



Carrera de Odontología.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontólogas.

Tema:

Frecuencia de complicaciones en pacientes que han recibido tratamiento pulpo radicular por absceso alveolar crónico, atendidos en las clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. De septiembre de 2011 hasta agosto de 2013.

Autoras:

Dolores Stefanía Cañarte Murillo.

Dolores Tatiana Mendoza García.

Directora de Tesis:

Dra. Patricia Bravo Cevallos, Mg. Ge.

Portoviejo- Manabí- República del Ecuador.

2014.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Patricia Bravo Cevallos Mg. Ge. Certifica que la tesis de investigación titulada Frecuencia de complicaciones en pacientes que han recibido tratamiento pulpo radicular por absceso alveolar crónico, atendidos en las clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. De septiembre de 2011 hasta agosto de 2013. Es trabajo original de las egresadas Dolores Stefanía Cañarte Murillo y Dolores Tatiana Mendoza García, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Patricia Bravo Cevallos, Mg. Ge.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR:

Tema:

Frecuencia de complicaciones en pacientes que han recibido tratamiento pulpo radicular por absceso alveolar crónico, atendidos en las clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. De septiembre de 2011 hasta agosto de 2013.

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de Odontólogas.

Dra. Lucía Galarza Santana. Mg. Sp.

Directora de la Carrera.

Dra. Patricia Bravo Cevallos, Mg. Ge.

Directora de Tesis.

Dra. Yanet López Mena.

Miembro del Tribunal.

Odo. Verónica Ramos León, Mg. G. Sp.

Miembro del Tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA:

La responsabilidad de las ideas y resultados del presente trabajo investigativo, titulado Frecuencia de complicaciones en pacientes que han recibido tratamiento pulpo radicular por absceso alveolar crónico, atendidos en las clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. De septiembre de 2011 hasta agosto de 2013, pertenece exclusivamente a las autoras.

Dolores Stefanía Cañarte Murillo.

Autora.

Dolores Tatiana Mendoza García.

Autora.

AGRADECIMIENTO:

El presente trabajo de tesis me gustaría agradecerte a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional, porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

A mis padres Eleodora Murillo Cañarte y George Cañarte Matute por el apoyo incondicional que me dieron a lo largo de la carrera.

A mis abuelitos y hermana por permitirme soñar y crecer, lo que me proponga lo puedo lograr que solo depende de mí.

Dolores Stefanía Cañarte Murillo.

AGRADECIMIENTO:

A Dios, por todas sus bendiciones.

A mis padres y a mis hermanos, por enseñarme que no hay límites en lo que me proponga obtener.

A mi pequeña hija y a mi esposo, por estar conmigo en todo momento y nunca dejarme decaer.

A mis familiares en general, por creer en mí y en lo que soy capaz de lograr.

A mi amiga y compañera de tesis Stefanía Cañarte, por haber recorrido conmigo este largo camino del saber.

A mis queridos docentes Dra. Yanet López y Dr. Miguel Arredondo, por su enseñanza, paciencia y ayuda en la realización de la tesis.

Y a todas las personas que de una u otra manera hicieron que esta meta se pueda cumplir.

Dolores Tatiana Mendoza García.

DEDICATORIA:

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres Eleodora Murillo Cañarte y George Cañarte Matute, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mi hermana Romina, porque te amo infinitamente hermanita, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre tu cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

A mis abuelos Ernesto y Liliam, gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles. A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Dolores Stefanía Cañarte Murillo.

DEDICATORIA:

Mi tesis se la dedico primero a Dios, por haberme dado la inteligencia y paciencia para continuar en este largo camino.

A mis padres Manuel y Dolores por creer en mis capacidades, por todas sus palabras de aliento que no me dejaban decaer y seguir mis ideales.

A mi hija Doménica y a mi esposo Bryan, por ser mi fuente de motivación e inspiración, para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mis hermanos Manuel, Luis y Karla, por todo el apoyo brindado durante este largo recorrido.

A todos mis familiares y amigos que sin esperar nada a cambio compartieron conmigo alegrías y tristezas, apoyando y logrando que este sueño se haga realidad.

Dolores Tatiana Mendoza García.

RESUMEN:

Analizando la obra de González¹ (2005) podemos conocer que:

El estado de la pieza con tratamiento endodóntico, debido al desarrollo tecnológico con la aplicación de nuevas técnicas, instrumentales y materiales, propone una revisión de consideraciones asociadas y relacionadas al éxito del mismo. Por ello en América Latina se realizan temas de apoyo para la materia de clínica odontológica integrada. (pp. 131-138).

Un tratamiento endodóntico exitoso consiste en la ausencia de síntomas y la rehabilitación completa de la pieza dental. Las complicaciones evolutivas del tratamiento pulpo radicular pueden provocar la pérdida del diente afectado o la diseminación séptica en tejidos cercanos, de ahí la importancia del seguimiento de los pacientes tratados. Por ello nos propusimos caracterizar la evolución de los pacientes que han recibido tratamiento pulpo radicular por absceso alveolar crónico, atendido en las clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, de septiembre de 2011 hasta agosto de 2013.

Para ello se realizó una ficha de observación, encuesta, examen odontológico y examen radiológico evolutivo. Y se revisaron las fichas clínicas de todos los pacientes atendidos por absceso alveolar crónico con tratamiento pulpo radicular y se concluyó que el tratamiento pulpo radicular a pacientes con absceso alveolar crónico en las clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se realiza generalmente por la presencia de fístula.

¹Sans M. (2005) Odontología basada en la evidencia. Evaluación crítica de la literatura científica. En Cuenca E, Baca P Ed. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. (3ra Ed) Barcelona, Reino de España: Masson.

En los tratamientos de resina y corona son frecuentes la filtración o problemas de adaptación. También se evidencia la presencia de radiolucidez inmediata y evolutiva. Como consecuencia se produce salida del material del conducto y la complicación más frecuente es el dolor. Fue significativa también la alta incidencia de fracturas en los pacientes tratados.

ABSTRACT:

Analyzed González² (2005), out that:

The state of the piece with endodontic treatment, due to technological development with the application of new techniques, instruments and materials, proposes to revise and associated considerations related to success. Thus in Latin America for support issues for integrated dental clinic is performed. (pp. 131-138).

A successful endodontic treatment is the absence of symptoms and the complete rehabilitation of the tooth. Evolutionary root canal treatment complications may result in loss of the affected tooth or septic dissemination in nearby tissues, hence the importance of monitoring patients. So we set out to characterize the evolution of patients receiving treatment for chronic alveolar abscess treated at clinics dentistry of the University of San Gregorio Portoviejo, from September of 2011 to August of 2013.

This requires a record of observation, survey, dental examination and evolutionary radiological examination was performed. And the medical records of all patients treated for chronic alveolar abscess with root canal treatment was reviewed and it was concluded that chronic alveolar abscess patients with chronic alveolar abscess clinics dentistry of the University of San Gregorio Portoviejo, is usually performed by the presence of fistula.

2 Sans M. (2005) Odontología basada en la evidencia. Evaluación crítica de la literatura científica. En Cuenca E, Baca P Ed. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. (3ra Ed) Barcelona, Kindow of Spain : Masson.

In the corona and resin treatment, filtration or adjustment problems are frequent. The presence of immediate and progressive radiolucency was also evidence.

Consequently outlet duct material is produced and the most common complication is pain. It was also significantly high incidence of fractures in patients treated.

ÍNDICE

Certificación de la directora de tesis:	ii
Certificación del tribunal examinador:	iii
Declaración de autoría:	iv
Agradecimiento:	v
Agradecimiento:	vi
Dedicatoria:	vii
Dedicatoria:	viii
Resumen:.....	ix
Abstract:.....	xi
Índice	xiii
Introducción:	1
Capítulo I	2
1. Tema de la investigación:.....	2
1.1. Antecedentes:	2
1.2. Formulación del problema:	7
1.3. Planteamiento del problema:	7
1.4. Delimitación del problema:	8
1.4.1. Delimitación espacial:.....	8
1.4.2. Delimitación temporal:.....	8
1.5. Justificación:.....	8
1.6. Objetivos:	9
1.6.1. Objetivo general:.....	9
1.6.2. Objetivos específicos:	9
Capítulo II.	10
2. Fundamentación teórica.	10
2.1. Absceso alveolar:.....	10
2.2. Absceso alveolar crónico:	12
2.2.1. Definición:.....	12
2.2.2. Etiología:	13
2.2.3. Signos y síntomas:	14

2.3. Diagnóstico y planificación del tratamiento endodóntico.....	15
2.4. Precauciones durante el tratamiento:	16
2.5. Contraindicaciones del tratamiento:	17
2.6. Tratamiento:	18
2.7. Límite apical de una obturación:	19
2.8. Momento de la obturación de los conductos radiculares:	20
2.9. Manejo de los fracasos endodónticos:	20
2.10. Accidentes en endodoncia:	21
2.10.1. Sobreobturación endodóntica:	24
2.11. Dolor postendodoncia:	25
2.12. Unidades de observación y análisis:	26
2.13. Variables:.....	26
Capítulo III.....	27
3. Marco metodológico	27
3.1. Modalidad y tipo de la investigación:	27
3.2. Método:	27
3.3. Técnicas:.....	27
3.4. Instrumentos:	27
3.5. Recursos:	28
3.5.1. Humanos:.....	28
3.5.2. Materiales:	28
3.5.3. Tecnológicos:.....	28
3.5.4. Económicos:	28
3.6. Población y muestra:.....	29
3.6.1. Población:	29
3.7. Proceso de recolección de información:	29
3.8. Procesamiento de la información:	29
Capítulo IV.....	30
4. Resultados de la investigación.....	30
4.1. Análisis e interpretación de los resultados:	30
Cuadro 1.....	30
Cuadro 2.....	32

Cuadro 3.....	33
Cuadro 4.....	35
Cuadro 5.....	36
Cuadro 6.....	39
Cuadro 7.....	41
Cuadro 8.....	43
Cuadro 9.....	44
Cuadro 10.....	45
Cuadro 11.....	48
4.2. Conclusiones y recomendaciones:.....	50
4.2.1. Conclusiones:.....	50
4.2.2. Recomendaciones:	50
Capítulo V.....	51
5. Propuesta alternativa.....	51
5.1. Nombre de la propuesta:	51
5.2. Fecha de inicio:.....	51
5.3. Localización geográfica:	51
5.4. Justificación:.....	51
5.5. Marco institucional:	51
5.6. Objetivos:	52
5.6.1. Objetivo general:.....	52
5.7. Descripción de la propuesta:	53
5.8. Responsables:	53
5.9. Beneficiarios:.....	53
5.10. Factibilidad:.....	53
5.11. Sustentabilidad:.....	53
5.12. Diseño metodológico:	53
6. Bibliografía:	54

INTRODUCCIÓN:

Los pacientes tratados por absceso alveolar crónico con tratamiento pulpo radicular son susceptibles de numerosas complicaciones dependientes fundamentalmente del llenado del conducto. En las clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo se atiende a pacientes que presenten esta patología, pero no se realiza un diagnóstico evolutivo de estos casos.

La complicación más frecuente del absceso alveolar crónico es el dolor que se prolonga hasta más de seis meses después de realizado el tratamiento, aunque también puede producirse fístula, fractura e infección del conducto que puede provocar una diseminación en los tejidos periféricos. Pero se considera totalmente fallida la intervención cuando se produce la pérdida del diente.

Es importante la evolución en estos casos, por lo que se decidió realizar un diagnóstico evaluando a 39 pacientes atendidos en las clínicas a través de un examen odontológico y un examen radiológico evolutivo. También se les realizó la ficha clínica y formularios de encuestas para verificar el estado actual de la pieza en estudio, todo esto para tomar medidas de prevención en futuras prácticas de endodoncia. Y que este trabajo investigativo sea de guía para los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

CAPÍTULO I

1. Tema de la Investigación:

Frecuencia de complicaciones en pacientes que han recibido tratamiento pulpo radicular por absceso alveolar crónico, atendidos en las clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. De septiembre de 2011 hasta agosto de 2013.

1.1. Antecedentes:

Examinando la obra de González³ (2005) podemos conocer que:

Con relación al estado de la pieza con tratamiento endodóntico, debido al desarrollo tecnológico con la aplicación de nuevas técnicas, instrumentales y materiales, propone una revisión de consideraciones asociadas y relacionadas al éxito del mismo. Por ello en América Latina se realizan temas de apoyo para la materia de clínica odontológica integrada (pp. 131-138).

Estudiando la obra de Balandrano y Hilú⁴ (2009) podemos conocer que:

Un tratamiento endodóntico exitoso consiste en la ausencia de síntomas y la rehabilitación completa de la pieza dental. En un estudio realizado por el profesor titular de la cátedra de Endodoncia de la facultad de odontología de la Universidad de Balandrano y Hilú, se analizó específicamente el éxito en endodoncia a partir del control radiográfico del paciente, en periodos de 6 meses a 5, 10 y 15. (p. 131).

Considerando la obra de Da Rosa⁵ (2003) podemos entender que:

Las patologías pulpares y periapicales son unas de las enfermedades que más llevan a los pacientes a acudir a una consulta de urgencia estomatológica debido a su sintomatología. Es de gran importancia realizar un correcto diagnóstico en este momento para brindar la terapéutica adecuada. El profesional no puede dejarse llevar por aquellos pacientes que agobiados por el dolor llegan a nosotros para que se les haga la extracción dentaria, cuando se

³ Sans M. (2005). Odontología basada en la evidencia. Evaluación crítica de la literatura científica. En Cuenca E, Baca P Ed. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. (3ra Ed) Barcelona, Reino de España: Masson.

⁴ Hilú, R y Balandrano, F. (2009). El éxito en endodoncia. *Endodoncia*, Republica de Argentina. 27 (Nº 3).

⁵ Nunes da Rosa, L. (2003). Estudio histopatológico de las reabsorciones cemento-dentinarias de la región apical de los dientes humanos extraídos con lesión crónica en el periápice. *Avances en Odontostomatología*, 19(2).

puede resolver su situación con un tratamiento endodóntico parcial o total y muchas veces con solo un buen tratamiento operatorio (pp. 63-73).

De las lesiones crónicas observadas por Da Rosa, nueve eran cistos apicales, cinco granulomas y siete abscesos crónicos. De los veintisiete dientes estudiados, veinte presentaron reabsorción cementaria y diecisiete presentaron reabsorción cemento-dentinaria.

Examinado la obra de Penna y Neshat⁶ (2005) citan a Leonardo (1973) podemos conocer que:

Analizó histológicamente la región apical y periapical de dientes en los que se había realizado biopulpectomía, instrumentado y obturados los conductos radiculares 1 a 2 mm antes del ápice radiográfico. Sus resultados mostraron que en todos los casos las obturaciones estaban en las proximidades de la unión cemento dentinaria, el muñón pulpar preservado y en franco o total proceso de reparación (p. 29).

Estudiando Schäfer y Bürklein⁷ (2012) podemos conocer que:

Evaluaron los factores determinantes en la evolución del tratamiento pulpo radicular, identificando la extensión de llenado del canal, el estado inmunológico, la presencia de lesión periapical, el estado pulpar, la calidad de la restauración de la corona y la densidad del llenado de la raíz. Señalan que hay otros factores más ambiguos que todavía generan discusión como la edad del paciente, enfermedades sistémicas, tamaño de la lesión periapical o perirradicular, etc. El hallazgo más significativo es la relación entre el éxito del tratamiento y los instrumentos, material y técnicas empleadas, considerando como criterio más importante la supervivencia del diente (pp. 130-136).

Analizando la obra Nixdorf⁸, et al. (2011), podemos entender que: “realizaron estudios que evidenciaron que después del tratamiento pulpo radicular el dolor

⁶ Penna, K. y Neshat, K. (2001). Cervicofacial subcutaneous emphysema after lower root canal therapy. *The New York State dental journal*, 67(5).

⁷ Schäfer, E. y Bürklein, S. (2012). Impact of nickel-titanium instrumentation of the root canal on clinical outcomes: a focused review. *Odontology*, 100 (2).

⁸ Nixdorf, D. Moana-Filho, E., et al. (2010). Frequency of persistent tooth pain after root canal therapy: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Endodontics*, 36 (2).

persistente, síntoma que aparece hasta 6 meses después de tratado el paciente, es una complicación frecuente”. (pp. 224-230).

Razonando la obra según Negishi, Kawanami y Ogami⁹ (2005). Podemos conocer que “el riesgo de fallo del tratamiento pulpo radicular se incrementa en relación lineal con la inaccesibilidad del diente particularmente en piezas con lesión perirradicular”. (pp. 399-404).

Comprobando la obra de Liang, Li, Shemesh, Wesselink y Wu¹⁰ (2012) podemos conocer que:

La evidencia radiológica de cavidades puede ser secundaria a tejido pulpar residual o restos de dentina en el canal lo que se traduce en tratamiento inadecuado e infección persistente. La lesión persistente en caso de un buen llenado del canal se debe a infecciones extrarradiculares, quistes o una reacción de rechazo a cuerpo extraño. En el estudio clínico se puso de manifiesto que la evolución del tratamiento depende del tamaño y la homogeneidad de llenado del canal radicular. (pp. 1919-1926).

Considerando la obra de Holland¹¹ (2000) podemos conocer que:

Relaciona un número de trabajos que demuestran que el éxito del tratamiento endodóntico disminuye en dientes con áreas radiolúcidas apicales observando un 22% menos de eficacia en dientes con lesión periapical. En el caso de aquellos que no presentaban lesión periapical se constató inflamación, reabsorción ósea cortical y reabsorción radicular. (pp. 387-390).

⁹Negishi, J. Kawanami, M. y Ogami, E. (2005). Risk analysis of failure of root canal treatment for teeth with inaccessible apical constriction. *Journal of Dentistry*. 33(5).

¹⁰ Liang YH, Li G, Shemesh H, Wesselink PR, Wu MK (2012). The association between complete absence of post-treatment periapical lesion and quality of root canal filling. *Clin Oral Invest*. Reino Unido de Gran Bretaña: Springer.

¹¹ Holland R (2000). Overfilling and refilling monkey pulpless teeth. *J Can Dent Ass*. 46. República de Cuba.

Observando la obra de Holland, Souza, Otoboni, Nery y Bernardo¹² (2000), podemos conocer que:

Identifican otros factores que pueden contribuir a las modificaciones de la zona periapical de dientes con rarefacción ósea, como la presencia de conductos accesorios o el delta apical, abrigando una gran cantidad de contenido séptico inaccesible a los instrumentos endodónticos. Además de esto, se ha demostrado una mayor cantidad de endotoxinas bacterianas en dientes portadores de lesiones periapicales que en los dientes sin lesiones (pp.114-116).

Examinando la obra de Bystrom¹³ (2001) podemos entender que:

Evidencia la preocupación por el fallo de sellamiento biológico apical y una regresión de las lesiones periapicales en ocasiones. Plantea que en algunos casos se debe al establecimiento de bacterias fuera del conducto radicular junto con tejidos periapicales en lugares inaccesibles al tratamiento endodóntico convencional. (pp. 170-175).

Considerando la obra de Debelian y cols¹⁴ (1992) podemos entender que:

Tras un tratamiento de conducto radicular, han tenido indicio de que la bacteremia se da cuando el tratamiento de conducto radicular rebasa el ápice. Sevarrio y cols 2005 demostraron que también se producen bacteremia cuando la utilización de los instrumentos se limita al conducto radicular. (pp. 48).

¹² Holland, R. Souza, V. Otoboni, J. Nery, J. Bernardo P. (2000). Comportamento dos tecidos apicais e periapicais de dentes de caes a obturacao de canal com o cimento experimental sealer pus. 57(2).

¹³ Bystrom, A. (2001). The antibacterial effect of camphorated paramonochlorophenol, camphorated phenol and calcium hidroxide in the treatment of infaected root canals. End Dent Traumat.

¹⁴ Baumann, M., Beer R.(2010) Endodontology. Germany. Estados Unidos de América: Goerg Thieme Verlag.

En la Revista Científica Odontológica¹⁵ (2011) del Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica. Se publicó una investigación sobre la frecuencia de patología pulpar en la Clínica Hospital de Petróleos Mexicanos Coatzacoalcos, Veracruz, en la que se encontró que “la patología de origen endodóntico más frecuente fue la pulpitis irreversible (46.61%) y el principal motivo de consulta al servicio de endodoncia fue el dolor en la mayoría de los casos (83.83%)”. (p. 1183).

Observando la obra de Krall y cols¹⁶ (2006) podemos conocer que: “asumen que indicios más recientes demuestran una relación de dosis y reacción entre el tabaquismo y el riesgo de un tratamiento conducto radicular”. (p. 261).

Comparando la obra de Marending y Cols¹⁷ (2005) podemos conocer que: “en general, se reconoce cada vez más que la reacción inmune del paciente es un factor importante en el resultado del procedimiento de tratamientos endodónticos.” (p. 1183).

Investigando la obra de Alcota y Zepeda¹⁸ (2010) podemos conocer que: “un estudio similar al que nos ocupa se realizó en estudiantes de postgrado en Endodoncia de la Universidad de Chile y se hizo evidente la calidad del tratamiento ofrecido en este servicio” (pp. 215-219).

¹⁵ Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones odontogénica en adultos en primero y segundo nivel de atención. (2011). Estados Unidos Méxicos. Secretaría De Salud.

¹⁶ Calcium and Vitamine E. Dietary references intake. The national Academy Press. Washington DC.

¹⁷ Ingle, Bakland y Baumgartner (2008). Ingle´s Endodontic 6. BC Decker Inc.Ontario.

¹⁸ Alcota, M y Zepeda, C. (2010). Calidad técnica de la obturación radiográfica de tratamientos realizados por estudiantes del posgrado en Endodoncia de la Universidad de Chile. Endodoncia. 28 (4).

1.2. Formulación del problema:

Se desconoce la frecuencia de complicaciones de los pacientes que han recibido tratamiento pulpo radicular por absceso alveolar crónico en las clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. De septiembre de 2011 hasta agosto de 2013.

1.3. Planteamiento del problema:

El absceso alveolar crónico es una inflamación de elevado potencial destructivo, localizado en el tercio apical del diente. Presenta un trayecto fistuloso en donde puede haber salida o no del material purulento que se dirige hacia la cavidad bucal y hacia el tejido cutáneo de la cara.

Comparando la obra de Nageswar¹⁹ (2011) podemos conocer que:

El éxito de la terapia endodóntica es casi 90 – 95%. Todavía hay un 5% de los casos que se califican como fallidos. En el panorama global ese 5% se considera un número muy elevado cuando es evaluado por un periodo de un año. (p. 341).

El estado físico del huésped contribuye a establecer la forma y duración de la infección por ello, además del tratamiento pulpo radicular, es necesario realizar un seguimiento bien estructurado de la evolución de la pieza tratada para verificar posibles complicaciones. Las complicaciones evolutivas del tratamiento pulpo radicular pueden provocar la pérdida del diente afectado o la diseminación séptica en tejidos cercanos, de ahí la importancia del seguimiento de los pacientes tratados.

¹⁹ NageswarRao R.(2011). Endodoncia avanzada. Republica de India. Amolca C.A.

Una vez realizado el tratamiento pulpo radicular en las clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se debe hacer un seguimiento del mismo, para verificar la evolución de la pieza tratada.

1.4. Delimitación del Problema:

1.4.1. Delimitación espacial:

La investigación se desarrolló en las clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

1.4.2. Delimitación temporal:

La investigación se realizó en el periodo de septiembre de 2011 hasta agosto de 2013.

1.5. Justificación:

Investigando la obra de acuerdo a las conclusiones de Naggewar²⁰ (2011) podemos conocer que:

El éxito de la terapia endodóntica es casi 90 – 95%. Todavía hay un 5% de los casos que se califican como fallidos. En el panorama global ese 5% se considera un número muy elevado cuando es evaluado por un periodo de un año. (p. 341).

La importancia del trabajo de investigación radica en conocer la frecuencia de complicaciones asociadas al tratamiento pulpo radicular. Como consecuencia se sientan las bases para diseñar un procedimiento evolutivo que tendría un impacto positivo en la evolución de los pacientes y el aprendizaje de los estudiantes.

²⁰NageswarRao R.(2011). Endodoncia avanzada. Republica de India. Amolca C.A.

El carácter innovador de esta investigación radica en que aporta un elemento importante al sistema educativo asistencial de las clínicas. Por tanto se logra un incremento en la calidad del servicio. El aporte científico de esta investigación es que proporciona información actualizada sobre las complicaciones más frecuentes del tratamiento endodóntico en los pacientes con absceso alveolar crónico.

1.6. Objetivos:

1.6.1. Objetivo general:

Caracterizar la evolución de los pacientes que han recibido tratamiento pulpo radicular por absceso alveolar crónico en las clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. De septiembre de 2011 hasta agosto de 2013.

1.6.2. Objetivos específicos:

- Caracterizar la población según el motivo de la consulta, la presencia de fístula periapical, la condición del tratamiento pulpo radicular, y la extensión de la radiolucidez periapical.
- Identificar las complicaciones más frecuentes asociadas al tratamiento pulpo radicular por absceso alveolar crónico.

CAPÍTULO II.

2. Fundamentación Teórica.

2.1. Absceso alveolar:

Investigando en la obra del Catálogo Maestro de Guías de Prácticas de la Secretaría de Salud de México²¹ (2011) podemos conocer que:

Se define el absceso alveolar como el estadio caracterizado por la acumulación de secreción purulenta. Constituida por una cavidad con tejido necrótico, bacterias y células implicadas en la respuesta inmune y se caracteriza por ser fluctuante, doloroso, de bordes definidos y presentar hiperemia e hipertermia. (p.16).

Razonando la obra de Grossman²² (2012) podemos conocer que:

El absceso alveolar es una enfermedad bacteriana, y que el tejido periapical se involucra cuando estas bacterias, invaden la pulpa, produciendo necrosis parcial o total. La patología perirradicular se podría definir como el conjunto de lesiones de origen endodóntico que involucran a los tejidos periapicales. (p. 17).

Tanto la enfermedad pulpar como la periapical, han sido sujetas a innumerables esquemas de diagnóstico, sistemas de clasificación y terminologías.

Grossman agrupó las enfermedades perirradiculares en:

²¹ Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones odontogénicas en adultos en primero y segundo nivel de atención. (2011). Estados Unidos Mexicanos: Secretaría De Salud.

²² Grossman L., 2012, Enfermedades crónicas perirradiculares con área de rarefacción, recuperado de 3a. Sección: Enfermedades crónicas perirradiculares con área de rarefacción. Republica de Honduras. 2^{da} Edición. Tegucigalpa.

- Periodontitis apical aguda
- Absceso alveolar agudo
- Absceso alveolar crónico
- Granuloma
- Quiste
- Absceso alveolar subagudo.

Indagando la obra de Grossman²³ (2012) podemos conocer que:

Describe las características de las diferentes lesiones. En los casos de absceso alveolar crónico, granuloma y quiste, detalla diferencias clínicas y radiográficas entre ellas, para poder hacer el diagnóstico. Cabe destacar que, aunque sabemos que ciertas características nos sugieren un tipo de lesión, realmente necesitamos una confirmación con el examen histopatológico por la falta de correlación entre las características clínicas y las histológicas. (p. 18).

Analizando la obra de Lasalá²⁴ (1992) podemos conocer que:

Desde hace varias décadas, existen problemas que han impedido todavía llegar a un acuerdo sobre el conocimiento de la patología pulpar. Entre ellos se destacan la imposibilidad de conocer y diagnosticar la lesión histopatológica y otros de índole semántica. (pp. 407-411).

Considerando la obra de este autor Lasalá²² (1992) podemos entender que:

En general se acepta que las clasificaciones histopatológicas son importantes en la investigación científica y la enseñanza, pero debe preferirse una clasificación clínica o terapéutica que ayude, en la práctica profesional, a decidir con precisión el tratamiento adecuado. (pp. 407-411).

²³ Grossman, 2012, Enfermedades crónicas perirradiculares con área de rarefacción, recuperado de 3a. Sección: Enfermedades crónicas perirradiculares con área de rarefacción. República Bolivariana de Venezuela: Tegucigalpa.

²⁴ Lasalá A (1992). Endodoncia; Complicaciones y accidentes en el tratamiento y la obturación de conductos. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Salvat. 15(3).

En resumen Lasalá²⁵, (1992) basado en diversos estudios revisados y aceptando un consenso universal, propone la siguiente clasificación:

- Periodontitis apical aguda
- Absceso alveolar agudo
- Absceso alveolar crónico
- Granuloma periapical
- Quiste radicular o paradentario. (pp. 407-411).

Observando la obra de Torabinejad y Walton²⁶ (2010) podemos conocer que:

Las patologías perirradiculares de origen pulpar no se presentan como entidades individuales. Es por ello que la clasificación que proponen se basa en los signos y síntomas clínicos y en los datos radiográficos dividiendo las lesiones perirradiculares en 3 grupos principales. (p. 62).

- Periodontitis apical aguda
- Absceso alveolar agudo
- Abscesos apicales.

Estudiando la obra de Torabinejad y Walton²⁷ (2010) podemos conocer que:

Estos autores utilizan los términos agudo y crónico, no para referirse a los tipos de células que se encuentran involucradas en la lesión, sino más bien a los síntomas que presenta el paciente. Los diferencian en agudos y crónicos, dependiendo de la intensidad del dolor, la presencia o ausencia de signos y síntomas, y el grado de formación y excreción del exudado (p. 62).

2.2. Absceso Alveolar Crónico:

2.2.1. Definición:

Comparando la obra de Torabinejad y Walton (2010) definen el absceso alveolar crónico, como:

²⁵ Lasalá A (1992). Endodoncia; Complicaciones y accidentes en el tratamiento y la obturación de conductos. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Editorial Salvat. 15(3).

²⁶ Torabinejad M, Walton R. (2010), Endodoncia principios y prácticas. Reino de España: Elsevier España, S.L 4ta Edición Barcelona.

²⁷ Torabinejad M, Walton R. (2010), Endodoncia principios y prácticas. Reino de España: Elsevier España, S.L 4ta Edición Barcelona.

Un trastorno inflamatorio de origen pulpar que se caracteriza por la presencia de una lesión que ha dado paso a un absceso. Es un cuadro que suele ser asintomático y se descubre al hacer una radiografía porque los pacientes presentan una imagen radiolúcida no bien definida en el periápice. (p.62).

Analizando la obra de Torabinejad y Walton (2010) describen que: “Su proceso de evolución lenta, suele cursar con la presencia de una fístula gingival o cutánea que no es más que el trayecto final del conducto que va desde el absceso al exterior.” (p. 62).

Indagando la obra Torabinejad y Walton (2010) podemos conocer que: “por esta vía, se expulsa el contenido seroso y purulento de forma continua, por ello este absceso no da sintomatología y el paciente solo nota que la fístula aumenta o disminuye de tamaño”. (p. 62).

2.2.2. Etiología:

Investigando la obra de Torabinejad y Walton (2010) podemos conocer que:

Identifican para el absceso alveolar crónico, una etiopatogenia muy parecida al absceso alveolar agudo. Es consecuencia de la necrosis pulpar y suele asociarse a una periodontitis apical crónica que ha formado un absceso; este ha excavado el hueso y los tejidos blandos y ha formado una estoma sinusal en la mucosa oral, o en ocasiones, en la dermis facial. (p. 63).

Observando la obra de Torabinejad y Walton (2010) podemos conocer que:

Describen las características histológicas de las lesiones y señalan que son parecidas a la de la Periodontitis apical supurante: “Un Absceso Alveolar

Crónico puede drenar también a través del periodonto hacia el surco periodontal y simular un absceso o bolsa periodontal.” (p.63).

2.2.3. Signos y síntomas:

Analizando la obra de Torabinejad y Walton (2010) podemos conocer que:

Debido a la existencia de un drenaje, el absceso suele ser asintomático, salvo cuando se produce el cierre ocasional de vía fistulosa, en cuyo caso puede producir dolor. Las manifestaciones clínicas, radiológicas e histopatológicas del absceso alveolar crónico son similares a la periodontitis periapical aguda, con la adición del conducto sinusal, que puede estar tapizado total o parcialmente por epitelio rodeado por tejido conjuntivo inflamado. (p. 63).

Examinando la obra de Grossman²⁸ (2012) podemos conocer que:

El diente involucrado es generalmente asintomático, detectado durante radiografías de rutina o por presencia de una fístula. La fístula puede o no estar activamente drenando y generalmente está situada en la mucosa alveolar. Algunos casos se presentan con tractos fistulosos en la piel facial. (p. 89).

Estudiando la obra de Grossman (2012) podemos conocer que:

El tracto puede ser investigado insertándole una punta de gutapercha y tomando una radiografía. Este procedimiento denominado por Kuttler cateterismo fistular y por otros autores fistulografía, es de gran valor porque permite determinar la fuente del tracto fistuloso que no siempre está junto al diente. Ocasionalmente el exudado puede drenar por el surco gingival del diente involucrado, lo cual puede confundir con una periodontitis marginal. Sin embargo, la bolsa periodontal está usualmente ausente. (p. 89).

28 Grossman, 2012, Enfermedades crónicas perirradiculares con área de rarefacción, recuperado de 3a. Sección: Enfermedades crónicas perirradiculares con área de rarefacción. República Bolivariana de Venezuela.

2.3. Diagnóstico y planificación del tratamiento endodóntico.

En estos últimos años la endodoncia dispone de avances tecnológicos que han alcanzado parámetros de perfeccionamientos técnicos, es importante destacar que la mayor parte de esta evolución técnica ya se ha incorporado a las actividades diarias de los endodoncistas, porque son consideradas:

-Confiables

-Aplicables

-Previsibles

Estudiando la obra de Torabinejad y Walton²⁹ (2010) podemos conocer que:

El diagnóstico puede producirse en dos escenarios: Un paciente de urgencia que acude con dolor y posiblemente con hinchazón o desplazamiento o avulsión de los dientes. El otro es que forma parte de un plan de tratamiento restaurador cuando se detecta una alteración pulpar o periapical, pero sin síntomas. Una vez que se soluciona la emergencia, el primer escenario se convierte en el segundo. En ambas circunstancias es muy importante una anamnesis y exploración exhaustivas para alcanzar un diagnóstico y prestar una asistencia correcta y eficaz. (p. 69).

Comparando la obra de Torabinejad y Walton (2010) podemos conocer que:

“La clave fundamental para un tratamiento eficaz es un diagnóstico exacto para alcanzar esto es mediante un conocimiento adecuado de los procesos patológicos que se desarrollan en el tejido afectado.”(p. 69).

Considerando la obra de Grossman (2012) podemos entender que:

²⁹ Torabinejad M, Walton R. (2010), Endodoncia principios y prácticas. Reino de España: Elsevier España, S.L 4ta Edición Barcelona.

El diente afectado frecuentemente tiene una lesión cariosa extensa o una gran restauración coronal. Frecuentemente se presenta indoloro o con ligero dolor, puede haber molestias a la masticación, movilidad y dolor moderado a la percusión y palpación, no hay respuesta a las pruebas eléctricas y térmicas, puesto que la pulpa está necrótica.

Radiográficamente, el absceso alveolar crónico, como el granuloma y el quiste, se observan como enfermedades crónicas perirradiculares con área de rarefacción.

Observando la obra de Torabinejad y Walton (2010) podemos conocer que:

A menudo, el diagnóstico es muy sencillo y a veces no lo es, se realiza fundamentalmente por:

- Dolencias periapicales.
- Antecedentes médicos y odontológicos.
- Exploración Oral.

2.4. Precauciones durante el tratamiento:

Razonando la obra de Nageswar³⁰ (2011), podemos conocer que:

Durante el tratamiento de conducto radicular, la anestesia local no debe infiltrarse en la inflamación porque puede diseminar la infección en distintos espacios faciales causando dolor adicional debido al aumento en la cantidad de líquido en la inflamación y no surtirá efecto

³⁰ NageswarRao R.(2011). Endodoncia avanzada. Republica de la India: Amolca C.A.

debido al pH reducido. Existen formas de resolverlo como drenar a través del conducto radicular y usar antibióticos. (p. 48).

2.5. Contraindicaciones del tratamiento:

Comparando la obra de Philip Lumley³¹, et al. (2009) podemos conocer que:

Identifican factores generales como:

- Estado de salud del paciente o su estado general: pueden contraindicar un tratamiento, si hay una indicación de antibióticos se debe dar aunque asuma que la instrumentación no produce bacteremia.
- La falta de interés por parte del paciente o la disminución de una apertura son una contraindicación para hacer el tratamiento endodóntico (p. 17).

Investigando la obra de Philip Lumley, et al. (2009) podemos entender que:

También describen factores restaurativos como el hecho que en el examen clínico se haya contraindicado por motivos funcionales o afecciones periodontales o por presentar otras patologías como reabsorción interna o externa excesiva. Aun cuando al retirar la pulpa se pare la reabsorción interna, es muy importante determinar si el resto radicular remanente será suficientemente útil y funcional. (p. 17).

³¹ Lumley P, Adams N, Thomson P. (2009) Práctica clínica y Odontológica. Madrid. Reino de España: Editorial Ripano SA.

Indagando la obra de Philip Lumley, et al. (2009) podemos conocer que:

La presencia de fracturas radicales horizontales o verticales en el medio tercio apical puede tener un buen pronóstico; esto se debe a que el segmento apical permanece vital. El tratamiento endodóntico se debe hacer hasta el sitio de la fractura horizontal.

La fractura a nivel gingival se infecta muy rápido puesto que existe una continuidad entre la línea de la fractura y el periodonto, también podemos incluir las verticales y oblicuas de la raíz causadas por trauma. La fractura vertical tiene que confirmarse mediante el levantamiento de un colgajo, para poder hacer inspecciones directas de la superficie radicular. (p.18).

2.6. Tratamiento:

Analizando la obra de Philip Lumley, et al. (2009) podemos conocer que:

Asumen el manejo del dolor pulpar y periodontal como tratamiento prioritario. Al igual que las extracciones de los dientes que no se pueden salvar y las lesiones cariosas grandes, deben estabilizarse y se debe hacer un régimen periodontal preventivo. Después de la fase higiénica se harán los tratamiento endodónticos y restaurativos, esto permite hacerlo en un medio más sano y predecible. (p. 15).

2.7. Límite apical de una obturación:

Examinando la obra de Roberto (2005) podemos entender que:

Se sabe desde hace mucho tiempo por medio de los estudios de Grove, que el conducto radicular no es único sino que se comprende de dos conformaciones cónicas bien caracterizadas; de tamaños diferentes, siendo que la más larga tiene una abertura mayor en continuidad con la cámara pulpar y la abertura menor hacia apical. Denominado conducto dentario ocupado por un tejido conjuntivo laxo denominado pulpa. (p. 944).

Estudiando la obra de Roberto (2005) podemos entender que:

También describe la otra conformación cónica más pequeña. Esta presenta su amplitud mayor hacia la región apical y su punto más estrecho unido a la conformación anterior se denomina conducto cementario y está ocupado por un tejido conjuntivo fibroso con características similares a las del periodonto se denomina muñón pulpar.

Señala que:

La unión de esas conformaciones cónicas ocurre en el lugar de su estrechamiento. Este punto de encuentro se denomina unión cemento-dentina- conducto, de gran importancia para los procedimientos endodónticos, pues en ese nivel termina la pulpa y se inician las estructuras periodontales.

Lo define como campo de acción del endodoncista para realizar sus tratamientos pulpo radicular. Sin pasar su límite apical y que la pieza dentaria que se está trabajando dé respuestas favorables durante y después del tratamiento. (p. 944).

2.8. Momento de la obturación de los conductos radiculares:

Considerando la obra de Roberto (2005) podemos entender que: “La obturación del conducto radicular es el cierre de la seguridad de toda secuencia operatoria de la técnica endodóntica y como tal debe ser lo más herméticamente posible, llegar a un límite adecuado y también realizar en el momento oportuno.” (p. 948).

2.9. Manejo de los fracasos endodónticos:

Observando la obra de Nageswar³² (2011) podemos conocer que:

El éxito de la terapia endodóntica es casi 90 – 95%. Todavía hay un 5% de los casos que se califican como fallidos. En el panorama global ese 5% se considera un número muy elevado cuando es evaluado por un periodo de un año. (p. 341).

Según este autor las causas del fracaso se dividen en:

- Selección incorrecta del caso
- Errores en el procedimiento durante la abertura de acceso
- Errores en el procedimiento durante la preparación de biomecánica
- Errores en el procedimiento durante la obturación. (p.341).

³² Nageswar, R. (2011). Endodoncia avanzada. Republica de la India: Amolca C.A.

2.10. Accidentes en endodoncia:

Investigando la obra de Terrazas³³, et al. (2010) podemos conocer que: “en el tratamiento endodóntico pueden ocurrir percances” (p. 184).

La clasificación propuesta por Ingle (2004), citado por Terrazas et al. (2010) de los mismos, incluye a los relacionados con la instrumentación, entre las cuales están las obturaciones de los conductos radiculares sobreextendidas o subextendidas.

Entre las causas que condicionan a este tipo de perforación se encuentra la falta de conocimiento de la anatomía dental y pulpar y otra, de suma importancia para los especialistas del área de la Endodoncia, es la falta de información radiográfica. En las perforaciones el tiempo es un factor crucial, el mejor momento para reparar la perforación de la raíz es inmediatamente después de que esta ocurre, para reducir al mínimo el potencial de aparición de la infección.

Indagando la obra de Gutman y Lovdahl³⁴ (1997) podemos conocer que:

Los cuatro componentes que se deben considerar en el tratamiento de los percances endodónticos son detección, corrección, pronóstico y prevención. Se recomienda realizar la evaluación preoperatoria con dos

³³

Terrazas RTA, et al (2010). Accidentes de procedimiento endodóntico. Revista Odontologica Mexicana, 15(3).

³⁴

Gutmann, J, Lovdahl, P. (1997). Problems encountered in tooth isolation and access to the pulp chamber space. In: Gutmann JL, Dumsha TC, Lovdahl, P, Hovland, E. Editors. Problemsolving in endodontics. Missouri. Mosby.

radiografías para el diagnóstico, una en dirección ortorradial y otra con una angulación de 15° mesio o distorradial (pp. 47-66).

Analizando la obra de Rodríguez³⁵ (2003) podemos conocer que:

El fracaso endodóntico puede estar causado por subobturación, definida por Rodríguez Ponce (2003) como la obturación del conducto radicular lejos de la longitud de trabajo determinada con la conductometría. Al quedar residuos orgánicos dentro del conducto, las causas más frecuentes de la subobturación son la creación de un tope corto, la falta del ajuste exacto del cono maestro y la falta de penetración del material de obturación hasta la longitud de trabajo determinada. (pp. 254-255).

Examinando la obra de Alvarado, Ramírez y Sánchez³⁶ (2009) podemos entender que:

Un estudio sobre las iatrogenias cometidas en el tratamiento odontológico, encontraron que: Las más frecuentes fueron las endodónticas en especial la subobturación con el 31,3%, subextensión 23,5%, la sobreobturación correspondió a un porcentaje reducido del 1,9%, lo cual se pudo corroborar con el estudio realizado por Hoen, y referido por estos autores, sobre endodoncias con necesidad de retratamiento. En el cual la

³⁵

Rodríguez PA (2003). Endodoncia consideraciones actuales; accidentes y complicaciones en endodoncia. (1ª Ed) Ed. Amolca.

³⁶

Alvarado VA; Ramírez VH; Sánchez NA, Pineda EL (2010). Identification of patients with iatrogenic procedures performed at other institutions who were readmitted to the Emergency Service, College of Dentistry, University of Antioquia during the first semester of 2009 (2009-1). Rev Fac Odontol Univ Antioq. 22.

subextensión constituyó el 22%, la pobre calidad de obturación (subobturación) 65% y la sobreobturación 3%. (pp. 22,72-80).

Citan también a Petterson cuya sobreobturación fue del 12%, la obturación incompleta (subobturación) 50%; y el estudio de la Universidad de Washington en el cual la sobreobturación fue del 4% y la obturación incompleta (subobturación) del 59%.

Según estos estudios la subextensión y subobturación en endodoncia llevan a mayor riesgo de fracaso en el procedimiento, lo que permite relacionar la severidad de las lesiones presentadas en los pacientes de esta investigación.

Observando la obra de Alvarado, Ramírez y Sánchez (2009) podemos entender que:

Al comparar estos resultados con el reporte dado por la CONAMED en su informe estadístico institucional, observaron que:

La mayor cantidad de casos con evidencia de mala práctica correspondió a las prótesis, seguido de tratamientos endodónticos, a diferencia del estudio de Alvarado, Ramírez y Sánchez (2009) en el cual la mala práctica se presentó más en los tratamientos de endodoncia.

Comparando la obra de Alvarado, Ramírez y Sánchez (2009) podemos conocer que:

Consecuente con la cantidad de iatrogenias de tipo endodóntico, la periodontitis apical aguda originada en la pulpa fue la consecuencia más frecuente (58,3%), por ende la remisión al endodoncista y la terapia pulpar fueron los tratamientos de elección. Después de esta, el sobrecontorno de las restauraciones fue el siguiente

diagnóstico de iatrogenia más común y por lo tanto la operatoria dental y la remisión a esta, fue la conducta recomendada en estos casos. (p. 80).

2.10.1. Sobreobtención endodóntica:

Investigando la obra Rodríguez³⁷ (2011) podemos conocer que: “Los investigadores y clínicos que escriben sobre las agudizaciones endodónticas definen de modo diferente esta complicación frecuente durante el tratamiento”.

Observando la obra de Salehrabi, Rotstein³⁸ (2004) conocimos que la American Association of Endodontist define la agudización como una exacerbación aguda de la enfermedad perirradicular tras la iniciación o continuación del tratamiento del conducto radicular. (pp. 846-50).

Puesto que la definición de las agudizaciones varía también lo hace su incidencia comunicada (desde el 1,4% hasta casi el 45%).

Investigando la obra de Rodríguez (2011) podemos conocer que: continúa definiendo la sobreobtención endodóntica como aquella en la que el espacio del conducto está totalmente obturado con un exceso de material extruido fuera del foramen apical.

Señala que los estudios de pronóstico muestran de manera constante que aumenta la falla en el tiempo cuando se extruye el material primario de obturación. Los pacientes quizá experimenten más molestia posobtención después de una sobreobtención.

³⁷ Tesis. Rodríguez NA. Evaluación del exceso de sobreobtención endodóntica y dolor postoperatorio en pacientes con previo tratamiento endodóntico realizados en diferentes consultorios de la colonia centro de Coatzacoalcos. Tesis presentada a la Facultad.

³⁸ Salehrabi, R. y Rotstein, I. (2004). Endodontic Treatment Outcomes in a Large Patient Population in the USA: An Epidemiological Study. *Journal of Endodontics*.30(12).

2.11. Dolor postendodoncia:

Razonando la obra Rodríguez (2011) podemos conocer que:

Un dolor periodontal postoperatorio, agudo en función del tiempo de evolución; agudo-subagudo benigno, en función de las necesidades de tratamiento farmacológico y somático, debido a sucesos internos en función de la procedencia. Se produce como respuesta a la lesión tisular y a los fenómenos reparativos que el organismo pone en marcha, por lo que está estrechamente relacionado con los procesos inflamatorios desencadenados. Aunque puede deberse a factores iatrogénicos, también puede ocurrir tras un procedimiento cuidadoso y correcto. La presencia de microorganismos también provocará dolor. (p.).

Indagando la obra de Hilú y Balandrano³⁹ (2009) podemos entender que:

El desarrollo de un proceso patológico apical posterior al tratamiento de conductos está relacionado a factores diversos como:

- Falla del sellado apical: Puede depender del material y conduce a filtración coronaria o colonización microbiana.
- Instrumentación apical insuficiente: Provoca remanencia de microorganismos en el conducto.
- Productos microbianos: La presencia de microorganismos en el sistema de conductos y en los tejidos periapicales, implica productos metabólicos de desecho y elementos no vitales de células microbianas como los lipopolisacáridos comúnmente llamados endotoxinas. Las endotoxinas son los mediadores químicos de la respuesta inflamatoria.
- Presencia de microorganismos: Es la causa principal del fracaso en estos pacientes pues los microorganismos pueden permanecer dentro de los túbulos dentinarios, en lagunas del cemento radicular, en las foraminas apicales y en las lesiones periapicales.

³⁹ Hilú, R. y Balandrano, F. (2009). El éxito en endodoncia. *Endodoncia*. República de Argentina. 27 (Nº 3).

- Filtración coronaria.
- Presencia de materiales extraños en los tejidos periapicales: Estos son reconocidos como un cuerpo extraño para el organismo y generaran una primera reacción orgánica al tratar de fagocitar ese material. Algunos, incluso, pueden provocar genotoxicidad por daño al ADN. (pp. 131-138).

2.12. Unidades de observación y análisis:

Los pacientes que han recibido tratamiento pulpo radicular por absceso alveolar crónico en las clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. De septiembre de 2011 hasta agosto de 2013.

2.13. Variables:

Matriz de operacionalización de las variables.

(Anexo N° 1).

CAPÍTULO III

3. Marco Metodológico

3.1. Modalidad y tipo de la investigación:

Se trata de una investigación descriptiva de corte transversal.

3.2. Método:

La información primaria se obtuvo mediante la inspección clínica a los pacientes que fueron atendidos en las clínicas de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y cuyo diagnóstico fue absceso alveolar crónico, las encuestas a los pacientes y las radiografías periapicales después de un periodo evolutivo variable en cada caso. La información secundaria consistió en la imagen radiológica inmediata al tratamiento pulpo radicular y se obtuvo en la Historia Clínica del paciente.

3.3. Técnicas:

- Técnica de encuesta.
- Observación mediante el Examen Clínico Odontológico y Radiográfico.

3.4. Instrumentos:

- Formulario de encuesta.
- Ficha Clínica.
- Registro de hallazgos radiográficos.

(Anexo N° 2).

3.5. Recursos:

3.5.1. Humanos:

- Investigadoras.

3.5.2. Materiales:

- Remas de hojas papel bond A 4.
- Bolígrafos.
- Anillados.
- Fotocopias.
- Caja de guantes.
- Caja de mascarillas.
- Campos descartables.
- Gorros descartables.
- Caja de radiografías periapicales.
- Líquido revelador.
- Líquido fijador.

3.5.3. Tecnológicos:

- Internet.
- Pen drive.

3.5.4. Económicos:

Esta investigación tuvo un costo aproximado de \$273,70 dólares americanos. (Anexo N° 1).

3.6. Población y muestra:

3.6.1. Población:

Para el análisis de la investigación se trabajó con el total de 39 pacientes que presentaron absceso alveolar crónico y recibieron tratamiento pulpo radicular en las clínicas de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

3.7. Proceso de recolección de información:

La población tomada en cuenta para este estudio está formada por pacientes diagnosticados con absceso alveolar crónico, localizados en su domicilio y por vía telefónica. Se les citó a las clínicas de odontología de la Universidad donde se les realizó el examen odontológico, se les aplicó la encuesta y se procedió a tomar la respectiva radiografía evolutiva. La información recogida se almacenó en tablas de Microsoft Excel y se procesó con estadígrafos descriptivos. Por último, se aplicaron métodos teóricos de inducción- deducción y análisis- síntesis, así como el análisis documental para el procesamiento teórico de la información tratada. (Anexos 3).

3.8. Procesamiento de la información:

Se utilizó Microsoft Excel del paquete utilitario Office 2010 para crear las tablas y el cálculo de la media, la desviación standard, la moda, la frecuencia y el porcentaje. Para la realización del cronograma se utilizó el software administrador de proyecto Project.

CAPÍTULO IV.

4. Resultados de la Investigación.

4.1. Análisis e interpretación de los resultados:

Análisis e interpretación de las encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos de los pacientes atendidos en las clínicas de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Cuadro 1.

Sexo	Número de pacientes	Por ciento
Femenino	20	51.28%
Masculino	19	48.72%
Total	39	100%

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Distribución de pacientes por sexo.

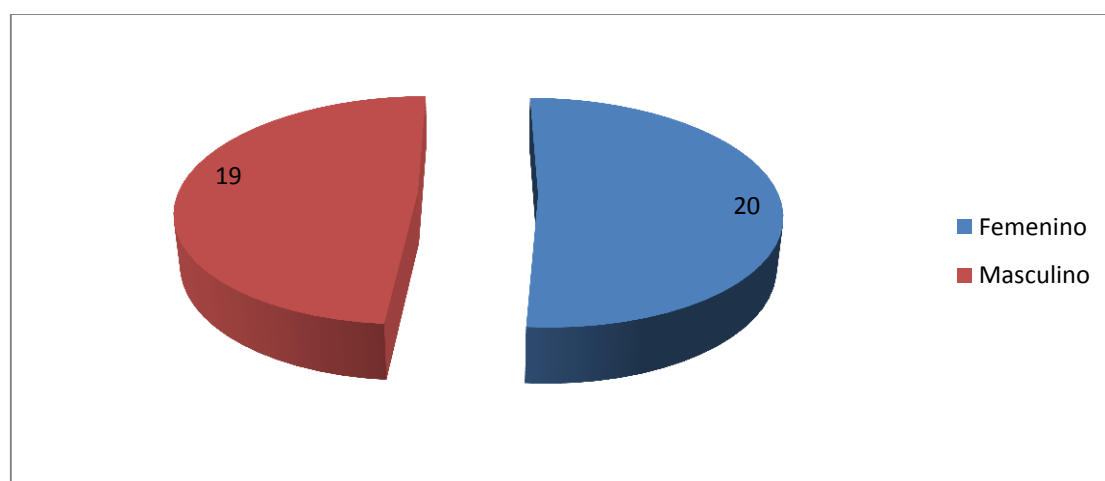


Gráfico N° 1.

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Análisis e interpretación.

La distribución de los pacientes por sexo fue similar, no se evidenciaron diferencias en la incidencia de absceso alveolar crónico en relación con el sexo biológico.

Cuadro 2.

Síntomas antes del tratamiento	Número de pacientes	Porcentaje
Dolor	4	10,3%
Caries	10	25,6%
Traumatismo	5	12,8%
Fractura de la pieza	2	5,1%
Fístula	16	41,1%
Ninguno	2	5,1%
Total	39	100%

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Manifestaciones antes del tratamiento.

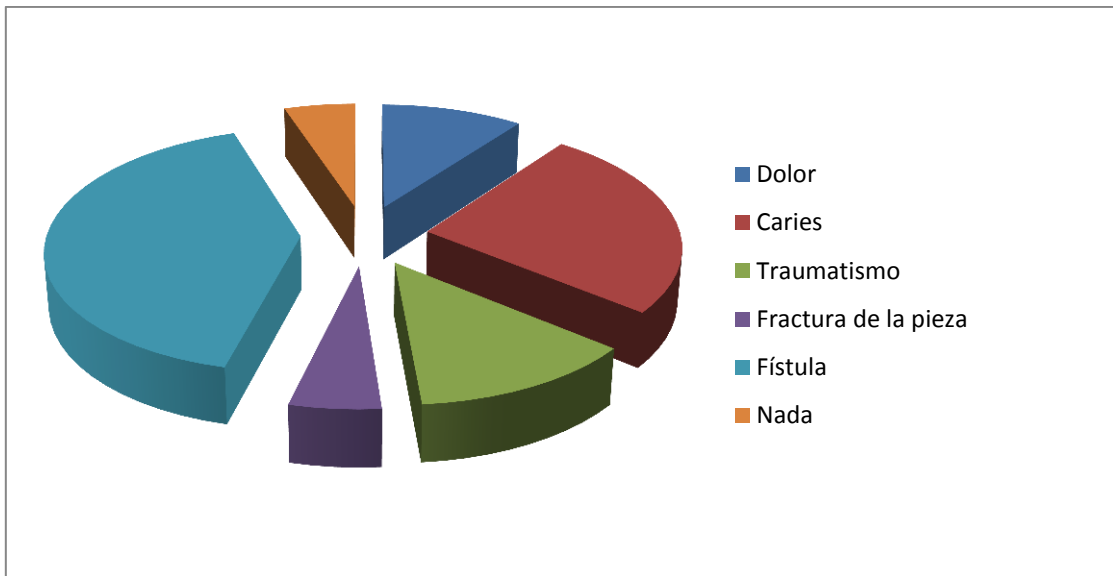


Gráfico N° 2.

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Análisis e interpretación.

Da Rosa (2003) puntualiza que:

Las patologías pulpares y periapicales son unas de las enfermedades que más llevan a los pacientes a acudir a una consulta de urgencia estomatológica debido a su sintomatología. Torabinejad y Walton (2010) fundamentan que debido a la existencia de un drenaje, suele ser asintomático, salvo cuando se produce el cierre ocasional de vía fistulosa, en cuyo caso puede producir dolor, las manifestaciones clínicas, radiológicas e histopatológicas del absceso alveolar crónico son similares periodontitis periapical aguda.

“El diente involucrado es generalmente asintomático, detectado durante radiografías de rutina o por presencia de una fístula. La fístula puede o no estar activamente drenando y generalmente está situada en la mucosa alveolar.”(Grossman, 2012).

Grossman (2012) puntualiza que:

El diente afectado frecuentemente tiene una lesión cariosa extensa o una gran restauración coronal. El diente causante frecuentemente se presenta indoloro o ligero dolor, puede haber molestias a la masticación, puede haber movilidad y dolor moderado a la percusión y palpación, no hay respuesta a las pruebas eléctricas y térmicas, puesto que la pulpa está necrótica.

Los resultados del estudio coinciden con los descritos en la literatura pues se evidencia que las manifestaciones más frecuentes fueron la fístula en el 41.1% de los casos y las caries en el 25.6%, el dolor se presentó solo en el 10% de los casos como una manifestación atípica.

Cuadro 3.

Restauración	Número de pacientes	Por ciento
Corona	21	53.85%
Resina	18	46.15%
Total	39	100%

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Distribución por restauración.

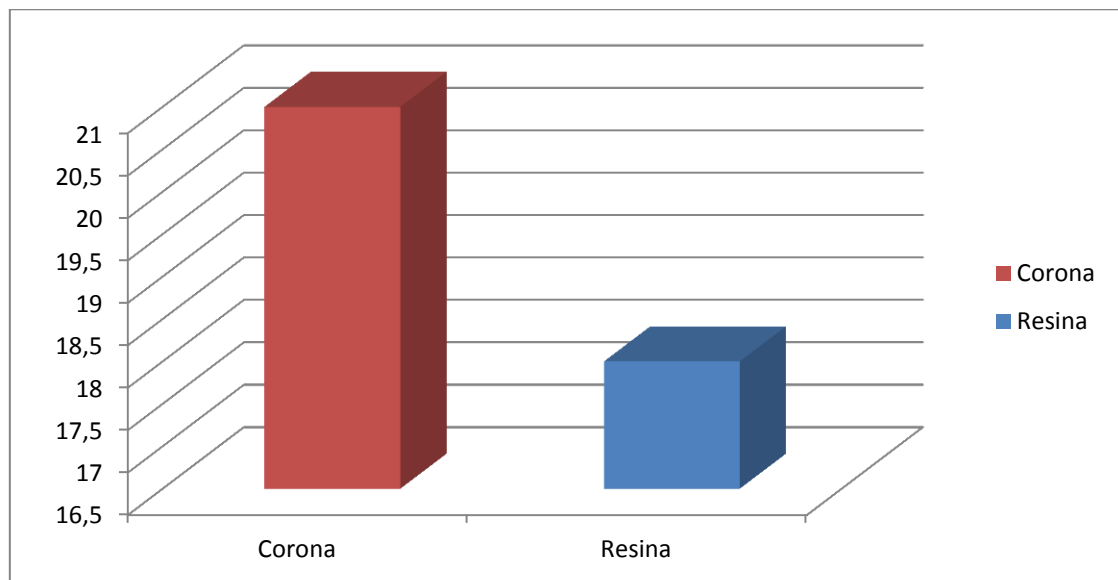


Gráfico N° 3.

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Análisis e interpretación.

Aunque hubo un ligero predominio de restauraciones de corona no se evidenció gran diferencia entre los tipos de restauración que necesitaron los pacientes. La pieza que necesitó restauración más frecuentemente (moda) fue la 21 o incisivo superior central izquierdo.

	Número de pacientes	Por ciento
Resinas Filtradas	2	11.11%
Resinas sin filtración	16	88.89%
Total	18	100%

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Filtración de la resina.

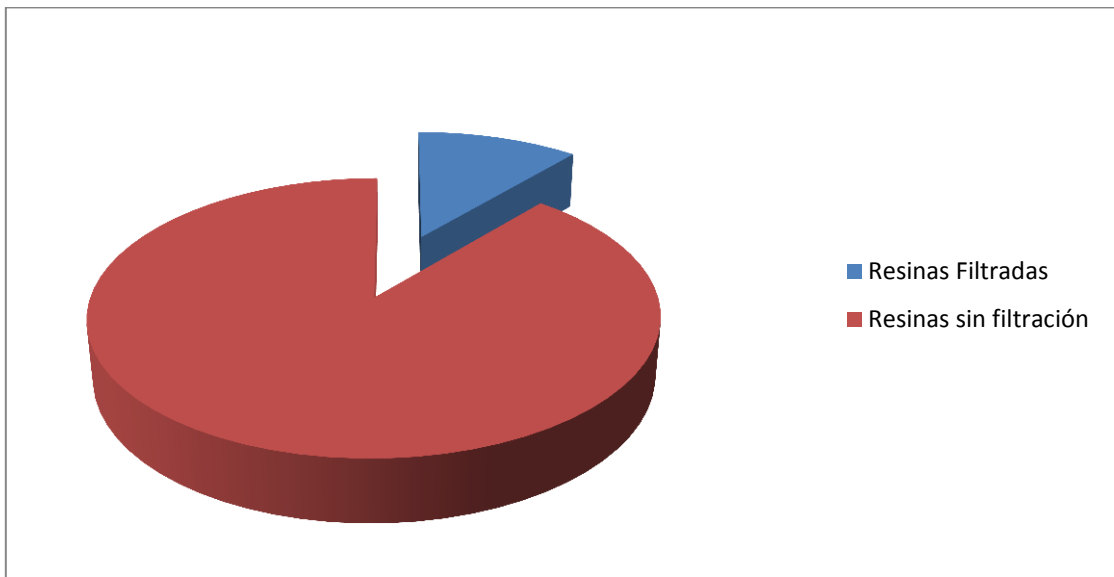


Gráfico N° 4.

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Análisis e interpretación.

La filtración de la resina se produjo en un 11.11% de los casos.

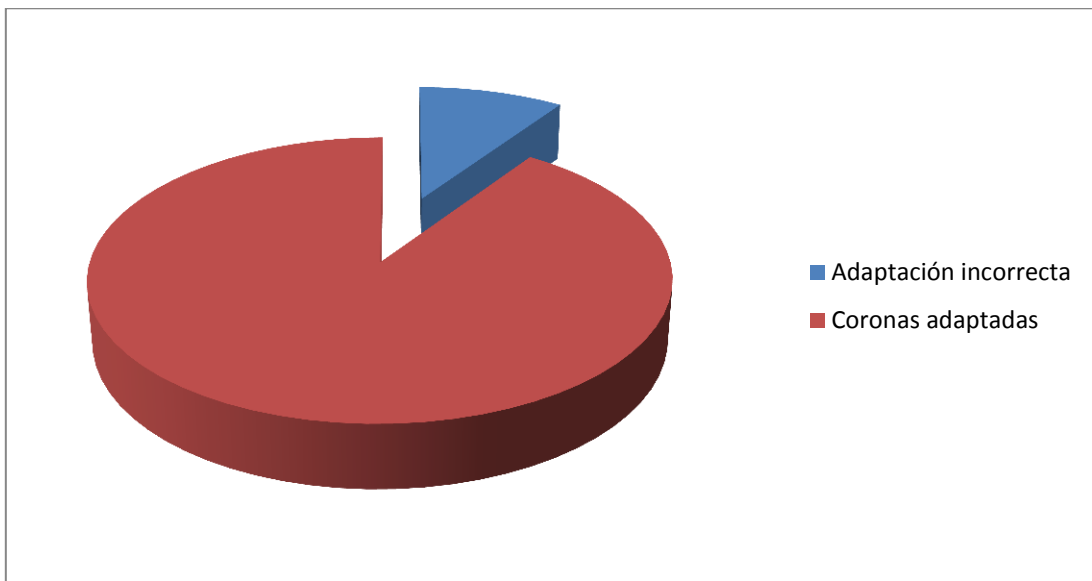
Cuadro 5.

	Número de pacientes	Por ciento
Adaptación incorrecta	2	9.52%
Coronas adaptadas	19	90.48%
Total	21	100%

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Adaptación de la corona.



Y la adaptación incorrecta de la corona en un 9.52 % de los casos.

Gráfico N° 5.

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Análisis e interpretación.

En los pacientes estudiados no se obtuvieron diferencias significativas en cuanto a sexo, tipo de restauración o eficacia del tipo de restauración llevada a cabo. Se produjo un 11.11% de resinas filtradas y un 9.52 % de coronas mal adaptadas lo que equivale a un 10.31% de promedio de fallos en las restauraciones.

Schäfer y Bürklein (2012) evaluaron los factores determinantes en la evolución del tratamiento pulpo radicular, identificando la extensión de llenado del canal, el estado inmunológico, la presencia de lesión periapical, el estado pulpar, la calidad de la restauración de la corona y la densidad del llenado de la raíz. Por lo que se puede prever que el 10.31% de los casos presentaron riesgo de fracaso endodóntico, por constituir la corona mal adaptada y la filtración de la resina factores de riesgo para complicaciones de mayor envergadura como la fractura y la infección bacteriana. En cambio no se produjo caries o movilidad de la pieza restaurada en ninguno de los casos atendidos.

Bystrom evidencia la preocupación por el fallo de sellamiento biológico apical y una regresión de las lesiones periapicales en ocasiones. Plantea que en algunos casos se debe al establecimiento de bacterias fuera del conducto radicular junto con tejidos, periapicales en lugares inaccesibles al tratamiento endodóntico convencional.

Cuadro 6.

	Número de pacientes	Porcentaje
Fractura	3	7.69%
Sin fractura	36	92.31%
Total	39	100%

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Fractura del diente tratado.

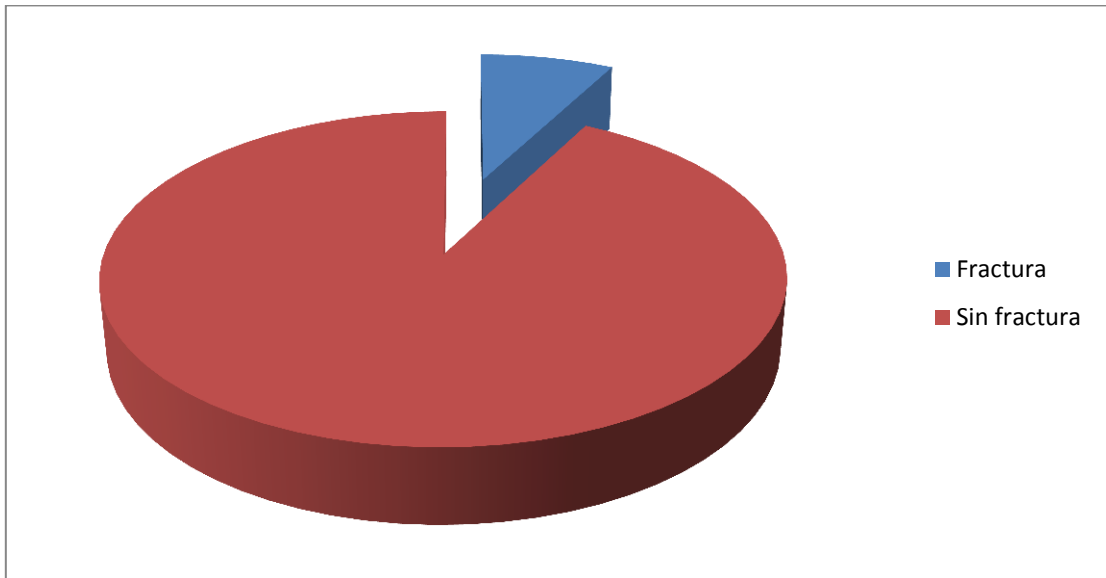


Gráfico N° 6.

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Análisis e interpretación.

La frecuencia de fracturas del diente tratado fue de 3 pacientes en 39 casos atendidos representando el 7.69 % de los mismos. La fractura de la pieza puede producirse accidentalmente pero la debilidad del diente secundaria a fallos en el tratamiento endodóntico compromete la evolución de los casos, aumentando el riesgo de este tipo de incidentes. En esta población una de las fracturas provocó una posterior pérdida del diente, lo que constituye la expresión de fallo en el tratamiento. Schäfer y Bürklein (2012) considera que el criterio más importante de éxito del tratamiento es la supervivencia del diente.

Cuadro 7.

	Número de pacientes	Por ciento
Cambio de coloración	3	7.69%
Sin cambio de coloración	36	92.31%
Total	39	100%

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Cambio de coloración del diente tratado.

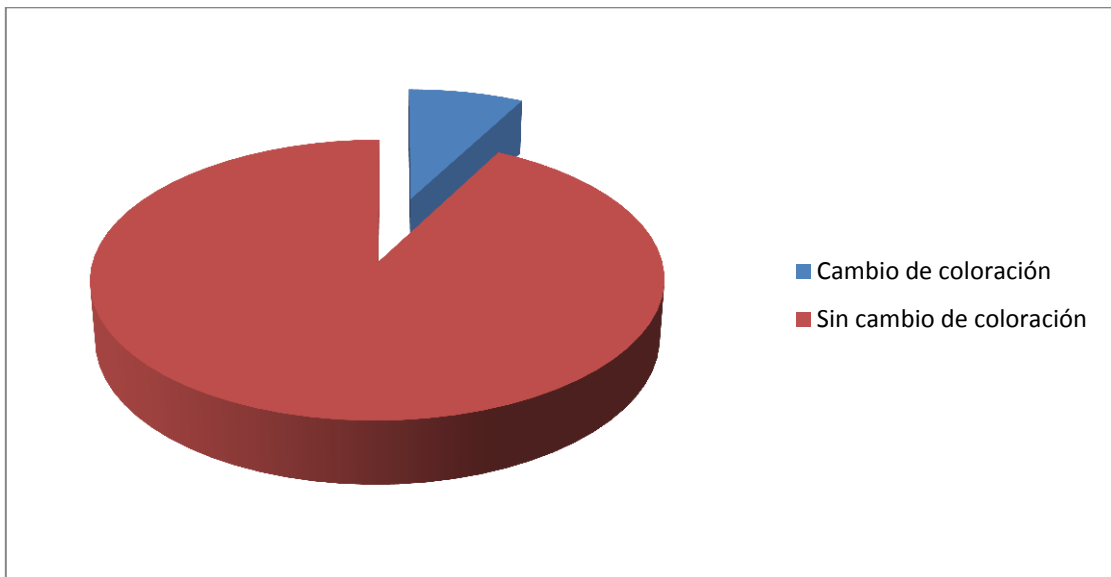


Gráfico N° 7.

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Análisis e interpretación.

Al igual que las fracturas, se produjo cambio de coloración del diente en el 7.69% de los casos. El cambio de coloración puede ser una expresión de complicaciones de mayor envergadura y, en última instancia, afecta la estética del paciente por lo que puede ser considerada una complicación o fallo del tratamiento endodóntico.

Cuadro 8.

	Al tratar	Evolutiva
Radiolucidez > 1mm	32	2
Radiolucidez < o =1mm	7	33
Sin radiolucidez	0	4

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

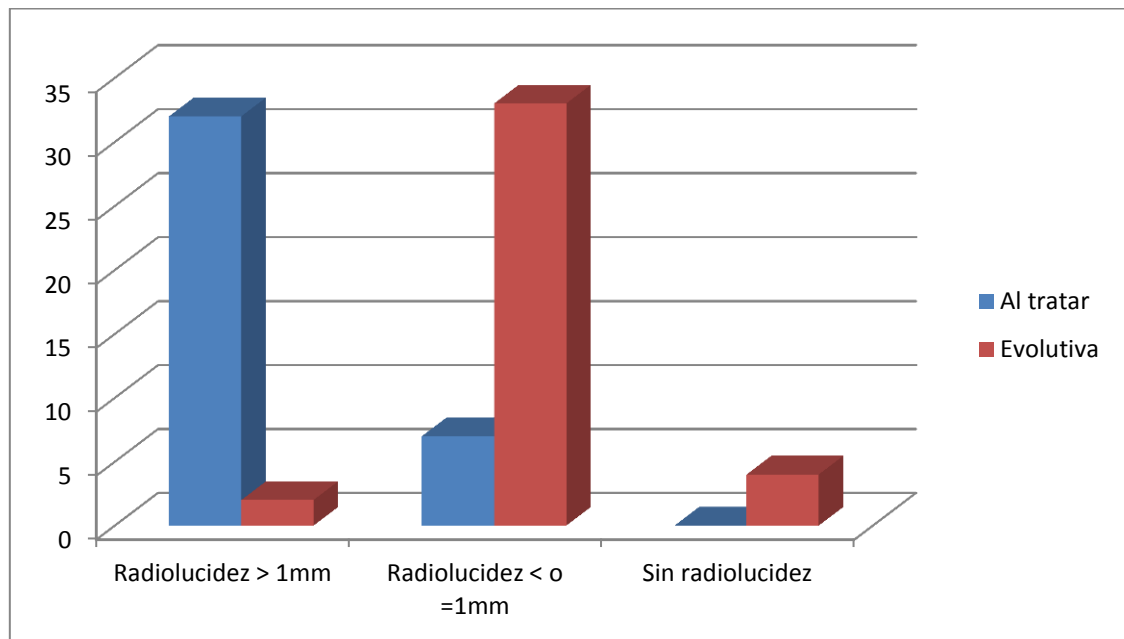


Gráfico N° 8.

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Cuadro 9.

	Al tratar:	Evolutiva:
Medidas del ligamento >0,5mm.	7	1
Medidas del ligamento < o = 0,5mm.	32	38

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

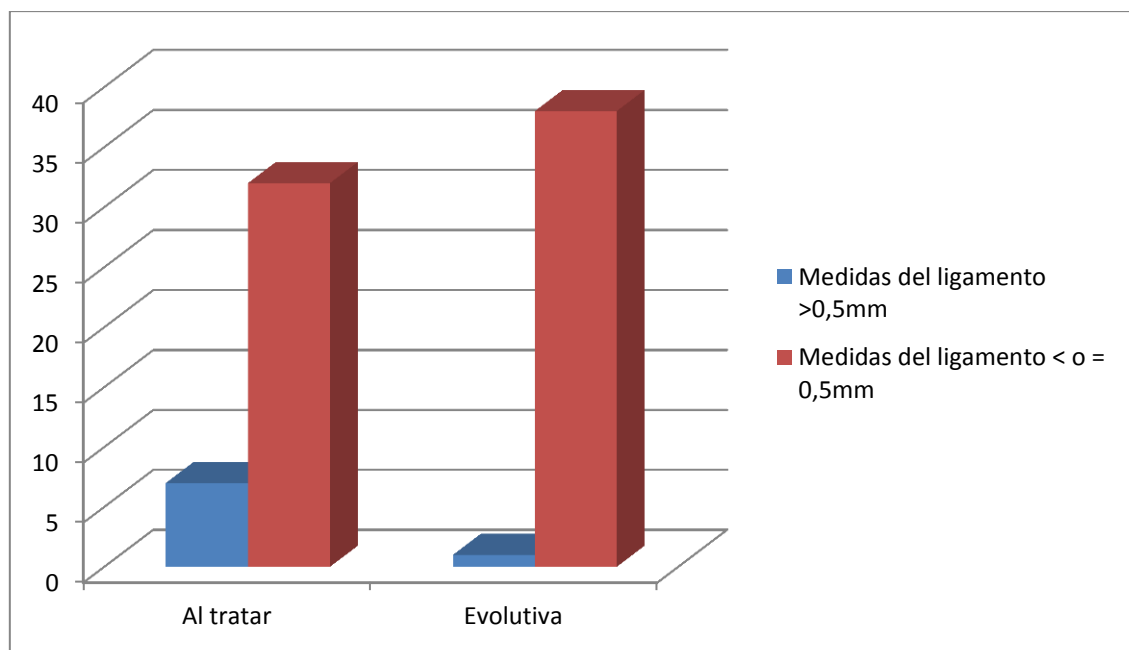


Gráfico N° 9.

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Cuadro 10.

Condición de TPR	Al tratar	Evolutiva
Llenas	36	34
Subobturada	3	4
Sobreobturada	0	1

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

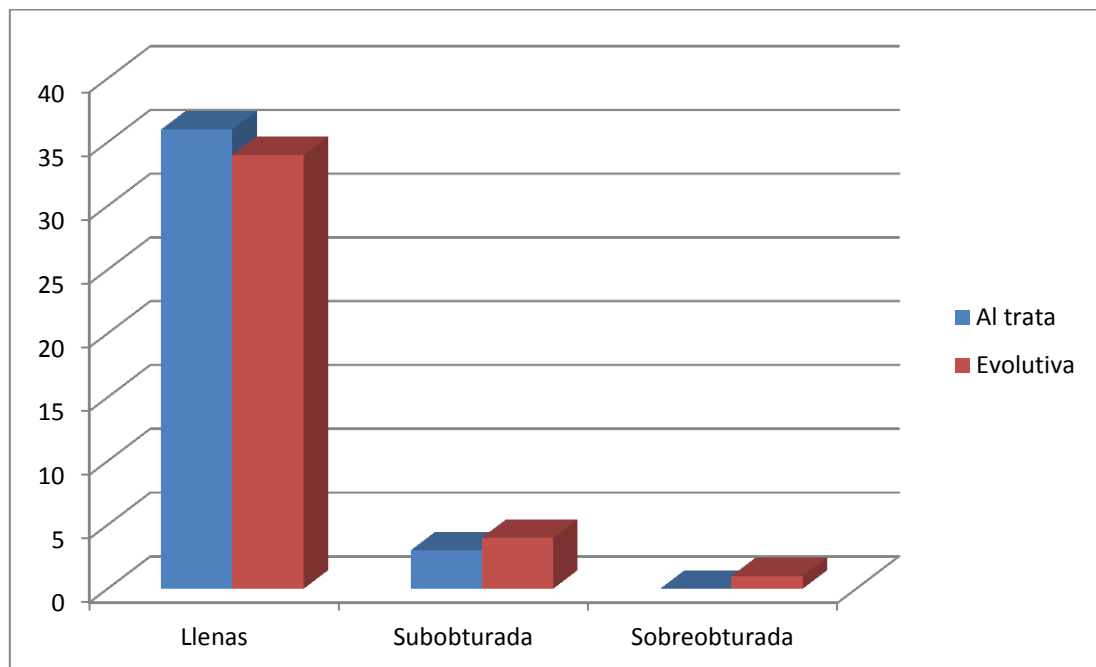


Gráfico N° 10.

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Análisis e interpretación.

Al tratar a los pacientes, se evidenció radiolucidez marcada en un elevado porcentaje de los casos pero esta fue cediendo evolutivamente. Sin embargo, solo tres casos no tenían radiolucidez al ser examinados evolutivamente lo que se convierte en un predictor de complicaciones.

Liang, Li, Shemesh, Wesselink y Wu (2012) acotaron que:

La evidencia radiológica de cavidades puede ser secundaria a tejido pulpar residual o restos de dentina en el canal lo que se traduce en tratamiento inadecuado e infección persistente. En su estudio clínico se puso de manifiesto que la evolución del tratamiento depende del tamaño y la homogeneidad de llenado del canal radicular.

Holland (2000), por su parte, relaciona un número de trabajos que demuestran que el éxito del tratamiento endodóntico disminuye en dientes con áreas radiolúcidas apicales y Bystrom describe que en algunos casos la radiolucidez se debe al establecimiento de bacterias fuera del conducto radicular junto con tejidos periapicales en lugares inaccesibles al tratamiento endodóntico convencional.

La presencia de cuatro piezas subobturadas y una sobreobturada evolutivamente también se traduce como un riesgo para el éxito del procedimiento Alvarado, Ramírez y Sánchez (2009), en un estudio sobre las iatrogenias cometidas en el tratamiento odontológico encontraron que las más frecuentes fueron las endodónticas en especial la subobturación con el 31,3%, subextensión 23,5%, la sobreobturación correspondió a

un porcentaje reducido del 1,9%, lo cual se pudo corroborar con el estudio realizado, según refieren estos autores, por Hoen sobre endodoncias con necesidad de retratamiento, en el cual la subextensión constituyó el 22%, la pobre calidad de obturación (subobturación) 65% y la sobreobturación 3%.

Citan también a Petterson cuya sobreobturación fue del 12%, la obturación incompleta (subobturación) 50%; y el estudio de la Universidad de Washington en el cual la sobreobturación fue del 4% y la obturación incompleta (subobturación) del 59%. Según los estudios citados la subextensión y subobturación en endodoncia llevan a mayor riesgo de fracaso en el procedimiento, lo que permite relacionar la severidad de las lesiones presentadas en los pacientes de esta investigación.

Rodríguez (2011) señala que:

Los estudios de pronóstico, muestran de manera constante que aumenta la falla en el tiempo cuando se extruyen el material primario de obturación. Los pacientes quizá experimenten más molestia posobturación después de una sobreobturación.

Cuadro 11.

Complicación	Número de pacientes	Porcentaje
Salida del material	17	43,6%
Fractura de corona	1	2,6%
Dolor	14	35,9%
Inflamación	2	5,1%
Edema	2	5,1%
Fractura dental	6	15,4%
Medicación necesaria	8	20,5%
Medicación actual	0	0%
Pérdida del diente	1	2,6%

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Complicaciones del tratamiento pulpo radicular.

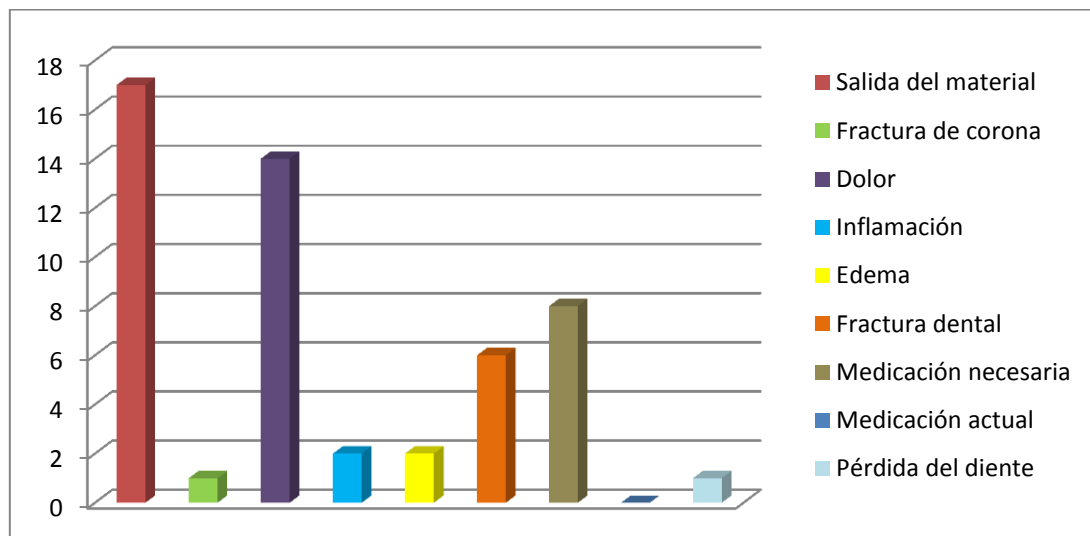


Gráfico N° 11.

Elaborado por: Autoras de esta tesis.

Fuente: Información brindada mediante encuestas, ficha clínica y registros de hallazgos radiográficos por los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexos 2 (pp. 82-83-84-85-86-87).

Análisis e interpretación.

- En este estudio se pone de manifiesto que las complicaciones más frecuentes de un tratamiento pulpo radicular en los pacientes tratados en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo fueron la salida del material de la entrada del conducto y el dolor en el 43.6% y 35.9 % de los casos respectivamente.
- En los estudios revisados en la bibliografía no se consideró la salida del material como una complicación puesto que en este caso el tratamiento es fallido pero con respecto al dolor se coincide con Nixdorf, et al. (2011) que describieron el dolor persistente, síntoma que aparece hasta 6 meses después de tratado el paciente, como una complicación frecuente.
- La pérdida del diente fue producida por una restauración de corona incorrecta que se fracturó por lo que, la presencia de seis casos fracturados se convierte en un pronóstico sombrío de la evolución en estos casos.

4.2. Conclusiones y Recomendaciones:

4.2.1. Conclusiones:

- El tratamiento pulpo radicular a pacientes con absceso alveolar crónico en las clínicas de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se realiza generalmente por la presencia de fístula aunque, en algunos casos se presenta un cuadro doloroso, caries o traumatismo.
- En los tratamientos de resina y corona son frecuentes la filtración o problemas de adaptación respectivamente. También se evidencia la presencia de radiolucidez inmediata y evolutiva.
- Como consecuencia se produce salida del material del conducto y la complicación más frecuente es el dolor. Fue significativa también la alta incidencia de fracturas en los pacientes tratados.
- El fallo del tratamiento pulpo radicular en los pacientes tratados en las clínicas de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo se produce por una mala técnica, diagnosticable radiológicamente en la mayoría de los casos.

4.2.2. Recomendaciones:

Por los resultados obtenidos en la investigación se recomienda el seguimiento radiológico de los casos de absceso alveolar crónico con tratamiento pulpo radicular en las clínicas de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

CAPÍTULO V

5. Propuesta Alternativa.

5.1. Nombre de la propuesta:

Seguimiento radiológico a pacientes con tratamiento pulpo radicular, atendidos en las clínicas de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

5.2. Fecha de inicio:

Enero 2014.

5.3. Localización geográfica:

En las clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

5.4. Justificación:

La presente propuesta se justifica porque después de que los pacientes a los que se les realizó tratamiento pulpo radicular con absceso alveolar crónico atendidos en las clínicas de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, no se les hace un seguimiento para verificar la eficacia del tratamiento.

Al ejecutar esta propuesta de solución lo que se espera es lograr que los estudiantes citen a sus pacientes después de un periodo, para así comprobar el estado actual de la pieza.

5.5. Marco institucional:

La Universidad San Gregorio de Portoviejo nace el martes 10 de abril del 2001 y su funcionamiento fue a partir de 14 de mayo del 2001 iniciando sus labores académicas en el domicilio de los herederos de la Familia Flor Hidalgo, en la calle 10 de agosto entre Chile y Ricaurte de Portoviejo, carrera que funciona con tres niveles en once semestres con 66 estudiantes.

Esta alternativa permite formar Odontólogos, que a más de llenar sus aspiraciones van a satisfacer las necesidades de la población, en la prevención, mantenimiento y recuperación de la salud bucal, contribuyendo al bienestar de la ciudadanía. Las encuestas realizadas a diferentes instituciones educativas de nivel medio señalan la necesidad de muchos bachilleres manabitas por la carrera odontológica, razón importante para la creación de la Carrera de Odontología.

Los tratamientos odontológicos se han dado desde la inauguración de la primera clínica de esta institución en septiembre del 2002, funcionando en ese entonces en la Escuela Arco Iris ubicada en la calle Chile. En la actualidad la Carrera de Odontología consta de su propia instalación con nuevas clínicas habilitadas para realizar diferentes tipos de tratamientos odontológicos en el nuevo campus Universitario creado el 15 de septiembre del 2006, ubicado en la avenida Metropolitana.

En la actualidad en la carrera de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo ninguno de los problemas citados anteriormente ha tenido solución, más bien se ha acrecentado, proyectando una imagen negativa del tratamiento frente a los nuevos retos que exige la salud contemporánea.

5.6. Objetivos:

5.6.1. Objetivo general:

- Diagnosticar precozmente las complicaciones del tratamiento pulpo radicular en pacientes atendidos en las clínicas de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

5.7. Descripción de la Propuesta:

Se realizará una consulta de seguimiento que incluya diagnóstico radiológico a los 6 meses de realizado el tratamiento pulpo radicular a los pacientes que fueron atendidos en las clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

5.8. Responsables:

Estudiantes y profesores de Endodoncia de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

5.9. Beneficiarios:

Los beneficiarios directos son los pacientes tratados en las clínicas.

5.10. Factibilidad:

Es factible por cuanto las consultas ya se realizan en la propia universidad y los estudiantes tienen los conocimientos y habilidades necesarias para realizar el trabajo.

5.11. Sustentabilidad:

Es sustentable porque se requiere una mínima inversión económica, ya que cada radiografía tiene un costo de 40 centavos, por lo tanto ésta consulta sería útil para los estudiantes y de mucho beneficio para los pacientes.

5.12. Diseño metodológico:

Para la aplicación de la propuesta se debe contar con la colaboración los estudiantes y profesores de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcota Rojas, M.; Zepeda Zárate, C (2010). Calidad técnica de la obturación radiográfica de tratamientos realizados por estudiantes del posgrado en Endodoncia de la Universidad de Chile. *Endodoncia*, 28, 215-219.
2. Alvarado VA; Ramírez VH; Sánchez NA, Pineda EL (2010). Identification of patients with iatrogenic procedures performed at other institutions who were admitted to the Emergency Service, College of Dentistry, University of Antioquia during the first semester of 2009 (2009-1). *RevFacOdontoUnivAntioq* , 22, 72-80
3. Bystrom A. (2001). The antibacterial effect of camphorated paramonochlorophenol, camphorated phenol and calcium hidroxide in the treatment of infaected root canals. *End Dent Traumat* , 170-5.
4. Grossman, 2012, Enfermedades crónicas perirradiculares con área de rarefacción, recuperado de 3a. Sección: Enfermedades crónicas perirradiculares con área de rarefacción
5. Gutmann JL, Lovdahl PE (1997). Problems encountered in tooth isolation and access to the pulp chamber space. In: Gutmann JL, Dumsha TC, Lovdahl PE, Hovland EJ, editors. *Problem solving in endodontics*. Missouri. Mosby, 47-67.
6. Holland R (2000). Overfilling and refilling monkeyspulpless teeth. *J Can DentAss* 2000;46:387-90.

7. Holland R, Souza V, Otoboni J, Nery M, Bernardo P. (2000). Comportamento dos tecidos apicais e periapicais de dentes de cães a obturação de canal com o cimento experimental sealer plus. **R.B.O**, 57, 114-6.
8. Ingle J, Bakland L (2004). Endodoncia; Percances endodónticos: su detección, corrección y prevención. (5ª edición), México, D.F: McGraw- Hill Interamericana.
9. Lasalá A (1992). Endodoncia; Complicaciones y accidentes en el tratamiento y la obturación de conductos. Editorial Salvat.
10. Leonardo MR, Leal JM, Simoes AP. (1983). Endodoncia. Tratamiento de los conductos radiculares. La Habana : Ed. Científico- Técnica.
11. Liang YH, Li G, Shemesh H, Wesselink PR, Wu MK (2012). The association between complete absence of post-treatment periapical lesion and quality of root canal filling. *Clin Oral Invest* , 16,1619–1626
12. Lumley P, Adams N, Thomson P. (2009) *Práctica clínica y Odontológica*. Madrid. España:Editorial Ripano SA.
13. NageswarRao R.(2011). Endodoncia avanzada. India. Amolca C.A.
14. Negishi J, Kawanami M, Ogami E. (2005). Risk analysis of failure of root canal treatment for teeth with inaccessible apical constriction. *Journal of Dentistry*, 33, 399–404

15. Nixdorf DR, Moana-Filho EJ et al. (2010). Frequency of persistent tooth pain after root canal therapy: a systematic review and meta-analysis. *J Endod*, 36, 224–230
16. Nunes da Rosa L (2003). Estudio histopatológico de las reabsorciones cemento-dentinarias de la región apical de los dientes humanos extraídos con lesión crónica en el periapice. *AvOdontoestomatol* [revista en la Internet]. Abr [citado 2013 Dic 17]; 19(2): 63-73. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852003000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852003000200002>
17. Penna, K J;Neshat, K (2001). Cervicofacial subcutaneous emphysema after lower root canal therapy. *New York State Dental Journal*, 67, 28
18. Pietranera, D. et al. (2008) Técnica de elevación sinusal para regeneración ósea utilizando células mesenquimales y osteoblastos autólogos obtenidos de médula ósea. Reporte preliminar de un caso RAO , 96, 4
19. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones odontogénicas en adultos en primero y segundo nivel de atención. (2011) México: Secretaría De Salud,. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)
20. R. Hilú, F. Balandrano (2009). El éxito en endodoncia. *Endodoncia* , 27 ,131-138
21. Rodríguez PA (2003). Endodoncia consideraciones actuales; accidentes y complicaciones en endodoncia. (1ª Ed) Ed. Amolca.

22. Rogers, La odontología, 1914 MAR; XXIII (3) semestre lectivo 2008.
23. Sans M. (2005) Odontología basada en la evidencia. Evaluación crítica de la literatura científica. En Cuenca E, Baca P Ed. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. (3ra Ed) Barcelona: Masson.
24. Schäfer E; Bürklein S (2012). Impact of nickel–titanium instrumentation of the root canal on clinical outcomes: a focused review. 100,130–136
25. Terrazas RTA. et al (2010). Accidentes de procedimiento endodóntico. 184. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam>
26. Tesis. Rodríguez NA. Evaluación del exceso de sobreobtención endodóntica y dolor postoperatorio en pacientes con previo tratamiento endodóntico realizados en diferentes consultorios de la colonia centro de Coatzacoalcos. Tesis presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad Veracruzana. Región Coatzacoalcos-Minatitlán.
27. Torabinejab M, Whalton R. (2010), Endodoncia principios y prácticas. Elsevier España, S.L 4ta Edición Barcelona, España.

ANEXOS

ANEXO 1

Presupuesto**Materiales**

Rubros	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Remas de hojas bond A4	4	\$ 5,00	\$ 20,00
Bolígrafos	2	\$ 0,35	\$ 0,70
Anillados	3	\$ 1,00	\$ 3,00
Fotocopias	2000	\$ 0,02	\$ 40,00
Caja de guantes	1	\$ 8,00	\$ 8,00
Caja de mascarillas	1	\$ 5,00	\$ 5,00
Campos descartables	40	\$ 0,20	\$ 8,00
Gorros descartables	40	\$ 0,20	\$ 8,00
Caja de Rx periapicales	1	\$ 45,00	\$ 45,00
Líquido revelador	1	\$ 8,00	\$ 8,00
Líquido fijador	1	\$ 8,00	\$ 8,00
Total			\$ 153,70

Recursos tecnológicos

Rubros	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Horas de internet	110	\$ 1,00	\$ 110,00
Pendrives	1	\$ 10,00	\$ 10,00
Total			\$ 120,00

Presupuesto Final

Rubros	Costo total
Recursos materiales	\$ 153,70
Recursos tecnológicos	\$ 120,00
Total	\$ 273,70

Variable	Concepto	Clasificación	Rango	Análisis	Método de medición
Sexo	Sexo biológico el nacer	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino/masculino	Porcentaje Frecuencia absoluta	Ficha Clínica
Pieza tratada	Número del diente en el odontograma	Cualitativa ordinal politémica	Número de la pieza	Moda	Examen odontológico
Caries	Es la destrucción de los tejidos de los dientes causada por la presencia de ácidos producidos por las bacterias de la placa depositada en las superficies dentales. Se evaluará la presencia o ausencia de caries en el diente tratado.	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia/Ausencia	Porcentaje Frecuencia absoluta	Examen Odontológico
Fractura	Define a aquellas lesiones externas e internas provocadas por una violencia exterior, es quizás uno de los accidentes más dramáticos que le suceden a un individuo. Puede ser no complicada cuando afecta al esmalte o a la dentina pero sin afectar a la pulpa, o complicada cuando tenemos afectación pulpar. Se evaluará si el diente tratado presenta o no fractura.	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia/Ausencia	Porcentaje Frecuencia absoluta	Examen odontológico

Cambio de coloración	Es cuando un diente debido a una enfermedad pulpar avanzada sin sintomatología, golpe, caída, cambia su color natural por un tono blanco cristalizado o por una tonalidad más oscura como un amarillo grisáceo o amarillo turbio. Se evaluará si el diente con tratamiento presenta o no cambio de color.	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia/Ausencia	Porcentaje Frecuencia absoluta	Examen odontológico
-Movilidad	Según Miller es el desplazamiento de la pieza dentaria dentro de su alveolo.	Cualitativa ordinal politómica	El grado de movilidad se registra según el siguiente criterio: Grado 0 = Movilidad no cuantificable pero perceptible (movilidad fisiológica) (0,05-0,1mm) Grado 1 = Movilidad perceptible (entre 0,2-1mm) Grado 2 = Movilidad dentaria más de 1mm solo en sentido horizontal Grado 3 = Movilidad dentaria mayor a 1mm en cualquier dirección; horizontal, vertical o de rotación dentro del alvéolo	Porcentaje Frecuencia absoluta	Examen odontológico

- Ausencia o presencia del diente	Cuando el diente tratado endodónticamente está o no presente en boca.	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia/Ausencia	Por ciento Frecuencia absoluta	Examen odontológico
-Con fístula	Es una especie de punto blanco o barro que al tocarlo elimina pus, se produce al pasar por un periodo de mayor dolor o inflamación de la zona. Se evaluará la presencia o ausencia de fístula.	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia/Ausencia	Por ciento Frecuencia absoluta	Examen odontológico
-Condiciones del tratamiento pulpo radicular	Grado de llenado del conducto después del tratamiento	Cualitativa nominal politémica	Subobturado: Es la dificultad en acceder y permeabilizar la zona apical del conducto; esto podría deberse a que el material núcleo (conos de gutapercha, cono de resilon) no alcanzo dichas zonas, no así el cemento sellador, el cual, debido a su fluidez y capacidad por ocupar espacios vacíos, se extiende hasta la zona apical, constituyendo un obstáculo para la permeabilización del mismo. Se observará si -Sobreobturado: Implica que el sistema de conductos ha sido obturado en tres	Por ciento Frecuencia absoluta	Examen odontológico

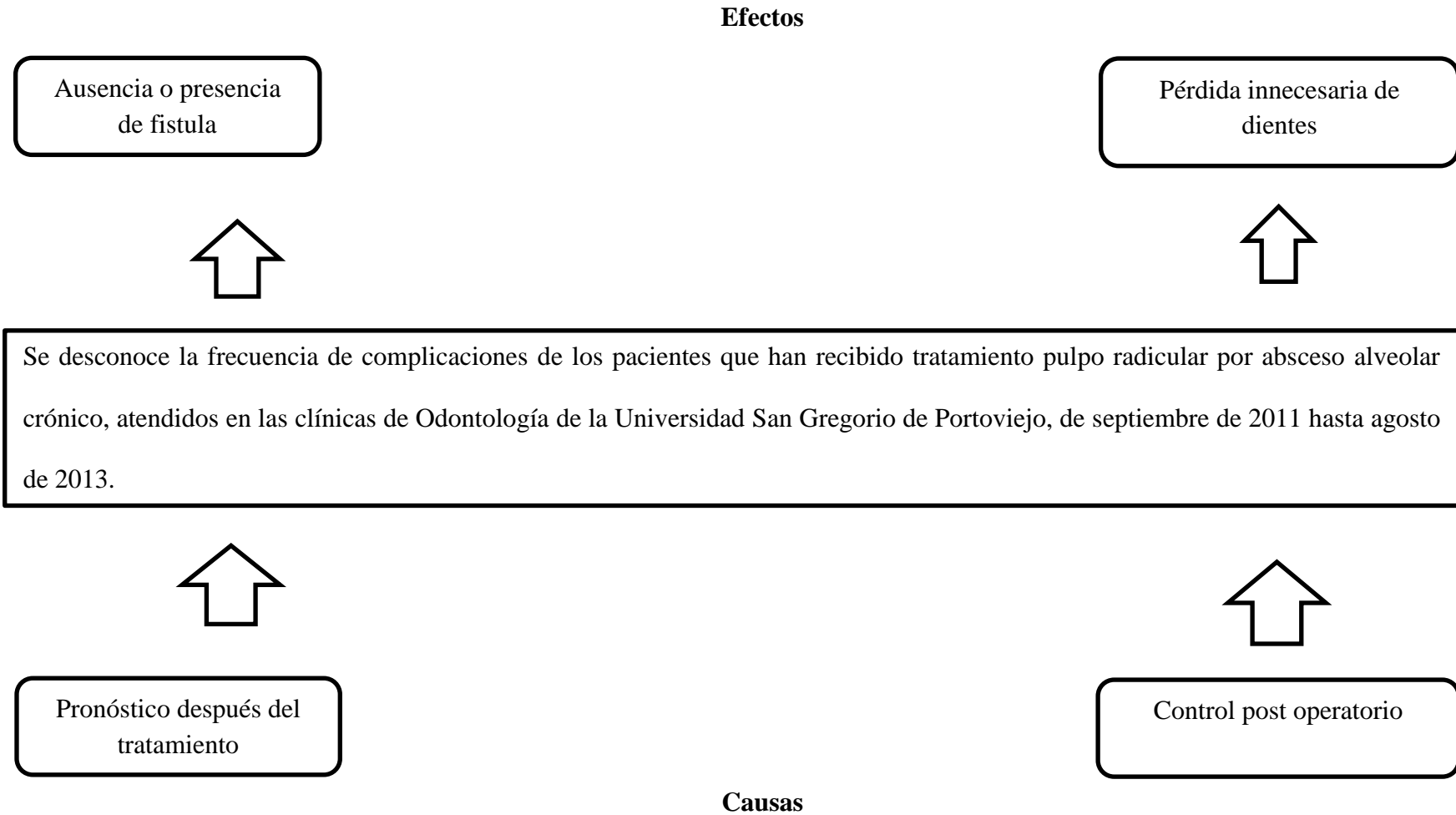
			dimensiones y un excedente de material se extruye a través del foramen apical. -Paredes del conducto llenas totalmente.		
-Tipo de restauración después del tratamiento.	-Resina -Amalgama -Corona	Cualitativa nominal politómica	Filtración: Se define como el ingreso de fluidos orales en el espacio entre la estructura dentaria y el material restaurador. Se comprobará con un explorador la existencia o no de filtración en la restauración. -Coronas o fundas dentales Adaptación: Es cuando la corona se adecua a la encía correctamente, protegiendo al remanente de futuros daños por una mala adaptación. Se observará con un espejo y con la ayuda de un explorador, la correcta o incorrecta adaptación de la corona.	Por ciento Frecuencia absoluta	Examen odontológico
Radiolucidez periapical inmediata y	Radiolucidez periapical: Son estados patológicos en la región periapical, producto de la irritación o infección de la pulpa	Cuantitativa continua discretizada	Mayor de 1 mm Menor o igual a 1 mm		Examen radiológico

evolutiva	a través del ápice.				
Ligamento periodontal inmediato y evolutivo	Ligamento periodontal: Es una delgada capa de tejido conectivo fibroso, que por medio de sus fibras une el elemento dentario al hueso alveolar que lo aloja. El ancho es un dato importante de recordar desde el punto de vista radiográfico, cuando está normal tiene mayor anchura en el extremo apical y cervical y más angosto en la parte central. Si lo expuesto anteriormente está alterado, se debe asegurar la presencia de una patología periodontal. Se harán medidas en milímetros de la radiolucidez del absceso alveolar crónico y el ancho del ligamento periodontal.	Cuantitativa continua discretizada	Mayor de 0.5 mm Menor o igual a 0.5 mm		Examen radiológico

Complicaciones:	Complicaciones evolutivas	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia/Ausencia	Por ciento Frecuencia absoluta	Examen odontológico
Salida del material Fractura de corona Dolor Inflamación Edema Fractura dental Medicación necesaria Medicación actual Pérdida del diente					

Descripción del problema y actividades desarrolladas

Árbol del problema



ANEXO 2



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA CLÍNICA

NOMBRE:

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:

SEXO:

FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA:

FECHA ACTUAL:

NÚMERO DE PIEZA:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

RESTAURACIÓN CULMINADO EL TRATAMIENTO				
TIPO DE RESTAURACIÓN	FILTRACIÓN		ADAPTACIÓN	
	Si existe	No existe	Correcta	Incorrecta
Resina				
Amalgama				
Corona o fundas dentales				

REGISTROS DE HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS

EXAMEN RADIOGRÁFICO	CONCLUIDO EL TRATAMIENTO			POST TRATAMIENTO		
	Presenta	No presenta		Presenta	No presenta	
Radiolucidez periapical.						
Medidas en milímetros de la radiolucidez del absceso alveolar crónico.						
Medidas en milímetros del ancho del ligamento periodontal.						
Condición del tratamiento pulpo radicular.	Subobturado	Sobreobturado	Paredes del conducto llenas totalmente	Subobturado	Sobreobturado	Paredes del conducto llenas totalmente



**CARRERA DE ODONTOLOGÍA
FORMULARIO DE ENCUESTAS**

Dirigida a los pacientes tratados en las clínicas de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo

INDICACIONES

- a) Lea con atención las siguientes preguntas y responda según su criterio personal
- b) Por favor contestar únicamente una alternativa en cada pregunta

1. Antes de realizarse el tratamiento endodóntico, recuerda usted si presentó algún tipo de molestia en la pieza que fue tratada?

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| a) Dolor | <input type="checkbox"/> |
| b) Caries | <input type="checkbox"/> |
| c) Traumatismo | <input type="checkbox"/> |
| d) Fractura de la pieza | <input type="checkbox"/> |
| e) Presentó postemilla (fístula) | <input type="checkbox"/> |
| f) No sintió nada | <input type="checkbox"/> |
| g) No recuerda | <input type="checkbox"/> |

2. ¿Recuerda usted si durante el tratamiento que le realizaron tuvo alguna complicación? Como:

- a) Se le salió el material provisional
- b) Se le fracturó la corona
- c) Sintió dolor
- d) Tuvo alguna inflamación

3. ¿Después del tratamiento endodóntico presentó algún tipo de dolor en la pieza?

- a) Si
- b) No
- c) No se acuerda

4. Si respondió que si, usted se edematizó (hinchó)?

- a) Si
- b) No
- c) No se acuerda

5. ¿Después del tratamiento tuvo la necesidad de tomar alguna medicación?

- a) Si
- b) No
- c) No se acuerda

6. ¿Ha sufrido alguna fractura dental después de haberse realizado el tratamiento endodóntico en dicha pieza?

- a) Si
- b) Ninguna
- c) No se acuerda

7. ¿Actualmente está tomando medicación por problemas con la pieza tratada?

a) Si

b) No

c) Todavía

8. Si ha perdido su pieza dentaria ¿Por qué motivo la perdió?

a) Caries

b) Movilidad

c) Mucho dolor

d) Fractura de la pieza tratada

ANEXO 3

Fotos de la investigación de campo

Revisión de las carpetas



Fichas clínicas y Encuestas a los pacientes

UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTO RICO

Ficha Clínica Dental

CARRERA DE ODONTOLOGÍA
USGP

Nombre: FRANCISCO OJERA
Paciente: ESTHER CARRAS
Fecha: Dic 11 2012

31998

MODELO DE ESTUDIO

Univer
SAN GREGORIO

Unidad Particular
"San Gregorio" de Portorico

Alumno: FRANCISCO OJERA
Paciente: ESTHER CARRAS
Fecha: Dic 11 2012
Dirección del Paciente: ESTHER CARRAS
Integración: ESTHER CARRAS
Valor: 2

31998

Exploración Clínica

Inspección: Visual
Palpación: Tactil
Percusión: Horizontal Vertical
Transiluminación: Visual
Morfología: Visual

Vitalidad

Prueba Térmica: Frio Calor
Diagnóstico: Caries Period Abusos Ortop

Tratamiento

Notas

1. Fecha: 11 Dic 2012
2. Fecha: 11 Dic 2012
3. Fecha: 11 Dic 2012
4. Fecha: 11 Dic 2012
5. Fecha: 11 Dic 2012

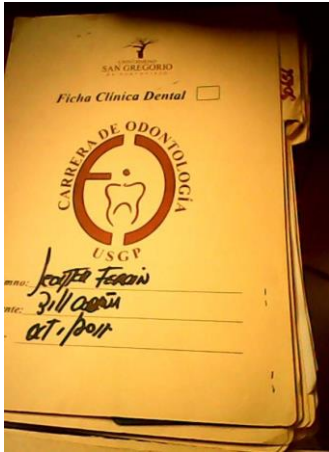
Longitud: A1 11.5m T1 12.5m T2 13.5m
Circunferencia: 11.5m 12.5m
Regulación: 11.5m 12.5m

Otras observaciones:

9.50

31998





Universidad San Gregorio
Carrera de Odontología
CLÍNICA DE EMERGENCIA

Fecha de Inicialización: 10/10/2012
Nombre del paciente: [illegible]
Observación del Paciente: [illegible]

Examen de [illegible]
Examen de [illegible]
Examen de [illegible]

Exposición Clínica
Inspección: [illegible]
Palpación: [illegible]
Percusión: [illegible]
Transmisión: [illegible]
Móvilidad: [illegible]

Vitalometría
Frío: [illegible]
Calor: [illegible]
Diagnóstico: [illegible]

Tratamiento

Señalamientos
1. Fecha: [illegible] 13 OCT 2012
2. Fecha: [illegible] 16 OCT 2012
3. Fecha: [illegible] 22 OCT 2012
4. Fecha: [illegible] 28 OCT 2012
5. Fecha: [illegible] 16 NOV 2012

Longitud: A1 20.5 mm Tq 19.5 mm y 15.5 mm
Circunferencia: [illegible]
Regulación RX: [illegible]

Universidad San Gregorio
Carrera de Odontología
CLÍNICA DE EMERGENCIA

Fecha de Inicialización: [illegible]
Nombre del paciente: [illegible]
Observación del Paciente: [illegible]

Examen de [illegible]
Examen de [illegible]
Examen de [illegible]

Exposición Clínica
Inspección: [illegible]
Palpación: [illegible]
Percusión: [illegible]
Transmisión: [illegible]
Móvilidad: [illegible]

Vitalometría
Frío: [illegible]
Calor: [illegible]
Diagnóstico: [illegible]

Tratamiento

Señalamientos
1. Fecha: [illegible] 1 OCT 2012
2. Fecha: [illegible] 3 OCT 2012
3. Fecha: [illegible] 10 OCT 2012
4. Fecha: [illegible] 22 OCT 2012
5. Fecha: [illegible] 13 NOV 2012

Longitud: A1 20.5 mm Tq 19.5 mm y 15.5 mm
Circunferencia: [illegible]
Regulación RX: [illegible]

Otras observaciones: [illegible]



Universidad San Gregorio de Porvenir
CARRERA DE ODONTOLOGIA
 Clínica de Endodencia
 Profesor: Dr. Lucía Gallego

Fecha de inscripción: 11/10/12
 Nombre del paciente: Lucía Gallego
 Dirección del paciente: Los Andes
 Antecedentes: Alérgico a los antibióticos penicilina, ampicilina, etc. en general y a los anestésicos locales.
 Antecedentes del diente (PDC): Endo control

Exposición Clavo
 Exposición: Clavo preformado por abstracción de pulpa
 Patencia: 1.1
 Transmisiones: Horizontal 2.1 Vertical 1.1
 Movilidad: 1.1

Vitalidad
 Punto Térmico: Frío Cabr
 Regeneración: Arroz Arroz Cereza / 1540
 Tratamiento:

Historia
 1ª Fecha: Requisito Rx 11. OCT. 2012
 2ª Fecha: Construcción 3.01.2013
 3ª Fecha: Construcción 14.02.2013
 4ª Fecha: Control
 5ª Fecha: Control

Signos: AI 2.2 + Tu 2.1 + T 2.1
 Síntomas: Exacerbado
 Situaciones RX:
 Observaciones:

SAN GREGORIO
CARRERA DE ODONTOLOGIA
USGP
 Ficha Clínica Dental

Nombre: LUCIANA BRACIA
 Dirección: PLAZA CELE
07 11 por

3015



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTO RICO

Ficha Clínica Dental

CARRERA DE ODONTOLOGÍA
USGR

Nombre: **Alexis J. Torres**

Apellido: **Daniel Pico**

Edad: **De 6 años**

Univ. "San Gregorio" de Portorico

Alumno: **Alexis Torres**

Paciente: **Daniel Pico**

Fecha: **08-07-2017**

Diagnóstico: **R. Sin. Ging. Ducto. Sag. del. Infer.**

Examen Clínico

Inspección: **Contra. Redonda** / **Parotidea de tamaño normal**

Palpación: **negativa**

Perforación: **Horizontal** / **Vertical**

Transmision: **Normal**

Movilidad: **Negativa**

Vitalometría

Frío: **---** / **---** / **---**

Dispositivos: **None**

Tratamiento

Señales

1. Fecha: **08-07-2017**

2. Fecha: **08-07-2017**

3. Fecha: **13-08-2017**

4. Fecha: **13-08-2017**

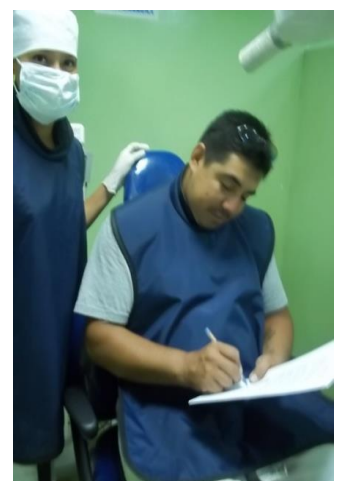
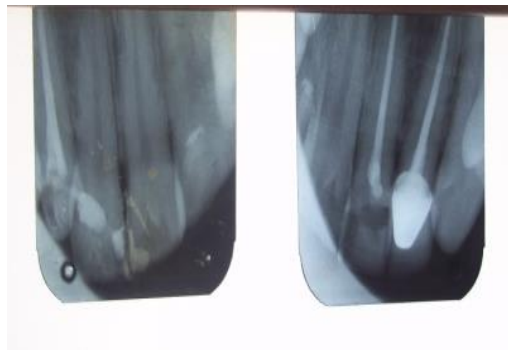
5. Fecha: **13-08-2017**

Longitudes: **Al** / **23.5mm** / **1.23mm**

Condiciones: **---** / **---**

Regulaciones RX

Otras observaciones:





Carrera de Odontología
CLÍNICA DE ENDODONCIA

Nombre: Dr. Wladimir Uzcategui

Fecha de nacimiento: 12/01/1978 Fecha de internación: _____
 Número del alumno: 20090000000000000000 Semestre: 2º
 Número del paciente: 10000000000000000000 Fecha: 11
 Dirección del Paciente: _____
 Diagnóstico: Apertosis, periodontitis, absceso, absceso periapical

Examen Clínico
 Inspección: Maloclusión Clase II con Malocclusión Cruzada
 Palpación: Apertosis Horizontal: (-) Vertical: (-)
 Transiluminación: Opacidades
 Radiografía: Apertosis

Historia Clínica
 Prueba Tintada: (-) Fiebre: (-) Cefalea: (-)
 Diagnóstico: Apertosis, Periodontitis, Absceso

Trazados
 Inyección:
 1. Fiebre: Desarrollado 11/11/2011
 2. Fiebre: Desarrollado 11/11/2011
 3. Fiebre: Desarrollado 11/11/2011
 4. Fiebre: Desarrollado 11/11/2011
 5. Fiebre: Desarrollado 11/11/2011

Longitud: 23 To: _____
 Caudal: _____ Escarabajo: _____
 Registro: EX

Otras observaciones: _____

CLÍNICA DE ENDODONCIA
 Profesor: Dr. Wladimir Uzcategui

Fecha de internación: 29/11/2011 Fecha de internación: _____
 Número del alumno: 20090000000000000000 Semestre: 2º
 Número del paciente: 10000000000000000000 Fecha: 11
 Dirección del Paciente: 10000000000000000000

Examen Clínico
 Inspección: Maloclusión Clase II
 Palpación: Apertosis Horizontal: _____ Vertical: _____
 Transiluminación: Opacidades
 Radiografía: Apertosis

Historia Clínica
 Prueba Tintada: (-) Fiebre: (-) Cefalea: (-)
 Diagnóstico: Apertosis, Periodontitis, Absceso

Trazados
 Inyección:
 1. Fiebre: Desarrollado 11/11/2011
 2. Fiebre: Desarrollado 11/11/2011
 3. Fiebre: Desarrollado 11/11/2011
 4. Fiebre: Desarrollado 11/11/2011
 5. Fiebre: Desarrollado 11/11/2011

Longitud: 23 To: _____
 Caudal: _____ Escarabajo: _____
 Registro: EX

Otras observaciones: _____



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTO RICO

Ficha Clínica Dental

CARRERA DE ODONTOLOGIA

USGP

Alumno: Josue Luis Oler

Paciente: MARISA OLIVERA

Fecha: Junio 27 2011

0010817

Materia: Clínica

Fecha: 27/06/11

Exploración Clínica

Inspección: Color, Pulso

Palpación: Caras, Bases

Percepción: Horizontal Vertical

Temperatura: Normal

Movilidad: Normal

Problema: Caras

Diagnóstico: Caras

Tratamiento: Caras

Notas:

1. Fecha: 27/06/11

2. Fecha: 27/06/11

3. Fecha: 27/06/11

4. Fecha: 27/06/11

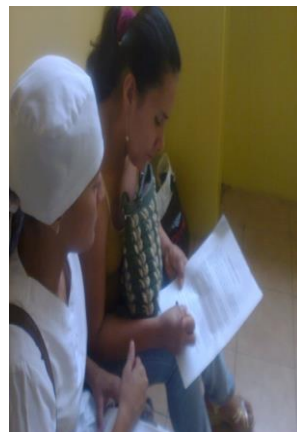
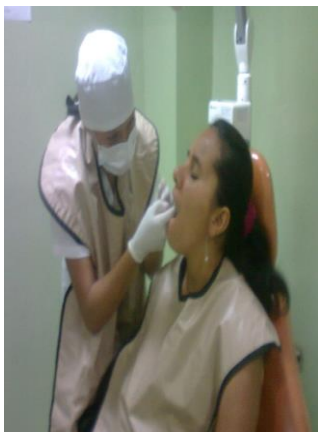
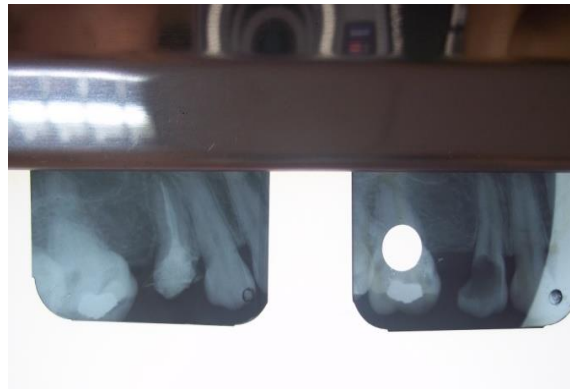
5. Fecha: 27/06/11

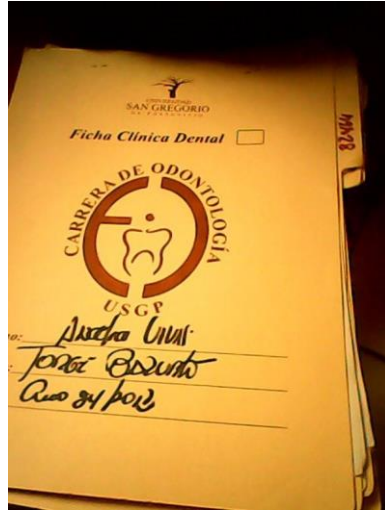
Longitud: Al

Contorno: Al

Región: MX

Otras observaciones: Caras





Carrera de Odontología
CLÍNICA DE EMERGENCIA

Fecha de nacimiento: 24/10/13
Fecha de matriculación: 2013
Número del alumno: 1000000000
Nombre: Anaetha Unas
Apellido del paciente: Barrantes
Dirección del Paciente: Calle 10 de Agosto y Calle 10 de Agosto
Estratificación: Grupo 1 de alta
Semestralidad del curso (ICUC): 1er Semestre

Exposición Clínica
Inspección: Normal
Palpación: Normal
Periclinia: Normal
Transiluminación: Normal
Móvilidad: Normal

Vitalidad
Fecha Térmica: 36.5
Fiebre: No
Color: Normal

Diagnóstico: Herida por punción

Tratamiento

Señales

1. Fecha 24/10/13	Diente	100
2. Fecha 24/10/13	Exposición	100
3. Fecha 31/10/13	Exposición	100
4. Fecha 21/11/13	Exposición	100
5. Fecha 21/11/13	Exposición	100

Longitud: A1 24
Cosmética: Normal
Regulaciones BX

Otras observaciones:



