



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Trabajo de Sistematización Práctica.

Previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tema.

Rehabilitación Oral Integral de un paciente con diversas patologías pulpares y edentulismo parcial en el período Marzo – Agosto de 2016.

Autora.

Laura Beatriz Delgado Velásquez.

Tutora.

Dra. Patricia Bravo Cevallos Mg. Ge.

Cantón Portoviejo – Provincia Manabí – Republica del Ecuador.

2016.

**CERTIFICACION DE LA AUTORA DEL TRABAJO DE
SISTEMATIZACION PRÁCTICA.**

Dra. Patricia Bravo Cevallos Mg. Ge; certifica que el trabajo de sistematización práctica titulado: rehabilitación oral integral de un paciente con diversas patologías pulpares y edentulismo parcial en el periodo marzo – agosto de 2016, es trabajo original de la estudiante Laura Beatriz Delgado Velásquez, la misma que ha sido realizada bajo mi tutoría.

Dra. Patricia Bravo Cevallos Mg. Gs.

Tutora del Trabajo de Sistematización Práctica.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema.

Rehabilitación Oral Integral de un paciente con diversas patologías pulpares y edentulismo parcial en el período Marzo – Agosto de 2016.

Trabajo de Sistematización práctica sometida a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal.

Dra. Lucia Galarza Santana Mg. Gs.

Coordinadora de la Carrera.

Dra. Patricia Bravo Cevallos. Mg. Ge.

Tutora de Sistematización Práctica.

Odo. Celia Ponce Faula. Mg Gs.

Miembro del tribunal.

Dra. Mónica Cabrera Sánchez Mg. Ge.

Miembro del tribunal.

Dr. Michel Sarmiento Pérez EG.I.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad del argumento, análisis, resultados, conclusiones y recomendaciones del presente trabajo de sistematización practica titulado: **Rehabilitación Oral Integral de un paciente con diversas patologías pulpares y edentulismo parcial en el periodo Marzo – Agosto de 2016**, corresponde exclusivamente a su autora. Además cedo mis derechos de autoría a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Laura Beatriz Delgado Velázquez.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Quiero agradecer a Dios, porque ha sabido guiarme por el camino del bien, dándome sabiduría, inteligencia para culminar con éxito una etapa más de mi vida, y poder servir a la sociedad con mis conocimientos, para el progreso de mi familia y el mío en particular.

A mis padres y a mi hermano, que con su apoyo incondicional me han enseñado que nunca se debe dejar de luchar por lo que se desea alcanzar.

Agradezco a mi asesora de tesis la Dra. Patricia Bravo, por la orientación y ayuda que me brindo para la realización de esta tesis, de manera especial a la Odo. Geomara Dueñas por brindar su tiempo, dedicación y entusiasmo en la dirección de este trabajo.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo y particularmente a todos los docentes, quienes me brindaron generosamente sus conocimientos.

También manifiesto mis agradecimientos al personal administrativo, quienes facilitaron la realización de este trabajo de investigación.

Y a mis amigos quienes me han ofrecido su amistad sincera, y demás personas que colaboraron para este trabajo.

Laura Delgado Velásquez.

DEDICATORIA.

A mi familia:

A mis padres, por su paciencia, amor y comprensión, por estar siempre a mi lado apoyándome para salir adelante, que fueron determinantes para poder culminar este trabajo.

A mi hermano, Manuel por su ayuda incondicional, y a todo el resto de mi familia por estar siempre a mi lado.

Laura Delgado Velásquez.

RESUMEN.

La sistematización práctica está basada en la Rehabilitación Oral Integral de un paciente con diversas patologías pulpares y edentulismo parcial, en el período Marzo – Agosto del 2016 desarrollado en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

El paciente fue diagnosticado mediante la ficha 033 del Ministerio de Salud Pública, lo que permitió planificar un tratamiento dental adecuado para llevarlo a cabo mediante diversos procedimientos odontológicos, empezando por un correcto y minucioso examen clínico tanto extraoral como intraoral.

La Rehabilitación Oral Integral al paciente inició con el tratamiento periodontal respectivo, utilizando la técnica de raspado y alisado radicular para la eliminación del cálculo supra y subgingival, después se realizó una profilaxis eliminando la placa bacteriana, así como también, exodoncias de restos radiculares y piezas con movilidad fisiológica, tratamientos de conductos, restauraciones, cementación de coronas metal – porcelana y prótesis parciales removibles e la arcada superior e inferior.

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios para el paciente ya que se le logró mejorar el esquema oclusal, así como también la estética dental. El tratamiento multidisciplinario en odontología lleva a optimizar los resultados clínicos brindando una visión más amplia de las posibilidades de tratamiento para los pacientes, aumentando su confianza y autoestima.¹

¹ **Palabras claves:** rehabilitación oral, patologías, edentulismo, tratamiento, cálculo, profilaxis, exodoncias, estética.

ABSTRACT.

Systematization practice is based on the Integral Oral Rehabilitation of a patient with different pathologies pulp and partially edentulous in the period of March to August 2016 developed in clinics of the University “San Gregorio de Portoviejo”.

The patient was diagnosed by the record 033 of the Ministry of Public Health, which allowed to prepared an adequate dental treatment to accomplish by different dental procedures, since a extraoral and intraoral examination.

Integral Oral Rehabilitation started with the respective periodontal treatment, using the technique of scaling and root planning for the removal of supragingival and subgingival calculus, after that, prophylaxis was made in order to eliminate bacterial plaque, as well as, extractions of root fragments and pieces with mobility physiological, root canals, restorations, crowns cementation of porcelain and metal removable partial dentures in the upper and lower jaws.

Results were satisfactory for the patient due to was possible to improved the occlusal scheme, as well as cosmetic dentistry. The multidisciplinary treatment in dentistry leads to optimize clinical outcomes by providing a wider view of the possibilities of treatment for patients, increasing their confidence and self-esteem.²

2 Keywords: oral rehabilitation, pathology, edentulous, treatment, calculus, prophylaxis, extractions, cosmetic.

INTRODUCCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud amplió la definición de salud para significar “un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no simplemente la usencia de enfermedad”. La salud bucal juega un papel importante en nuestro bienestar. La rehabilitación oral es la parte de la Odontología encargada de la restauración, es decir devuelve la función estética y armonía oral, siempre buscando una oclusión y función correcta.

La endodoncia es un tratamiento odontológico, destinado a mantener la integridad de la pulpa dental o de una parte de la misma, el tratamiento de un conducto radicular constituye un procedimiento especializado de la terapéutica dental, diseñado para conservar un diente con seguridad y comodidad.

La prótesis fija es una disciplina de la odontología relacionada con la rehabilitación oral con la comodidad, apariencia y salud, por medio de la restauración de los dientes naturales y el reemplazo de los dientes faltantes y de los tejidos orales y maxilofaciales contiguos por sustitutos artificiales.

El presente trabajo hace referencia a la Rehabilitación Oral Integral de un paciente con diversas patologías pulpares y edentulismo parcial en el periodo Marzo – Agosto de 2016, que tuvo como objetico rehabilitar el sistema dentario del paciente. Por medio de un adecuado diagnóstico y planificación del tratamiento se logró el éxito de este trabajo, enfocado en las necesidades y beneficios del paciente, restaurando sus funciones perdidas.

ÍNDICE

Certificación de la Tutora del Trabajo de Sistematización Práctica.	II
Certificación del Tribunal Examinador.	III
Declaración de Autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	¡Error! Marcador no definido.
Resumen.	¡Error! Marcador no definido.
Abstract.	VIII
Introducción.	IX
CAPITULO I.	¡Error! Marcador no definido.
1.1 Tema.	¡Error! Marcador no definido.
1.2 Planteamiento del problema.	¡Error! Marcador no definido.
1.3 Delimitación.	14
1.4 Justificación.	14
1.5 Objetivo.	15
1.5.1 Objetivo general.	15
CAPÍTULO II.	16
Marco teórico conceptual y referencial.	16
2.1 Historia clínica actual.	16
2.2 Rehabilitación Oral Integral.	21
2.3 Periodoncia.	21
2.4 Cirugía.	29
2.5 Endodoncia.	36
2.6 Prótesis Dental.	41
2.7 Prótesis Fija.	42
CAPÍTULO III.	48
3. Marco Metodológico.	48

3. 1. Modalidad de Trabajo.....	48
3. 2. Métodos.	48
3. 3. Educación al paciente	52
3. 4. Ética.	52
3. 5. Marco Administrativo.	53
CAPITULO IV.....	57
4.1. Resultados.....	57
Anexos.....	59
Bibliografía	94

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1 Tema.

Rehabilitación Oral Integral de un paciente con diversas patologías pulpares y edentulismo parcial en el período Marzo – Agosto de 2016.

1.2 Planteamiento del problema.

Winkler (1982), señaló que existe una interrelación entre la salud bucal y la salud general con el edentulismo, la misma que afecta a una adecuada nutrición principalmente en los adultos mayores, en sus efectos emocionales y psicológicos.

Según Dávila et al. (2011), definió el edentulismo como una ausencia parcial o total de los dientes los cuales no serán reemplazados posteriormente de forma natural. Indicó también que la boca es un espejo de la salud y de las enfermedades, siendo la caries y las afecciones periodontales las causas principales de pérdidas dentarias.

En el estudio de Winkler (2000), se calcula que una gran parte de la población del mundo es edéntula, de acuerdo con estadísticas de algunas instituciones de prestigio, puede decirse que aproximadamente el 10% de los habitantes de un país son edéntulos, y que algunos de ellos tienen más de 65 años. La prevalencia del edentulismo difiere sustancialmente en la mayoría de los países del mundo. (Rojas 2010).

Analizando la información disponible en el sitio web de la (OMS, 2004), puedo referenciar que:

En todo el mundo se considera que la pérdida de dientes es consecuencia natural del envejecimiento, pero, en realidad, puede prevenirse.

Existe la idea de que un tratamiento de endodoncia es un procedimiento no quirúrgico con tasas de éxito de un 86% a 98%, pero su prevalencia y gravedad varían en diferentes poblaciones y fluctúan con el tiempo, de acuerdo con los cambios de hábitos.

Continuando la revisión de la información disponible en el sitio web de la (OMS, 2004), puedo citar que “En muchos países en desarrollo, el acceso o atención sanitaria bucodental es limitado; a menudo los dientes o no se tratan o son extraídos” (párr. 5).

Leyendo la información disponible en el sitio web Acta Odontológica Venezolana, en un artículo publicado por Lambertini (2006) puedo citar que:

En Latinoamérica, a pesar de la relación directa entre edad y edentulismo, el número de personas mayores que han preservado su dentición natural ha crecido considerablemente. El número de promedio de dientes remanentes puede variar considerablemente, en los individuos, según algunos factores tales como nivel educacional, salario y nivel socio – económico. Es prudente entonces percibir la pérdida de elementos dentarios desde su componente social. Se ha confirmado que los individuos con más bajo índice escolar presentan los más altos índices de edentulismo.

En el Ecuador se observó que la pérdida de dientes se ha dado a muy corta edad por lo que existe un porcentaje alto de edentulismo parcial y total, principalmente en poblaciones rurales. Ya sea por causa o violencia familiar a mujeres o por el índice de analfabetismo en la parroquia de 22% en la comunidad.

El Cantón Portoviejo, en las Clínicas Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, los pacientes acuden de forma continua a la consulta para realizarse tratamientos odontológicos completos, por medio de un diagnóstico se determinó la rehabilitación oral de un paciente con diversas patologías pulpares y edentulismo parcial, en el periodo Marzo – Agosto 2016.

1.3 Delimitación.

De acuerdo a lo establecido, el problema queda de la siguiente manera:

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspecto: Rehabilitación oral.

Delimitación espacial: el trabajo de sistematización práctica se desarrolló en la clínica Odontológica de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, Provincia de Manabí, República del Ecuador.

Delimitación Temporal: Marzo – Agosto 2016.

1.4 Justificación.

El presente trabajo de sistematización práctica está basado en el objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir, el mismo que hace referencia a mejorar la calidad de vida de la población, de modo que se respete el derecho a la salud de todo ciudadano; para que éste se cumpla es necesario incluir los servicios de promoción, prevención y atención integral.

Se justifica de manera institucional, la realización de este trabajo de Sistematización Práctica, ya que la Universidad San Gregorio de Portoviejo se vincula a la comunidad mediante la atención odontológica integral de manera gratuita a los estratos sociales de menos recursos, para permitir representar con más detalles la Rehabilitación Oral Integral de un paciente con diversas patologías y edentulismo parcial en el periodo de Marzo – Agosto del 2016; los problemas que presenta y el tratamiento necesario para solucionarlos, siendo rehabilitados en las instalaciones de la institución.

El presente trabajo beneficia al autor y al paciente, debido a la necesidad de los tratamientos descritos para mejorar la calidad de vida del paciente, dicho trabajo fue factible ya que, se contó con las clínicas y los docentes a cargo además el uso de técnicas y conocimientos adquiridos a lo largo de la etapa estudiantil.

A nivel personal me permitió, aplicar técnicas y conocimientos obtenidos durante la etapa de formación académica, teniendo como resultado la rehabilitación oral integral del paciente, al que se le logró devolver las funciones masticatorias, fonéticas y estética dental³.

1.5 Objetivo.

1.5.1 Objetivo general.

Rehabilitar de forma oral integral a un paciente con diversas patologías pulpares y edentulismo parcial en el período Marzo – Agosto de 2016.

^{3 3} Consejo Nacional de Planificación (2013). Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, Tomo1. Autor. Quito. Obtenido de http://www.ministeriointerior.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/PLAN_NACIONAL-PARA-EL-BUEN-VIVIR-2009_2013.pdf

CAPÍTULO II.

Marco teórico conceptual y referencial.

2.1 Historia clínica actual.

Datos generales del paciente.

Se refiere a Mercys María de apellidos Cedeño Figueroa, con fecha de nacimiento el 13 de marzo de 1971, y cédula de identidad 130719226-8, de nacionalidad ecuatoriana, estado civil Soltera, tuvo su instrucción solamente primaria, de profesión ama de casa. Vive en la ciudadela Fabián Palacios calle Primero de Mayo sin ningún teléfono actual.

Historia de la enfermedad o problema actual.

Paciente de 45 años de edad, sexo femenino, auto identificación étnica mestiza, acude a la consulta odontológica, principalmente por sentirse inconforme por la pérdida de sus dientes anterosuperiores, lo cual ha sido afectado su estética y su fonación. Presentó caries profundas en las piezas 24 y 25 en los cuales presenta dolor, por lo cual se la cita posteriormente para el diagnóstico respectivo; en la pieza 24 refirió un dolor de tipo lancinante, con una intensidad intensa aguda, que se da mientras el estímulo dure, de ubicación localizada, con dolor a la presión. En la pieza 25 el dolor es lancinante, de intensidad leve insoportable, que se da por más de cinco minutos, con ubicación localizada y al estímulo hace que incremente con el frío y alivie al calor.

Se evidenció que presenta movilidad en las piezas 15, 14, y 21 debido a la retención que causa la prótesis removible, en dicha zona presenta bolsas periodontales. Presenta cálculo subgingival y supra gingival, por lo que se presume que el paciente presenta periodontitis crónica localizada.

Antecedentes patológicos personales y familiares.

No refiere.

Examen físico general.

Paciente consciente, orientado en tiempo y espacio que deambula sin dificultad y no presenta facies patognomónicas de ninguna enfermedad. Presenta piel y mucosas con hidratación y coloración normal, sin lesiones visibles, temperatura normal de 37°C, frecuencia cardiaca de 72 pulsaciones/minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto y presión arterial de 120/60 ml Hg; de peso normal de acuerdo a su talla, piel seca de autoidentificación étnica mestiza, presentando resequedad en los labios, sin problemas dermatológicos, cabello y uñas de implantación normal, de acuerdo a edad, sexo y etnia.

Examen del sistema Estomatognático.

Inspección: Al examen físico de la cabeza y cuello no presenta patología aparente. En la cara se observa asimetría facial debido a la pérdida de dientes, en los labios color y movilidad normal. Tono muscular conservado. Pliegues cutáneos normales. Presenta una tumefacción en el paladar, compatible con un torus palatino.

Presenta labios poco humectados, En el área de los ganglios que confirman cara y cuello no presenta ningún tipo de anomalía.

Palpación: los labios no presentan ninguna patología aparente, a nivel de los ganglios no muestra adenopatía, en la articulación temporomandibular no existe presencia de dolor a los movimientos de apertura y cierre.

Auscultación: Focos cardiacos rítmicos, normo fonéticos.

Examen físico intraoral.

Al examen físico intraoral se observa en mucosa del carrillo, paladar, piso de la boca normal, encía color roja.

Al examen clínico podemos observar las siguientes piezas con:

Presencia de caries de dentina en las piezas 11, 24, 25, 27, 37.

Se puede observar caries extensas, que clínicamente se diagnostica como pulpitis aguda serosa en la pieza 25 y periodontitis apical aguda en la 24.

Piezas perdidas: 12, 27, 26 y 36.

Piezas obturadas: 46,44 y 45.

Restos radiculares del 14 y 22 son indicados para extracción.

Las piezas 15, 17 y 21, son indicadas para extracción por tener grado de movilidad tipo 2.

Las piezas superiores presentan placa bacteriana.

Las piezas inferiores presentan manchas, cálculo supragingival.

Odontograma. (Anexo 2).

Inspección: el número de cariados, perdidos (además extracciones indicadas) y obturados (CPO) es de = C=3, P=11, O=4 TOTAL= 18.

3 Piezas cariadas.

11 Piezas perdidas.

4 Piezas obturadas.

Exámenes Complementarios:

Para el correcto diagnóstico de las patologías se recomendó los siguientes exámenes complementarios: (Anexo 5).

- Radiografías panorámicas.
- Radiografías periapicales.
- Determinación de antígeno de superficie para la hepatitis B: AgHbs NEGATIVO.
- Investigación para anticuerpos para HIV tipo I y II: no reactivo para HIV.
- Tiempo de protrombina y tromboplastina.

Diagnóstico Radiográfico.

Al examen radiográfico.

Maxilar superior: Se observa pérdida ósea de la cresta alveolar en sentido vertical en las piezas 24 y 25, presenta caries en las piezas 11, 27, 25 y 24, presencia de restos radiculares en las piezas 14 y 22, moderada reabsorción ósea en las piezas 17, y el ligamento periodontal normal en las piezas presentes.

Maxilar inferior: Se observa pérdida ósea de la cresta alveolar en sentido vertical en las piezas 45, 44, 43, presencia de caries en las piezas 37 piezas obturadas 35, 34, 45 y 44, cálculos dentales supragingival y subgingival en el sector anterior, disminución de la cresta en sentido horizontal en las piezas 37, 35, 34, 33, 32, 31 Cálculo supragingival en las piezas: 37, 35, 34, 33, 32, 31, 45, 44, 43, 42, 41. Cálculo subgingival en las piezas: 32, 31, 42, 41.

Diagnóstico Diferencial.

Podemos diferenciar a la caries con: manchas blancas o pigmentaciones, por medicamentos u otros medicamentos externos y fluorosis.

Diagnóstico Presuntivo.

Se observó la presencia de:

Inflamación de las encías lo cual se presume ser una Periodontitis.

Caries de dentina.

Pulpitis.

Piezas dentales con extrusión.

Factores Locales.

Placa bacteriana.

Calculo dental supra gingival, sub gingival.

Diagnóstico Definitivo.

Caries en las piezas 11, 27, 24, 25 y 37.

Pulpitis aguda serosa pieza 24.

Pulpitis aguda supurada pieza 25.

Extracciones indicadas de las piezas 17, 15, 14, 22, 21.

Plan de Diagnóstico, Terapéutico y Educativo.

Se realizó la educación para la salud oral del paciente.

Detartraje, raspado y alisado radicular, cepillado profiláctico ya que presentó placa bacteriana y cálculo dental en sus piezas dentarias. Aplicación de Flúor.

Restauraciones con resina en las piezas 11, 27, 37.

Tratamiento de endodoncia en las piezas 24, y 25 las cuales van a requerir corona fijas posteriormente.

Extracciones de las piezas 17, 15, 14, 22, 21.

Prótesis parcial removible de cromo cobalto.

Pronóstico.

Favorable, ya que se le realizó la Rehabilitación Oral Integral al paciente.

2.2 Rehabilitación Oral Integral.

El éxito en la realización de cualquier tratamiento odontológico radica en un adecuado diagnóstico y planificación del mismo, de esta manera se logró optimizar los resultados para el beneficio del paciente.

2.3 Periodoncia.

La boca está llena de bacterias. Estas bacterias, junto con las mucosidades y otras partículas, están constantemente formando una “placa” pegajosa e incolora que se deposita sobre los dientes. El cepillado y el uso de la seda dental ayudan a eliminar esta placa. Cuando la placa no se elimina, se endurece y forma unos depósitos llamados “sarro” o “tártaro”, que el simple cepillado no puede remover. Solamente una limpieza profesional hecha por un dentista o higienista dental puede eliminar el sarro.

Para poder entender su causa, inicio, evolución y tratamiento de las enfermedades periodontales necesitamos primero conocer las características anatómicas de los tejidos donde

se producen. El periodonto está formado por los tejidos que protegen, rodean y soportan a los dientes:

Encía.

Hueso alveolar.

Ligamento periodontal.

Cemento radicular.

Placa Bacteriana.

Observando información disponible en el sitio web medigraphic; la Revista Odontológica Mexicana en la página 221 (2010) puedo transcribir que:

La placa dentobacteriana, ahora reconocida como una biopelícula; lejos de considerarse un conglomerado de bacterias, hoy se sabe, tiene una organización “inteligente” donde existe comunicación entre los microorganismos que la componen y forman entre otras cosas canales para la circulación tanto de nutrientes como para sus desechos.

La formación de ésta se inicia cuando las bacterias se adhieren a una superficie en una solución acuosa. Esta biopelícula se compone de muchas especies de bacterias, hongos, algas, protozoarios, detritos y elementos de corrosión. Una vez adherida, los microorganismos causan diversas alteraciones, dependiendo del medio ambiente y la resistencia del huésped.

Dado que no es posible eliminar la biopelícula que se forma en los dientes, el reto es tener un control de ésta o tener una “buena” biopelícula. (p. 221).

Cálculo Dental.

Comparando la obra de Eley y cols (2012), puedo conocer que:

El cálculo, <<costra pétrea>> que se forma en los dientes, se ha asociado a la enfermedad periodontal. Junto con otras calcificaciones patológicas (p. ej., cálculos renales y biliares), el cálculo dental ya se describió en antiguos escritos médicos. Es una masa calcificada que se forma y 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. Las fases de su formación pueden estudiarse mediante carillas de plástico adheridas a los dientes o prótesis dentales. (p. 22).

El cálculo es todo depósito calcificado que se forma sobre los dientes naturales y las prótesis dentales. Se clasifica en supragingival y subgingival, según su relación con el margen gingival; está compuesto por elementos inorgánicos (70 a 90%) y orgánicos. El cálculo es la placa dental mineralizada y se considera un factor de riesgo de las enfermedades periodontales ya que va a favorecer el acumulo bacteriano por su superficie porosa y dificultar su control con las medidas de higiene habituales. (Antonio José Díaz Caballero, 2010).

Tartrectomía.

Preti, G. L. R. (2007) señala que:

El factor iniciador y desencadenante de la enfermedad periodontal es la placa bacteriana. El Cálculo junto con los otros factores ya señalados anteriormente como defectuosa odontología (iatrogénica), impactación alimenticia, hábitos, maloclusión, etc., son factores etiológicos, pero no desencadenantes del proceso pues por sí actúan favoreciendo el acumulo de la placa bacteriana.

Protocolo de terapia periodontal.

(Acuña, B. H 2012):

- Remoción de placa bacteriana y detartraje.
- Raspado y alisado.
- Cepillado mecánico profesional.
- Enjuagatorio con clorhexidina al 2%.
- Fluorización con cubetas.

Remoción de cálculo y placa.

Preti, G. L. R. (2007), cita que:

Tomando en cuenta que la enfermedad periodontal es una infección inducida por la placa bacteriana, su remoción profesional y la higiene en el hogar son los medios más eficaces para obtener y mantener la salud periodontal.

La terapia etológica consiste en la tartrectomía supra y subgingival y el alisado radicular mediante la utilización de instrumentos manuales, sónicos y ultrasónicos que remueven la placa, tártaro, endotoxinas, permitiendo obtener una superficie radicular biológicamente apropiada para el restablecimiento de una adherencia compatible con el estado de salud. (127.)

Recesión como causa de la Periodontitis.

La recesión gingival es una enfermedad que se manifiesta a través de la reducción de las encías y el cambio gradual de la dirección de la raíz del diente. Supone un grave problema estético, ya que los dientes sobresalen más de lo normal y las encías se reducen dejando al descubierto la raíz de los dientes. (El Blog de Vitaldent, 2015).

La incorrecta higiene oral, como por ejemplo usar un cepillo de dientes con cerdas duras o lavarse los dientes ejerciendo demasiada presión sobre la encía y dañarla provocando sangrados.

La presencia de gingivitis que no es tratada adecuadamente o ha evolucionado a periodontitis. En este sentido, la recesión gingival asociada con estas enfermedades por lo general acarrea el enrojecimiento y sangrado de las encías.

La falta significativa de vitamina C, por eso debes procurar mantener una dieta equilibrada. La posición incorrecta de las piezas dentales puede tener consecuencias negativas en el tejido de las encías y provocar mayor predisposición a la enfermedad. Sufrir trastornos como el bruxismo o la bulimia, también puede provocar recesión gingival. En este

sentido, este trastorno es común en personas de todas las edades. No obstante, las personas mayores de 40 años son más propensas. (El Blog de Vitaldent, 2015).

Etiología de la enfermedad periodontal.

Está demostrado el concepto que las enfermedades periodontales son procesos infecciosos. Así también, que las bacterias son necesarias pero no suficientes; para que se desarrolle la enfermedad hace falta un huésped susceptible. El papel de la respuesta de defensa del huésped frente a las bacterias es esencial en el desarrollo de la enfermedad. (Dentality. All rights reserved, 2001).

Para que el ciclo infeccioso se desarrolle se tienen que reunir cuatro condiciones:

1. Presencia de bacterias patógenas.
2. Ausencia de bacterias protectoras.
3. Presencia de una situación favorable para el desarrollo de bacterias virulentas.
4. Deficiencia en la inmunidad innata o adquirida.

También está ampliamente documentado que el grado de destrucción de los tejidos de soporte varía enormemente de un individuo a otro, al igual que la respuesta al tratamiento.

La respuesta del huésped está influenciada por factores de riesgo genético y adquirido. Esta influencia permite explicar las diferencias, en cuanto a evolución y respuesta al tratamiento, que existen entre pacientes. Se admite que la enfermedad periodontal no tiene una única causa, sino que es multifactorial y que las múltiples variables pueden interaccionar entre sí. (Dentality. All rights reserved, 2001).

Halitosis.

(Aménaza J., 2013) Define en su artículo:

La producción de sustancias malolientes, los más frecuentes los Compuestos Volátiles de Sulfuro (CVS), se asocia a los productos resultantes de la degradación del metabolismo de las bacterias, generalmente las bacterias anaerobias gram-negativas, que se localizan principalmente en la zona posterior del dorso de la lengua y en otras localizaciones como bolsas periodontales.

Las causas de la Halitosis oral pueden ser patológicas y no patológicas.

Las no patológicas serían:

Aliento matutino: durante el sueño el flujo de la saliva disminuye, ello facilita el crecimiento incontrolado de bacterias productoras de gases malolientes.

Edad: la calidad del aliento cambia con la edad. Es probable que los ancianos sufran cambios regresivos en las glándulas salivales y afecten a la calidad y cantidad de la saliva, incluso con una buena higiene bucal.

Prótesis dentarias: las dentaduras postizas y puentes pueden acumular restos de comida. Si se dejan toda la noche se produce un desagradable y característico olor.

Fármacos: existen medicamentos que producen xerostomía (boca seca), como los anticolinérgicos, antidepresivos, etc. La saliva favorece la limpieza de cavidad oral y reduce el mal olor.

Tabaco: fumar crea un aliento característico que puede durar algunos días más, incluso después de haber dejado de fumar.

Periodos de ayuno: saltarse las comidas y llevar una dieta hipocalórica puede favorecer el mal aliento.

Dieta: después de la ingesta de algunos alimentos (cebolla, ajo) o el consumo de alcohol, ciertos metabolitos pueden absorberse a nivel gastrointestinal, pasan a la circulación, se metabolizan en la mucosa e hígado y son expulsados por los pulmones.

Las causas patológicas:

Enfermedad periodontal, caries.

Higiene oral deficiente, la falta de eliminación de biofilm oral (placa bacteriana), provoca el crecimiento bacteriano. Los lugares donde se suelen acumular las bacterias son la lengua, espacios interproximales, área subgingival, abscesos. La lengua es la localización de mayor predominio de las bacterias anaerobias en la boca.

Causas ulcerativas: úlceras traumáticas, infecciosas, estomatitis.

Faringe: infecciones víricas, bacterianas o fúngicas.

Necrosis por radioterapia y quimioterapia en pacientes con neoplasias.

Las causas de la Halitosis extraoral podrían ser: nasales (sinusitis), enfermedades digestivas, enfermedades respiratorias, enfermedades sistémicas (diabetes mellitus mal controlada, infección renal, disfunción hepática, Síndrome de Sjögren, artritis reumatoide, etc.). (Aménaza J., 2013).

Enfermedad Periodontal.

(Genco & Williams, 2011; Botero & Bedoya, 2010).

Periodontitis leve.

Los siguientes hallazgos clínicos pueden estar presentes en un Caso Tipo II:

El sangrado al sondaje puede estar presente en la fase activa.

Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de 3 a 4mm.

Áreas localizadas de recesión.

Posibles áreas de lesión de furca Clase I.

Los hallazgos radiográficos pueden incluir:

Pérdida ósea horizontal suele ser común.

Sangrado al sondaje.

El nivel de hueso alveolar está a 3 – 4 mm del área de la unión cemento esmalte.

Factores de riesgo.

El hábito de fumar. Fumar es uno de los factores de riesgo más significativos relacionados con el desarrollo de la enfermedad de las encías. Además, el hábito de fumar puede disminuir el efecto de algunos tratamientos.

Cambios hormonales en las niñas y mujeres. Estos cambios pueden hacer que las encías se hagan más sensibles facilitando así el desarrollo de la gingivitis.

Diabetes. Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones, entre ellas, la enfermedad de las encías.

Otras enfermedades. Enfermedades, como el cáncer o el SIDA y sus respectivos tratamientos, también pueden perjudicar la salud de las encías.

Medicamentos. Hay cientos de medicamentos tanto de receta médica como los que se pueden comprar sin receta, que pueden reducir el flujo de la saliva. La saliva sirve para proteger la boca, y si no se tiene suficiente, la boca queda susceptible a infecciones como la enfermedad de las encías. Hay algunos medicamentos que pueden hacer que el tejido de las encías crezca más de lo normal. Esto dificulta mantener las encías limpias.

Genética. Algunas personas son más propensas que otras a tener un caso grave de la enfermedad de las encías.

2.4 Cirugía.

Exodoncia dentaria es un tratamiento quirúrgico invasivo definitivo, mediante el cual se extrae un diente de su alveolo.

Según (Chiapasco., 2010) destaca señaló que “en la mayor parte de los casos, la extracción de un diente no requiere una técnica operatoria compleja. Como cualquier procedimiento quirúrgico, requiere de un análisis cuidadoso y de una planificación preoperatoria, así como la aplicación de un protocolo establecido y no casual” (p. 97).

Extracción de restos radiculares.

Hoy en día es común encontrarse con la presencia de restos radiculares durante el examen intraoral de los pacientes, resultado de un descuido en su salud oral, esto puede conllevar a infecciones futuras. Por eso está indicada la extracción cuando no se puede someter a otro tratamiento más conservador.

Los restos radiculares que no sean relativamente recientes pueden ser bien tolerados, ya sea porque se produce una osificación correcta a su alrededor, o bien porque pueden

presentar la llamada osteítis expulsiva. Ésta se caracteriza por la existencia de una infección crónica alrededor de las raíces que se traduce por una imagen radiotransparente más o menos amplia que representa el tejido de granulación existente en la zona.

Movilidad dental.

La movilidad causada por periodontitis se puede incrementar con el tiempo y no es reversible a una movilidad fisiológica, es importante realizar un diagnóstico adecuado para determinar la causa real de la movilidad y resolver el problema. La movilidad dental se puede medir utilizando dos instrumentos metálicos, aplicando presión en sentido vestíbulo-lingual (Botero & Bedoya, 2010). Botero & Bedoya (2010) describieron en su artículo que la movilidad dental se clasificaba en grado 0 con movilidad de 0,1-0,2 milímetros en sentido horizontal, grado 1 movilidad hasta 1 milímetro en sentido horizontal, grado 2 movilidad dental con más de 1 milímetro en sentido horizontal y grado 3 movilidad en sentido horizontal y vertical.

El diagnóstico periodontal es un análisis de las características clínicas de la enfermedad, es decir, sus signos y síntomas, esta puede dividirse en gingivitis y periodontitis. Es importante evaluar la movilidad, exámenes complementarios como 14 radiografías panorámicas o exámenes de sangre, lo cuales nos ayudan a realizar un diagnóstico más efectivo y acertado. (Botero & Bedoya, 2010; Carvallo, 2010).

Indicaciones para una exodoncia simple:

1. Patología pulpar.
2. Patología periodontal.
3. Patología ósea (tumores y quistes).
4. Trauma.
5. Interconsulta e indicación ortodóncico.
6. Diente en mala posición.
7. Dientes supernumerarios.

8. Dientes impactados.
9. Motivos protésicos.
10. Estética.
11. Profilaxis frente a radioterapia.
12. Desfocación profiláctica por patología base.
13. Razones económicas.

Contraindicaciones de exodoncia.

1.-Locales:

Infección aguda con celulitis descontrolada.

Pericoronaritis aguda.

Dientes incluidos en neoplasias.

Dientes incluidos en zona irradiada.

Gingivitis ulcero necrótica aguda (GUNA).

Estomatitis herpética.

Extracciones simples básicas: técnica quirúrgica básica.

Observando la obra de Chiapasco (2010), puedo transcribir que:

Anestesia local.

Sindesmotomía.

Separación de las papilas.

Luxación del diente con un elevador recto.

Agarre del diente, luxación y expansión del alvéolo mediante la pinza. de extracción.

Extracción del diente del alveolo.

Verificación de la integridad del diente extraído.

Curetaje alveolar y revisión de la cavidad.

Eliminación de los tejidos blandos excedentes.

Irrigación del alvéolo con solución fisiológica.

Compresión del alveolo con solución fisiológica.

Control de la formación de un coágulo normal.

Posicionamiento de una gasa embebida por encima de la herida. (p. 103).

Anestesia local.

Molares superiores: “para la extracción de las piezas de la arcada superior se utiliza la anestesia del plexo realizada tanto en la vertiente vestibular como en la palatina” (Chiapasco, 2010, p. 103).

Sindesmotomía (periotomía).

Analizando la obra de Chiapasco (2010), puedo conocer:

Consiste en la interrupción de la parte más coronal del ligamento periodontal (el denominado ligamento circular de Koelliker). La sindesmotomía se realiza con un separador afilado, o con sindesmotomo... Esta fase permite la inserción de la pinza de extracción en la posición más apical posible, con un mejor agarre del diente y un centro de rotación más apical en los movimientos de luxación (con menor riesgo de fractura de las raíces). (p. 103).

Separación de las papilas.

Leyendo la obra de Chiapasco41 (2010), puedo citar que:

Es necesario realizar la separación de las piezas proximales con un separador de periostio sólo en el caso en el que se prevé la utilización del elevador recto durante la luxación... La inserción del elevador en los espacios interproximales, después de que la papila ha sido separada, permite de esta forma no traumatizarla inútilmente. (p. 104).

Luxación del diente mediante elevador recto.

Cosme & Berini (2011), señalaron que “se ejecuta con el botador o elevador, introduciendo la punta progresivamente en el alveolo por las caras vestibular y mesial con ligeros movimientos en dirección vestíbulo lingual-palatino y con otros muy prudentes en sentido mesiodistal” (p. 227).

Agarre del diente, luxación y expansión del alvéolo con la pinza de extracción.

Examinando la obra de Chiapasco (2010), puedo conocer que:

La pinza para extracción representa el instrumento principal en la ejecución de una extracción simple. Existen pinzas de extracción específicas para los dientes en forma individual y los sectores individuales de la boca: el uso de una pinza de extracción con un diseño específico debería permitir el máximo contacto entre el diente y la propia pinza, para asegurar una adecuada transmisión de la fuerza. (p. 104).

Prensión:

Estudiando la obra Cosme & Berini42 (2011), puedo referenciar que:

La forma del fórceps debe permitir una correcta prensión adaptándose al cuello dentario y, de esta manera, poder asir fuertemente al diente. Si los dientes están en malposición, suelen existir problemas en la utilización de los fórceps especializados para cada uno de ellos; en estos casos usamos el fórceps universal. (p. 227).

Tracción:

Considerando la obra de Cosme & Berini (2011), puedo saber que:

Debe realizarse con el fórceps correspondiente, controlando la fuerza que no debe ser exagerada, sino rítmica y constante, y sin perder nunca la presa. No hay que efectuar movimientos violentos, repentinos o espasmódicos.

El movimiento básico de tracción es el vestibulo-palatino o vestibulo-lingual teniendo presente que en este movimiento debe participar todo nuestro cuerpo, evitando mover demasiado el codo. (p. 227).

Extracción del diente del alvéolo.

Observando la obra de Chiapasco (2010), puedo transcribir que:

Después de la expansión del hueso alveolar y la luxación del diente, este puede ser removido con una tracción delicada en sentido coronal y vestibular. Durante el movimiento de extracción es necesario evitar la aplicación de una fuerza excesiva, ya que la cesión repentina del diente podrá provocar la fractura de un diente de la arcada antagonista por parte de la pinza de extracción. (p. 107).

Verificación de la integridad del diente extraído.

Comparando la obra de Chiapasco (2010), puedo conocer que:

Después de que el diente ha sido extraído, éste debe ser secado con una gasa para verificar la integridad. Si se sospecha que se ha producido la fractura de una o más raíces..., el fragmento debe ser localizado y removido. (p. 107).

Curetaje alveolar y revisión de la cavidad.

Investigando la obra de Chiapasco (2010), puedo exponer que:

El tejido de granulación eventualmente presente sobre las paredes o en el fondo del alvéolo debe ser removido. En algunos casos, permanece adherido a la raíz en la correspondencia del ápice. La remoción del tejido de granulación es más cómoda con una cureta quirúrgica cortante (tipo cureta Lucas), en sustitución de las curetas en forma de cucharilla. La total remoción del tejido de granulación reduce el riesgo de infecciones residuales, favorece la cicatrización del alvéolo con neoformación ósea y evita la formación de quistes residuales... (p. 107).

Eliminación de los tejidos blandos excedentes.

Razonando la obra de Chiapasco46 (2010), puedo citar que:

Cuando son extraídos dientes con un reducido soporte periodontal y sacos profundos, puede residuar un tejido de granulación hiperplásico sobre la vertiente interna de la encía. La remoción de los tejidos blandos excedentes permite la formación de una cresta alveolar residual más regular, sin las denominadas <<crestas fluctuantes>>. (p. 108).

Irrigación del alvéolo con solución fisiológica.

Chiapasco (2010) señaló que “por último, el alvéolo es irrigado con abundante solución fisiológica estéril, para remover eventuales fragmentos de tejido dentario o de sarro. Esta simple maniobra se ha mostrado eficaz para reducir sensiblemente el riesgo de problemas alveolares postextractivos” (p. 108).

Compresión del alvéolo con solución fisiológica.

Chiapasco (2010) estableció que “el hueso alveolar, expandido anteriormente, debe ser ahora reconducido a su dimensión normal. Esto es posible con una compresión digital de la pared vestibular y lingual del alvéolo” (p. 109).

Control de la formación de un coágulo normal.

Chiapasco (2010) señaló que “antes de dar el alta al paciente es necesario controlar que se haya formado un coágulo en el alvéolo” (p. 109).

Posicionamiento de una gasa humedecida por encima de la herida.

Chiapasco (2010) señaló que “para favorecer la hemostasia, una gasa embebida en solución fisiológica es posicionada por encima del alvéolo. La gasa no debe ser de dimensiones excesivas, para ejercer la compresión sólo sobre la zona afectada” (p. 109).

2.5 Endodoncia.

Las infecciones producidas por microorganismos anaerobios y bacterias gramnegativas son una de las causas más importantes que pueden afectar a la pulpa.

Analizando la obra de Torabinejad & Walton (2010), puedo citar que:

La caries dental representa la principal amenaza para la salud pulpar. Y la segunda amenaza procede del tratamiento de la caries dental. La producción de calor y la desecación durante la preparación de la cavidad, la toxicidad de los materiales de restauración y, sobre todo, la penetración de las bacterias y sus productos por los márgenes de las restauraciones pueden provocar daños que se suman a los causados por la caries original. Estos daños pueden transformar una pulpitis reversible en una pulpitis irreversible. (p. 21).

Kakehashi y cols, confirmaron la importancia de estos microorganismos como causantes de dichas patologías. Esta infección puede llegar a la pulpa a través de la corona o de la raíz del diente. Las caries, las fisuras o fracturas y los defectos del desarrollo dentario son las causas más frecuentes de infección a través de la corona. Por la raíz son las caries del cuello, las bolsas periodontales y las bacteriemias. Algunos autores citan la pulpitis por anacoresis y explican que las bacterias pueden circular a través del torrente sanguíneo y colonizar zonas donde, gracias a un irritante físico o mecánico, está facilitada la inflamación pulpar.

Diagnóstico.

El diagnóstico endodóncico tiene dos objetivos:

Establecer la existencia de patologías que afecten al complejo pulpo-dentinario. Se determinará si existe o no una afectación pulpar, las características de la misma, y si es necesario un determinado tratamiento.

Determinar las características anatómicas y fisiológicas que pueden condicionar la realización de un tratamiento endodóncico. Debe incluir el

establecer si el nivel de dificultad entra en el grado de capacitación del profesional, si precisa de consultas con otros profesionales, o si debe ser referido a otros profesionales de la salud.

El diagnóstico en endodoncia conduce a la determinación del estado pulpar de un diente. Clínicamente no es posible establecer el estado histopatológico de la pulpa.

Podemos y debemos en cambio establecer la existencia o no de enfermedad pulpar en el momento en que llevamos a cabo el diagnóstico; y si la hay, determinar en qué etapa se encuentra. La pauta terapéutica dependerá de dicha etapa. Por todo ello, creemos necesario establecer dos premisas esenciales a la hora de establecer el diagnóstico pulpar:

Es necesario un claro conocimiento de la etiología, patogenia y sintomatología de la patología pulpo-periapical, así como de otras enfermedades de los dientes y tejidos duros y blandos adyacentes, para poder realizar el diagnóstico diferencial.

La sintomatología juega en ocasiones sólo un mínimo papel en la realización del diagnóstico clínico. Es frecuente la existencia de patología pulpo-periapical sin sintomatología clínica.

Para llevar a cabo un correcto diagnóstico endodóncico y determinar la patología pulpar es conveniente realizar una correcta historia clínica, registrando toda la información que proporcione el paciente.

Ampliando la información contenida en la obra de Canalda & Brau (2014), puedo referenciar que:

Anamnesis: tiene como objetivo registrar los síntomas y factores relacionados que refiere el paciente.

Exploración clínica o física: se efectúa en buenas condiciones de luminosidad, con la ayuda de un espejo y sonda exploradora. Incluye: inspección, palpación, percusión y pruebas de vitalidad pulpar.

Exploraciones complementaras: exámenes radiográficos.

Diagnóstico y pronóstico

Plan de tratamiento

Controles, seguimientos y evaluación. (pp. 81-88).

Síntomas luego del tratamiento:

Los primeros días después de una endodoncia, el diente tratado puede molestar al masticar, pero generalmente esta molestia cede con analgésicos comunes. Si existe una infección previa al tratamiento del diente, es habitual administrar antibióticos antes del tratamiento, en estos casos y solo en ocasiones puede producirse una inflamación de la zona que cede con antiinflamatorios.

Algunos dientes pueden fracturarse si están muy debilitados por la caries que produjo la enfermedad de la pulpa. Por eso, siguiendo las recomendaciones, deberán reconstruirse en breve plazo y quizás protegerse con una corona. En cualquier caso es necesario seguir las instrucciones de profesional que ha realizado el tratamiento.

Trastornos más comunes.

Inflamación pulpar.

Contusión pulpar.

Necrosis pulpar (pérdida de vitalidad pulpar).

Inflamación alrededor del extremo de la raíz.

Reabsorción dental externa o interna.

Fractura dental.

Problemas iatrógenos (inducidos por el odontólogo).

Patología local no dental de los tejidos blandos o tejidos duros.

Indicaciones de la Endodoncia

Cuando la pulpa está en un estado de inflamación irreparable, necrosis o cuando no existe pulpa.

Cuando el diente no puede ser reconstruido adecuadamente sin eliminar la pulpa.

Cuando las medidas preventivas dictaminan la eliminación de la pulpa como cuando los dientes se interponen en el trayecto de la radioterapia.

En consecuencia con terapia periodontal, incluyendo amputaciones de la raíz.

Contraindicaciones de la Endodoncia.

Enfermedades periodontales no tratables.

Condición del resto de la dentadura en deterioro absoluto.

Fractura vertical.

Diente no restaurable.

Estética.

Morfología aberrante.

Fracaso predecible.

Limitada accesibilidad.

Técnica de condensación lateral:

Esta es la técnica más empleada. Se trata de un procedimiento relativamente sencillo, se puede aplicar prácticamente en cualquier situación clínica, a excepción de algunos conductos extremadamente curvos o irregulares, las reabsorciones dentinarias internas, y permite un buen control del nivel apical de la obturación. Requiere una preparación del conducto con suficiente conicidad, como la que se consigue con la técnica de step-back.

Se elige una punta estandarizada del mismo diámetro que la lima maestra apical, y se prueba su ajuste en la porción apical del conducto. Se debe apreciar cierta fricción en las paredes. Si la punta queda demasiado libre se debe seleccionar una de un diámetro superior. Si no alcanzara la longitud de trabajo, debe probarse con una de un diámetro inferior, debido a la deficiente estandarización de la gutapercha. En caso de no alcanzar el límite apical, la causa puede residir en la presencia de restos dentinarios formando un tapón apical; se elimina mediante la introducción de la lima maestra, rotándola ligeramente y traccionando. Una vez que hemos alcanzado el límite apical con la punta de la gutapercha, debemos tomar una radiografía para comprobar su situación respecto al ápice radiográfico. En caso de ser preciso, deberemos repetir las maniobras que antes mencionábamos hasta seleccionar la punta idónea.

Impregnamos ligeramente las paredes del conducto con el cemento, aplicándolo con una lima embadurnada en él y girándola en el sentido contrario a las agujas del reloj. Se debe introducir con suavidad la punta principal estandarizada, e insertar un espaciador adecuado al diámetro de la preparación apical, a ser posible cuando más flexible mejor, que deberemos haber probado con anterioridad, y que debe alcanzar el límite apical, o como máximo, quedar

a menos de tres milímetros; de lo contrario no se realizará condensación apical, que es el lugar más crítico de la condensación. Con el espaciador se efectúa una presión en sentido apical, forzando la punta principal contra la pared del conducto, para deformarla y adaptarla a sus irregularidades, con lo que se crea un espacio. Mediante un movimiento de rotación recíproca se retira el espaciador y se introduce con rapidez una punta accesoria apical y se introduce otra punta accesoria.

Debe repetirse esta secuencia hasta obturar por completo el conducto. Con un instrumento caliente se secciona el extremo coronal de las puntas un milímetro por debajo del suelo de la cámara, y con un condensador, se aplica una fuerza en sentido apical. Por último, debemos limpiar la cámara de todo residuo de cemento o gutapercha mediante un solvente y se coloca una restauración provisional. Se debe tomar una radiografía para así evaluar cuál es la calidad de la obturación. Si no ha sido correcta, por existir o bien espacios vacíos o haber quedado suboturada, es mejor que retiramos las puntas de gutapercha en este momento, antes de que fragüe el cemento por completo.

Con esta técnica no se reblandece la gutapercha con calor o solventes, por lo que será estable dimensionalmente. En dientes con varios conductos se aconseja la obturación de uno en uno, y es que probablemente mejorará la calidad de la obturación.

2.6 Prótesis Dental.

La prótesis dental es mucho más que una simple reposicionadora de los elementos dentales, es una integradora familiar, social, mantiene la salud general y eleva la expectativa de vida, por proporcionar condiciones al anciano de formar el bolo alimenticio de forma adecuada, impidiendo que disminuya la consistencia alimenticia y esto lleve a un déficit proteico.

2.7 Prótesis Fija.

Según Izquierdo (2013) puedo citar que:

La prótesis parcial fija es el arte y la ciencia de restaurar los dientes destruidos mediante restauraciones coladas de metal, metal – cerámica, metal – acrílico y totalmente cerámica, la cual está diseñada para que el paciente no pueda retirarla por sí mismo, devolviéndole su anatomía y fisiología. (p. 10)

Indicaciones y Contraindicaciones de tratamientos mediante prótesis fija.

Indicaciones.

Espacio posterior: dos o menos dientes faltantes. Incisivos: cuatro o menos.

Buen soporte de hueso alveolar.

Proporción corona raíz mínima de 1:1 o mayor.

Dientes sin movilidad.

Preferentemente con pilar distal.

Morfología radicular favorable.

Los dientes no vitales pueden emplearse si tienen suficiente estructura coronal.

Contraindicaciones.

Pacientes con boca seca.

Mucha pérdida de tejido en la cresta residual.

Pilares insuficientes.

Espacios edéntulos múltiples o bilaterales.

Pacientes con enfermedad periodontal avanzada.

Presencia de movilidad dentaria.

Soporte óseo inadecuado.

Caries muy extensa en los pilares.

Prótesis Parcial Removible (PPR).

Indagando la obra de Ahmad (2013), puedo referenciar que:

Una prótesis parcial removible (PPR) depende del soporte previsto por los tejidos blandos y dientes naturales adyacentes o implantes. Estas prótesis pueden fabricarse totalmente de resina acrílica, o en combinación con estructuras metálicas coladas. Los ganchos, descansos y ataches de precisión se incorporan con frecuencia en el diseño protésico para la retención y estabilidad adicional. Una variación de las prótesis parciales removibles es la sobredentadura, soportada por raíces dentales o miniimplantes. (p. 13).

Clasificación del edentulismo parcial.

Extendiendo la información disponible en la obra de Bassi y cols (2011), puedo conocer que:

Dadas las múltiples combinaciones resultantes entre dientes faltantes y dientes remanentes en una arcada parcialmente edéntula, se ha hecho necesaria una clasificación funcional que permita la focalización de los principales tipos de edentulismo parcial. En 1925 Kennedy, propuso una clasificación que sigue en uso hoy.

Clase I: comprende el edentulismo distal bilateral. La PPR en este caso tiene un apoyo dentomucoso.

Clase II: comprende un edentulismo distal unilateral. También en este tipo el apoyo es dentomucoso.

Clase III: comprende un área edéntula intercalada unilateral, delimitada por dientes naturales. La PPR en este caso tiene apoyo solamente dental.

Clase IV: comprende un área edéntula intercalada anterior, en este caso el apoyo de la PPR es dentomucoso.

Las clases pueden presentar espacios dentales y modificaciones. Cada espacio intercalado presente en una de las clases, da lugar a una cantidad de modificaciones iguales a la cantidad de espacios intercalados. A excepción de

la clase IV en la cual la presencia de uno o más espacios cambia la clasificación. (p. 22).

Examinando informaciones disponibles en el sitio web prótesis dental Sevilla; en la (2012) puedo referenciar que en 1954 Applegate elaboró ocho reglas para la clasificación de Kennedy:

Las Ocho reglas son las siguientes:

Regla 1. La clasificación se hará después de realizar las extracciones dentarias.

Regla 2. Si se carece de un tercer molar y no va a ser reemplazado, no debe considerársele para la clasificación.

Reglar 3. Los terceros molares se consideran en la clasificación cuando se utilizan como dientes pilares.

Regla 4. Si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, no debe considerarse en la clasificación. Este caso se da cuando tampoco hay segundo molar antagonista y no va a ser reemplazado.

Regla 5. El área edéntula más posterior es la que determina siempre la clasificación.

Regla 6. Las áreas edéntulas distintas de las que determinan la clasificación se denominan espacios de modificación y son designados por su número.

Regla 7. La extensión del espacio de modificación no se considera en la clasificación, sino solamente el número de áreas edéntulas adicionales.

Regla 8. La clase IV no acepta modificaciones, si acaso existiera una zona edéntula posterior ésta sería la que determinaría la clasificación.

Podemos concluir que las reglas de 1954 Applegate son los espacios edéntulos que existen sobre la clase original. Es decir, son los espacios los cuales se cuentan por número de espacios edéntulos no por su extensión (sea un solo diente o un tramo de dos o más).

La prótesis parcial removible se encarga de reemplazar el órgano perdido cuando no hay algunos dientes en una arcada parcialmente desdentada, mediante aparatos protésicos que se pueden sacar, volver a colocar a la vez que devuelven al paciente su estética y función. Aspirando dar al paciente una apariencia natural; además de ser comfortable y cómoda.

El diseño de la prótesis es variado y su finalidad es utilizar los dientes pilares y tejidos de soporte para conseguir armonía, estabilidad, soporte y retención. Existen dos tipos de prótesis parcial removible de acuerdo con el tipo de soporte que reciben estas son las dentosoportadas y dentomucosoportadas de extensión distal o de extremo libre. (Arciniega Bernal, 2003; Micheelsen García & Olivarría Astudillo, 2003; Rendón Yudice, 2006).

Las prótesis dentosoportadas se refieren a las que restituyen espacios edéntulos limitados por piezas dentarias, clase III y IV con espacios edéntulos cortos y de esta manera toda la carga la soportan los dientes pilares colocados en los extremos de los espacios edéntulos. Y a las dentomucosoportadas corresponden a prótesis de extremo libre lo que quiere decir que el soporte lo brindan la mucosa alveolar que recubre los rebordes alveolares residuales y las piezas dentarias. (Rendón Yudice, 2006; Mc Cracken Carr, Mc Givney, & Brown, 2006).

Generalidades de la prótesis parcial removible.

Se comenzará detallando algunos aspectos de fundamental importancia previa la elaboración de una prótesis removibles. Estos son: Clasificación de Kennedy, las situaciones por las cuales está indicada una prótesis parcial removible y por último brevemente ciertos reparos anatómicos. (Mallat Desplats, 1998; Mc Cracken Carr, Mc Givney, & Brown, 2006; Rendón Yudice, 2006).

Esta clasificación es fácilmente aplicable si se siguen ciertas reglas en donde se muestra que cada clasificación puede tener su modificación, por ejemplo en el paciente que vamos a rehabilitar tenemos una clasificación de Kennedy I con modificación uno quiere decir que es edéntulo bilateral posterior y parcial anterior. (Mallat Desplats, 1998; Rendón Yudice, 2006).

Indicaciones para una prótesis parcial removible.

Según el autor Mallat Desplats existen ciertas indicaciones que se deben tomar en cuenta antes de elaborar una prótesis removible ya que nos ayuda a la toma de decisión del plan de tratamiento. A continuación describiremos algunas de estas:

No es aconsejable usar prótesis fija en jóvenes menores de 20 años debido a que la pulpa se encuentra muy desarrollada y no se podría llevar a cabo un tallado profundo sin llegar a endodoncia.

Si el paciente tiene edad avanzada, una preparación agresiva de pilares puede ser traumatizante psicológicamente.

En casos que tengamos la presencia de dientes con movilidad de tipo I generalizada, una prótesis parcial removible estabilizadora con apoyos en ambos lados nos permitirá mantener más los dientes que prótesis fija.

En todos los casos de extremos libres uni o bilaterales que no puedan ser solucionados por implantes.

Cuando existen grandes espacios desdentados, una prótesis fija puede estar sometida a grandes fuerzas torsionales que facilitan que se desprenda con la siguientes complicaciones pulpares.

En casos de extracciones recientes de zonas extensa y que precisan largos periodos de cicatrización. Una prótesis provisional colada o parcialmente colada en los retenedores con paladar de acrílico puede ser la solución provisional.

Pasos para elaboración de prótesis parcial removible.

Examinando informaciones disponibles en el sitio web scielo; en la revista Avances en Odontoestomatología (2015) puedo referenciar que “el paciente debe acudir con todos los tratamientos quirúrgicos o restauradores efectuados y obviamente con la historia clínica completa. Tomaremos unos registros o modelos de estudio mediante impresiones con hidrocoloides irreversibles y unas relaciones intermaxilares” (párr. 4).

Entre los pasos siguientes para la confección de la prótesis removible tenemos:

Enfilado de dientes artificiales.

Prueba de la prótesis en cera.

Adaptación y entrega de la prótesis terminada.

Aspecto higiénico periodontal y protésico.

Observando la obra de Bassi y cols (2011), puedo transcribir que:

Para concluir, el mantenimiento de una correcta higiene de la dentadura remanente y de la prótesis, y un programa organizado de recordatorios, pueden controlar el riesgo de enfermedad periodontal y caries influenciando positivamente el éxito de la rehabilitación en el tiempo.

La capacidad por parte del paciente de mantener una correcta higiene periodontal y dental y de adherirse a los controles, se convierte en condiciones indispensables para escoger este tipo de rehabilitación en el momento de la discusión del plan de tratamiento.

...el mantenimiento de la salud periodontal de los dientes con PPR puede estar favorecido, además de la higiene del paciente, por un diseño protésico que tenga la finalidad: a) de no inducir sobre los dientes un trauma, distribuyendo uniformemente las cargas de los componentes protésicos, b) de favorecer las maniobras de higiene y el trofismo adecuado de los tejidos. (pp. 12,13).

Doble Barra Palatina:

Se indica en situación de vía de carga dentaria, sobre todo en Clase III con vanos largo. Se usa para evitar ocupar una cinta palatina.

Se indica también cuando hay presencia de accidentes anatómicos, como un torus superior, para así evitarlo.

Excelente rigidez, por ser una estructura cerrada.

Interrelación entre prótesis y periodoncia.

Para que la rehabilitación protésica tenga una adaptación y armonía estética adecuada sobre el periodonto es necesario un diagnóstico y plan de tratamiento correcto, por ello en muchos casos para cumplir con el objetivo de la prótesis se puede realizar tratamiento quirúrgicos o no dependiendo de las necesidades del paciente, muchas veces llegando a las extracciones dentarias (Mezzomo & Suzuki 2010).

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3. 1. Modalidad de Trabajo.

Sistematización práctica.

3. 2. Métodos.

Se rehabilitó a una paciente de 45 años de edad, sexo femenino en la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, devolviendo al paciente la salud oral, función y estética perdidas; todo esto elaborando correctamente la historia clínica odontológica 033 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, diagnóstico y posterior tratamiento. (Ver anexo 2).

Previo al inicio del tratamiento se le explicó al paciente de forma detallada, en qué consiste la rehabilitación y que se procederá a actuar sólo si ella está de acuerdo, dejando constancia con la firma en el acta de consentimiento informado (Ver anexo 1).

Fue necesario realizar exámenes complementarios como radiografía panorámica, radiografías periapicales y hemograma completo, los tratamientos descritos y realizados siguieron un protocolo de trabajo. (Ver anexo 3).

3. 2. 1. Técnicas de diagnóstico. (Ver anexo 5).

Inspección visual:

- Observación clínica.

Inspección táctil:

- Palpación.
- Percusión.

- Sondaje.
- Auscultación.

Exploración radiográfica:

- Radiografía panorámica (Figura 1).
- Radiografías periapicales.

Exámenes complementarios:

- Hemograma completo (Figura 2), TP, TTP (Figura 3).

3. 2. 2. Técnicas o Protocolos de Trabajo.

Protocolo de terapia periodontal. (Ver Anexo 6).

(Acuña, B. H 2012):

- Remoción de placa bacteriana y detartraje. (Figura 4, 5).
- Raspado y alisado. (Figura 6).
- Cepillado mecánico profesional. (Figura 7).
- Enjuagatorio con clorhexidina al 2%. (Figura 8).
- Fluorización con cubetas. (Figura 9).

3. 2. 3. Protocolo operatoria dental. (Ver anexo 7).

(Barrancos, 2011):

Tiempos operatorios de la preparación.

Maniobras previas. (Figura 10, 11).

Conformación de la cavidad. (Figura 12).

Tiempos operatorios de la restauración.

Técnica adhesiva: grabado, lavado, secado, colocación del sistema adhesivo. (Figura 13).

Manipulación del composite. (Figura 14).

Inserción, adaptación y modelado. (Figura 15).

Terminación: pulido, control oclusal. (Figura 16).

3. 2. 4. Protocolo de tratamiento de conducto. (Ver anexo 8).

(Canalda, 2014).

Anestesia. (Figura 17).

Preparación y aislamiento del campo operatorio. (Figura 18).

Acceso al conducto radicular. (Figura 19).

Permeabilización, remodelado, acceso y determinación de LTA (Longitud de Trabajo Aparente). (Figura 20).

Instrumentación / Irrigación. (Figura 21).

Selección el cono / Secado del conducto. (Figura 22).

Material de obturación. (Figura 23).

Obturación de conductos. (Figura 24).

Corte de cono. (Figura 25).

Obturación provisional de la cámara pulpar. (Figura 26).

Rx de obturación definitiva. (Figura 27).

3. 2. 5. Protocolo de una extracción dentaria. (Ver anexo 9).

(Chiapasco, 2010):

Anestesia local. (Figura 28, 29).

Sindesmotomía. (Figura 30).

Luxación del diente mediante elevador recto. (Figura 31).

Agarre del diente, luxación y expansión del alvéolo mediante la pinza de extracción.
(Figura 32).

Extracción del diente del alvéolo. (Figura 33).

Verificación de la integridad del diente extraído. (Figura 34).

Irrigación del alvéolo con soluciones fisiológicas. (Figura 35).

Compresión del alvéolo y control de la formación de un coágulo normal. (Figura 36).

Posicionamiento de una gasa embebida encima de la herida. (Figura 37).

3. 2. 6. Protocolo para elaboración de una corona metal-porcelana. (Ver Anexo 10).

(Bruna, 2012):

Toma de impresión con alginato. (Figura 38).

Elaboración de modelos de estudio. (Figura 39).

Tallado de piezas dentales. (Figura 40, 41, 42, 43).

Retracción gingival: medio mecánico-químico. (Figura 44).

Toma de impresión: técnica de rebasado o doble impresión. (Figura 45).

Elaboración de corona provisional. (Figura 46).

Prueba de metal. (Figura 47).

Prueba de bizcocho. (Figura 48).

Glaseado y cementación definitiva. (Figura 49).

3. 2. 7. Protocolo para elaboración de una prótesis parcial removible. (Ver Anexo 11).

(Ayuso, 2015):

Toma de impresión con alginato. (Figura 50).

Elaboración de modelos de estudio y diseño preliminar. (Figura 51).

Preparación de la boca / Toma impresión definitiva. (Figura 52).

Prueba de armazón metálica (Figura 54).

Registro de mordida. (Figura 54).

Prueba de la prótesis en cera. (Figura 55).

Adaptación y entrega de la prótesis terminada. (Figura 56).

3. 3. Educación al paciente.

Esta fase consiste en explicarle al paciente los métodos que se deben emplear para conseguir una buena higiene oral, técnicas correctas de cepillado, tipos de cepillos y el uso de otros procedimientos auxiliares como la seda dental y enjuagues bucales.

Se aconseja una alimentación saludable, fibrosa ya que las dietas blandas facilitan la acumulación de placa y favorecen la gingivitis y periodontitis. La técnica de cepillado más recomendada es la de Bass, usando un cepillo de cerdas sintéticas con un grado de dureza medio o blando en una inclinación de 45° se realizan movimientos vibratorios anteroposteriores sin desplazar el cepillo del punto de apoyo, y en la cara masticatoria de los dientes se deben hacer movimientos de fregado rápido para eliminar los restos de alimentos; la frecuencia del cepillado es de tres veces por día, siendo el más minucioso el cepillado de la noche. (Anexo 12).

Por último se le aconseja al paciente visitar periódicamente al odontólogo para lograr mantener una buena higiene bucal.

3. 4. Ética.

El paciente acude de manera voluntaria para efectuar la rehabilitación oral integral, proporcionándole la información necesaria y detallada sobre el procedimiento a realizar,

indicándole los objetivos del mismo. Dejando como constancia una carta de consentimiento informado (ver anexo 1) que se firmó antes de dar inicio con el tratamiento.

3. 5. Marco Administrativo.

3. 5. 1. Recursos Humanos.

Tutora de titulación.

Autora.

Tecnológicos.

Computadora.

Impresora.

Cámara fotográfica.

Internet.

Recursos Materiales.

Hojas de papel.

Lápiz bicolor.

Bolígrafos.

Borradores.

Sacapuntas.

Pendrive.

Plástico para embalar.

Materiales para diagnóstico.

Guantes.

Mascarillas.

Campos operatorios.

Radiografías.

Gasas.

Torundas de algodón.

Agujas.

Materiales e instrumentos para periodoncia.

Suero fisiológico.

Cubetas para flúor.

Flúor neutro.

Cepillo profiláctico.

Pasta profiláctica.

Materiales e instrumentos para Operatoria.

Resina de fotocurado.

Adhesivo (bondi).

Ácido ortofosfórico.

Tiras de acetato.

Papel articular.

Aplicadores de bondi.

Fresas diamantadas: redonda., cilíndrica punta redondeada, multifilos.

Discos, cepillos, fresas de goma para pulir resina.

Dique de Goma.

Clamp.

Materiales e instrumentos para endodoncia.

Hidróxido de calcio químicamente puro.

Hipoclorito de sodio.

Radiografías periapicales.

Diques de goma.

Conos de papel.

Conos de gutapercha.

Pasta para condensar los conductos Selapex.

Agujas: cortas, navitip.

Limas Tipo K.

Jeringuillas desechables.

Perforador de dique.

Pinza porta clamp.

Materiales para cirugía.

Gasas.

Anestésicos tópicos y locales.

Materiales e instrumentos para prótesis fija.

Dientes acrílicos.

Acrílico rápido líquido.

Crilene.

Hilo retractor.

Yeso.

Material de impresión pesado y liviano.

Fresas de diamantes: troncocónica de paredes inclinadas y punta redondeada, punta de lápiz, de balón.

Materiales para prótesis parcial removible.

Alginato.

Yeso.

Cera.

Fresas para desgastar acrílico.

Material de impresión pesado y liviano.

3. 5. 2. Recursos Económicos.

La presente investigación ha tenido un costo de \$ 640, 95, (Ver anexo 3).

3. 5. 3. Cronograma.

Cronograma de actividades en. (Anexo 4).

CAPITULO IV.

4.1. Resultados.

El presente trabajo consistió en la Rehabilitación Oral Integral de un paciente con diversas patologías pulpares y edentulismo parcial, el cual se culminó con éxito, logrando restaurar las funciones masticatorias y fonéticas, mediante la colocación de coronas metal porcelana en el sector posterior, obteniendo devolver la funcionalidad, y así restablecer la naturalidad de las piezas dentales.

La rehabilitación oral del paciente inicia con el tratamiento periodontal respectivo que consistió en el detartraje, raspado, alisado radicular y profilaxis dental eliminando de este modo los cálculos supra y sub gingival, se considera favorable, por lo que no se evidencia presencia de cálculos ni inflamación de las encías. (Anexo 13).

Después de realizar las exodoncias, se presentó un periodo postoperatorio favorable en la cicatrización de los tejidos orales del paciente, su cicatrización fue exitosa y los rebordes alveolares se encuentran normales, lo cual se consideró apto para recibir una prótesis parcial removible. (Anexo 14).

Las piezas dentarias fueron restauradas por presentar caries en la pieza 21, (Clase I) y en las piezas 27, 37 (Clase IV). Se utilizó resina de fotocurado como material restaurador. A todas las piezas se les devolvió su estética, anatomía y función restableciendo de forma adecuada la oclusión realizando los debidos controles. (Anexo 15).

Las patologías pulpares que afectaban las piezas dentales fueron tratadas en su totalidad, aliviando las molestias del paciente. Se realizó el tratamiento de biopulpectomía total por presentar pulpitis aguda en estado serosa y supurada. (Anexo 16).

La pieza 24, que presentaba una considerable pérdida de su estructura, fue restaurada mediante un soporte o perno muñón colado, para la colocación de una corona metal

porcelana. (Anexo 17), mientras que la pieza 25 fue restaurada posteriormente siguiendo los protocolos de preparación y restauración, mediante la elaboración de una corona metal cerámica. Con los controles subsiguientes se determinó que los tratamientos resultaron exitosos sin causar problema alguno al paciente.

El paciente presentaba un edentulismo parcial por lo que se colocó prótesis removibles de cromo cobalto en ambas arcadas. La afectación principal en la arcada superior fue en el sector anterior, por ende era la mayor molestia del paciente; y con los procedimientos realizados se pudo restablecer la estética y las demás funciones perdidas, consiguiendo elevar su autoestima y lograr mayor confianza en sí mismo (Anexo 18).

Al concluir el presente trabajo de sistematización práctica se rehabilitó integralmente la cavidad oral del paciente, siendo satisfactorio y positivo, ya que mejoró considerablemente su calidad de vida, a nivel personal y social.

Como última etapa se le indicó al paciente una correcta higiene oral, haciendo referencia a un correcto cepillado así como la frecuencia de este, además el uso de enjuagues bucales y del hilo dental.

ANEXOS.

Anexo 1. Carta de consentimiento informado.

Paciente de 45 años de edad, de sexo femenino ingresa a las clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo con la finalidad de recibir un tratamiento. Con la autorización del paciente, se realizó una historia clínica con formato del Ministerio de Salud Pública 033.

Yo, Mercys María Cedeño Figueroa, con residencia en Portoviejo, acepto formar parte de este estudio titulado: Rehabilitación Oral Integral de paciente con edentulismo parcial y compromiso estético en el sector anterosuperior en el periodo Marzo – Agosto 2016. El egresado Delgado Velásquez Laura Beatriz, de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y aproximada duración de este proceso. He tenido la oportunidad de hacerle preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

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

Laura Beatriz Delgado Velásquez.

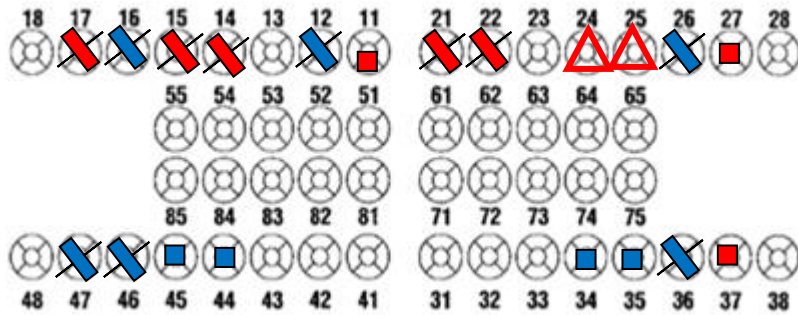
C.I 131504559-9

Mercys María Cedeño Figueroa.

C.I 130719226-8

Anexo 2. Ficha 033.

Odontograma.



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE MARIACUPE
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Nombre: Marga Maca Apellido: Quintero Paredes

1 MOTIVO DE CONSULTA: He querido ampliar los dientes

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: Paciente quito muelas

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: sin antecedentes personales

4 SIGNOS VITALES: sin antecedentes personales

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO: 6. Dura palatina

6 ODONTOGRAMA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

8 INDICES CPO-ceo

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

11 DIAGNÓSTICO: Examen Ortodóncico

12 TRATAMIENTO

SESION Y FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FORMA
SESION 1 FECHA: 27/6/16	Examen Ortodóncico Historia Clínica 22.12	Historia clínica		ODON FORMA
SESION 2 FECHA: 27/6/16	Calculo dental	Aspiras y Playas antibiof		ODON FORMA
SESION 3 FECHA: 28/6/16	Pulpitis	Exodoncia P#14	16.00000.00000 16.00000.00000	ODON FORMA
SESION 4 FECHA: 31/6/16	Edulcor, modelado dental	Exodoncia P#15, 17	Punto de partida 16.00000.00000	ODON FORMA
SESION 5 FECHA: 23/7/16	Examen ortodóncico Exodoncia P#15, 17	Exodoncia P#15, 17 Antodoncia P#27, 23		ODON FORMA
SESION 6 FECHA: 19/8/16	Exodoncia P#21			ODON FORMA
SESION 7 FECHA: 21/8/16	Exodoncia P#25 Antodoncia P#27			ODON FORMA
SESION 8 FECHA: 21/8/16	Exodoncia P#26 Antodoncia P#27, 23			ODON FORMA
SESION 9 FECHA: 23/8/16	Exodoncia P#28			ODON FORMA

...TICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

11 DIAGNÓSTICO PRE-PRESENTIVO DE DEFINITIVO DE PRE DEP DE PRE DEP

FECHA DE APERTURA FECHA DE CONTROL PROFESIONAL CÓDIGO FIRMA NÚMERO DE VOUCHER

2 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA 3/1/16	Impulsos de Preparación de...			CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 2 FECHA 16/3/16	Modelo y Museo definitivo			CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 3 FECHA 30/3/16	Prueba postea en casa			CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 4 FECHA 6/4/16	Entrega de postea			CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 5 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 6 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 7 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 8 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 9 FECHA				CÓDIGO FIRMA

Anexo 3. Recursos Económicos.

MATERIALES.	CANTIDAD.	PRECIO UNITARIO.	PRECIO TOTAL.
Guantes.	2 cajas	\$ 8,00	\$ 16,00
Mascarilla.	1 caja	\$ 5,00	\$ 5,00
Campos operatorios.	100 unidades	\$ 0,20	\$ 20,00
Radiografías.	100 unidades	\$ 0,50	\$ 50,00
Gasas.	4 paquetes	\$ 3,00	\$ 12,00
Algodón.	10 rollos	\$ 0,50	\$ 5,00
Suero fisiológico.	1 frasco	\$ 3,00	\$ 3,00

<i>Cepillo profiláctico.</i>	5 unidades	\$ 0,25	\$ 1,25
<i>Cubeta para Flúor.</i>	2 unidades	\$ 0,25	\$ 0,50
<i>Adhesivo (bondi).</i>	1 frasco	\$ 10,00	\$ 10,00
<i>Aplicadores de bondi.</i>	8 unidades	\$ 0,10	\$ 0,80
<i>Ácido Ortofosfórico.</i>	1 jeringa	\$ 7,00	\$ 7,00
<i>Papel articular.</i>	1 unidad	\$ 2,00	\$ 2,00
<i>Fresas.</i>	5 unidades	\$ 1,50	\$ 7,50
<i>Hidróxido de Calcio.</i>	1 jeringa	\$ 10,00	\$ 10,00
<i>Diques de goma.</i>	15 unidades	\$ 0,60	\$ 9,00
<i>Agujas navitip.</i>	3 unidades	\$ 4,00	\$ 12,00
<i>Limas tipo K.</i>	3 cajas	\$ 7,00	\$ 21,00
<i>Jeringuillas.</i>	8 unidades	\$ 0,15	\$ 1,20
<i>Hipoclorito de Sodio.</i>	1 frasco	\$ 4,00	\$ 4,00
<i>Conos de papel.</i>	2 cajas	\$ 7,00	\$ 14,00
<i>Conos de gutapercha.</i>	3 caja	\$ 10,00	\$ 30,00
<i>Pasta sealapex.</i>	3 porciones	\$ 3,50	\$ 10,50
<i>Anestésicos locales.</i>	10 unidades	\$ 0,50	\$ 5,00
<i>Anestésico tópico.</i>	1 frasco	\$ 3,50	\$ 3,50
<i>Dientes de acrílico.</i>	1 tableta	\$ 1,70	\$ 1,70
<i>Acrílico liquido rápido.</i>	1 frasco	\$ 0,50	\$ 0,50
<i>Crilene.</i>	1 funda	\$ 0,50	\$ 0,50
<i>Yeso piedra.</i>	2 libras	\$ 1,25	\$ 2,50
<i>Hilo retractor.</i>	1 frasco	\$ 27,00	\$ 27,00
<i>Material de impresión speedex.</i>	1 caja	\$ 27,00	\$ 27,00
<i>Alginato.</i>	1 funda	\$ 8,00	\$ 8,00

<i>Cera.</i>	5 unidades	\$ 0,40	\$ 2,00
<i>Coronas de metal – porcelana.</i>	2 coronas	\$ 30,00	\$ 60,00
<i>Prótesis parcial removible de cromo.</i>	2 prótesis	\$ 70,00	\$ 140,00
<i>Radiografía panorámica.</i>	1 radiografía	\$ 13,00	\$ 13,00
<i>Impresiones.</i>	600 hojas	\$ 0,10	\$ 60,00
<i>CD.</i>	4 unidades	\$ 1,00	\$ 4,00
<i>Total.</i>			\$ 640,95

Anexo 4. Cronograma.

CRONOGRAMA Y PLANIFICACION DEL SEMESTRE DE TITULACION.

PERIODO ACADEMICO marzo-agosto 2016

Fecha.	Número de horas.		
	Tutorías metodológicas.	Praxis profesional.	Tutoría personalizada.
9-13 Mayo	16		
16-20 Mayo	16		
23-27 Mayo	16		
30 Mayo - 3 Junio	16		
6-10 Junio	16		
13-17 Junio	16		
20-24 Junio	4	8	10

27 Junio - 1 Julio	4	8	10
4-8 Julio	4	8	14
11-15 Julio	4	8	14
18-22 Julio	4	8	14
25-29 Julio	4	8	14
1-5 Agosto	4	6	14
8-12 Agosto	4	8	24
15-19 Agosto	4	6	24
22-26 Agosto		6	24
29 Agosto - 2 Septiembre		6	24
5-7 Septiembre			12
Total de horas	120	80	200

Anexo 5. Técnicas de Diagnóstico.



Figura 1. Exámenes complementarios: Radiografía Panorámica.

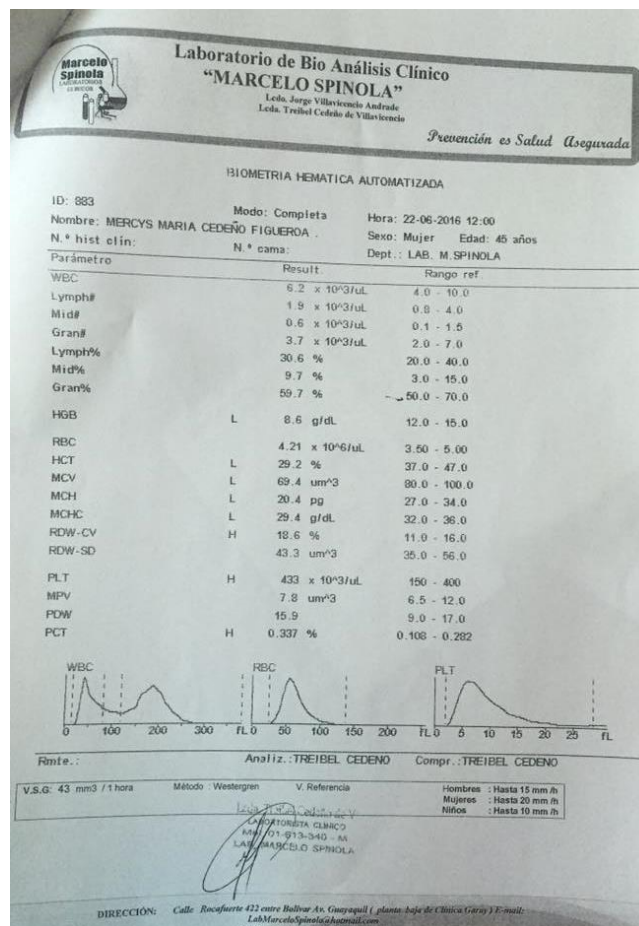


Figura 2. Exámenes complementarios.


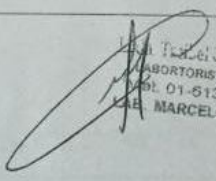
		Laboratorio de Bio Análisis Clínico "MARCELO SPINOLA" Ldo. Jorge Villavicencio Andrade Lda. Treibel Cedeño de Villavicencio		<i>Prevención es Salud Asegurada</i>	
Paciente : Sra. MERCYS MARIA CEDEÑO FIGUEROA .			Edad: 45 Años		
Solicita : Dr. USG			Fecha: 22-06-2016		
Código: 3-883-16	HORA: 09H40	Sexo: F	CI: 1307119268	Entrega: 23-06-2016	
BIOQUÍMICA SANGUINEA					
GLUCOSA BASAL	84.0 mg/dl	70 - 110 mg%			
ENFERMEDADES INFECCIOSAS					
DETERMINACIÓN DE ANTIGENO DE SUPERFICIE PARA HEPATITIS "B"					
RESULTADOS:					
AgHbs		N.E.G.A.T.I.V.O			
INVESTIGACION DE ANTICUERPOS PARA HIV TIPOS: I Y II					
Resultados:					
NO REACTIVO PARA HIV					
NOTA: Resultados validos por TRES meses					
 Lda. Treibel Cedeño de V LABORATORISTA CLINICO TEL. 01-613-340 - M Lda. MARCELO SPINOLA					

Figura. 3 Exámenes de laboratorio.

Anexo 6. Protocolo de terapia periodontal.



Figura 4 Detección del cálculo: sondaje vestibular.

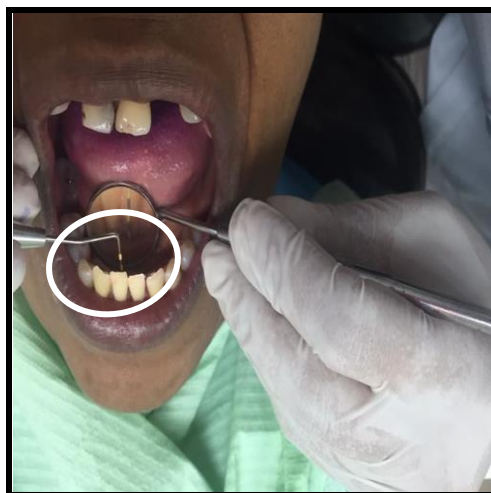


Figura 5 Detección del cálculo: sondaje lingual.



Figura 6 Eliminación del cálculo: Raspaje supragingival.

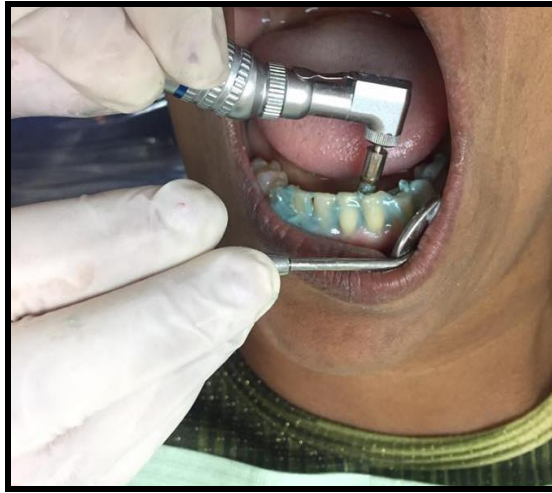


Figura 7 Pulido coronario: Zona anteroinferior.



Figura 8 Enjuagatorio con clorhexidina al 2%.



Figura 9 Fluorización con cubetas.

Anexo 7. Protocolo operatoria dental.

Tiempos operatorios de la preparación.

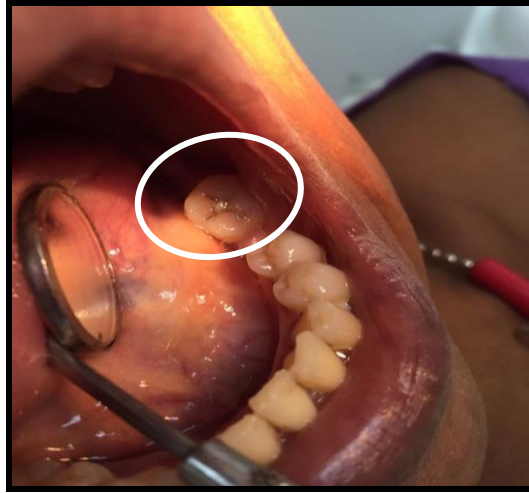


Figura 10 Maniobras previas. Visualización de caries en la pieza 37



Figura 11 Maniobras previas: Aislamiento del campo operatorio.



Figura 12 Conformación de la cavidad.

Tiempos operatorios de la restauración.

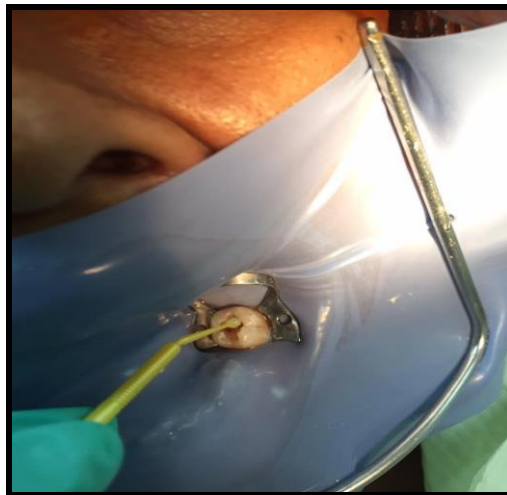
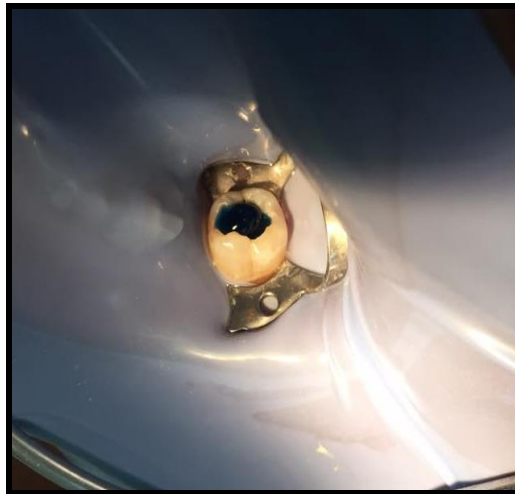


Figura 13 Técnica adhesiva: (grabado, lavado, secado y colocación del sistema adhesivo).



Figura 14 Manipulación del composite.

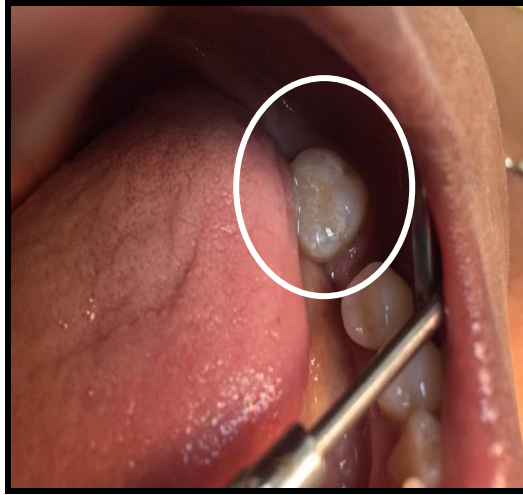


Figura 15 Inserción, adaptación y modelado.



Figura 16 Terminación: pulido y control oclusal.

Anexo 8. Protocolo de tratamiento de conducto.

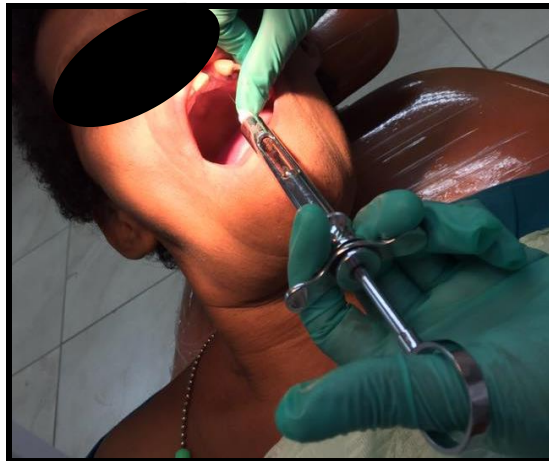


Figura 17 Anestesia.

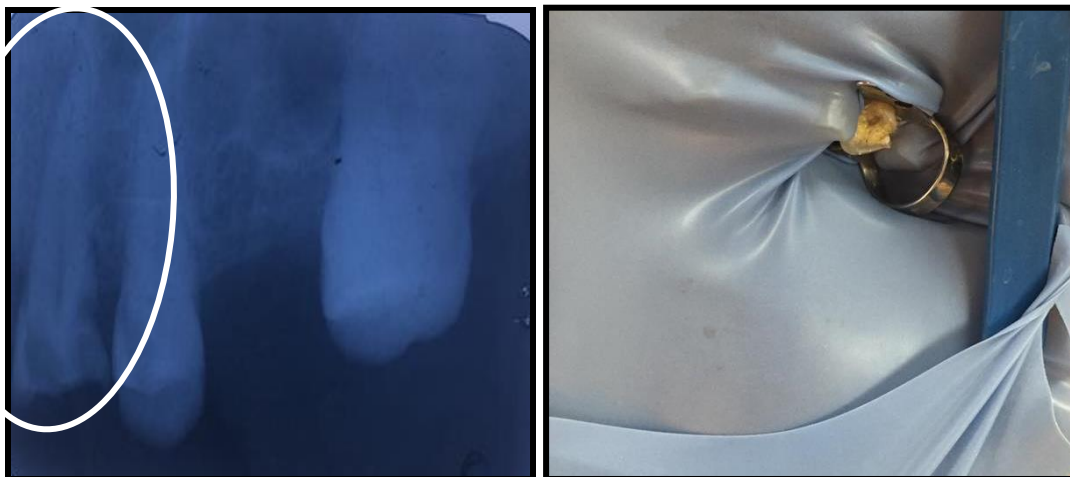


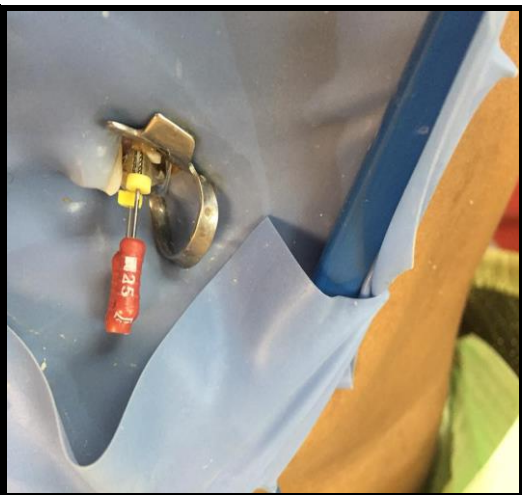
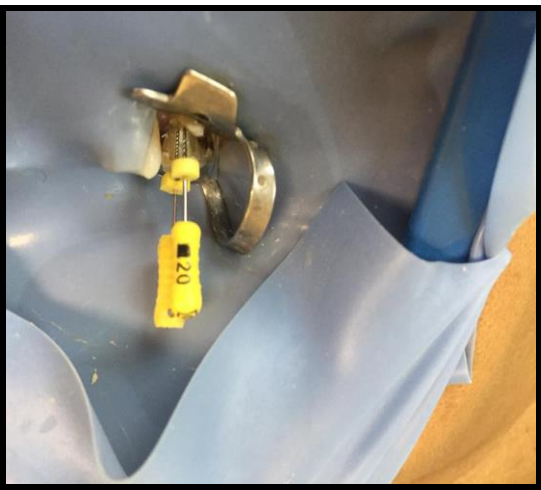
Figura 18 Preparación y aislamiento del campo operatorio.



Figura 19 Acceso al conducto radicular.



Figura 20 Permeabilización, remodelado, acceso y determinación de LTA (Longitud de Trabajo Aparente).



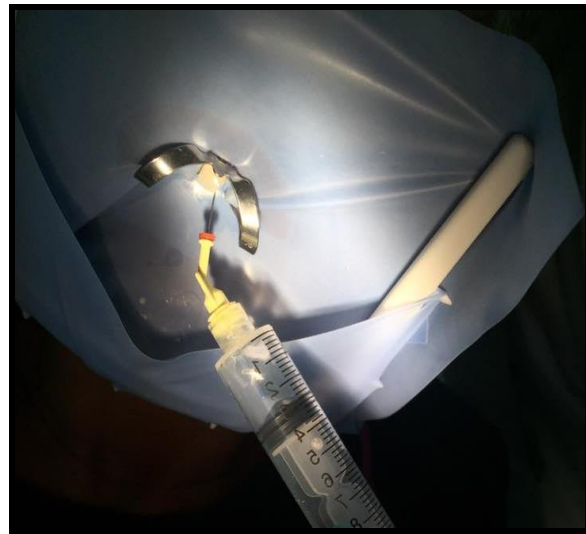
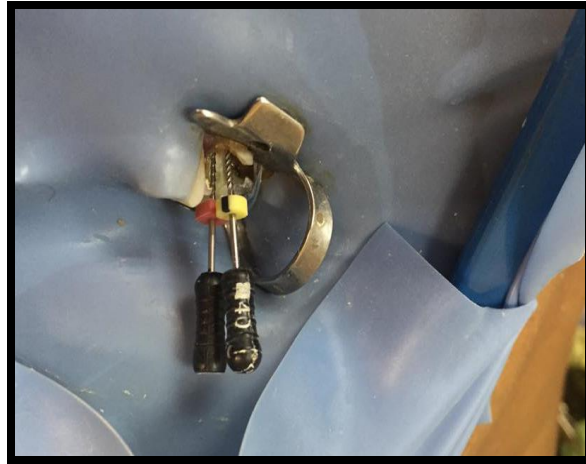


Figura 21 Instrumentación / irrigación.

Obturación de conductos.

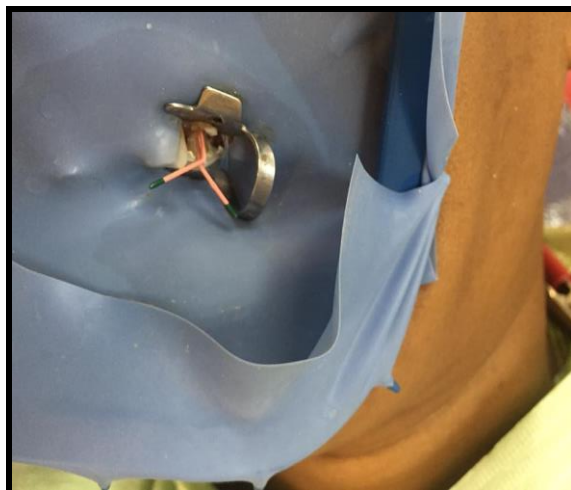


Figura 22 Selección el cono / Secado del conducto.



Figura 23 Material de obturación.

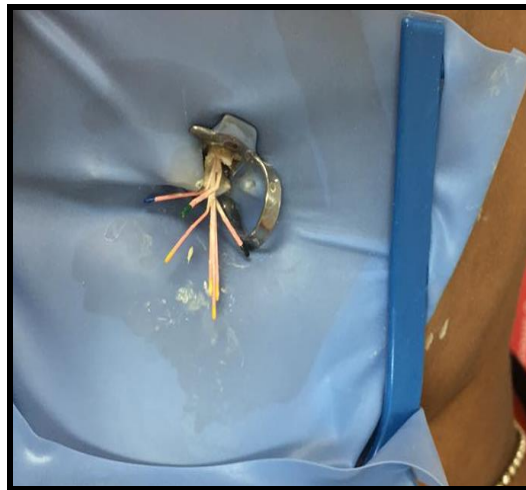


Figura 24 Obturación de conducto.

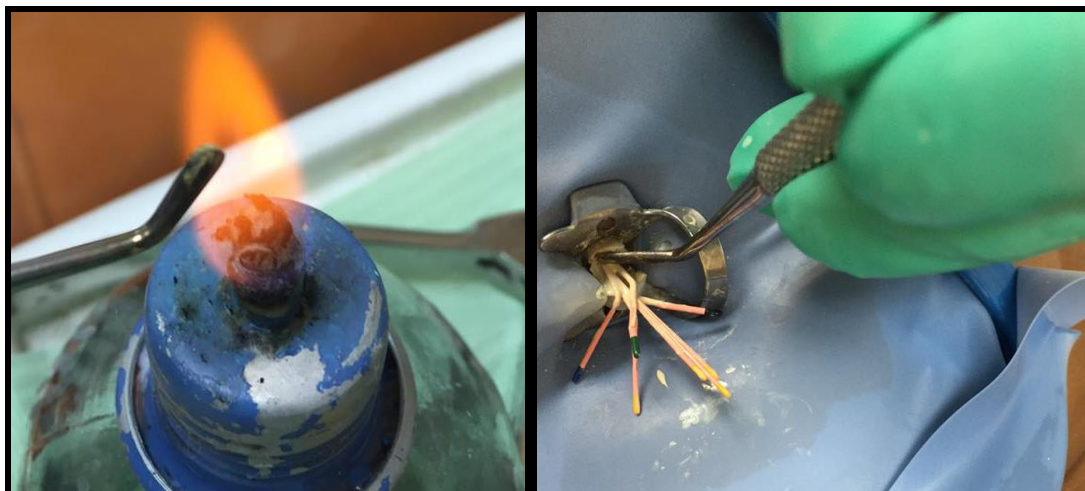


Figura 25 Corte de cono.

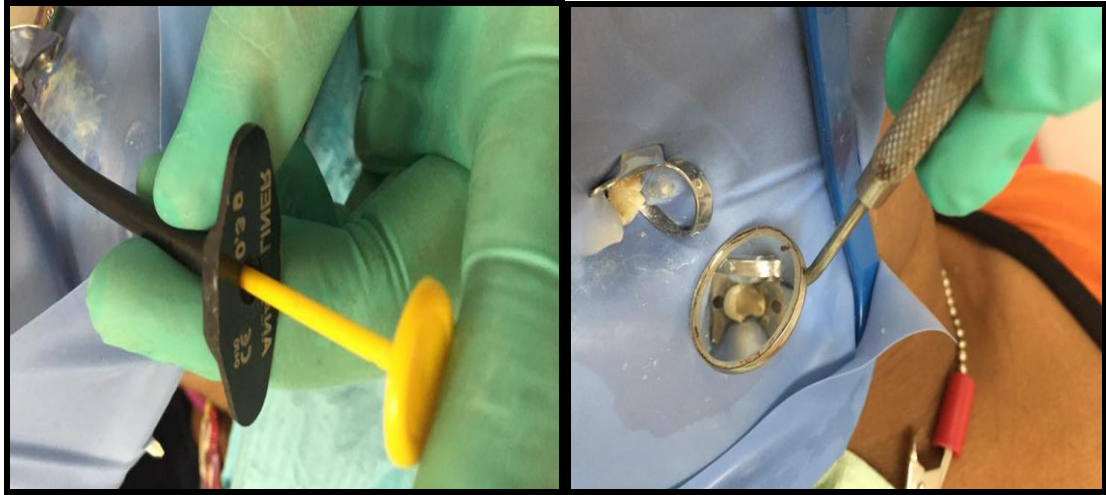


Figura 26 Obturación provisional de la cámara pulpar.



Figura 27 Rx de obturación definitiva.

Anexo 9 Protocolo de una extracción dentaria.

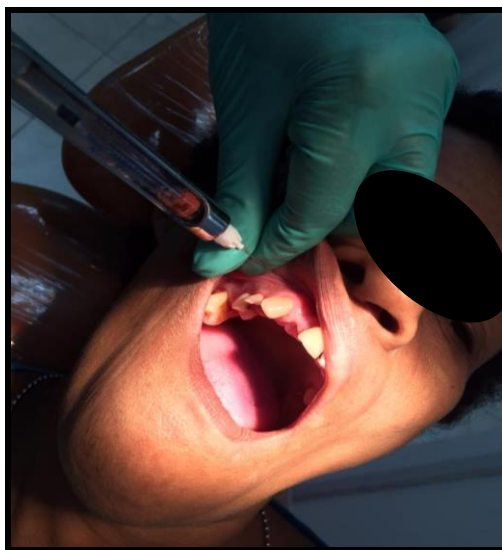


Figura 28 Anestesia local: Infiltración por vestibular.

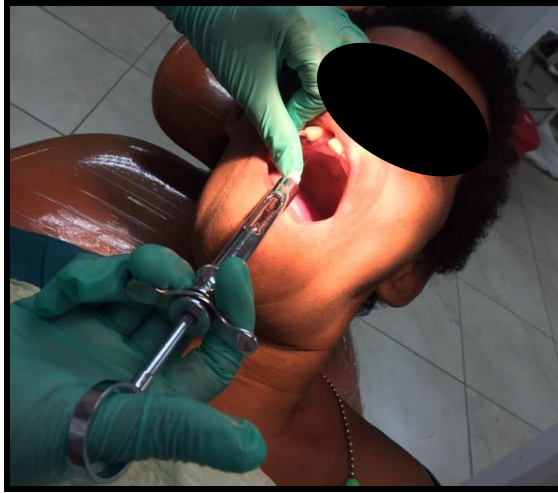


Figura 29 Anestesia local: infiltración por palatino.



Figura 30 Sindesmotomía (periotomía).



Figura 31 Luxación del diente mediante elevador recto.



Figura 32 Agarre del diente, luxación y expansión del alvéolo mediante la pinza de extracción.



Figura 33 Extracción del diente del alvéolo.



Figura 34 Verificación de la integridad del diente extraído.



Figura 35 Irrigación del alveolo con soluciones fisiológicas.

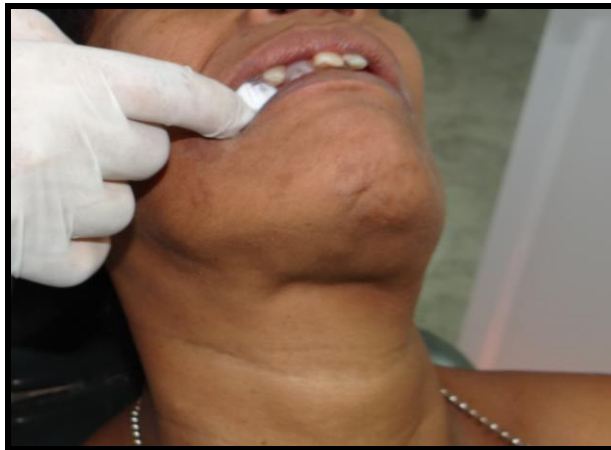


Figura 36 Compresión del alveolo / Control de la formación de un coágulo normal.

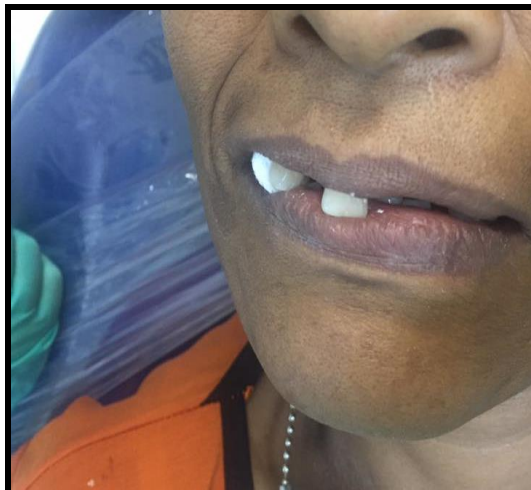


Figura 37 Posicionamiento de una gasa mojada encima de la herida.

Anexo 10 Protocolo para elaboración de una corona metal-porcelana.



Figura 38 Toma de impresión con alginato.



Figura 39 Elaboración de modelos de estudio.

Tallado de piezas dentales.

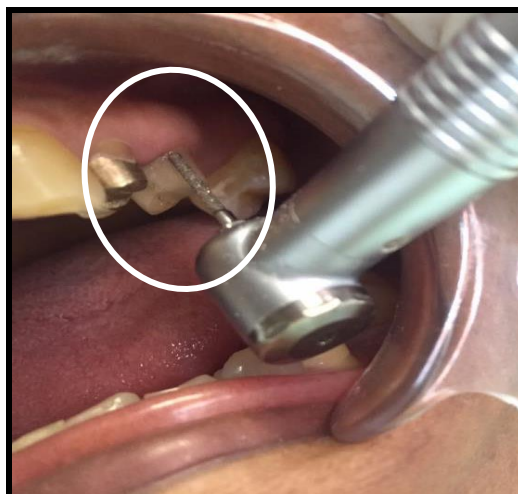


Figura 40 Tallado de la pieza 25 por vestibular.

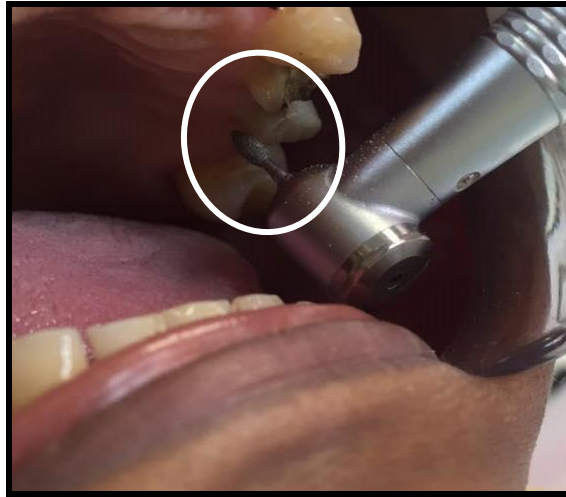


Figura 41 Tallado de la pieza 25 por palatino.

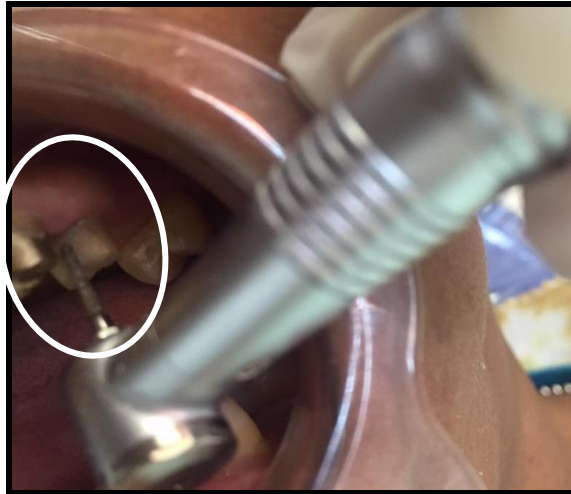


Figura 42 Tallado de la pieza 25 en la cara proximal.



Figura. 43 Tallado terminado de las piezas 24 y 25.



Figura 44 Retracción gingival: medio mecánico-químico.

Toma de impresión: técnica de rebasado o doble impresión.



Figura 45 Toma de impresión con material pesado y liviano.

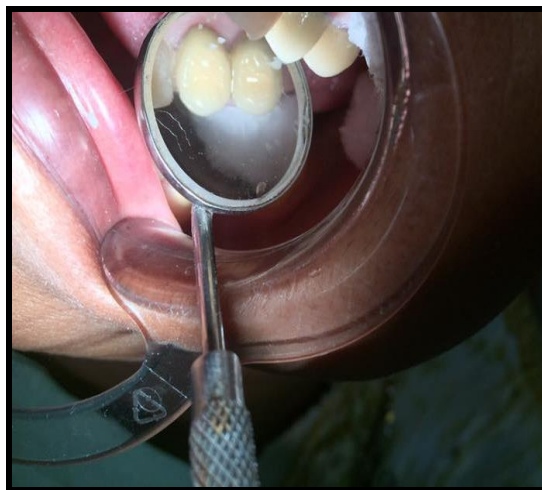


Figura 46 Elaboración de corona provisional.

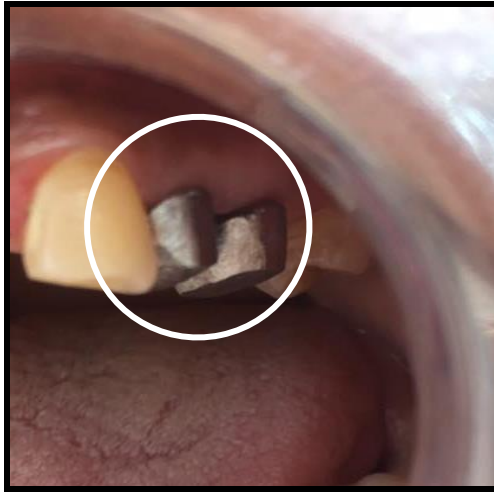


Figura 47 Prueba de metal.

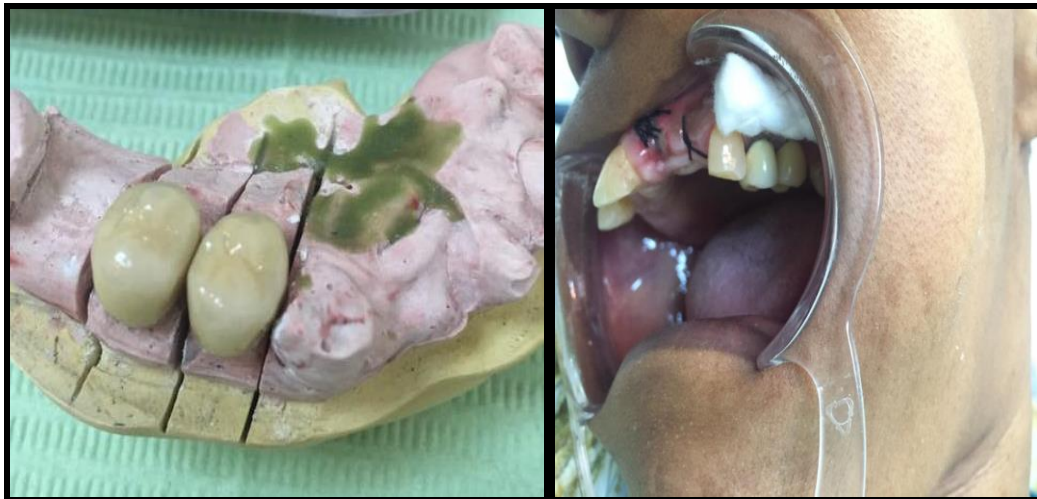


Figura 88 Prueba de bizcocho.

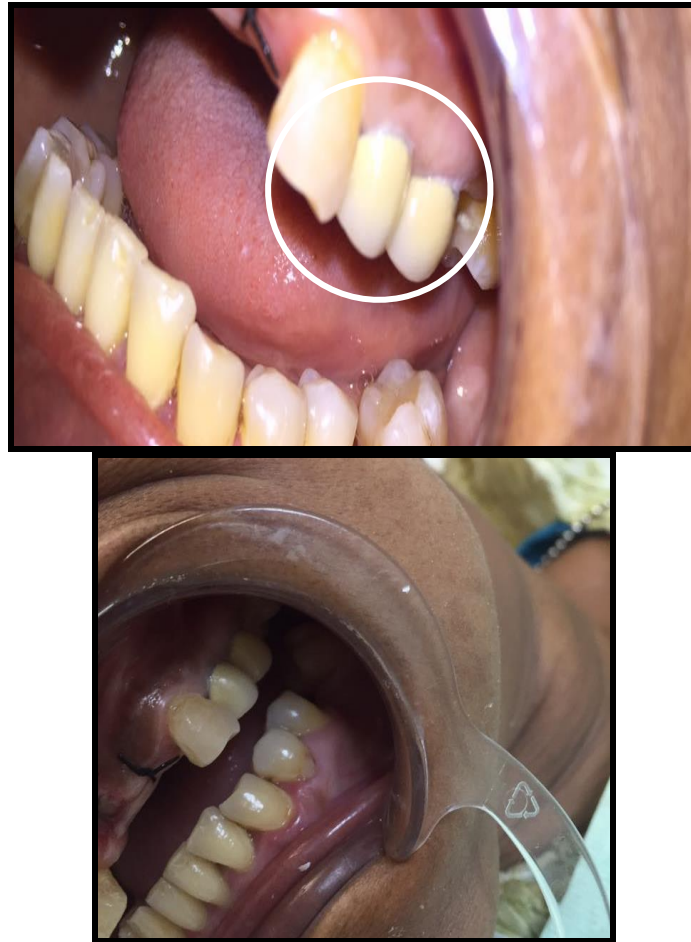


Figura. 49 Glaseado y Cementación definitiva.

Anexo 11 Protocolo para elaboración de una prótesis parcial removible de cromo cobalto.



Figura 50 Toma de impresión con alginato.



Figura 51 Elaboración de modelos de estudio.

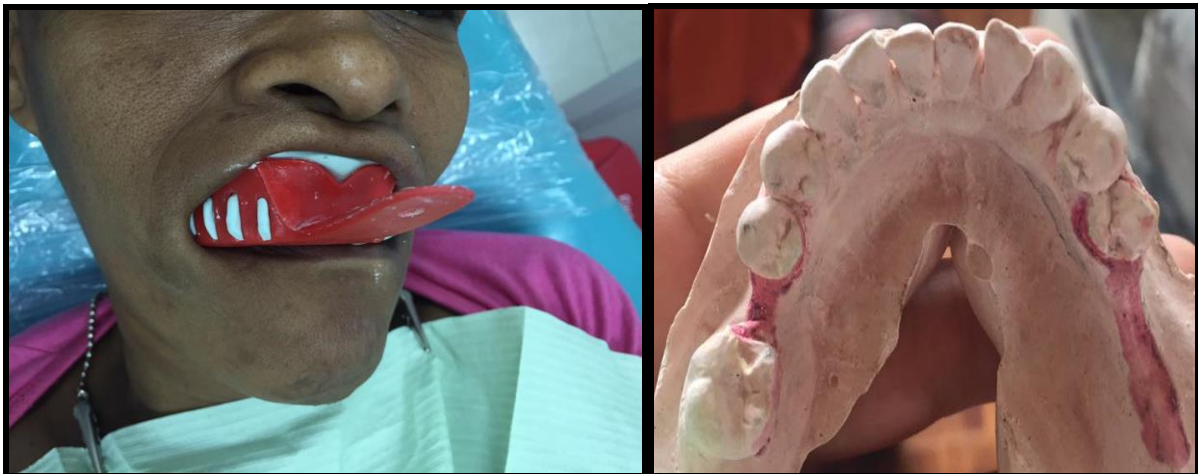


Figura 52 Elaboración de modelos definitivo.





Figura 53 Prueba de armazón metálica.



Figura 54 Registro de mordida.



Figura 55 Prueba de prótesis en cera.



Figura 56 Adaptación y entrega de la prótesis terminada.

Anexo 12. Educación al paciente.



Figura 57 Educación al paciente: técnica de cepillado, procedimientos auxiliares.

Anexo 13. Profilaxis dental.



Figura 58 Antes de realizar la profilaxis.



Figura 59 Después de realizar la profilaxis.

Anexo 14. Extracción dental.



Figura 60 Antes de la extracción de la pieza 15.



Figura 61 Después de la extracción de la pieza 15.

Anexo 15. Operatoria dental.

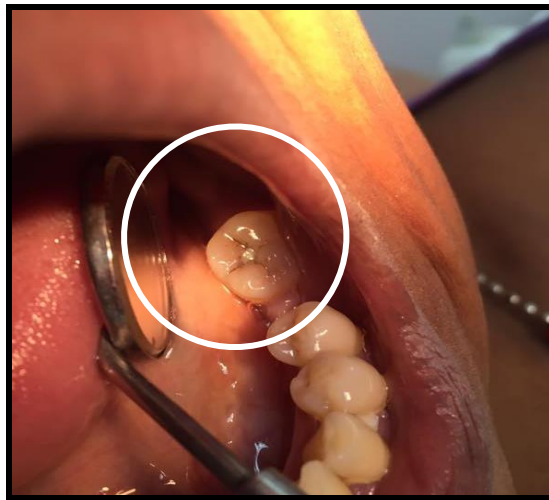


Figura 62 antes de la restauración de la pieza 37.



Figura 63: después de la restauración de la pieza 37.

Anexo 16. Tratamiento de conductos.

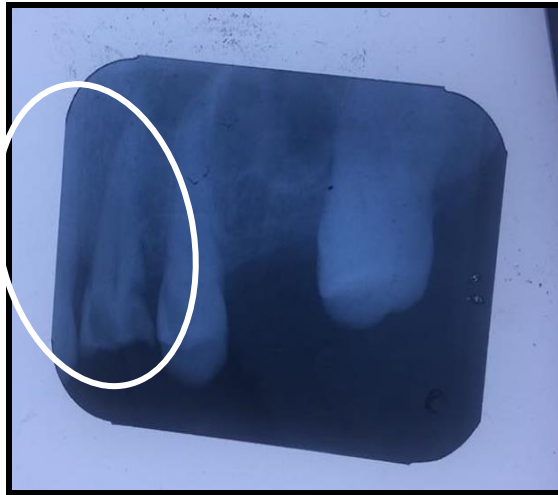


Figura 64 Antes del tratamiento de conducto piezas 24.



Figura 65 Después del tratamiento de conducto piezas 24.

Anexo 17. Prótesis fija.



Figura 66 Antes de realizar prótesis fija piezas 24, 25.



Figura 67 Después de realizar prótesis fija piezas 24, 25.

Anexo 18. Prótesis parcial removible de cromo cobalto.



Figura 68 Antes de colocar las prótesis parciales removibles superior e inferior.



Figura 69 Después de colocar las prótesis parciales removibles superior e inferior.

Antes.



Después.



BIBLIOGRAFÍA

- Ahmad, I. (2013). *Manual de consulta rápida en prostodoncia*. Caracas: Amolca.
- Ayuso, R., Martori, E., Brufau, M., & Ribera, M. (2015). Prótesis removible en el paciente geriátrico. *Avances en Odontoestomatología*, 31(3), 1158-1163. Recuperado el 5 de Noviembre de 2015, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852015000300009&script=sci_arttext&tlng=em
- Barrancos, J., & Barrancos, P. (2011). *Operatoria Dental - Integracion Clinica* (4a ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Bascones, A. (2009). *Periodoncia clínica e implantología oral*. Barcelona: Ediciones Avances .
- Bassi, F., Previgliano, V., & Schierano, G. (2011). *Rehabilitación protésica: Prótesis parcial removible*. Torino: Amolca.
- Bergenholtz, G., Horsted - Bindslev, P., & Reit, C. (2011). *Endodoncia* (2da. ed.). México: El Manual Moderno.
- Bottino, M. (2008). *Nuevas tendencias 3: Endodoncia*. Sao Paulo: Artes Médicas.
- Bruna, E., & Fabianelli, A. (2012). *La prótesis fija con líneas terminales verticales*. New York: Amolca.
- Canalda, C., & Brau, E. (2014). *Endodoncia: Técnicas clínicas y bases científicas* (Tercera ed.). Barcelona, Reino de España: Elsevier.
- Chiapasco, M. (2010). *Tácticas y técnicas en cirugía oral* (2da ed.). Barcelona, Reino de España: Amolca.

Cosme, G., & Berini, L. (2011). *Tratado de cirugía bucal* (Vol. 1). Madrid, Reino de España: Ergon.

Cruz, A., Díaz, A., & Méndez, J. (2013). Técnicas para el manejo del tejido gingival en prótesis fija. Una revisión sistemática. *Avances en Odontoestomatología*, 29(4), 191-199.

Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2012). *Periodoncia*. Barcelona, Reino de España: Elsevier.

Hargreaves, K., & Cohen, S. (2011). *Vías de la pulpa* (10ma ed.). Barcelona, Reino de España: Elsevier. Recuperado el 27 de Octubre de 2015, de https://books.google.com.ec/books?id=6DKUoWfGonQC&printsec=frontcover&dq=Hargreaves,+Kenneth;+Cohen,+Stephen&hl=es&sa=X&ved=0CB4Q6AEwAWoVChMI6LX3gY7_yAIVw2MmCh0xLABp#v=onepage&q=Hargreaves%2C%20Kenneth%3B%20Cohen%2C%20Stephen&f=false

Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W., & Sanz, M. (2014). *Periodoncia e implantología dental de Hall: Toma de decisiones* (1era ed.). México, D. F., Estados Unidos Mexicanos: Manual moderno.

Lumley, Philip; Adams, Nick; Tomson, Phillip. (2009). Madrid: Ripano.

Luzardo, G. y. (oct. - nov. de 2009). Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en pacientes geriátricos Caricuao: Venezuela. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(4), 0-0. Recuperado el 25 de Octubre de 2015, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400020

Mayta, C., Mendoza, G., & Zeballos, L. (2012). Prótesis Removible de Resina. *Revista de Actualización Clínica*, 24, 1158-1163. Recuperado el 5 de Noviembre de 2015, de

http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000900007&script=sci_arttext&tlng=es

Mezzomo, E., & Makoto, R. (2010). *Rehabilitación Oral Contemporánea* (1 era ed.). Sao Paulo: Amolca.

Portilla, J., Pinzón, M., Huerta, E., & Obregón, A. (2010). Conceptos actuales e investigaciones futuras en el tratamiento de la caries dental y control de la placa bacteriana. *Revista Odontológica Mexicana*, 218 - 225. Recuperado el 30 de Octubre de 2015, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2010/uo104d.pdf>

Rosenstiel, S., Land, M., & Fujimoto, J. (2009). *Protesis Fija Contemporánea* (Cuarta ed.). Barcelona: Elsevier.

Shillingburg, H., Hobo, S., Whitsett, L., Jacobi, R., & Brackett, S. (2012). *Fundamentos esenciales en prótesis fija* (3era ed., Vol. 1). Barcelona: Quintessence.

Soares, I., & Goldberg, F. (2012). *Endodoncia: Técnicas y fundamentos*. (2a ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.

Solé, F., & Muñoz, F. (2012). *Cirugía bucal: Para pregrado y el odontólogo general bases de la cirugía bucal*. Santiago, República de Chile: Amolca.

Torabinejad, M., & Walton, R. (2010). *Endodoncia: Principios y práctica*. Barcelona, Reino de España: Elsevier. Recuperado el 27 de Octubre de 2015, de https://books.google.com.ec/books?id=DkRbwmFrfsC&printsec=frontcover&dq=Endodoncia:+Principios+y+pr%C3%A1ctica&hl=es&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVC hMI1IS3_Iv_yAIVAmImCh14twEX#v=onepage&q=Endodoncia%3A%20Principios%20y%20pr%C3%A1ctica&f=false