacional de la República del Ecuador. (2013). Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017. [En línea]. Consultado: [11, agosto, 2015] Disponible en: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>

Un paciente de 39 de edad será el beneficiado por la rehabilitación que se procedió en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, el cual estuvo satisfecho con los resultados.

1.5. Objetivos.

1.5.1. Objetivo general.

Rehabilitar la cavidad oral de paciente con edentulismo bilateral posterior.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Conceptual.

2.1. Historia clínica actual.

El paciente Edwin Adalberto Meza Vélez, de sexo masculino, con 39 años de edad, de raza mestiza, domiciliado en la Cdla. Cevallos de la Parroquia “Pacheco”, con antecedentes de salud aparente. El paciente presenta dolor y aumento de volumen en las región anterosuperior con presencia de fistula en la pieza dental número 11.

Manifiesta que en la región anterior el dolor es de tipo lancinante intenso, desde hace varios días, que se intensifica al consumir alimentos fríos. Se alivia con Meloxicam de 15 mg. cada 12 horas. No se irradia y no presenta síntomas acompañantes. En cambio, en el sector lateral derecho refiere una hipersensibilidad de corta duración al consumir alimentos fríos.

Antecedentes patológicos personales: No refiere.

Antecedentes patológicos familiares: Tiene antecedentes paternos de Diabetes Mellitus tipo II.

No refiere alergias.

Examen físico general.

El paciente normolíneo, se encuentra consiente, ubicado en tiempo y espacio; deambula sin dificultad. No presenta fascies patognomónica de ninguna enfermedad. Se encuentra normotérmico, con piel normocoloreada, sin lesiones visibles. No se observan tumoraciones ni edema. Fáneras sin alteraciones, pelo de implantación y consistencia normal. No presenta onicomicosis ni signos indirectos de onicofagia. Mucosas húmedas y normocoloreadas con panículo adiposo conservado. No se evidencia visceromegalia. Frecuencia cardíaca: 80 por minuto y Tensión arterial: 110/70 mm Hg. La respiración es nasal con una frecuencia de 16 por minuto.

Examen extraoral.

Al examen físico extraoral de la cabeza y cuello el paciente no presenta patología aparente (SPA), no se palpan Adenopatías.

Examen intraoral.

Inspección.

Podemos observar en el paciente la presencia de restos radiculares de las piezas dentales número 24 y 28, patologías pulpares en las piezas dentales número 15, 11 y 21, además caries dentinales en las piezas dentales número 12, 22, 27 y 45, también ausencia de las piezas dentales número 17, 16, 14, 25, 26, 38, 37, 36, 35, 34, 46, 47 y 48. (Ver anexo 1).

De acuerdo al CPO nos indica que existen 6 piezas dentales cariadas, 15 piezas dentales perdidas.

En el paciente pudimos observar la presencia de placa bacteriana la cual es una película pegajosa compuesta por bacterias y azúcares que se forma y adhiere constantemente en los dientes. Es la principal causa de las caries y de enfermedad de las encías y pueden endurecerse y convertirse en sarro si no se retira diariamente.

La encía se encontró con su color característico rosado pálido, con una consistencia normal.

En los carrillos no se observó ninguna patología ni cambios en su color.

El suelo de la boca lo encontramos muy bien humedecido, con sus glándulas salivales sin presentar alguna anomalía.

Las amígdalas estas normales sin inflamación y nódulos linfáticos normales.

El paladar duro y el paladar blando se observaron normales con su color rosado e humedecidos, no encontramos aumento de volumen en esta.

Palpación.

No se presenta movilidad alguna en las piezas dentarias.

Percusión.

Horizontal: está en estado negativo.

Vertical: encontramos positivo las piezas dentales número 15 y 11.

Exámenes complementarios indicados.

Radiografía panorámica.

Examen de laboratorio.

Examen radiográfico.

En cuanto a los resultados radiológicos el cual pudimos observar que en:

Maxilar superior. Observamos:

Restos radiculares.

Absceso alveolar en la pieza número 11.

Ligamento periodontal.- se encuentra ligeramente ensanchado en las piezas 15 por distal, en la 11 a nivel del ápice y en la 21 por mesial.

Cresta alveolar.- pérdida ósea horizontal de las piezas dentales número 13, 12, 11, 21, 22, 23.

Ausencia de las piezas número 17, 16, 14, 25, 26.

Maxilar inferior. Observamos:

Ausencia de piezas número 38, 37, 36, 35, 34, 46, 47, 48.

Reborde alveolar.- normal (hueso compacto y huesos esponjoso).

Ligamento periodontal.- normal.

Crestas alveolares.- pérdida ósea horizontal de las piezas dentales número 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45.

Diagnóstico presuntivo.

Restos radiculares en el sector lateral piezas dentales número 24 y 25.

Pulpitis en las piezas dentales número 15, 11 y 21.

Caries dentarias en las piezas dentales número 12, 22, 27 y 45.

Presencia de placa bacteriana en ambas arcadas dentarias.

Espacios edéntulos de la arcada superior e inferior.

2.2. Rehabilitación oral.

La rehabilitación oral es una parte de la odontología, que en conjunto con diferentes especialidades permitirá devolver las funciones bucodentales de manera estética, fonética y masticatoria.

Según Becerra² (2001) dice que:

La estética dental se ve influida por varios factores, por ejemplo los siguientes: la forma y la proporción dentaria, el color, el tamaño y la posición de los dientes. Otros factores relacionados incluyen la posición de los labios durante la sonrisa y su relación con la visibilidad dentaria; la estética gingival; la simetría de la dentición y la relación de la línea media dental con la línea media labial y facial. (pp. 247-252)

Lucas³ (2010) menciona 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. Los implantes propiciaron una mejoría significativa, con relación a las prótesis removibles, debido a su funcionalidad. (pp. 224-235)

2.3. Periodoncia.

De acuerdo con la obra de Carranza y Sznajder⁴ (1996) argumentan que:

Se denomina periodoncia al conjunto de tejidos integrado por la encía (gingiva) y los tejidos de sostén del diente (hueso alveolar, ligamento periodontal y cemento radicular). El cemento radicular –anatómicamente parte del diente- es considerado parte del periodoncio, por tener un origen embrionario común con el ligamento periodontal y el hueso alveolar, servir, justamente con estos tejidos, para el sostén del diente y compartir con ellos numerosos procesos nosológicos. (p. 1)

²Becerra, G. (2001). Fundamentos estéticos en rehabilitación oral. Parte I: Factores que influyen en la estética dental. Proporciones "doradas". Estética facial. *Internacional de Prótesis Estomatológica.*, 247-252. [en línea]. Consultado: [11, agosto, 2015] Disponible en: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=150017>

³Lucas, L. (2010). Estética en prótesis removibles. *Cubana Estomatol.*, 47.(2.), 224-235. [en línea]. Consultado: [11, agosto, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000200011

⁴Carranza, F., & Sznajder, N. (1996). *Compendio de Periodoncia.* (5 ed.). Buenos Aires.: Panamericana.

Según Eley, Soory y Manson⁵ (2012) expresan que:

Encía.

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

Margen gingival.

La encía marginal forma un manguito de 1-2mm de ancho alrededor del cuello del diente y es la pared externa del surco gingival, de 0-2mm de profundidad. La encía marginal puede separarse del diente mediante la manipulación cuidadosa con una sonda roma.

Encía insertada.

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

La encía insertada es un mucoperiostio firmemente unido al hueso alveolar subyacente.

Ligamento periodontal.

Un ligamento es una unión que suele juntar dos huesos. La raíz del diente está conectada a su alveolo en el hueso alveolar por un tejido conjuntivo denso y fibroso que puede considerarse como un ligamento. (pp. 1-5)

La placa bacteriana es una película adherida al diente de forma pegajosa, está compuesta por bacterias y la acumulación de azúcares que inician a nivel del cuello dental.

Analizando la obra de Harris y García⁶ (2005) expresaron que:

La mayor parte de las superficies naturales poseen su propia cubierta de microorganismos o biopelícula adaptada al hábitat particular. La formación de la placa dental de ninguna manera tiene características únicas y solo refleja un caso aislado de un fenómeno natural muy difundido y antiguo. (p. 19)

⁵ Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2012). *Periodoncia*. (6. ed.). Barcelona.: Elsevier.

⁶ Harris, N., & García, F. (2005). *Odontología preventiva primaria*. (2 ed.). Mexico.: Manual moderno.

Protocolo del control de la placa bacteriana.

Informar al paciente sobre lo que se le va a realizar.

Limpieza con ayuda de las diferentes curetas.

Cepillado con pasta profiláctica.

Enjuague bucal.

Fluorización con cubetas.

Gutierrez⁷ (2006) expresa que:

Clásicamente se ha considerado la profilaxis como la administración pre- o perioperatoria de un antibiótico para la prevención de una complicación infecciosa local y/o sistémica y sus correspondientes consecuencias clínicas.

La finalidad de la profilaxis antibiótica en cirugía es prevenir la posible aparición de infección a nivel de la herida quirúrgica, creando un estado de resistencia a los microorganismos mediante concentraciones antibióticas en sangre que eviten la proliferación y diseminación bacteriana a partir de la puerta de entrada que representa la herida quirúrgica. (pp. 151-181)

Analizando la obra de Gispert, Cantillo, Rivero y Oramas⁸ (1998) mencionan que:

Se analiza comparativamente el efecto de un gel dental de clorofila y de una crema dental con propóleos rojos sobre varios parámetros relacionados con la caries dental, en escolares que se cepillaron durante 21 días con dichos productos. Se obtuvieron resultados favorables principalmente en la disminución del grado de infección por *Streptococcus mutans* y la elevación de la capacidad individual de

⁷ Gutierrez, J. (2006). Documento de consenso sobre la utilización de profilaxis antibiótica en cirugía y procedimientos dentales. *Cirugía Oral y Maxilofac.*, 28.(3.), 151-181. [en línea]. Consultado: [11, agosto, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582006000300001

⁸ Gispert, E., Cantillo, E., Rivero, A., & Oramas, B. (1998). Estudio comparativo del efecto del cepillado con una crema dental con propóleos rojos y de un gel con clorofila. *Cubana Estomatol.*, 35.(3.), 112-118. [en línea]. Consultado: [11, agosto, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75071998000300008&script=sci_arttext

remineralización; salvo en este último no hubo diferencias estadísticamente significativas. (pp. 112-118)

2.4. Operatoria dental.

La operatoria dental no es más que el estudio del conjunto de procedimientos que tienen por objetivo devolver al diente a su equilibrio biológico, cuando por distintas causas se ha alterado su integridad estructural, funcional o estética.

De acuerdo con Macchi⁹ (2007) informa que:

El trabajo clínico odontológico se planifica y organiza a partir del diagnóstico de estado que presenta el paciente. Este diagnóstico permite establecer su estado de salud, el posible riesgo de que contraiga una enfermedad o su estado de enfermedad.

La falta de salud de los tejidos mineralizados del diente (esmalte, dentina y cemento) puede estar causada por falta de sustancia (falta de formación por problemas generalmente de origen embriológico), pérdida de sustancia por procesos infecciosos (traumatismos, erosiones, abrasiones) o por presencia de tejidos deficientes (calcificación deficiente o pigmentación irreversible). (p.115)

⁹ Macchi, R. (2007). *Materiales dentales*. (4. ed.). Buenos Aires.: Panamericana.

Según el libro de Barrancos¹⁰ (2006) se pudo comprobar que: “Si el aislamiento absoluto es correcto, se puede restaurar con composites fluidos y adhesivos de última generación y ionorresinas; si no se puede aislar, el material indicado es el ionómero vítreo y, como alternativa, el compómero” (p. 1021).

Según Barrancos¹¹ (2006) menciona que:

El esmalte está constituido por materia inorgánica, agua y materia orgánica (proteínas y lípidos).

El esmalte superficial en un espesor de 0.1 a 0.2 mm tiene menos materia orgánica que el esmalte subyacente. Si desgastamos con una piedra de diamante, eliminamos esta capa superficial más resistente y menos reactiva y dejamos expuesto un esmalte con menor resistencia y mayor susceptibilidad al ataque de las caries. El mayor grado de calcificación del esmalte superficial se debe a su constante exposición a la saliva cargadas de iones fosfato y carbonato de calcio. (p.307)

Protocolo para realizar una restauración.

Aislamiento de la pieza.

Eliminación de la caries.

Conformación de la cavidad.

Grabado de la superficie.

Lavado y secado.

Colocación de adhesivo (bonding).

¹⁰Barrancos, M. J. (2006). *Operatoria dental integración clínica*. (4. ed.). Buenos Aries.: Panamericana.

¹¹Idem.Barrancos, M. J. (2006). *Operatoria dental integración clínica*. (4. ed.). Buenos Aries.: Panamericana.

Colocación de resina.

Pulido.

Según Nocchi¹² (2008) nos indica que:

Preparación del diente: como se trata de lesiones no cariosas, no hay necesidad de realizar desgaste dental antes de la ejecución de la restauración. La única excepción es la posibilidad de realizar bisel en el área de esmalte localizada en dirección incisal u oclusión de la lesión cervical, cuando exista una elevada exigencia estética del caso clínico, por ejemplo, en pacientes con sonrisa alta o cuando el profesional opte por la colocación de sistema adhesivo autocondicionante, pues este funciona mejor sobre el esmalte instrumentado. (p. 295)

Analizando la obra de Rodriguez y Pereira¹³ (2008) mencionan que:

Las resinas compuestas se modifican para obtener color, translucidez y opacidad, para de esa forma imitar el color de los dientes naturales, haciendo de ellas el material más estético de restauración directa. Inicialmente, las resinas compuestas se indicaban solo para la restauración estética del sector anterior. Posteriormente y gracias a los avances de los materiales, la indicación se extendió también al sector posterior. Entre los avances de las resinas compuestas, se reconocen mejoras en sus propiedades tales como la resistencia al desgaste, manipulación y estética. (pp. 381-392)

2.5. Placa reposicionable.

La placa removible se constituye una base de acrílico que contacta con los dientes, el proceso alveolar y en el caso de maxilar superior, también con el paladar. Esta placa o base, se mantiene fija a la arcada dental mediante elementos de sujeción, de tal modo que

¹² Nocchi, E. (2008). *Odontología restauradora: salud y estética*. (2. ed.). Buenos Aires.: Panamericana.

¹³ Rodriguez, D., & Pereira, N. (2008). Evolución y tendencias actuales en resinas compuestas. *Scielo.*, 46.(3.), 381-392. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000300026&lng=es&nrm=iso&tng=es

el paciente puede retirarla y colocarla él mismo, llevándolas temporalmente según las indicaciones ortodónticas.

Según Greene¹⁴ (2004) dice que:

Los ortodoncistas de todo el mundo siempre se han sentido interesados y preocupados por las alteraciones de las articulaciones temporomandibulares (TMD, Temporomandibular Disorders). Es natural que su interés en el desarrollo de la oclusión a partir del crecimiento dentoesquelético incluya un significativo compromiso con la salud de las ATM. Sin embargo, los conceptos ortodónticos de lo que se considera una oclusión ideal no llevan automáticamente a un concepto ideal de la morfología y de las relaciones de ambas ATM. Todavía, muchas autoridades de la ortodoncia presentan sus particulares puntos de vista de cómo las ATM están o deben estar relacionadas con las situaciones oclusales previas y posteriores al tratamiento. Inevitablemente ello ha conducido al desarrollo de muy distintos conceptos y procedimientos para conseguir articulaciones saludables mediante el tratamiento ortodóntico, pero no es tan evidente que todos estos procedimientos deban ser vistos como científicamente válidos. (pp. 106-112)

Analizando la obra de Godoy, Palacio y Naranjo¹⁵ (2008) informan que:

El bruxismo afecta un gran porcentaje de la población. A pesar de las investigaciones realizadas con el objetivo de conocer su curso, no es bien conocido y por tanto no es bien tratado debido a su etiología multifactorial. Las alteraciones patológicas, como hábitos orales, maloclusiones, malas condiciones sistémicas y trastornos en las etapas del sueño, hacen que aumente el tono muscular por estímulo de estructuras cerebrales y diferentes neurotransmisores que se relacionan con el bruxismo nocturno. La actividad rítmica de los músculos masticatorios, son interpretadas por los sistemas de controles superiores generando cambios en las funciones normales. Como consecuencias de estas alteraciones se pueden presentar mialgias, desgaste o destrucción de los dientes, daños periodontales y articulares. Esta revisión analiza signos, síntomas y la etiopatogenia, desde el punto de vista histológico, estructural y funcional, la relación con los sistemas de control superior

¹⁴ Greene, C. (2004). Lo que un ortodoncista no puede ignorar acerca de los trastornos de las articulaciones temporomandibulares. *Ortodoncia Clínica*, 106-112. [en línea]. Consultado: [11, agosto, 2015] Disponible en: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=323054>

¹⁵ Godoy, L., Palacio, A., & Naranjo, M. (2008). Acción e influencia del bruxismo sobre el sistema masticatorio. *CES Odontología*, 21(1), 61-70. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4951536>

y sus manifestaciones a nivel dental, muscular, la ATM y el periodonto. (pp. 61-70)

Protocolo para la realización del aparato funcional removible.

Toma de impresión.

Vaciado para el modelo de estudio.

Elaboración del arco vestibular y retenedores.

Acrilado de la placa ortodóncica removible.

Pulido y adaptación.

Según Selva, Mañes, Oteiza, Fernández y Granell¹⁶ (2002) nos dice que:

Los hidrocoloides irreversibles o alginatos son uno de los materiales de impresión más utilizados en la práctica clínica. El objetivo de este estudio es evaluar la deformación elástica de este material según el tiempo que se demore en vaciar la impresión y en función de las condiciones en que se efectúe su almacenamiento. Se tomaron 250 impresiones con 2 materiales de hidrocoloide irreversible a un bloque de metal (ADA nº18). Se hicieron tres grupos con las impresiones en función de las condiciones de almacenamiento hasta el vaciado (expuestas al medio ambiente, envueltas en una servilleta de papel mojada y en una bolsa de plástico con retardadores del vaciado). Con estas impresiones se hicieron cinco grupos en función del tiempo hasta el vaciado con escayola dental (vaciado inmediato, a 1, 3, 24 y 72 h.). Se tomaron 10 medidas con un microscopio óptico de la distancia entre las líneas F y G de los modelos de escayola. De los tres sistemas de almacenamiento probados, la menor deformación se produjo cuando las impresiones se vaciaron a las 3 h. De ser tomadas. El uso de retardadores de vaciado ha demostrado ser efectivo cuando se produce el vaciado a las 72 h. De tomada la impresión. (pp. 214-220)

Según Mayta, Mendoza y Zeballos¹⁷ (2012) nos dice que:

¹⁶Selva, E., Mañes, J., Oteiza, B., Fernández, L., & Granell, M. (2002). Comportamiento de la distorsión de los hidrocoloides irreversibles según las condiciones de vaciado. *Quintessence Técnica.*, 214-220. [en línea]. Consultado: [13, agosto, 2015] Disponible en: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=164846>

La prótesis removible de resina es un aparato protésico que se coloca a nivel de la cavidad oral con el fin restituir las piezas dentarias naturales perdidas por diversas causas como: traumatismos, caries y enfermedad periodontal. Es así que la prostodoncia removible como una de las especialidades dentro del campo odontológico permite restablecer la funcionalidad del sistema estomatognático, mejorar la calidad de vida del paciente aumentando la capacidad masticatoria, además de mejorar la estética y la función fonética a través del uso de las prótesis removibles dentales, totales o parciales, las cuales pueden ser confeccionadas con resinas acrílicas que están compuestas a base de metacrilato de metilo y polimetacrilato de metilo, componentes que al reaccionar uno con otro, se polimerizan, dando como resultado un plástico duro de color similar al de los tejidos orales, tomando colores diferentes en función a la marca y grado de translucidez, pudiendo añadirse a los mismos, materiales que simulen los capilares de la mucosa oral.(pp. 1158-1163)

2.6. Prótesis parcial removible.

Las prótesis removibles son aquellas que se soportan en el reborde marginal, con ayuda de retenedores. Estas son de contextura rígida, las cuales estas compuestas de una base de acrílico y retenedores metálicos, para darle una mayor estabilidad a la misma y poder realizar su función correctamente.

Según Rendón¹⁸ (2006), pronuncia que:

La prótesis parcial removible está constituida por diversos elementos que desempeña una función determinada. Su definición se fundamenta en el Glosario de Términos Prostodónticos de la Academia de Prostodoncia, en el cual representa un lenguaje universal en esta area de la odontología.

Los elementos de la prótesis parcial removible son:

- 1) retenedores directos.
- 2) retenedores indirectos.
- 3) conectores menores.
- 4) conectores mayores.
- 5) bases.
- 6) dientes artificiales protésicos. (p. 7)

¹⁷ Mayta, C., Mendoza, G., & Zeballos, L. (2012). Prótesis Removible de Resina. *Actualización Clínica Investiga*, 24, 1158-1163. [en línea]. Consultado: [13, agosto, 2015] Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000900007&script=sci_abstract

¹⁸ Rendón, R. (2006). *Prótesis Parcial Reemovible, Conceptos Actuales, Atlas de Diseño*. Buenos Aires.: Panamericana.

Mallat y Mallat¹⁹ (2004), nos dicen que:

El tipo de anclaje utilizado en esta prótesis es por ganchos o simplemente sin ellos, por succión y adhesión del paladar.

Los ganchos retentivos será de 0,9 o 1 mm de grosor, colados y adaptados al diente pilar, habiendo marcado previamente el ecuador dentario; y el reciproco puede ser otro gancho colado de 1,2 mm.

También pueden construirse ganchos forjados retentivos incorporados a la resina, aunque son redondos y tienden a desactivarse y pueden deformarse con facilidad. (pp. 22,23)

Según Molin y Gunne²⁰ (2014)_informan que:

Esta clasificación se basa en la localización de las brechas edéntulas:

Clase I. La PDPR tiene áreas edéntulas bilaterales sin pilares posteriores (brechas edéntulas a extremo libre).

Clase II. La PDPR tiene una brecha edéntula unilateral de extremo libre.

Clase III. Todas las áreas edéntulas de la PDPR están limitadas, es decir, el paciente tiene dientes remanentes a cada lado de la brecha edéntula.

Clase IV. La PDPR presenta un espacio edéntulo único en la región anterior. Si existen otras brechas edéntulas, la prótesis se clasifica como una Clase III. (pp.170, 171)

Protocolo para la elaboración de prótesis parcial removible.

Toma de impresión con alginato.

Vaciado para el modelo de estudio.

Registro de mordida.

Selección de color.

¹⁹ Mallat, E., & Mallat, S. (2004). *Prótesis parcial removible y sobredentaduras*. Madrid.: Elsevier.

²⁰ Molin, M., & Gunne, J. (2014). *Protesis removible*. Caracas.: Amolca.

Prueba del enfilado en cera.

Adaptación final de la prótesis.

Analizando la obra de Perez²¹ (2008) menciona que:

Para las impresiones se requiere un material que presenten características concretas para conseguir resultados óptimos con los implantes. Así el material de impresión debe ser inocuo, exacto y compatible con un modelo de piedra para que no se distorsione mientras este fraguando. Debe tener un color brillante y diferente a la mucosa para identificarlo con facilidad si se desprende una parte de la impresión y queda en el sitio al retirarla. Además poseer buena resistencia a la ruptura para evitar desprendimientos al retirarlo de la boca. Si se deja parte del material de impresión pueden producirse infecciones, resorción ósea y fracaso de los implantes. Es importante que sea inodoro e insípido. A menudo, el paciente está consciente durante la intervención y si el material huele o sabe mal puede comprometer la colaboración del paciente y provocar problemas innecesarios. (pp. 370-374)

Marin, Fernandez y Masson²² (2005) mencionan que:

La mordida constructiva o mordida de trabajo, es el registro de la relación oclusal sobre un rollo de cera, que se realiza directamente en la boca del paciente y cuyo objetivo es mejorar las relaciones intermaxilares en los 3 planos del espacio. Aunque hay algunos autores que no la emplean para construir sus aparatos funcionales, consideramos que es indispensable para la confección de estos. Existen controversias en cuanto a la magnitud de la mordida, tanto en sentido sagital como vertical. En este trabajo se plantean las consideraciones diagnósticas a tener en cuenta previa al registro de mordida, así como las principales variantes de este, según las técnicas funcionales más utilizadas.

Preparación del rollo

- Ablandar en la llama una hoja de parafina.
- Hacer un rollo de 1 cm de espesor, aproximadamente, esto dependerá de la anomalía a tratar y la técnica que se vaya a emplear.

²¹ Perez, S. (2008). Consideraciones para la toma de impresión de prótesis sobre implantes. *Scielo.*, 46.(3.), 370-374. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000300024&lng=es&nrm=iso&tlng=es

²² Marin, G., Fernandez, R., & Masson, R. (2005.). Registro de mordida. Algunas consideraciones. *Cubana de Estomatología.*, 42.(2.), 0-0. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072005000200005&script=sci_arttext&tlng=en

- Conformarlo y adaptarlo sobre el modelo inferior, debe ir por lingual de los incisivos y hasta la mitad oclusal del último molar brotado.
- Llevar el rollo a la arcada del paciente, readaptarlo y marcar la línea media. (¶)

Según Lima y López²³ (2012) nos dice que:

En el campo odontológico existen diversos materiales y técnicas para el montaje de dientes artificiales en una prótesis dental, para un alineamiento de dientes artificiales de acrílico sobre un modelo de yeso odontológico previo a una impresión bucal, que representa la desdentación del paciente; en dicha prótesis el montaje de dientes se realiza con el uso de los siguientes materiales: el articulador semiajustable, y el arco facial, (que establecen una copia mecánica de los movimientos mandibulares con relación a la articulación temporomandibular del paciente). Un paso fundamental en el diseño de la prótesis es la selección de los dientes artificiales, para lo que se toma en cuenta, el tamaño, color y forma de los en relación a las características propias de cada individuo, después de lo cual se ejecuta la muestra con la manipulación de placas de registro de articular, que es un material termo-formable que replica toda la superficie de un modelo definitivo de yeso odontológico, por encima del cual se hace el rodete de cera (que representa a los arcos dentarios) y en este rodete se realiza el enfilado dentario para su posterior acrilado, pulido y entrega en base a las exigencias y necesidades del paciente. (pp. 1164-1169)

2.7. Prótesis fija.

Una corona es una restauración individual para una pieza dentaria, también puede ser llamada funda. Esto es porque en realidad las coronas se colocan sobre el diente natural del paciente, previamente tallado y con un acabado cervical adecuado.

Rosenstiel, Land y Fujimoto²⁴ (2009), mencionan que:

²³ Lima, G., & López, E. (2012). Técnicas de Montaje de Dientes en Prótesis. *Bolivianas.*, 24., 1164-1169. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000900008&script=sci_abstract

²⁴ Rosenstiel, S., Land, M., & Fujimoto, J. (2009). *Prótesis Fija Contemporánea* (4 ed.). Barcelona: Elsevier.

El tratamiento con prótesis fija consiste en la sustitución o restauración de los dientes naturales mediante la colocación de análogos artificiales que se van a mantener fijos en la boca. Sus objetivos son la restauración de la estética, el restablecimiento de la función y el mantenimiento de la comodidad. El tratamiento con prótesis fija puede aportar un elevado nivel de satisfacción tanto al paciente como al dentista. Puede transformar una dentición en mal estado, con aspecto poco atractivo y una función deficiente en una oclusión sana y cómoda capaz de proporcionar varios años de correcto funcionamiento y, al mismo tiempo, mejorar en gran medida la estética. (p. 3)

Analizando la obra de Escuin²⁵ (2005), nos indica que:

La confección de una prótesis fija representa una secuencia que desea recoger el colado de las estructuras metálicas.

Este proceso se realiza continuamente en Prótesis Dental y podríamos afirmar que si el colado del metal es minucioso y recoge la precisión requerida, obtendremos el éxito de la restauración protésica fija.

En su secuencia, el alumno deberá tener en cuenta:

- 1- el montaje del articulador.
- 2- el análisis de los factores o determinantes de la oclusión.
- 3- la anatomía oclusal.
- 4- la anatomía dentaria.
- 5- el respeto de los tejidos periodontales.
- 6- las posibles distorsiones debidas a la utilización de distintos materiales, sometidos a importantes cambios térmicos.
- 7- los resultados obtenidos y la posible solución a los problemas que se puedan encontrar.
- 8- las implicaciones que el procedimiento de obtención de las estructuras metálicas tiene sobre la utilización de materiales estéticos, ya sean plásticos o cerámicos. (p. 8)

Protocolo para la realización de coronas dentales.

Toma de impresión.

Vaciado para el modelo de estudio.

Tallado de la pieza dentaria.

²⁵ Escuin, T. (2005). *Prótesis Dental I: guía de práctica*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Provisional.

Aplicación de hilo retractor.

Impresión con material adhesivo.

Prueba y desgaste del metal.

Toma de color de la corona.

Provisional.

Prueba en biscocho.

Cementado definitivo.

Eliminación de exceso de cemento.

Analizando la obra de Martínez, Pradies, Suarez y Rivera²⁶ (2007), nos mencionan que:

Estética

La estética es otro factor determinante en la elección de estos sistemas. En la clínica diaria, la mayoría de las situaciones las resolvemos con las técnicas ceramometálicas, y no cabe duda de que con estas restauraciones se consiguen unos resultados estéticos más que aceptables, pero nunca alcanzan la naturalidad de la prótesis cerámica. Esto se debe a que la cofia metálica impide el paso de la luz, reduciendo la profundidad del color. En cambio, la cerámica sin metal, al permitir la transmisión de la luz a través del cuerpo del diente, consigue mayor mimetismo. (pp. 253-263)

Según Restrepo y Ardila²⁷ (2010) nos dicen que:

²⁶ Martínez, F., Pradies, G., Suarez, M., & Rivera, B. (2007). Cerámicas dentales: clasificación y criterios de selección. *Scielo.*, 12.(4.), 253-263. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2007000300003&script=sci_arttext

Cementos

Para cementar las coronas y las prótesis parciales fijas se utilizan cementos basados en agua o basados en polímeros. Los basados en agua incluyen el fosfato de zinc, el policarboxilato de zinc y el cemento de ionómero de vidrio. Este último se subclasifica en tradicional y reforzado con metal. Los cementos basados en polímeros son el ionómero de vidrio combinado con partículas poliméricas y los cementos resinosos. Con respecto a los cementos de ionómero de vidrio, los estudios demuestran que es citotóxico para los odontoblastos, siendo mayor el efecto con los cementos resino-modificados que con los convencionales. En dos estudios recientes, se evaluó la viabilidad in vitro de las células pulpares expuestas a diferentes tipos de cementos de ionómero de vidrio. Se observó que la viabilidad disminuyó de una manera más dramática en términos de número y metabolismo celular con cementos resino-modificados como el vitremer, el vitrebond y el Ketat molar, que con los convencionales como el fuji II. (pp. 19-30)

Analizando la obra de Galarreta y Kobayashi²⁸ (2007) menciona que:

Una rehabilitación protésica fija solo será satisfactoria si las diferentes etapas de su elaboración, desde el diagnóstico hasta la cementación definitiva, y mantenimiento posterior son atendidas cuidadosamente. La impresión de los dientes soporte y de las estructuras adyacentes es una etapa que sobresale por su valor estratégico, pues representa el paso de la situación clínica a la mesa de laboratorio. Por tanto el profesional busca un material que sea capaz de reproducir con exactitud los detalles de la preparación precisa en sus dimensiones y formas. (pp. 5-10)

2.8. Cirugía.

Analizando el libro de Donado y Martínez²⁹ (2014), podemos hablar de la exodoncia en general, la cual nos dice: “La Exodoncia, término introducido por Winter, es la parte de la cirugía bucal que se ocupa, mediante unas técnicas y un instrumental adecuados, de practicar la avulsión de un diente o porción de este del lecho óseo que lo alberga” (p. 179).

²⁷ Restrepo, D., & Ardila, C. (2010). Reacciones adversas ocasionadas por los biomateriales usados en prostodoncia. *Avances en Odontostomatología*, 26.(1.), 19-30. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852010000100003&script=sci_arttext

²⁸ Galarreta, P., & Kobayashi, A. (2007). Estudio comparativo de la exactitud dimensional de tres materiales de impresión elastoméricos utilizados con y sin aplicación de adhesivos en prótesis fija. *Estomatol. Herediana*, 17.(1.), 5-10. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1019-43552007000100002&script=sci_arttext

²⁹ Donado, M., & Martínez, J. (2014). *Cirugía bucal. patología y técnica*. Barcelona.: Elsevier.

Cuando se trata de restos radiculares, los cuales deben ser extraídos ya que pueden generar cualquier tipo de infección dentaria, estos restos deben ser retirados con una técnica de manera simple debido a que aún presenta tejido donde elevar, ya que de manera contraria se podría realizar de manera más compleja con incisión y levantamiento de colgajo.

Protocolo para realizar una exodoncia.

Aplicación de Anestesia.

Sindesmotomía.

Aplicación de fuerzas con elevador.

Extracción de la pieza dental con fórceps.

Curetaje alveolar.

Limado de hueso.

Irrigación del alveolo.

Cierre de tabla.

Medicación.

Según Gay y Berini³⁰ (2004) mencionan que:

Sindesmotomía

Se desinserta el diente del ligamento circular del periodonto. Puede realizarse con el sindesmotomo (Chompret), un botador o incluso con el mismo forceps, pro siempre ejerciendo movimientos muy suaves. El instrumento se introduce en el surco gingival para cortar las fibras que se insertan en el margen gingival al cuello dentario y las fibras transeptales que pasan de un diente al contiguo.

Luxación.

Se ejecuta con el botador o elevador, introduciendo la punta progresivamente e el alvelo por las cras vestibular y mesial con ligeros movimientos en dirección vestíbulo lingual-palatino y con otros muy prudentes en entid mesiodistal.

Prensión.

Debe realizarse con el forceps idóneo. Este instrumental tiene unas reglas que deben respetarse puesto que en caso contrario se convierte en un rompenueces.

Tracción.

Debe realizarse con el forceps correspondiente, controlando la fuerza que no debe ser exagerada, sino rítmica y constante, no “in crescendo”, y sin perden nunca la presa. No hay que efectuar movimientos vilentos, repentinos o espasmodicos.

Avulsión.

Esta se consigue cuando la cortical mas delgada generalmente la externa cede, momentos em el cual pueda ejercerse una fuerza extrusiva o de tracion dental. (pp. 227,228)

Analizando la obra de Romero, Herrero, Torres y Gutierrez³¹ (2006) nos dice que:

Analgésicos

Al ser su mecanismo de acción diferente al de los AINE, pueden asociarse a ellos, bien «a demanda», es decir, cuando el paciente note que necesita aumentar la analgesia y siempre con estrecho control por parte del clínico, o bien de manera pautada, entre las tomas del AINE de base. Los analgésicos que utilizaremos serán los analgésicos antipiréticos o los opioides si llegaran a ser precisos.

Entre los analgésicos antipiréticos aconsejamos utilizar el paracetamol, del que existe una amplia experiencia en nuestro país, a dosis de 500 mg a 1 g hasta 3 o 4 veces al día, sin exceder los 4g/día, no debiendo olvidarse que aunque se trata de un fármaco muy seguro, no está exento de efectos adversos, especialmente su hepatotoxicidad. En casos de preverse una inflamación postoperatoria leve puede prescribirse este fármaco de manera aislada, sin asociarlo a un AINE, a dosis de 1g cada 6 u 8 horas. (pp. 205-215)

³⁰ Gay, C., & Berini, L. (2004). *Tratado de Cirugía bucal*. Madrid: Ergon.

³¹ Romero, M., Herrero, M., Torres, D., & Gutierrez, J. (2006). Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica: Una aproximación racional. *Scielo*, 11.(2.), 205-215. [en línea]. Consultado: [13, agosto, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000200005

2.9. Endodoncia.

La pulpa es un tejido muy vascularizado e innervado, el cual recorre todo el diente en su extensión que va desde los cuernos pulpares hasta la parte apical, se encuentra protegido por la dentina en todo su contorno, es el tejido que reacciona cuando se presenta un problema en el diente por la cual pueda sufrir.

Este órgano dental puede ser afectado por diversos factores, ya sean de manera sistémica o por agresiones al diente como caries o traumatismos.

Soares y Goldberg³² (2002), relatan que:

La iniciación al estudio de la endodoncia presupone el conocimiento de la anatomía interna del diente, importante para apertura coronaria, la localización de los conductos radiculares y para su preparación. Una visión detallada de la cavidad pulpar es condición imprescindible para el estudio y el aprendizaje práctico para esta rama de la odontología. Esto permitirá iniciar con mayor seguridad el tratamiento endodóntico. (p. 25)

Según Tortolini³³ (2003) menciona que:

Sensibilidad dentaria es la respuesta dolorosa de la dentina ante ciertos estímulos normales, térmicos químicos o táctiles.

Aparece en restauraciones defectuosas, caries, cúspides rotas, tratamientos conservadores, bruxómanos, etc.

Las 2 causas más frecuentes de su aparición son: la pérdida de esmalte (atrición, bruxismo, abrasión, erosión) y la recesión gingival (enf. periodontal, cepillado, traumatismos y cirugía periodontal).

³² Soares, J., & Goldberg, F. (2002). *Endodoncia Técnica y Fundamentos*. Buenos Aires.: Panamericana.

³³ Tortolini, P. (2003.). Sensibilidad dentaria. *Scielo*, 19.(5.), 233-237. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852003000500004

La exploración microscópica de las superficies clínicamente hipersensibles ha demostrado que son áreas de dentina expuesta por retracción gingival, abrasión, erosión terapéutica periodontal, restauraciones defectuosas o caries.

Los tratamientos dentales pueden iniciar o favorecer la aparición de los síntomas.

Las técnicas periodontales pueden crear o aumentar la exposición de las superficies radiculares.

Las caries o preparaciones de coronas por el profesional también inducen sensibilidad, lo mismo pueden producir las coronas temporales o permanentes sobre los dientes tallados y las técnicas de blanqueamientos dentales. (p. 233-237)

Protocolo para tratamiento endodóntico.

Anestésias.

Prueba de clamps.

Colocación del aislamiento absoluto.

Eliminación de caries.

Apertura de la cavidad.

Localización de conducto.

Radiografías periapicales.

Limado de conducto.

Secado de conducto con conos de papel.

Desinfección de los conos de gutapercha.

Condensación.

Ionómero.

Restauración.

Analizando la obra de Martínez³⁴ (2009) nos dice que:

Mecanismo de acción.

Los anestésicos locales impiden la propagación del impulso nervioso disminuyendo la permeabilidad de canal del sodio, bloqueando así la fase inicial del potencial de acción. Para ello deben atravesar la membrana nerviosa, puesto que su acción farmacológica fundamental la llevan a cabo uniéndose al receptor desde el lado citoplasmático de la misma. (p. 9)

Torabinejad y Walton³⁵ (2010) mencionan que:

Aberturas de acceso.

Las aberturas de acceso endodóntico dependen de la anatomía y morfología de cada uno de los grupos de dientes. En general, el diseño de la preparación de acceso depende de la morfología de la cámara pulpar. La anatomía interna se proyecta en la superficie externa. los principales objetivos de las aberturas de acceso son: 1) la localización de todos los conductos; 2) el acceso en línea recta y sin impedimentos de los instrumentos hasta el tercio apical o la primera curva (si existe) de los conductos; 3) la supresión del techo de la cámara y de todo tejido pulpar coronal, y 4) la conservación de la estructura dental. (p.236)

³⁴ Martínez, A. (2009). *Anestesia bucal. Guia practica*. Buenos Aires.: Panamericana.

³⁵ Torabinejad, M., & Walton, R. (2010). *Endodoncia. principios y practicas*. (4 ed.). Barcelona.: Elsevier.

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de trabajo.

Sistematización de prácticas.

3.2. Método.

Se rehabilitó la cavidad bucal de un paciente de 39 años de edad en la Universidad San Gregorio de Portoviejo, mediante un diagnóstico de la ficha clínica 033. (Ver Anexo 2).

Este trabajo se realizó durante un periodo de tres (3) meses, para el cual se lo logró siguiendo el protocolo respectivo.

Cumpliendo con los pasos descritos en la obra de Gutierrez (2006), se realizó la profilaxis dental. (Ver anexo 6.)

Siguiendo los pasos de la obra de Nocchi (2008), se realizó la restauración dental. (Ver anexo 6.)

Efectuando el protocolo de los autores Selva, Mañes, Oteiza, Fernández y Granell (2002), pude realizar la impresión dental para el caso de la aparatología funcional removible. (Ver anexo 6.)

Analizando con la obra de Rendón (2006), se realizó la prótesis parcial removible. (Ver anexo 6.)

Examinando la obra de Escuin (2005), pude realizar las coronas dentarias. (Ver anexo 6.)

Investigando la obra de Soares y Goldberg (2002), se pudo conocer la anatomía interna del diente, previo a la realización de la pulpitis.

3.3. Ética.

Al paciente que se intervino en este estudio, se le consultó su participación voluntaria, además se le informó en qué consiste el trabajo a realizar, así como también se

le dio a conocer que la información de este designio podrá ser publicado como artículo científico, de tal manera se le hizo firmar un documento de consentimiento por su participación. (Ver anexo 1).

3.4. Marco administrativo.

Recursos.

Humanos.

Tutor.

Autor.

Materiales para la elaboración del trabajo de sistematización de prácticas.

Bolígrafo.

Hojas de papel.

Lápiz bicolor.

Borradores.

Materiales para diagnóstico.

Guantes.

Mascarillas.

Radiografías.

Campos operatorios.

Barra de gutapercha.

Lámpara de alcohol.

Hielo.

Materiales para profilaxis.

Gasas.

Algodón.

Cepillos profilácticos.

Cubetas descartables.

Frasco de flúor.

Pasta profiláctica.

Suero fisiológico.

Materiales para cirugía.

Anestésico.

Anestésico tópico.

Agujas.

Gasas.

Jeringas.

Suero fisiológico.

Cotonete.

Materiales para operatoria dental.

Fresas de variado diámetro.

Fresas de pulir.

Ácido dental.

Aplicadores.

Bonding.

Resinas varios tonos.

Láminas de acetato.

Lijas interproximales.

Ionómero.

Succión dental.

Papel articular.

Materiales para endodoncia.

Anestesia.

Anestesia tópica.

Cotonete.

Agujas.

Dickets de goma.

Fresas de diferente diámetro.

Succión dental.

Hipoclorito de sodio.

Jeringas.

Limas tipo K.

Espaciadores.

Conos de papel.

Conos de gutapercha.

Sealapex.

Alcohol.

Gasas.

Algodón.

Lámpara de alcohol.

Ionómero.

Materiales para ortodoncia.

Alginato.

Yeso.

Alambre número 8.

Acrílico rápido polvo.

Acrílico rápido líquido.

Aislante.

Materiales para prótesis fija.

Alginato.

Yeso.

Material de impresión (pesado y liviano).

Fresas de diferente diámetro.

Dientes de acrílico.

Acrílico rápido polvo.

Acrílico rápido líquido.

Hilo retractor.

Cemento para corona.

Papel articular.

Algodón.

Materiales para prótesis removible.

Alginato.

Yeso.

Lamina de cera.

Rodete de cera.

Aislante.

Alambre número 8.

Dientes de acrílico.

Acrílico curado polvo.

Acrílico curado líquido.

Tecnológicos.

Copias.

Computadora.

Impresora.

CD.

Pendrive.

Cámara.

Internet.

Económicos.

Durante la realización de este trabajo, se generó un gasto de \$519,97.

3.5. Cronograma.

(Ver anexo 4).

CAPÍTULO IV.

4. Resultado.

Se pudo constatar que mediante la ficha clínica 033 el paciente necesitaba de una rehabilitación integral, así con la ayuda de exámenes extra e intraoral y exámenes complementarios, se logró el objetivo planteado.

Se eliminó la placa bacteriana y cálculo supragingival con la ayuda de curetas y cepillo profiláctico, con esto se le dió una mayor higiene y un mejor aspecto a su cavidad oral.

Se realizó la exodoncia de los restos radiculares, por medio de esto se evitó que se propagara una patología apical, además se pudo lograr un buena cicatrización y que el hueso quedara totalmente regularizado.

También pudimos realizar las endodoncias respectivas a los dientes afectados, los cuales fueron de gran satisfacción para el paciente, se permitió efectuar el respectivo drenaje de la fístula para que se regenerara correctamente la encía.

Por la presencia de edentulismo posterior, se realizaron las respectivas prótesis parciales removibles, estas fueron la de mayor beneficio ya que se devolvió la mayor parte de función tanto masticatoria y estética, además estas ayudaron al realce de las mejillas.

Una vez que se culminó la rehabilitación integral, el paciente me quedó muy agradecido con el trabajo realizado durante este periodo, y por haberle devuelto la completa funcionabilidad de su cavidad bucal, de forma estética y masticatoria.

Anexo 1.

Planilla de consentimiento informado.

Yo, el abajo firmante, _____

Con residencia en _____

Yo, Edwin Adalberto Meza Vélez, con C. I. 130828454-4, hago constar que el estudiante Pablo Alexander Villavicencio Cantos, de la “Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo”, me informó exhaustivamente de las características de mi enfermedad y las necesidades de salud, además de los riesgos relacionados con la intervención y rehabilitación. Estoy consciente de los mismos y accedo por mi libre albedrío a ser tratado por él.

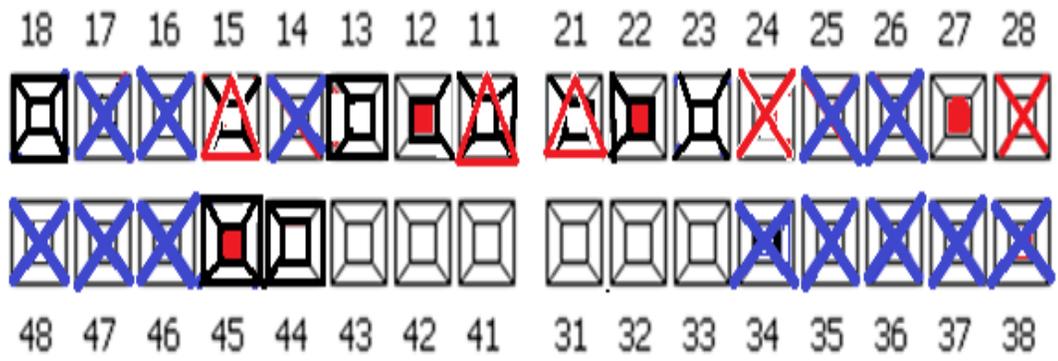
Accedo a cooperar con el estudiante en todo el proceso y cumplir sus indicaciones. Estoy de acuerdo con que los datos personales y odontológicos descritos sean utilizados con propósitos docentes en la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Nombre y firma del participante.

Anexo 2.

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA										
			M	F												
MENOR DE 1AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA									
1 MOTIVO DE CONSULTA							ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE									
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL							SINTOMAS: CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.									
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES																
1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO							
4 SIGNOS VITALES Y MEDICIONES							NO APLICA									
PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA min	FRECUENCIA RESPIRAT. min	TEMPERATURA BUCAL °C	TEMPERATURA AXILAR °C	PESO kg	TALLA m										
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO							DESCRIBIR LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO									
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS									
9. GLANDILLAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. ATM	12. GANGLIOS													
6 ODONTOGRAMA																
SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA Caries ○ Restaurac. / Retos radic. F Corona C Prótesis remov. ∩ Prótesis total □ Sellante * Extracción X Ausente A Trat. endodon. I Prótesis fija. 0-0 Usar color ROJO para Patología actual AZUL para tratamientos odontológicos realizados																
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL												CARIES				
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA																
PIEZAS			PLACA	CALCULO	GINGIVITIS	ENF. PERIODONTAL		MALOCCLUSION		FLUOROSIS		D	C	P	O	TOTAL
			0-1-2-3-9	0-1-2-3	0-1	LEVE	ANGULO I	LEVE					c	e	o	TOTAL
16	17	55				MODERADA	ANGULO II	MODERADA								
11	21	51				SEVERA	ANGULO III	SEVERA								
26	27	65														
36	37	75														
31	41	71														
46	47	85														
TOTALES																

Anexo 3.



Anexo 4.

Cronograma de Trabajo de Titulación: Sistematización de Prácticas.

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

					Informes
12	6-10 Julio			21	Elaboración de Informe
13	13-17 Julio			21	Elaboración de Informe
14	20-24 Julio			20	Elaboración de Informe
TOTAL DE HORAS		120	80	200	

Anexo 5.

Cantidad	Material	Precio Unitario	Precio Total
1	Pasta Profiláctica	\$4,00	\$4,00
1	Cepillo Profiláctico	\$0,25	\$0,25
1	Cubeta Desechable Para Flúor	\$0,50	\$0,50
1	Flúor	\$6,50	\$6,50
1	Suero Fisiológico	\$3,50	\$3,50
1	Paquete de Gasas	\$1,50	\$1,50
7	Jeringa Descartable De 10ml	\$0,10	\$0,70
7	Anestésico	\$0,50	\$3,50
7	Aguja Para Carpule	\$0,15	\$1,05
1	Limas K – Files de 1ra. Serie	\$7,00	\$7,00
1	Hipoclorito De Sodio	\$5,00	\$5,00
1	Fresa Redonda	\$2,00	\$2,00
1	Conos De Papel	\$7,00	\$7,00
1	Conos De Gutapercha	\$7,00	\$7,00
1	Selapex	\$28,00	\$28,00
1	Coltosol	\$10,00	\$10,00
1	Paquete de Torundas De Algodón	\$0,50	\$7,00
1	Caja De Diques De Goma	\$0,50	\$19,00
1	Paquete De Succionador	\$0,05	\$5,00
3	Agujas Navitive	\$3,00	\$9,00
1	Limas Hedstrom	\$7,50	\$7,50
1	Porción de Resinas	\$15,00	\$15,00
1	Ionomero De Vidrio de fotocurado	\$4,00	\$4,00
1	Fresa Cilindrica	\$1,50	\$1,50
1	Fresa Cono Invertido	\$1,50	\$1,50
1	Fresa Troncoconica	\$1,50	\$1,50
1	Fresa Alpina	\$2,00	\$2,00
1	Alginato	\$7,00	\$7,00
2	Yeso Extra Duro	\$1,50	\$1,50
1	Yeso Modelo	\$1,50	\$1,50
1	Fresa De Balón	\$1,00	\$1,00
1	Fresa De Llama	\$1,00	\$1,00
1	Hilo Retractor	\$8,00	\$8,00
1	Porción de material de Impresión Pesado (Exaflex)	\$10,00	\$10,00
1	Porción de material de Impresión Liviano (Exaflex)	\$5,00	\$5,00
1	Acrilico En Polvo Rapido	\$0,60	\$0,60

1	Acrílico Líquido Rápido	\$0,60	\$0,60
1	Plaqueta Dientes Artificiales Anteriores	\$1,70	\$1,70
1	Plaqueta Dientes Artificiales Posteriores	\$1,70	\$1,70
2	Cera	\$0,50	\$0,50
2	Rodetes De Cera	\$0,60	\$0,60
2	Coronas de Metal-Porcelana	\$50,00	\$100,00
1	Prótesis Parcial Acrílica Superior	\$15,00	\$15,00
1	Prótesis Parcial Acrílica Inferior	\$15,00	\$15,00
1	Caja de guantes	\$8,00	\$8,00
1	Caja de mascarilla	\$5,00	\$5,00
1	Porción de cemento para coronas	\$5,00	\$5,00
1	Paquete de Radiografías Peri Apicales	\$30,00	\$30,00
2	Radiografía Panorámica	\$15,00	\$30,00
20	Paquete Campos Operatorios	\$20,00	\$20,00
20	Gorros Desechables	\$1,00	\$20,00
2	Líquidos Reveladores - frascos	\$2,50	\$5,00
100	Impresión - hojas	\$0,05	\$5,00
200	Copias	\$0,02	\$4,00
2	Bolígrafos	\$1,00	\$1,00
1	Hojas De Papel - Resma	\$4,00	\$4,00
1	Lápiz Bicolor	\$1,00	\$1,00
1	Borrador	\$0,50	\$0,50
3	Anillado	\$1,00	\$3,00
	Subtotal.		\$472,70
	Imprevistos.	10%	\$47,27
	Total.		\$519,97

Anexo 6.

Fotos del antes y después del paciente.



Fig. 1. Inicio del paciente.



Fig. 2. Finalización del paciente.

Profilaxis dental.



Fig. 3. Sondaje.



fig. 4. Detartraje.



Fig. 5. Cepillado dental.



fig. 6. Aplicación de flúor.

Cirugía dental.

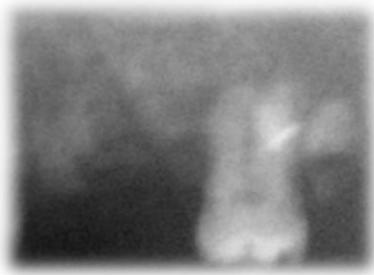


Fig. 7. Radiografía periapical.



Fig. 8. Anestesia tópica.



Fig. 9. Anestesia infiltrativa.



Fig. 10. Sindesmotomía.



Fig. 11. Elevación dental



fig. 12. Extracción con fórceps.



Fig. 13. Irrigación.

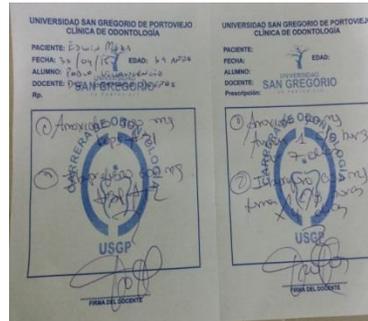


Fig. 14. Medicación.

Operatoria dental.



Fig. 15. Aislamiento dental.



Fig. 16. Eliminación de caries.



Fig. 17. Conformación.



Fig. 18. Grabado ácido.



Fig. 19. Adhesivo.

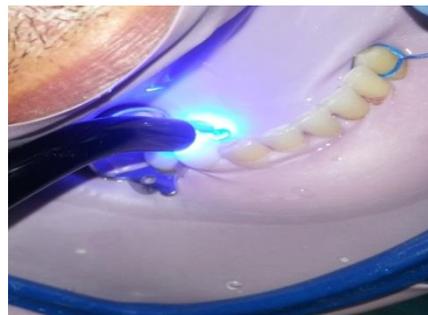


Fig. 20. Fotocurado.



Fig. 21. Composite.

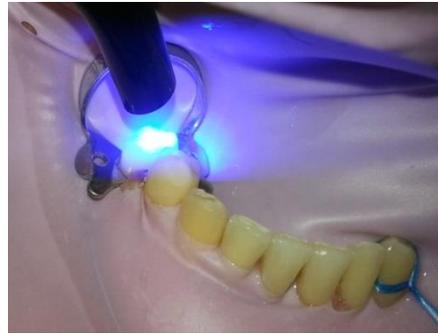


Fig. 22. Fotocurado.



Fig. 23. Restauración final.

Ortodoncia.



Fig. 24. Toma de impresión.



Fig.25. obtención de los modelos.



Fig. 26. Vaciados.



Fig. 27. Confección de ganchos.



Fig. 28. Acrilado.



Fig. 29. Adaptación.



Endodoncia.



Fig. 30. Radiografía.



Fig. 31. Diagnóstico.



Fig. 32. Anestesia.



Fig. 33. Aislamiento.



Fig. 34. Apertura.



Fig. 35. Localización.



Fig. 36. Conductometría.



Fig. 37. Irrigación.



Fig. 38. Conometría.



Fig. 39. Secado de conducto.

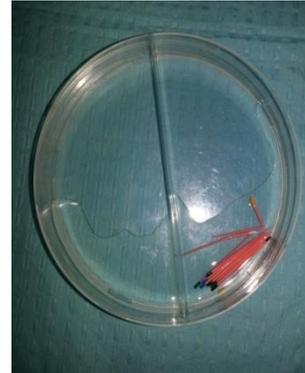


Fig. 40. Esterilización.



Fig. 41. Secado de conos.



Fig. 42. Condensacion.



Fig. 43. Corte de cono.



Fig. 44. Restauracion.

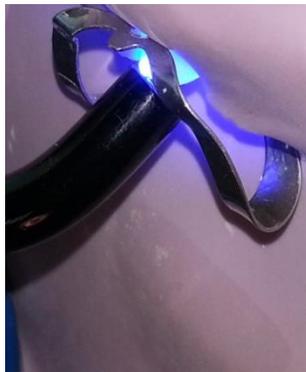


Fig. 45. Fotocurado.

Prótesis fija.



Fig. 46. Toma de impresion.



Fig. 47. Obtención de modelos.



Fig. 48. Vaciados.



Fig. 49. Tallado vestibular.



Fig. 50. Tallado palatino.



Fig. 51. Tallado incisal.



Fig. 52. Muestra de tallado.



Fig. 53. Muestra de carilla.



Fig. 54. Relleno palatino.



Fig. 55. Muestra de la provisional.



Fig. 56. Colocación del hilo.



Fig. 57. Material pesado.



Fig. 58. Impresión.



Fig. 59. Retiro del hilo.



Fig. 60. Material liviano.



Fig. 61. Impresión.



Fig. 62. Impresión final.



Fig. 63. Prueba de metales.



Fig. 64. Desgaste del metal.



Fig. 65. Toma de color. Fig. 66. Verificación de coronas. Fig. 67. Retiro de cemento.



Fig. 68. Acabado final.

Prótesis removible.



Fig. 69. Toma de impresión.



Fig. 70. Vaciado.



Fig. 71. Modelos de estudio.



Fig. 72. Rodete de cera.



Fig. 73. Rodete de cera.



Fig. 74. Registro de mordida.



Fig. 75. Montado de modelo.



Fig. 76. Enfilado dental.



Fig. 77. Prueba en cera.





Fig. 78. Mordida en cera.



Fig.79. Prótesis en acrílico.



Fig.80. mordida con las prótesis.



Fig. 81. Paciente feliz.

Bibliografía.

Barrancos, M. J. (2006). Operatoria dental integración clínica. (4. ed.). Buenos Aries.: Panamericana.

Becerra, G. (2001). Fundamentos estéticos en rehabilitación oral. Parte I: Factores que influyen en la estética dental. Proporciones "doradas". Estética facial. Internacional de Prótesis Estomatológica., 247-252. [en línea]. Consultado: [11, agosto, 2015] Disponible en: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=150017>

Carranza, F., & Sznajder, N. (1996). Compendio de Periodoncia. (5 ed.). Buenos Aires.: Panamericana.

Donado, M., & Martínez, J. (2014). Cirugía bucal. patología y técnica. Barcelona.: Elsevier.

Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2012). Periodoncia. (6. ed.). Barcelona.: Elsevier.

Escuin, T. (2005). Prótesis Dental I: guía de práctica. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Galarreta, P., & Kobayashi, A. (2007). Estudio comparativo de la exactitud dimensional de tres materiales de impresión elastoméricos utilizados con y sin aplicación de adhesivos en prótesis fija. Estomatol. Herediana., 17.(1.), 5-10. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1019-43552007000100002&script=sci_arttext

Gay, C., & Berini, L. (2004). Tratado de Cirugía bucal. Majadahonda.: Ergon.

Gispert, E., Cantillo, E., Rivero, A., & Oramas, B. (1998). Estudio comparativo del efecto del cepillado con una crema dental con propóleos rojos y de un gel con clorofila. Cubana

Estomatol., 35.(3.), 112-118. [en línea]. Consultado: [11, agosto, 2015] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75071998000300008&script=sci_arttext

Godoy, L., Palacio, A., & Naranjo, M. (2008). Acción e influencia del bruxismo sobre el sistema masticatorio. CES Odontología, 21(1), 61-70. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4951536>

Greene, C. (2004). Lo que un ortodoncista no puede ignorar acerca de los trastornos de las articulaciones temporomandibulares. Ortodoncia Clínica., 106-112. [en línea]. Consultado: [11, agosto, 2015] Disponible en:
<http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=323054>

Gutierrez, J. (2006). Documento de consenso sobre la utilización de profilaxis antibiótica en cirugía y procedimientos dentales. Cirug Oral y Maxilofac., 28.(3.), 151-181. [en línea]. Consultado: [11, agosto, 2015] Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582006000300001

Harris, N., & García, F. (2005). Odontología preventiva primaria. (2 ed.). Mexico.: Manual moderno.

Idem.Barrancos, M. J. (2006). Operatoria dental integración clínica. (4. ed.). Buenos Aries.: Panamericana.

Lima, G., & López, E. (2012). Técnicas de Montaje de Dientes en Prótesis. Bolivianas., 24., 1164-1169. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en:
http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000900008&script=sci_abstract

Lucas, L. (2010). Estética en prótesis removibles. Cubana Estomatol., 47.(2.), 224-235. [en línea]. Consultado: [11, agosto, 2015] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000200011

- Macchi, R. (2007). Materiales dentales. (4. ed.). Buenos Aires.: Panamericana.
- Mallat, E., & Mallat, S. (2004). Prótesis parcial removible y sobredentaduras. Madrid.: Elsevier.
- Marin, G., Fernandez, R., & Masson, R. (2005.). Registro de mordida. Algunas consideraciones. Cubana de Estomatología., 42.(2.), 0-0. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072005000200005&script=sci_arttext&lng=en
- Martínez, A. (2009). Anestesia bucal. Guia practica. Buenos Aires.: Panamericana.
- Martínez, F., Pradies, G., Suarez, M., & Rivera, B. (2007). Cerámicas dentales: clasificación y criterios de selección. Scielo., 12.(4.), 253-263. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2007000300003&script=sci_arttext
- Mayta, C., Mendoza, G., & Zeballos, L. (2012). Prótesis Removible de Resina. Actualización Clínica Investiga, 24, 1158-1163. [en línea]. Consultado: [13, agosto, 2015] Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000900007&script=sci_abstract
- Molin, M., & Gunne, J. (2014). Protesis removible. Caracas.: Amolca.
- Nocchi, E. (2008). Odontologia restauradora: salud y estética. (2. ed.). Buenos Aires.: Panamericana.
- Perez, S. (2008). Consideraciones para la toma de impresión de prótesis sobre implantes. Scielo., 46.(3.), 370-374. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000300024&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Rendón, R. (2006). Prótesis Parcial Reemovible, Conceptos Actuales, Atlas de Diseño. Buenos Aires.: Panamericana.

Restrepo, D., & Ardila, C. (2010). Reacciones adversas ocasionadas por los biomateriales usados en prostodoncia. Avances en Odontoestomatología., 26.(1.), 19-30. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852010000100003&script=sci_arttext

Rodriguez, D., & Pereira, N. (2008). Evolución y tendencias actuales en resinas compuestas. Scielo., 46.(3.), 381-392. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000300026&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Romero, M., Herrero, M., Torres, D., & Gutierrez, J. (2006). Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica: Una aproximación racional. Scielo, 11.(2.), 205-215. [en línea]. Consultado: [13, agosto, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000200005

Rosenstiel, S., Land, M., & Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporanea (4 ed.). Barcelona: Elsevier.

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

Selva, E., Mañes, J., Oteiza, B., Fernández, L., & Granell, M. (2002). Comportamiento de la distorsión de los hidrocoloides irreversibles según las condiciones de vaciado. Quintessence Técnica., 214-220. [en línea]. Consultado: [13, agosto, 2015] Disponible en: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=164846>

Soares, J., & Goldberg, F. (2002). Endodoncia Técnica y Fundamentos. Buenos Aires.: Panamericana.

Torabinejad, M., & Walton, R. (2010). Endodoncia. principios y practicas. (4 ed.). Barcelona.: Elsevier.

Tortolini, P. (2003.). Sensibilidad dentaria. Scielo, 19.(5.), 233-237. [en línea].

Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852003000500004