



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Trabajo de Sistematización Práctica.

Previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tema.

Rehabilitación oral integral de paciente con múltiples restos radiculares y
afectación estética en el sector anterosuperior, período marzo-noviembre 2015.

Autor.

Peter Mauricio Chamaidan Vera.

Tutora.

Od. Karla Gruezo Montesdeoca Mg.Imp.

Cantón Portoviejo – Provincia Manabí – República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA DEL TRABAJO DE SISTEMATIZACIÓN PRÁCTICA.

Od. Karla Gruezo Montesdeoca Mg.Imp, certifico que el trabajo de sistematización práctica titulado: **Rehabilitación oral integral de paciente con múltiples restos radiculares y afectación estética en el sector anterosuperior, período marzo-noviembre 2015**, es trabajo original del estudiante Peter Mauricio Chamaidan Vera, el mismo que ha sido realizada bajo mi tutoría.

Od. Karla Gruezo Montesdeoca Mg.Imp.

Tutora de sistematización práctica.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Rehabilitación oral integral de paciente con múltiples restos radiculares y afectación estética en el sector anterosuperior, período marzo-noviembre 2015.

Trabajo de sistematización práctica sometido al tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tribunal.

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Gs.

Directora de la carrera.

Od. Karla Gruezo Montesdeoca Mg. Imp.

Tutora.

Odo. Geomara Dueñas Zambrano Mg.Gs.

Miembro del tribunal.

Dr. Wilson Espinosa Estrella Mg.Ge.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad del informe, argumentos, análisis y resultados del presente trabajo de sistematización prácticas titulado: **Rehabilitación oral integral de paciente con múltiples restos radiculares y afectación estética en el sector anterosuperior, período marzo -noviembre 2015**, ha sido desarrollado en su totalidad por el autor, producto del trabajo es idea original, lo que da fe para los finales legales consiguientes. Además los derechos de autoría del presente trabajo serán cedidos a la Universidad San Gregorio de Portoviejo para fines académicos y científicos.

Peter Mauricio Chamaidan Vera.

Autor.

AGRADECIMIENTO.

Han sido largos caminos para alcanzar un triunfo universitario, por eso con este trabajo expreso mi infinita gratitud, empiezo agradeciéndole a Dios ya que me iluminó cada paso de este recorrido, a mi mamá Dolores Isabel Vera Romero que fue el pilar fundamental para llegar hasta este lugar tan anhelado, a mi novia Luzardo Solórzano Nataly Liceth que fue ese motor para caminar hacia la meta, a mis hermanos Paola, Marlon, Janine, Liliana y Paulette, a mi mayor impulso como lo son mis abuelos Cenelia Romero y Jorge Vera.

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

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

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

Peter Mauricio Chamaidan Vera.

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo a mis padres Marlon e Isabel, a mis hermanos Paola, Marlon, Janine, Liliana y Paulette, a mis abuelos Jorge y Cenelia, a mi novia Luzardo Solórzano Liceth Nataly que son mi ejemplo de perseverancia y guía, porque han sido la inspiración y el impulso que he necesitado para no decaer en este logro. Porque no hay excusa para no continuar estudiando cuando se tienen las ganas de emprender algo nuevo que me servirá para avanzar.

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

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

Peter Mauricio Chamaidan Vera.

RESUMEN.

La rehabilitación oral integral es el conjunto de todas las ciencias odontológicas que logra una buena salud bucal, enfocada a la ventaja de hábitos saludables encaminados a mejorar la funcionabilidad y la estética del paciente. Para llevar a cabo este trabajo se utilizaron técnicas de diagnóstico como el examen clínico bucal utilizando la ficha clínica odontológica 033, en la cual mediante el odontograma se contabilizaron las piezas dentales cariadas, obturadas y perdidas.

Se efectuó la rehabilitación oral integral de una la paciente con variadas afecciones bucales, se llevó a cabo una profilaxis con remoción de poco cálculo y flúor en gel en ambas arcadas, restauraciones en con resina de fotocurado, también se realizó tratamiento de conducto con la colocación de una corona de metal-porcelana devolviendo la funcionabilidad de la pieza dental; se procedieron a realizar exodoncia múltiples que representaban focos infecciosos y sépticos para la cavidad bucal; se colocó un puente metal-porcelana y finalmente se instalaron una placa parcial removible en la arcada superior e inferior de acrílico para la reposición de las piezas dentales perdidas. Como parte final del trabajo la paciente logró resultados exitosos en cuanto a la masticación y deglución, adecuando la oclusión y la fonética, y como objetivo principal del trabajo de sistematización de práctica, el mejoramiento de la estética ayudando a la paciente tener un mejor desenvolvimiento ante la sociedad y confianza consigo misma.

Palabras claves: rehabilitación oral integral, funcionabilidad, afecciones bucales y estética.

ABSTRACT.

Comprehensive oral rehabilitation is the set of all dental sciences that achieves good oral health, focusing on the advantage of healthy habits aimed at improving the functionality and aesthetics of the patient. To carry out this work diagnostic techniques were used as the oral examination using dental clinic record 033 so by using the odontogram, carious teeth, sealed and lost parts were counted.

Comprehensive oral rehabilitation of the patient with various oral diseases was made. A prophylactic removal of some calculation and fluoride gel in both arches, curing resin restorations were made. Root canal treatment was also performed with the placement of a metal porcelain crown restoring the functionality of the tooth. Multiple extractions that were likely causes of infectious and septic foci for oral cavity, were also performed. Metal porcelain bridge was finally placed a partial removable acrylic plate was installed in the upper and lower jaws for the replacement of missing teeth. As a final part of work the patient achieved successful results in terms of chewing and swallowing, adjusting occlusion and phonetics, and the main objective of systematization of practice was to improve aesthetics helping the patient to have a better development to society and restore her confidence.

Keywords: comprehensive oral rehabilitation, functionality, aesthetics and oral diseases.

ÍNDICE.

Certificación de tutora de sistematización de prácticas.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	IX
Introducción.	1

Capítulo I.

1. Problematización.	2
1.1. Tema.	2
1.2. Planteamiento del problema.	2
1.3. Delimitación.	3
1.4. Justificación.	3
1.5. Objetivos.	5
1.5.1. Objetivo general.	5

Capítulo II.

2.1. Marco Teórico Referencial y Conceptual	6
---	---

Capítulo III.

3. Marco Metodológico.	24
3.1. Modalidad de trabajo.	24
3.2. Método.	24
3.3. Marco Administrativo.	28
3.4. Ética.	31

Capítulo IV.

4. Análisis e Interpretación de Resultados	32
--	----

Anexos.	34
---------	----

Bibliografía.

INTRODUCCIÓN.

La rehabilitación oral integral son serie de tratamiento de diferentes especialidades dentro de la odontología devolviendo la función estética, función de masticación y armonía oral al paciente, se necesita hacer un buen diagnóstico y elaborar un plan de tratamiento teniendo en cuenta que el paciente si padece alguna enfermedad sistémica este debe estar controlado.

Es considerada una rama de la odontología de forma integral, el cual consiste en el restablecimiento de la salud bucal ideal del paciente, mediante las técnicas actuales de odontología y un enfoque multidisciplinario hace posible la rehabilitación de la paciente y ayudarán a seleccionar de la mejor manera el tratamiento de elección que se ejecutará a lo largo del proceso de la rehabilitación oral integral.

No solo de la eliminación de los problemas bucales, sino también de recuperar o devolver al paciente su función mecánica y la estética para elevar su autoestima.

Por medio del presente trabajo se dará solución a los casos clínicos para así brindarles una mejor calidad de vida a los pacientes siguiendo los protocolos de cada tratamiento, obteniendo resultados beneficiosos para mejorar la calidad de vida del paciente.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Rehabilitación Oral integral de paciente con múltiples restos radiculares y afectación estética en el sector anterosuperior, período agosto-noviembre 2015.

1.2. Planteamiento del Problema.

A nivel mundial muchos estudios actuales utilizan el Índice de Estética Dental (DAI). Resultados muy heterogéneos, que van desde 20% con maloclusión moderada o severa en Devengar, India a 80% en Dunedin, Nueva Zelandason encontrados alrededor del mundo. Posibles razones para la variabilidad se encuentran en diferencias en las muestras (i.e. edad, proceso de selección, etc). Pocos son los estudios con representatividad nacional.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. Latinoamérica tiene una situación preocupante al respecto, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85 % de la población; en Cuba, la prevalencia de maloclusiones asciende al 64 %. Actualmente, se utilizan varios índices que permiten medir la necesidad de tratamiento ortodóntico. Entre los más recientes, diseñados a finales de los años 80 e introducido en los 90, probablemente el de mayor difusión es el índice de estética dental

(DAI, por sus siglas en inglés), creado con fines epidemiológicos y adoptado por la OMS para tal propósito, y ha sido utilizado como instrumento en numerosos estudios epidemiológicos, tanto en Cuba como a nivel internacional.

En el cantón Portoviejo, parroquia Andrés de Vera, en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio, se realizó una rehabilitación integral de la cavidad oral de una paciente de 56 años de edad, sexo femenino, raza mestiza, acude a la consulta odontológica en nuestra universidad, porque presenta mal aliento y manifiesta que tiene restos de dientes hace más o menos 3 años, presencia de molestia en piezas #45 cuando ingiere bebidas frías y calientes, la paciente refiere que nunca se ha administrado ningún tipo de fármaco.

1.3. Delimitación.

Campo.	Salud.
Área.	Odontología.
Aspecto.	Rehabilitación Oral.

Delimitación espacial. Clínicas Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el Cantón Portoviejo, Provincia Manabí, República del Ecuador.

Delimitación temporal. Período marzo-noviembre del 2015.

1.4. Justificación.

Este trabajo de Sistematización de Prácticas está directamente relacionado con el Objetivo 3 del Plan Nacional de desarrollo/ Plan Nacional del Buen Vivir que se basa en mejorar la calidad de vida de la población.

Como lo menciona la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo¹ en su artículo (2013).

La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerrequisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales.

El artículo 358 establece el Sistema Nacional de Salud para “el desarrollo, protección y recuperación de capacidades y potencialidades bajo los principios de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”, incluyendo los servicios de promoción, prevención y atención integral. (p.136)

El presente trabajo se justifica desde el punto de vista teórico, para permitir describir con más detalles la rehabilitación oral integral de paciente con múltiples restos radiculares y afectación estética en el sector anterosuperior, período marzo-noviembre 2015; sobre los problemas y soluciones necesarios para su tratamiento, de igual manera permite conocer la importancia, educación e información sobre una adecuada salud bucal y métodos preventivos para lograr el éxito del tratamiento rehabilitador; como también permitirá sensibilizar en cuanto a la importancia de los hábitos de vida saludables para la paciente.

En el ámbito personal éste trabajo se justifica para lograr poner en práctica todos los conocimientos y destrezas aprendidos durante la etapa académica para la realización de cada técnica y procedimiento.

¹Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional de desarrollo / Plan Nacional del Buen Vivir*. (1ª.). Senplades. República del Ecuador. Consultado el [08, agosto, 2015] Disponible en: <http://www.buenviviir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>.

1.5. Objetivo.

1.5.1. Objetivo general.

Rehabilitar de manera integral a una paciente con múltiples restos radiculares y afectación estética en el sector anterosuperior, período marzo-noviembre 2015.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Historia clínica actual.

Paciente de 56 años de edad, sexo femenino, auto identificación étnica mestiza, acude a la consulta en el las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, porque presenta mal aliento y manifiesta que tiene restos de dientes hace más o menos 3 años, presencia de molestia en piezas #45 cuando ingiere bebidas frías y calientes, la paciente refiere que nunca se ha administrado ningún tipo de fármaco. La paciente indica que se siente incómoda y se avergüenza un poco al sonreír, debido a los restos radiculares que presenta en la zona anterior. También señala que dicho diente presenta un mal aliento lo cual afecta la autoestima y su ámbito social.

Antecedentes patológicos personales y familiares.

Antecedentes patológicos personales: no refiere.

Antecedentes patológicos familiares: presencia de hipertensión arterial de parte de su padre.

Examen físico general.

Paciente consciente, ubicada en tiempo y espacio que deambula sin dificultad, presenta piel y mucosas con hidratación y coloración normal, sin lesiones visibles, temperatura de 37°C, frecuencia cardiaca de 80 pulsaciones/minuto y presión arterial de 120/80 y frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto. No presenta ninguna enfermedad.

Examen extraoral.

Al examen físico de cabeza y cuello la paciente simetría facial, en los labios color y movilidad normal, tono muscular normal. No hay presenta patología visibles.

Examen intraoral.

La paciente presenta: restos radiculares de las piezas 16, 13, 23, 26, 37,36, 34, desgaste incisales, ausencia de piezas dentarias, caries profundas 17, 15, 25, 27, 35, 45 y lesiones pulpares en piezas 14 y 24. Presencia de placa y calculo, y espacio edentulos.

Exámenes complementarios.

Radiografía panorámica.

Radiografías periapicales.

Examen de laboratorio.

Examen radiográfico.

Al examen radiográfico se observó lo siguiente en el maxilar superior: cresta alveolar horizontal en todas las piezas dentarias, ligamento periodontal normal. Raíz dental retenida número 16, 13, 23, 26 y maxilar inferior: cresta alveolar horizontal en todas las piezas dentarias, ligamento periodontal normal. Raíces dentales retenidas número 37-36-34-44.

Diagnóstico presuntivo.

La paciente presenta restos radiculares en el sector posteroinferior derecho e izquierdo. Pulpitis y presencia de placa bacteriana y cálculo.

Diagnóstico definitivo.

Caries de esmalte piezas dentales n° 17, 15, 25, 35, 45.

Caries de dentina: pieza dentales n° 27.

Restos radiculares piezas dentales n° 16,13, 23, 26, 37, 36, 34, 44.

Pulpitis piezas dentales n° 14, 24.

Plan de tratamiento.

Examen odontológico.

Profilaxis.

Exodoncias: piezas dentales n° 16,13, 23, 26, 37, 36, 34, 44.

Endodoncia pieza dentales n° 14, 24.

Operatorias piezas dentales n° 17, 15, 25,27, 35, 45.

Prótesis fija piezas dentales n° 14==24.

Prótesis parcial removible.

Periodoncia.

Lamas y Col.² (2012) describen a la rehabilitación oral integral como:

El éxito en la realización de cualquier tratamiento odontológico radica en un adecuado diagnóstico y planificación del mismo, de esta manera se logran optimizar los resultados para el beneficio de los pacientes. Es fundamental un enfoque multidisciplinario, siempre y cuando el caso lo amerite, para obtener

²Lamas, C y Col. (2012). *Rehabilitación Oral en Odontalgia*. Trabajo de Investigación Vol. 15 – Numero 1. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015]. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a09v15n1.pdf.

todas las perspectivas necesarias y así realizar una correcta resolución del tratamiento. La visión limitada y enfocada a una sola especialidad puede llevar a no apreciar soluciones clínicas adecuadas en la resolución de los tratamientos. (p. 31)

Protocolos del control de la placa bacteriana:

Como lo detallan Fuentemayor y Fernández³ (2009) en su obra:

El control de la placa bacteriana supone una serie de actividades que deben estar perfectamente coordinadas para obtener los mejores resultados preventivos. En el control de la PB estamos implicados dos responsables: de una parte el profesional (odontólogo y/o higienista) y de otra el propio paciente. Por lo tanto, la responsabilidad de la salud periodontal de nuestros pacientes recae tanto en el profesional (responsable del diseño del protocolo y de la adecuada motivación al paciente) como en el paciente (cumplimiento de las visitas de control y seguimiento de los cuidados recomendados) a partes iguales. De cara al diseño de un protocolo de control de placa debemos tener presente que la eliminación completa de las bacterias que componen la PB es un objetivo irreal: no podemos dejar una cavidad oral totalmente estéril, entre otras razones porque es una utopía, pero además no sería positivo para la salud, ya que destruiríamos un sistema ecológico bacteriano que está diseñado para evitar la proliferación de hongos y otros microorganismos exógenos. Así pues, el objetivo real debe ser controlar las bacterias que conforman la PB a un nivel tal que sea compatible con la salud bucal de ese individuo en concreto. Por lo tanto, su diseño ha de ser siempre personalizado y abierto a modificaciones en función de distintos factores que pueden ir variando con el paso del tiempo: la edad, presencia de factores de riesgo, tasa de formación de cálculo dental, grado de cumplimiento de las medidas de higiene (índice de placa), cumplimiento de las visitas de mantenimiento, inflamación gingival o presencia de bolsas periodontales; en definitiva, debe acomodarse a la susceptibilidad personal que en ese periodo de su vida presente el paciente a la enfermedad periodontal. (pp. 49 y 50)

Pasos para realizar la profilaxis.

Instrumentación.

Investigando la obra de Sergas⁴ (2006) indica que:

³Fuentemayor, F; Fernández, V. (2009). *Manual de Higiene Bucal*. Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

⁴Sergas. (2006). *Técnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud*. (1ª.). Editorial Mad, S.L. Reino de España.

La limpieza de las superficies dentales comienza habitualmente con la tartrectomía supragingival; esta fase de tratamiento se puede llevar a cabo mediante instrumentos manuales o ultrasónicos. Después de la eliminación del sarro es importante pulir las coronas clínicas mediante una copa de goma y pasta de grano decreciente. Es importante eliminar las posibles obturaciones desbordantes que presente el paciente para evitar retenciones posteriores y facilitar la higiene. (p. 172)

Utilización de dentífricos.

Investigando la obra de Sergas⁵ (2006): menciona que:

Los dentífricos contribuyen a la eliminación de la placa mediante sus detergentes y abrasivos; si contienen flúor reforzado el esmalte dental y prevendrá la caries. Sus objetivos son: limpiar y pulir los dientes, mantener el aliento fresco, ser vehículo de agentes terapéuticos y favorecen la salud oral. (p. 180)

Uso de gel de flúor.

Investigando la obra de Sergas⁶ (2006) indica que:

La aplicación del gel se hace con cubetas prefabricadas en el mercado o con cubetas individuales por cada paciente. El gel se vierte en la cubeta en una cantidad siempre menor a 2,5% por arcada y se coloca sobre los dientes previamente secados con aire, ya que la presencia de saliva diluye la abundante concentración y reduce significativamente la absorción del Flúor. (p. 187)

Tratamiento.

Eliminación del cálculo supra gingival.

Se realizó la limpieza con curetas que son instrumentos de acero inoxidable que permiten la limpieza de los dientes y los espacios interdentes, estos se adaptarán en la superficie de todas las piezas para llegar a cada rincón y eliminar el cálculo

⁵Sergas. (2006). *Técnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud*. (1ª). Editorial Mad, S.L. Reino de España.

⁶Sergas. (2006). *Técnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud*. (1ª). Editorial Mad, S.L. Reino de España.

supragingival. Una vez que se culminó el raspado, se utilizó una pasta y un cepillo profiláctico para pulir la superficie de las piezas dentarias y culminar así la limpieza.

Analizando informaciones publicadas en la obra de Eley y colaboradores⁷(2010) se puede indicar que:

Cálculo supragingival: Por definición, es coronal al margen gingival. Se deposita primero en las superficies dentales que se encuentran frente a la salida de los conductos salivales, en las superficies linguales de los incisivos inferiores y en las superficies vestibulares de los molares superiores, pero puede depositarse en cualquier diente o prótesis dental que se hayan limpiado bien (p. ej., en la superficie oclusal de un diente sin antagonista). Es de color amarillo claro, salvo que se haya teñido por otros factores (p. ej., tabaco, vino, betel), bastante duro y frágil y se desprende con facilidad del diente con un instrumento adecuado. (p. 22)

Consejos para una buena higiene oral.

Analizando la obra de Lindhe y Lang⁸(2009) se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

La enseñanza de la higiene bucal debe adaptarse a cada paciente en particular sobre la base de sus necesidades y otros factores.
El paciente debe participar en el proceso de enseñanza.
Después de la enseñanza de la higiene bucal debe establecerse un programa de mantenimiento individualizado. (p.722)

Cirugía.

Como principal causa de pérdidas dentarias esta la caries que debido a la desmineralización que esta ocasiona en los tejidos dentarios los debilita y en el

⁷Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2010). Periodoncia. (6° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier España, S.L.

⁸Lindhe y Lang. (2009). *Periodonto logia clínica e Implantología odontológica*. (5ª.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

mayor de los casos provoca en el diente fractura de la porción coronaria quedando en el alveolo restos radiculares, los cuales son un constante foco infeccioso.

Infecciones odontógenas.

Las infecciones odontógenas son las principales complicaciones en la práctica odontológica. Por lo tanto se indica que la paciente debe extracciones. Así lo menciona Raspall⁹(2007) menciona: “Otros procesos dentales pueden dar con frecuencia infecciones del territorio maxilofacial y como consecuencia formación de celulitis y absesos. Estos son: dientes incluidos, sobreinfección de quistes, restos radiculares e infección de heridas postexodoncia” (p. 269).

Técnica para la extracción de los restos radiculares y otras piezas dentales.

Para el tratamiento de restos radiculares y piezas necróticas se utilizara la técnica de exodoncia simple como lo indica Raspall¹⁰ (2007) en su obra. “Se entiende por exodoncia simple aquella que puede llevarse a cabo con la técnica clásica de fórceps y elevadores. Cualquier procedimiento en cirugía oral y especialmente en exodoncia, exige el empleo de una fuerza controlada” (p. 63).

⁹Raspall. (2007). Cirugía Oral e Implantología. (2ª.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

¹⁰Idem.

Pasos para realizar una exodoncia simple:

Investigando la obra de Treviño¹¹ (2009) se pudo encontrar que:

Diagnóstico radiográfico.

Radiografía periapical. La técnica de la radiografía periapical tiene como objetivo la evaluación de los órganos dentales y las estructuras anatómicas inmediatas a éstos. Las técnicas para obtener una radiografía periapical son paralelismo y bisectriz de ángulo. Se pueden realizar ciertas modificaciones, dependiendo del caso o circunstancia que el paciente presente (p. 30).

Exámenes Complementarios.

La biometría hemática (también conocida como hemograma) es un estudio de laboratorio destinado a la medición de todos los componentes de la sangre, este método se conoce como de Coulter, y se encarga de cuantificar los eritrocitos (glóbulos rojos), leucocitos (glóbulos blancos), y plaquetas; así como la cantidad de hemoglobina, y el porcentaje de hematocrito. (pp. 47,48)

Anestesia.

Así lo describe Olivar¹² (2008) en su obra:

Efectos de un anestésico local sin vasoconstrictor.

Provoca vasodilatación.

Se incrementa el grado de absorción del anestésico local.

Aumenta las concentraciones de anestésico local en el plasma, lo que puede provocar una sobredosis.

Se disminuye la duración del anestésico y, por tanto su efectividad.

Aumenta el sangrado en el sitio de inyección.

Efectos de un anestésico local con vasoconstrictor.

Provoca vasoconstricción.

Disminuye el flujo sanguíneo.

La absorción del anestésico local es lenta y, por tanto, los valores de anestésico son bajos.

Se encuentra mayor concentración de anestésico en el nervio.

Disminuye el sangrado en el área de la inyección. (p. 54)

¹¹Treviño, J. (2009). Cirugía Oral y Maxilofacial. (1era.). Editorial el Manual Moderno. Estados Unidos Mexicanos.

¹²Olivar, C. (2008). *Anestesia Local en Odontología*. (2ª.). Editorial Manual Moderno. Estados Unidos Mexicanos.

Técnica anestésica por infiltración y por bloqueo regional:

Como lo describe Guillermo Otero y Col¹³ (2003) en su texto:

Técnica por infiltración.

En esta técnica la solución, se deposita en el tejido blando que recubre la zona operatoria y por difusión a través de la zona insensibiliza las terminaciones nerviosas. Esto se consigue mediante la aplicación supraparióstica de la sustancia, es decir, sobre la superficie ósea, sin penetrar en ella.

Técnica por bloqueo regional.

En este tipo de bloqueo, la región total que inerva el nervio puede ser bloqueada con una pequeña cantidad de anestésico. Esta técnica se utiliza para dar mayor profundidad y mayor tiempo a la duración del procedimiento anestésico. (pp. 94-96)

Protocolos de exodoncia.

Como lo menciona Treviño¹⁴ en su obra (2009):

Sindesmotomía

Esta consiste en la sección o el desprendimiento de las inserciones gingivales que se dirigen hacia el diente y con ello dar acceso a los instrumentos tanto de luxación como de extracción.

Luxación

En el área de la odontología llamamos luxación a la primera movilización que se hace del diente a expensas del desgarramiento de las fibras del ligamento periodontal y de la elasticidad del hueso alveolar. Esta se lleva a cabo mediante la utilización de un elevador o un fórceps, en cualquiera de los casos se debe tener particular cuidado de introducir el instrumento bajo visión directa para asegurarnos de que su parte activa se encuentra subgingival y con ello no lesionar los tejidos blandos. (p. 113)

Operatoria.

Clasificación de las caries.

Según Robert Langlais¹⁵ (2011) en su obra cita que:

¹³ Otero y colaboradores. (2003). *La Anestesia para el Cirujano Dentista*. Editorial El Prado, S.A. de C.V. Estados Unidos Mexicanos.

¹⁴Treviño, J. (2009). *Cirugía Oral y Maxilofacial*. (1ª.). Editorial el Manual Moderno. Estados Unidos Mexicanos.

Clase I.

Las caries clase I es la caries que afecta la superficie oclusiva de un diente posterior. Se origina cuando las bacterias invaden una oquedad central, un surco o fisura oclusiva profunda, permanecen guarecidas por meses, y producen disolución ácida del esmalte. La destrucción del esmalte y la dentina permiten que el surco carioso crezca, se oscurezca y se reblandezca.

Las caries clase I que son incipientes o pequeñas, se tratan por mineralización con barniz de flúor y selladores. Las lesiones más grandes requieren el uso de materiales compuestos o amalgama.

Clase II.

La caries clase II es la caries que afecta la superficie interproximal de un diente posterior. La caries puede verse en ocasiones de lado lingual o de la mejilla, del contacto interproximal. La base del triángulo paralela la cara externa del diente, y la punta del triángulo apunta hacia adentro, a la dentina. En la caries moderada (evidencia radiográfica de penetración del esmalte a lo largo de la UDE, sin penetración ulterior a la dentina), puede usarse la remineralización, si los factores de riesgo son mínimos, o reducidos y las lesiones se vigilan de cerca. Las lesiones de grado moderado o grande se restauran con materiales compuestos, amalgama o refuerzos metálicos.

Clase IV.

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

Clase V

La caries clase V está caracterizada por destrucción, en el borde gingival de un diente posterior o anterior. Los signos tempranos de la caries clase V son las líneas de calcificación blancas gredosas a lo largo de la porción cervical del diente, en forma paralela, y apenas por encima de la encía. Las lesiones de clase V más pequeñas pueden tratarse con discado y barniz de flúor, para remover tinciones blanquecinas o pardas, sin tratamiento posterior. Las lesiones con cavidades requieren compuestos de resinas o amalgamas. (pp.65, 66)

Pasos para preparar una cavidad.

Según la obra de Vargas¹⁶ (2008) se cita:

¹⁵ Langlais, R. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. (4ª.). Editorial El Manual Moderno. Estados Unidos Mexicanos.

¹⁶Vargas y Bonilla. (2008). *Revista Odontológica Virtual. Desinfectantes cavitarios y adhesión a dentina*. (Vol. 9, Núm. 1).

Los desinfectantes cavitarios rehumedecen las paredes, antes de aplicar una resina adhesiva y realmente refuerza la adherencia. Para que haya una buena adhesión es muy importante realizar una previa desinfección de la cavidad, es decir, que las superficies por unir, estén bien limpias, aunque a menudo resulta difícil conseguir y mantener esta situación. (p. 44)

Clorhexidina como desinfectante cavitario.

Consultando en las páginas Web de la revista Estomatológica, Herrera y Col¹⁷ (2010) Clorhexidina como alternativa para maximizar la longevidad de restauraciones adhesivas indica que:

La CHX es conocida por su potente acción antimicrobiana que incluye capacidad antimicrobiana frente a microorganismos Gram-positivos y negativos, especies de hongos y algunos virus. Estudios clínicos y de laboratorio han demostrado que el uso de una solución acuosa de CHX después del acondicionamiento ácido, o CHX adicionada al acondicionador ácido, previamente a la aplicación de adhesivos simplificados, disminuye la degradación de interfaces adhesivas a lo largo del tiempo. (p. 79)

Protocolos para la preparación cavitaria.

Analizando la obra de Palma y Sánchez¹⁸ (2007) se conoce que:

Una vez eliminado el tejido lesionado, se comprueba que su eliminación ha sido completa, para lo que se puede utilizar sustancias químicas colorantes. Se procederá a eliminar la dentina reblandecida con instrumental cortante de mano como las cucharillas excavadoras.

Posteriormente se conforma la cavidad con una morfología adecuada en función del tipo de material que se utilice para la obturación.

En las cavidades que van a ser obturadas con composite no se requiere un espesor mínimo, por lo que se puede conservar mayor estructura dentaria. Los bordes cavitarios requieren un biselado con la superficie (borde cavosuperficial) para evitar la fractura y al mismo tiempo conseguir el sellado periférico de la obturación, alejando el peligro de la recidiva de caries. Favorecen la adhesión del composite y mejora la estética al no existir límite

¹⁷Herrera y Colaboradores. (2010). *Clorhexidina como alternativa para maximizar la longevidad de restauraciones adhesivas*. Revista Estomatol Heredian. Volumen 20 – Número 20. [En línea]. Consultado [19, julio, 2015]. Disponible en <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1763/1783>.

¹⁸Palma, A y Sánchez, F. (2007). *Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica*. (1ª.) Editorial Thomson Paraninfo. Reino de España.

entre la restauración y el esmalte. El biselado se efectúa mediante instrumental rotatorio (fresas de diamante o de carburo de tungsteno). (p. 201)

Protocolos de restauración.

Kenneth (2002)¹⁹ cita que:

Aplicar el gel grabador de ácido ortofosfórico (técnica de grabado total) sobre toda la preparación cavitaria durante 15 – 20 segundos.

Enjuagar el gel grabador con un pulverizador de aire/agua durante 20 segundos.

Asegurarse de que la dentina quede húmeda (no empapada) secando con una esponja, un aplicador seco o una torunda de algodón.

Aplicar el preparador a todas las superficies con un pincel o un aplicador pequeño, añadiendo más preparador durante el proceso, durante 20 segundos con un suave movimiento de agitación. No restregar nunca con fuerza.

Evaporar suavemente los disolventes con un chorro de aire muy flojo.

Aplicar el adhesivo a toda la preparación por segunda vez; se debe usar un chorro de aire muy flojo para evaporar los disolventes durante 15 segundos.

Aplicar una capa fina de resina adhesiva (Heliobond) y eliminar el exceso con un esponjilla o un aplicador. Si es un adhesivo con relleno y no se precisa una nueva capa de resina, fotopolimerizar tal como se explicó en el siguiente apartado.

Fotopolimerizar la resina con una lámpara fotopolimerizadora durante 15 – 20 segundos.

Restaurar la preparación cavitaria con los composites restauradores elegidos.

Acabar y pulir la restauración con fresas de carbono y discos de pulir. (pp. 48 , 49)

Endodoncia.

Lesiones Pulpaes.

Investigando la obra de Kenneth²⁰(2011)refiere que:

Cuando se dañan el esmalte y cemento por cualquier razón, los túbulos de dentina expuestos sirven como rutas a la pulpa para la entrada de elementos potencialmente nocivos del ambiente oral incluyendo macromoléculas bacterianas, que pueden provocar inflamación. Entre más profunda es la lesión, más túbulos se afectan.

¹⁹Kenneth W. Aschheim. (2002). *Odontología Estética: una aproximación clínica a las técnicas y a los materiales*. (2ª.). Editorial Elsevier España. Reino de España.

²⁰Kenneth M. y Stephen Cohen. (2011). *Vías de la pulpa*. (10ª.). Editorial Elsevier España. Reino de España.

Por lo general, la permeabilidad de los túbulos dentinarios se encuentra restringida en gran medida por diversas estructuras tisulares, incluyendo fibras de colágeno y procesos celulares. Por lo general, los odontoblastos extienden sus prolongaciones citoplasmáticas dentro de los túbulos. (pp.11, 12)

Pulpitis Irreversible.

Consultando la obra de Kenneth²¹ (2011) describe que:

En ocasiones, una caries profunda no dará lugar a ningún síntoma, incluso aunque clínicamente y radiográficamente la caries haya avanzado hasta la pulpa. Si no se trata, el diente empezara a desarrollar síntomas o la pulpa acabará necrosándose. En los casos de *pulpitis irreversible asintomática* debe instaurarse un tratamiento endodóntico lo antes posible para que no se produzca una pulpitis irreversible sintomática y ocasione dolor intenso y molestias al paciente. (p. 37)

Pulpectomía.

Investigando en la obra de Gunnar y Col. (2011)²² indican que:

La pulpectomía se realiza principalmente para prevenir el desarrollo de un curso destructivo de la inflamación pulpar, el cual puede provocar infección en el conducto radicular y eventos dolorosos asociados. Esto significa que la pulpectomía puede considerarse en cualquier diente permanente en donde existan signos clínicos que indiquen cambios inflamatorios irreversibles en la pulpa. (p. 59)

Prótesis fija.

Puente metal – porcelana.

Según indican Ronsenstiel y Fujimoto²³(2009):

Las restauraciones de metal-porcelana consisten en una capa de porcelana del color del diente unida a una infraestructura de metal colado. Se emplea cuando se requiere una corona completa para restaurar tanto el aspecto como la

²¹Kenneth M. y Stephen Cohen. (2011). *Vías de la pulpa*. (10ª.). Editorial Elsevier España. Reino de España.

²²Gunnar y Colaboradores. (2011). *Endodoncia*. (2ª.) Editorial El Manual Moderno. Estados Unidos Mexicanos.

²³Rosentiel y Fujimoto. (2009). *Prótesis Fija Contemporánea*. (4ª.). Editorial Elsevier España. Reino de España.

función. Para conseguir una apariencia natural es necesario que se realice una reducción suficiente de la estructura dental para proporcionar el espacio suficiente para el volumen de la porcelana. (p. 274).

Preparación del diente para recibir un puente metal- porcelana.

Investigando la página Web de la Revista Odontológica Dominicana²⁴ (2005)indica:

Para realizar correctamente el tallado dental hay que saber tres aspectos fundamentales:

- 1) el conocimiento de la morfología dental y la unidad dentogingival (espacio biológico),
- 2) la cantidad de remoción de estructura dental exigida por los materiales restauradores y
- 3) el formato y diámetro de las fresas utilizadas para el desgaste dental.

El diente preparado debe presentar las siguientes características:

- 1) El ángulo de convergencia entre paredes axiales opuestas debe variar entre 10 a 20 grados;
- 2) La preparación dental debe preservar las esquinas vestibulo-proximal y linguo-proximal en cuanto posible porque las irregularidades circunferenciales aumenta la forma de resistencia
- 3) El desgaste en la superficie vestibular es de 1.5 mm, tanto para la corona metal-cerámica como cerámica libre de metal;
- 4) En el borde incisal la cantidad de desgaste necesario es de 2.0 a 2.5 mm para ambos tipos de coronas metal-cerámica y cerámica libre de metal;
- 5) En la cara palatina el desgaste para corona metal-cerámica es entre 0.5 a 1.0 mm dependiendo la cantidad de sobrepase vertical u horizontal y 1.0 mm para la corona de cerámica libre de metal;
- 6) El tipo de terminación cervical para la corona metal-cerámica (níquel-cromo) es chaflán teniendo en vestibular una anchura de 1.5 mm y en palatino 0.5 mm de ancho. Cuando el metal es oro la configuración cervical en vestibular puede ser hombro con bisel u hombro redondeado con 1.5 mm de ancho y en palatino chaflán con 0.5 mm;
- 7) El tipo de terminación cervical para la corona de cerámica es hombro redondeado o chaflán modificado según el tipo de corona sea porcelana aluminizada, Empress 2, In-Ceram o Procera. El ancho de la terminación cervical en vestibular y palatino es entre 1.0 a 1.5 mm y en la superficie proximal mínimo de 0.8 mm. (p. 50).

²⁴Domingo Santos y Leili de León. (2005). *Nueva técnica simplificada de preparación dental para coronas completas en dientes anteriores*. Revista Odontológica Dominicana. Volumen 11. [En línea]. Consultado: [20, julio, 2015]. Disponible en <http://www.bvs.org.do/revistas/rod/2005/11/01/ROD-2005-11-01-039-050.pdf>.

Prótesis Parcial Removible.

Prótesis parcial removible acrílica.

Según Palma y Sánchez²⁵ (2010) definen que:

La prótesis dental, consiste en la reposición o rehabilitación de las piezas dentales en todas sus funciones, masticatoria, fonética y estética facial. El objetivo de realizar una prótesis parcial removible mucho más importante que darle una mejor apariencia al paciente es para recuperar los espacios perdidos, recuperar la dimensión vertical, recuperar la oclusión y las funciones masticatorias. (p. 305)

Clases de Kennedy.

Según la obra de Yúdice (2006)²⁶ describe que:

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

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

Regla 6. Las áreas edéntulas distintas de las que determinan la clasificación se denominan espacios de modificación y son designados por su número. (p. 4)

Toma de impresión con alginato.

Buscando las informaciones publicadas en la obra de Rosenstiel y colaboradores²⁷ (2008) se transmite que:

Para obtener unos resultados óptimos los dientes tienen que estar limpios, por lo que la boca se debe enjuagar cuidadosamente. Es necesario que las superficies estén secas, pero no tanto como para que el alginato se quede pegado. El material se debe mezclar hasta que adquiera una consistencia homogénea, posteriormente se carga en la cubeta y se alisa con los dedos enguantados y humedecidos.

Una pérdida de la adherencia del material (gelificación) indica que el material ha empezado a fraguar. La cubeta se debe retirar rápidamente 2 o 3 minutos después de la pérdida de adherencia. Si durante el fraguado

²⁵Ascensión Palma y Fátima Sánchez. (2007). *Técnicas de ayuda Odontológica y Estomatológica*.(1ª.). Editorial Paraninfo. Reino de España.

²⁶Roberto Yúdice. (2006). *Prótesis parcial removible. Conceptos actuales. Atlas de Diseño*. Editorial Médica Panamericana. Estados Unidos Mexicanos.

²⁷Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2008). *Prótesis Fija Contemporánea* (4º ed.). Reino de España. Editorial Elsevier.

del material movemos la cubeta, o al retirarla realizamos demasiados vaivenes, es posible producir una distorsión en la impresión como consecuencia del flujo viscoso. Una vez retirada de la boca, la impresión se debe enjuagar y desinfectar, a continuación se seca ligeramente con un chorro de aire y finalmente se vacía de inmediato. (p. 44)

Vaciado de los modelos.

Investigando las informaciones publicadas en la obra de Rosenstiel y colaboradores²⁸(2008) se cita que: Para asegurar la exactitud, el vaciado se debe realizar en los 15 minutos siguientes a la retirada de la impresión de la boca. Envolver la impresión en una gasa humedecida no va a conservar las propiedades de la impresión y no sustituye el vaciado en el tiempo especificado. Esta recomendado recortar los excesos del material de impresión antes de colocar la cubeta encima de la mesa. Para el vaciado se recomienda utilizar una mezcladora al vacío con yeso piedra tipo IV o V ADA.

Después que se haya mezclado el yeso, se van colocando pequeñas cantidades en una única localización (p. ej., en una de las zonas posteriores sobre un molar). Después se van añadiendo pequeñas cantidades sobre el mismo sitio, así se minimiza la formación de burbujas. Si se producen burbujas se pueden eliminar pinchándolas con un instrumento pequeño (p. ej., sonda periodontal o espátulín de cera). Durante el fraguado, las impresiones se deben mantener con la cubeta hacia abajo. Si las impresiones se vacían al contrario, se pueden producir modelos con superficie rugosa o con gránulos. La base de yeso debe aportar la suficiente de retención para el montaje en el articulador. (p. 44)

Toma de relación céntrica.

Continuando en la obra de Yúdice, R. R.²⁹ (2006) podemos citar que:

Una vez que se ha logrado que el armazón metálico asiente correctamente en la boca se procede a ajustar la oclusión para que armonice con los dientes naturales.

El proceso de ajuste empieza identificando los contactos de los dientes en céntrica y en las excursiones excéntricas, para que sirvan de referencia cuando se coloque la armazón metálica en la boca. El protocolo del ajuste es lograr que la oclusión del paciente sea la mínima con o sin la armazón metálica. (p.107)

²⁸Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2008). Prótesis Fija Contemporánea (4° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier.

²⁹ Yúdice, R. R. (2006). Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

Considerando informaciones publicadas en la obra de Rosenstiel y colaboradores³⁰(2008) se puede entender que:

El registro de relación céntrica sirve para orientar los dientes mandibulares con respecto a los maxilares en RC durante la posición de bisagra terminal, en los que la apertura y el cierre se realizan según un movimiento rotacional puro. La relación céntrica se define como aquella relación maxilomandibular en la cual los cóndilos están articulando en la porción avascular más delgada de sus respectivos discos, con el conjunto cóndilo-disco en la posición más anterosuperior de la eminencia articular. Esta posición es independiente de los contactos dentarios. (p. 55)

Prueba e instalación de la prótesis.

Indagando en la obra de Yúdice, R. R.³¹ (2006) podemos citar que:

Primero se debe evaluar el ajuste y la oclusión de la prótesis. La base y el conector mayor de la prótesis deben revisarse con algún medio que permita identificar las áreas de presión o de interferencia, para así poder realizar los ajustes necesarios. La oclusión generalmente ajustes tanto en céntrica con en lateralidad debido a que la resina para la base sufre cambios dimensionales durante el proceso de cocimiento.

Posteriormente se le debe enseñarse al paciente cómo debe colocarse la prótesis, ejerciendo presión con los dedos sobre los ganchos hasta que ésta asiente completamente, y que nunca debe hacerlo mordiendo sobre ella. (p. 108)

³⁰Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2008). Prótesis Fija Contemporánea (4° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier.

³¹ Yúdice, R. R. (2006). Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

CAPITULO III

2. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de trabajo.

Sistematización práctica.

3.2. Métodos.

Se rehabilito a una paciente de 56 años de edad en la Universidad San Gregorio de Portoviejo, con la finalidad de devolverle sus funciones en la práctica odontológica, mediante un previo diagnóstico realizado por medio de la historia clínica odontológica 033 del Ministerio de Salud Pública (MSP), en la cual se evaluara el tipo de tratamiento que se emplearon según el caso que lo requiera. (Ver anexo 1).

Se explicó a la paciente en que consiste el estudio y los tratamientos a realizar y que será incluida solo si accede de forma voluntaria, expresado a través de la firma de un acta de consentimiento informado. Para la realización o evaluación de la paciente se trabajó en el periodo marzo- noviembre del presente año. (Ver anexo 2)

Como parte adicional del diagnóstico fue necesario realizar exámenes complementarios como: radiografía panorámica y hemograma completo. (Ver anexo 3)

Técnicas de Diagnóstico.

Inspección visual.

Observación clínica.

Inspección táctil.

Palpación.

Percusión.

Auscultación.

Exploración radiográfica.

Radiografía panorámica.

Radiografías periapicales.

Exámenes complementarios.

Biometría hemática.

Pruebas de coagulación.

Procedimientos para realizar la profilaxis. Según (Eley, Soory, & Manson),

(Enrile de Rojas & Fuenmayor Fernández), (Lindhe & Lang) (Ver anexo N° 4)

Remoción de placa bacteriana y destartraje. (Ver figura N° 3)

Irrigación con suero fisiológico. (Ver figura N° 4)

Cepillado mecánico profesional. (Ver figura N° 5)

Enjuagatorio con clorhexidina al 2%. (Ver figura N° 6)

Fluorización con cubetas. (Ver figura N° 7)

Procedimientos para realizar la cirugía. (Montañez) (Olivar) (Raspall)

(Tripathi) (Ruiz, y otros) (Anexo n° 5)

Anamnesis. (Ver figura N° 8)

Toma de los signos vitales. (Ver figura N° 9)

Anestesia. (Ver figura N° 10)

Sindesmotomía. (Ver figura N° 11)

Luxación. (Ver figura N° 12)

Exodoncia propiamente dicha. (Ver figura N° 13)

Curetaje del alveolo. (Ver figura N° 14)

Irrigación con suero fisiológico. (Ver figura N° 15)

Regulación de interferencias óseas. (Ver figura N° 16)

Protección de tablas. (Ver figura N° 17)

Colocación de gasa para el control de la hemorragia. (Ver figura N° 18)

Recomendaciones para el postoperatorio. (Ver figura N° 19)

Procedimientos para realizar operatorias. (Barrancos), (Dale), (Nocchi

Conceição) (Ver anexo n° 6)

Aislamiento absoluto del campo operatorio. (Ver figura N° 20)

Preparación cavitaria, limpieza y desinfección. (Ver figura N° 21)

Grabado ácido por 20 segundos. (Ver figura N° 22)

Aplicación del sistema adhesivo. (Ver figura N° 23)

Fotocurado del sistema adhesivo. (Ver figura N° 24)

Colocación de resina fotopolimerizable capa por capa. (Ver figura N° 25)

Control de la oclusión. (Ver figura N° 26)

Pulido de la restauración. (Ver figura N° 27)

Procedimientos para realizar un tratamiento de conducto. (Bergenholtz, Horsted - Bindslev, & Reit, 2011) (Bertrán Herrero & Rosales Alonso, 2013) (Fernández, Rodríguez, Mesa, & Pérez, 2012) (Soares & Goldberg, 2003) (Ver anexo n° 7)

Anamnesis o diagnóstico de la patología pulpar. (Ver figura n° 28)

Anestesia. (Ver figura n° 29)

Aislamiento absoluto del campo operatorio. (Ver figura n° 30)

Apertura para la entrada al conducto. (Ver figura n° 31)

Localización del conducto. (Ver figura n° 32)

Instrumentación. (Ver figura n° 33)

Irrigación del conducto con soluciones. Suero fisiológico o hipoclorito de sodio. (Ver figura n° 34)

Condensación con conos de gutapercha. (Ver figura n° 35)

Corte de los conos. Lo más abajo posible. (Ver figura n° 36)

Restauración final. Preferible poner una base de ionomero de vidrio y luego la resina. (Ver figura n° 37)

Procedimientos para realizar un puente metal-porcelana. (Lamas Lara, Paez Fernández, Paredes Coz, Angulo de la Vega, & Cardoso Hernández, 2012) (Ver Anexo n° 8)

Toma de impresión con alginato. (Ver figura n° 38)

Tallado y preparación de las piezas. (Ver figura n° 39)

Toma de impresión con material pesado. (Ver figura n° 40)

Prueba del metal y ajustes oclusales. (Ver figura n° 41)

Prueba del bizcocho. (Ver figura n° 42)

Cementación de la corona. (Ver figura n° 43)

Procedimientos para la realización de las prótesis acrílicas parciales removibles. (Yúdice, 2006) (Davenport, Basker, Heath, & Ralph, 1992) (Ver anexo n° 9)

Toma de impresión con alginato. (Ver figura n° 44)

Elaboración de modelos de estudio preliminares. (Ver figura n° 45)

Registro de mordida. (Ver figura n° 46)

Prueba de los dientes en cera. (Ver figura n° 47)

Adaptación de la placa acrílica parcial removible. (Ver figura n° 48)

Una vez terminado el tratamiento y la paciente está completamente rehabilitada se le dieron las debidas recomendaciones para el cuidado posterior de su salud oral.

3.3. Marco Administrativo.

Recursos Humanos.

Autor.

Tutora de titulación.

Tecnológicos.

Computadora.

Impresora.

CD.

Cámara fotográfica.

Internet.

Materiales para la realización de la sistematización práctica.

Hojas de papel.

Lápiz bicolor.

Bolígrafos.

Borradores.

Materiales para diagnóstico.

Guantes.

Mascarillas.

Campos operatorios.

Radiografías.

Barra de gutapercha.

Materiales para profilaxis.

Pasta profiláctica.

Clorhexidina al 2%.

Suero fisiológico.

Materiales para cirugía.

Anestésicos.

Con vasoconstrictor.

Agujas.

Cortas.

Largas.

Anestésico tópico.

Materiales para Operatoria.

Resinas fotocurado.

Liner o ionómero de vidrio.

Hidróxido de calcio pasta.

Bonding.

Ácido ortofosfórico.

Tiras de acetato.

Papel articular.

Materiales para endodoncia.

Hidróxido de calcio químicamente puro.

Alcohol.

Hipoclorito de sodio.

Conos de papel.

Conos de gutapercha.

Pasta para condensar los conductos selapex.

Materiales para prótesis fija.

Dientes acrílicos

Acrílico rápido líquido.

Crilene

Hilo retractor.

Cemento ionomero para coronas, (Glass Ionomer).

Material pesado speedex.

Materiales para prótesis parcial removible.

Material de impresión:

Alginato.

Yeso.

Cera.

Rodete de cera.

Económicos.

La presente investigación ha tenido un costo de \$629.97. Se detallará el presupuesto en un cuadro.

Cronograma.

Se detallará el cronograma de actividades en un cuadro.

3.4 Ética.

A la persona que intervendrá en este estudio, se le consultará su participación voluntaria, se le informará en qué consiste el trabajo que se realizará, así como también se le dará a conocer que la información será anónima y solo será empleada con fines investigativos, se le hará firmar un documento de consentimiento de su participación.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de Resultados.

La rehabilitación oral integral de a paciente de 56 años se puede describir como satisfactoria para la paciente ya que se logró devolverle un esquema oclusal adecuado logrando así la función del sistema estomatognático.

Gracias a los tratamientos de diferentes especialidades se pudo optimizar resultados clínicos, brindándonos una visión más amplia de las posibilidades de tratamiento para la paciente. Para la resolución de los casos fue necesario un adecuado diagnóstico de las patologías orales que pueden afectar al paciente, es por eso que se debe conocer todas las áreas de la odontología para realizar un adecuado plan de tratamiento.

Al analizar los resultados obtenidos al término del tratamiento de la paciente podemos decir que la eliminación de focos infecciosos como placa bacteriana, cálculo dental y los restos radiculares disminuyó por completo el riesgo de padecer enfermedades bucales como gingivitis que pudo avanzar a una periodontitis y la extracción de los restos radiculares no permitieron la propagación de infecciones por bacteriemia o mayores complicaciones. Al examinar los espacios edentulos extraídos se observó una buena reabsorción de los tejidos tanto en los maxilares como en la mandíbula.

Las restauraciones realizadas no se encontraron con puntos altos de contacto, ni restauraciones desbordantes y buen sellado marginal, en cuanto a la estética y

morfología tuvieron buena aceptación. En base al diagnóstico de rehabilitación oral integral se fabricaron prótesis parciales removibles deacrílico superior e inferior para dar mayor armonía y estabilidad ante las cargas oclusales en el sector posterior. Ya que las piezas a reemplazar son de estos sectores son las que llevan la función del acto masticatorio.

Con la rehabilitación oral integral de la paciente se devolvió sus funciones, estética, fonética y masticatorias, además de brindarle más seguridad confianza y elevar su autoestima, al punto de mejorar su relación con las personas en su entono.

Anexo N°1.

Historia clínica del Ministerio de Salud 033

Universidad San Gregorio de Portoviejo
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

ESTABLECIMIENTO: U.S.G.P. **NOMBRE:** PARRA JULIA **APELLIDO:** BLAYA AGUVA **SEXO (M/F):** F **EDAD:** 56 **N° HISTORIA CLÍNICA:** 70032

1 MOTIVO DE CONSULTA
"ME QUISIERO ADELGANTAR LOS DIENTES DE ADELGANTAR"

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
PARTE DE LA DENTURA ESPOLEADA PIERA #45 AL T.M.D.
AL UNDO - REFLETE ANULOM (EN POSTOS RAYOS X)

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
B. PARRA

4 SIGNOS VITALES
PULSION: 70/60 **TEMPERATURA:** 36.5 **TENSION ARTERIAL:** 92/60

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO
S.P.A.

6 ODONTOGRAMA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

INDICE OHAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL			MAL OCLUSION			FLUOROSIS		
				LEVE	MODERADA	SEVERA	ANGLE I	ANGLE II	ANGLE III	LEVE	MODERADA	SEVERA
11	17	18	19	0	0	0						
21	27	28	29	0	0	0						
31	37	38	39	0	0	0						
41	47	48	49	0	0	0						
TOTALES				0	0	0						

8 INDICES CPO-cco

	C	P	O	TOTAL
d				
c				

9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

- : DENTURA REALIZADA
- ✕: DENTURA NO REALIZADA
- : DENTURA EN FASE DE INCUBACION
- X: DENTURA EN FASE DE RECUPERACION
- U: FORDIACION CARV.
- △: INCISION
- : INCISION SUP.
- : INCISION INF.
- : INCISION MEXION
- : INCISION
- : INCISION
- : INCISION

ODONTOLOGIA (1)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, el abajo firmante, María Luisa Álava Álava.

Con residencia en sitio El Tomatal- Riochico-Portoviejo.

Acepto tomar parte en este estudio titulado: Rehabilitación de una paciente con múltiples restos radiculares y afectación estética en el sector anterosuperior. El egresado Chamaidan Vera Peter Mauricio, de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y aproximada duración de la exploración bucal. He tenido la oportunidad de hacerle preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

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

Peter Chamaidan Vera.

Egresado de la Carrera de Odontología.

Paciente:

Anexo 3.- Exámenes Complementarios



Figura n° 2: radiografía panorámica realizada al paciente tratado

Anexo N°4 Profilaxis



Figura n°3 Remoción de placa bacteriana y destartraje



Figura n°4 Irrigación con suero fisiológico



Figura n° 5 Cepillado mecánico profesional.



Figura n° 6 Enjuagatorio con clorhexidina al 2%.



Figura n° 7 Fluorización con cubetas.

Anexo N° 5 Protocolo de cirugía

UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

Ficha Clínica Dental

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

USGP

Alumno: Petro Chiriquis

Paciente: Luisa María Alvarado

Fecha: Acoro 5/2015

7-0031

Figura n° 8. Anamnesis



Figura n° 9 toma de signos vitales



Figura n° 10 Anestesia



Figura n° 11. Sindemotomía



Figura n° 12 Luxación



Figura n° 13 Exodoncia propiamente dicha



Figura n° 14 curetaje del alveolo



Figura n° 15. Irrigación con suero fisiológico



Figura n° 16 Regulación de interferencias óseas



Figura n° 17 Protección de tablas

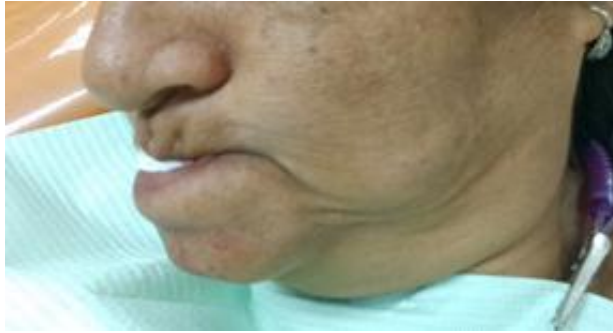


Figura n° 18. Colocación de gasa para el control de la hemorragia

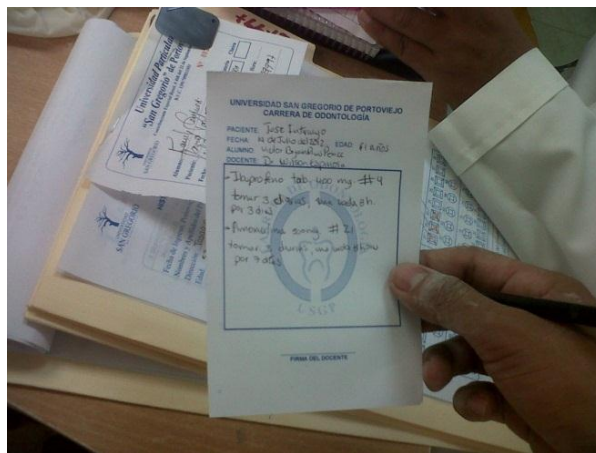


Figura n° 19. Recomendaciones para el postoperatorio.

Anexo n° 6 Protocolo de Operatorias



Figura n° 20 Aislamiento absoluto

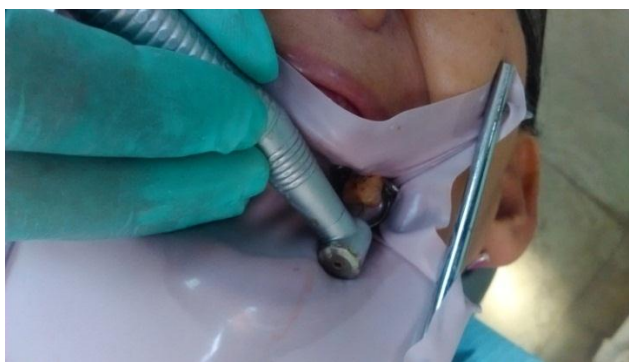


Figura n° 21 Preparación de la cavidad



Figura n° 22 Colocación de ácido grabador

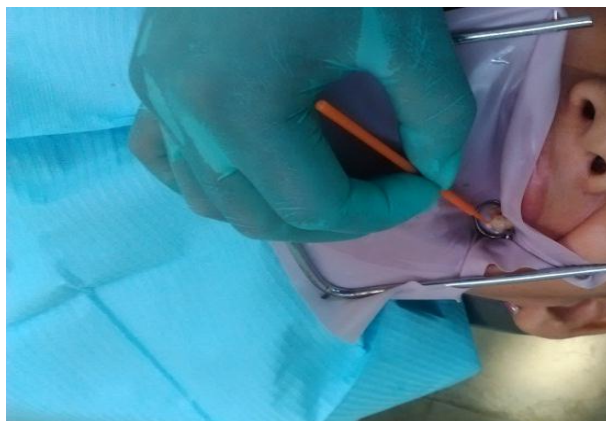


Figura n° 23 Aplicación de sistema adhesivo



Figura n°24 Fotocurado del sistema adhesivo

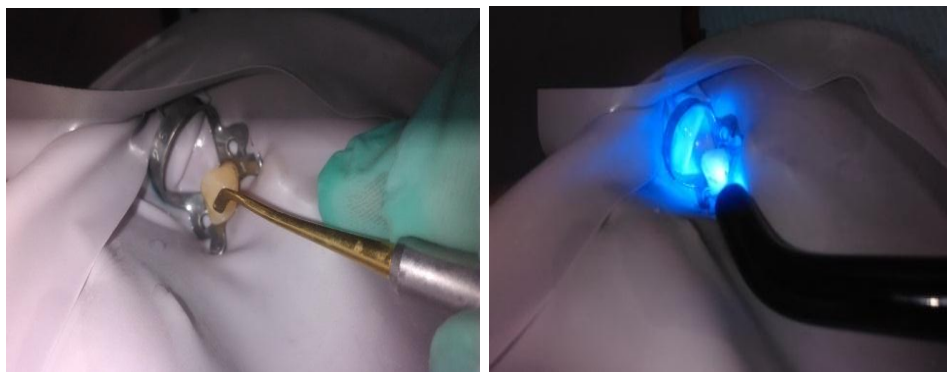


Figura n°25 Colocación de resina fotopolimerizable capa por capa.



Figura n° 26. Control de la oclusión



Figura N°27 Pulido de la restauración

Anexo n° 7 Protocolo de Endodoncia

UNIVERSIDAD
CARRERA DE ODONTOLÓGIA
CLÍNICA DE ENDODONCIA

Profesor _____

Fecha de iniciación _____ Fecha de terminación _____
 Nombre del alumno PIÑA CARRERON VEGA Semestre CUINTO
 Nombre del paciente YOLGA SANDRA ALVARO Páez 4524
 Dirección del Paciente CA. DISTRITO Período BOGOTÁ Tel. _____
 Interrogatorio DELEGADO DENT

Sintología del dolor (TICUE) ASINCRÓNICO

Exploración Clínica

Inspección Normal
 Palpación INDOLOR
 Percusión Horizontal (-) Vertical (-)
 Transiluminación NO SE OBSERVA
 Movilidad (-)

Vitalometría

Prueba Térmica Frio (+) Calor (-)
 Diagnóstico NO SE VE INDICADOR ASINCRÓNICO

Tratamiento

Sesiones

Fecha	Intervención	Diagnóstico
1. Fecha <u>24-9-15</u>	<u>Diagnóstico</u>	<u>ASINCRÓNICO</u>
2. Fecha <u>24-9-15</u>	<u>Diagnóstico</u>	<u>ASINCRÓNICO</u>
3. Fecha <u>24-9-15</u>	<u>Diagnóstico</u>	<u>ASINCRÓNICO</u>
4. Fecha <u>24-9-15</u>	<u>Diagnóstico</u>	<u>ASINCRÓNICO</u>
5. Fecha <u>24-9-15</u>	<u>Diagnóstico</u>	<u>ASINCRÓNICO</u>

Longitudes: A1 _____ Tu _____ T _____
 Conectividad _____ Empleado _____
 Regulaciones RX _____
 Otras observaciones: _____

Figura n° 28 Diagnostico endodontico



Figura n ° 29 Anestesia



Figura n ° 30 Aislamiento absoluto



Figura n ° 31 Apertura del conducto



Figura n° 32. Localización de conducto



Figura n° 33 Instrumentación

Figura n° 34 Irrigación de conducto

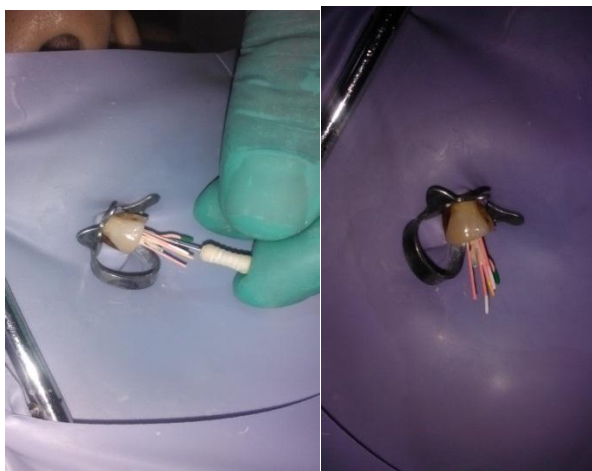


Figura n° 35 Condensación



Figura n° 36 Corte de cono



Figura n° 37 Restauración final

Anexo n° 8 Prótesis fija



Figura n°38 Toma de impresión



Figura n° 39 Tallado de las piezas dentarias



Figura n° 40 Impresión con material pesado



Figura n° 41 prueba de metal



Figura n° 42 Prueba de biscocho



Figura n°43 Cementación

Anexo n° 9 Prótesis removibles



Figura n° 44 impresiones preliminares



Figura n° 45 Elaboración de modelos





Figura n° 46 Registro de mordida



Figura n° 47 Prueba de los dientes en cera



Figura n° 48 Adaptación de prótesis

Anexo n° 10 Cronograma

Se ma na	Fecha	Número de Horas			
		Tutorías Metodológicas	Praxis Profesional	Tutoría Personalizada	Actividades
1	16-17 Abril 2015	5			Talleres presenciales
2	20-24 Abril 2015	10			Talleres presenciales
3	27-30 Abril 2015	10			Talleres presenciales
4	4-8 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
5	11-15 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
6	18-22 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
7	25-29 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
8	1-5 Junio 2015	10			Talleres presenciales
9	8-12 Junio 2015	10			Talleres presenciales
10	15-19 Junio 2015	10			Talleres presenciales

11	22-26 Junio 2015	10			Talleres presenciales
12	29 Junio- 3 Julio 2015	10			Talleres presenciales
13	6-10 Julio 2015	5		10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
14	13-17 Julio 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
15	20-24 Julio 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
16	27-31 julio 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
17	3-7 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
18	10-14 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
19	17-21 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
20	24-27 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales

21	31 agosto-4 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
22	7-11 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
23	14-18 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
24	21-25 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
25	28 sept. -2 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
26	5-8 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
27	12-16 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
28	19-23 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
29	26-30 octubre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
30	9-13 noviembre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en

					clínicas integrales
31	16-20 noviembre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
32	23-27 noviembre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
TOTAL DE HORAS		120	80	200	

Anexo n° 11 Presupuesto

Cantidad	Material	Precio Unitario	Precio Total
1	Pasta Profiláctica	\$4,00	\$4,00
1	Cepillo Profiláctico	\$0,25	\$0,25
1	Cubeta Desechable Para Flúor	\$0,50	\$0,50
1	Flúor	\$6,50	\$6,50
1	Suero Fisiológico	\$3,50	\$3,50
1	Paquete de Gasas	\$1,50	\$1,50
7	Jeringa Descartable De 10ml	\$0,10	\$0,70
7	Anestésico	\$0,50	\$3,50
7	Aguja Para Carpule	\$0,15	\$1,05
1	Limas K – Files de 1ra. Serie	\$7,00	\$7,00
1	Hipoclorito De Sodio	\$5,00	\$5,00
1	Fresa Redonda	\$2,00	\$2,00
1	Conos De Papel	\$7,00	\$7,00
1	Conos De Gutapercha	\$7,00	\$7,00
1	Selapex	\$28,00	\$28,00
1	Coltosol	\$10,00	\$10,00
1	Paquete de Torundas De Algodón	\$0,50	\$7,00
1	Caja De Diques De Goma	\$0,50	\$19,00
1	Paquete De Succionador	\$0,05	\$5,00
3	Agujas Navitive	\$3,00	\$9,00
1	Limas Hedstrom	\$7,50	\$7,50
1	Porción de Resinas	\$15,00	\$15,00
1	Ionomero De Vidrio de fotocurado	\$4,00	\$4,00
1	Fresa Cilíndrica	\$1,50	\$1,50

1	Fresa Cono Invertido	\$1,50	\$1,50
1	Fresa Troncocónica	\$1,50	\$1,50
1	Fresa Alpina	\$2,00	\$2,00
1	Alginato	\$7,00	\$7,00
2	Yeso Extra Duro	\$1,50	\$1,50
1	Yeso Modelo	\$1,50	\$1,50
1	Fresa De Balón	\$1,00	\$1,00
1	Fresa De Llama	\$1,00	\$1,00
1	Hilo Retractor	\$8,00	\$8,00
1	Porción de material de Impresión Pesado (Exaflex)	\$10,00	\$10,00
1	Porción de material de Impresión Liviano (Exaflex)	\$5,00	\$5,00
1	Acrílico En Polvo Rápido	\$0,60	\$0,60
1	Acrílico Liquido Rápido	\$0,60	\$0,60
1	Plaqueta Dientes Artificiales Posteriores	\$1,70	\$1,70
2	Cera	\$0,50	\$0,50
2	Rodetes De Cera	\$0,60	\$0,60
1	Coronas de Metal-Porcelana	\$50,00	\$50,00
1	Prótesis Parcial Superior	\$75,00	\$75,00
1	Prótesis Parcial Inferior	\$75,00	\$75,00
1	Caja de guantes	\$8,85	\$8,85
1	Caja de mascarilla	\$5,00	\$5,00
1	Porción de cemento para coronas	\$5,00	\$5,00
1	Paquete de Radiografías Peri Apicales	\$30,00	\$30,00
2	Radiografía Panorámica	\$15,00	\$30,00
20	Paquete Campos Operatorios	\$20,00	\$20,00
20	Gorros Desechables	\$1,00	\$20,00
2	Líquidos Reveladores - frascos	\$2,50	\$5,00
100	Impresión - hojas	\$0,05	\$5,00
200	Copias	\$0,02	\$4,00
2	Bolígrafos	\$1,00	\$1,00
1	Hojas De Papel - Resma	\$4,00	\$4,00
1	Lápiz Bicolor	\$1,00	\$1,00
1	Borrador	\$0,50	\$0,50
3	Anillado	\$1,00	\$3,00
	Subtotal.		\$572,70
	Imprevistos.	10%	\$57,27
	Total.		\$629,97

BIBLIOGRAFÍA.

- Ascension Palma Cárdenas, F. S. (2010). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica* (1era ed.). Madrid: Paraninfo. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=90EysT6jCBwC&pg=PA305&dq=finalidad+de+la+protesis+parcial+removible&hl=es&sa=X&ei=YyovVYviKM3dsATN9oHoBg&ved=0CCgQ6AEwAg#v=onepage&q=finalidad%20de%20la%20protesis%20parcial%20removible&f=false>
- Barrancos, B. M. (2006). *Operatoria Dental - Integración Clínica* (4ta ed.). Buenos Aires: Panamericana. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=zDFxeYR8QWwC&printsec=frontcover&dq=julio+barrancos&hl=es&sa=X&ei=XSotVaKINobBgwSUmoKIDw&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=julio%20barrancos&f=false>
- Bergenholtz, G., Horsted - Bindslev, P., & Reit, C. (2011). *Endodoncia* (2da. ed.). Mexico: El Manual Moderno.
- Bertrán Herrero, G., & Rosales Alonso, J. (2013). Lesiones pulpares y periapicales en la consulta de Urgencia Estomatológica. Clínica "Felipe Soto". 2010-2011. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 95.
- Chein, S., Benavente, L., Campodónico, C., & Vidal, R. (2013). El perfil de salud-enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima urbana 2012. 29.
- Dale, A. (2002). *Odontología Estética: Una aproximación clínica a las técnicas y los materiales*. (2a. ed.). España: Elsevier . Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=0S-GeZwbBegC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Davenport, J., Basker, R., Heath, J., & Ralph, J. (1992). *Atlas en color de Prótesis Parcial Removible* (1era. ed.). España: Labor.

Desarrollo, S. N. (2013). Plan Nacional de desarrollo/Plan Nacional del Buen Vivir 2013 - 2017. *Senplades*. Obtenido de <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>

Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2010). *Periodoncia* (Sexta ed.). (E. España, Ed.)

Enrile de Rojas, F., & Fuenmayor Fernández, V. (2009). *Manual de Higiene bucal*. Buenos Aires: Medica Panamericana. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=__8Xco483NgC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false

Fernández, M., Rodríguez, A., Mesa, D., & Pérez, N. (2012). Lesiones periapicales agudas en pacientes adultos. *Revista Cubana de Estomatología*, 107.

Herrera DR, K.-J. C.-V. (2010). Clorhexidina como alternativa para maximizar la longevidad de restauraciones adhesivas. *estomatol Herediana*, 20(2), 78-84. Obtenido de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1763/1783>

Kenneth M. Hargreaves, S. C. (2011). *Vías de la Pulpa* (Décima ed.). España: ELSEVIER. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=6DKUoWfGonQC&printsec=frontcover&dq=tratamiento+de+endodoncia+en+molares&hl=es&sa=X&ei=4dknVYbDBozXggT9oIHw&redir_esc=y#v=onepage&q=tratamiento%20de%20endodoncia%20en%20molares&f=false

- Lamas Lara, C., Paez Fernández, J. J., Paredes Coz, G., Angulo de la Vega, G., & Cardoso Hernández, S. (2012). Rehabilitación Integral en Odontología. *Odontología SanMarquina*, 15(1), 31-34. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a09v15n1.pdf
- Langlais, R. P. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales* (4ta. ed.). Mexico: El manual moderno. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=RXfLCQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Lindhe, J., & Lang, N. (2009). *Periodontología clínica e implantología odontológica* (5ta. ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=69zuJ1qspGwC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Marín Manso, G., Fernández Ysla, R., & Masson Barceló, R. (mayo - agosto de 2005). Registro de Mordida. algunas consideraciones. *Revistas Cubana Estomatologica*, 42(2). Obtenido de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=63&id_seccion=773&id_ejemplar=3355&id_articulo=33390
- Montañez, F. (Marzo - Abril de 2006). infecciones cervicofaciales de origen odontogénico. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 63(2), 74-79. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2006/od062f.pdf>
- Negrón, M. (2009). *Microbiología Estomatológica. Fundamentos y guía práctica*. (2a. ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Nocchi Conceição, E. (2008). *Odontología restauradora: salud y estética* (2da ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.

- Olivar, C. M. (2008). *Anestesia local en Odontología* (2a. Ed. ed.). Mexico: Manual Moderno.
- Otero C, G., Otero C, F., & Otero C, F. M. (2003). *La Anestesia para el Cirujano Dentista*. Mexico: Prado, S.A. de C.V.
- Palma Cárdenas, A., & Sánchez Aguilera, F. (2007). *Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica*. (1era. ed.). Madrid: Thomson Paraninfo. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=90EysT6jCBwC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- R., O. L. (2008). Como evitar fracasos en protesis dental parcial removible. *Rev. de la facultad de odontologia de la universidad de Antioquia.*, 19(2), 80 - 88. Obtenido de file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/2231-7120-1-PB.pdf
- Ramos Núñez, P. C., & Rosales García, G. (2007). *LACANDONIA*. Obtenido de Limpieza y obturación del sistema de conductos: biopulpectomia, necropulpectomia y tecnica de condensacion lateral modificada.: <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB0QFjAAahUKEwi5pta1sPPGAhWJ1YAKHeR4AAg&url=http%3A%2F%2Fcuid.unicach.mx%2Frevistas%2Findex.php%2Flacandonia%2Farticle%2Fdownload%2F29%2F26&ei=KfuxVfntPImrgwTk8YFA&usg=>
- Raspall, G. (2007). *Cirugia oral e implantologia* (2da ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=CNzIos2loHAC&pg=PA63&dq=exodoncias+simples&hl=es&sa=X&ei=VnQtVezPIYOVNvuVgOgC&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=exodoncias%20simples&f=false>

- Romero, A. (15 de Diciembre de 2002). *Odontologos Ecuador.com*. Obtenido de <http://www.odontologosecuador.com/espanol/artpacientes/amb/pulpitis-dental-aguda.htm>
- Rosenstiel, L. F. (2009). *Protesis Fija Contemporanea* (4ta ed.). Barcelona: ELSEVIER. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=tNi4_VR1tvIC&printsec=frontcover&q=coronas+de+metal+porcelana&hl=es&sa=X&ei=bxQvVb-EKuKIsQSM04CICA&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=coronas%20de%20metal%20porcelana&f=false
- Ruiz, R., Ma. , M., Herrero , C., Mariano, Torres Lagares, D., & Gutierrez Pérez, J. (mar. - abr. de 2006). Protocolo de control del dolor y la inflamacion postquirurgica. Una aproximacion racional. *Scielo*, 11(2). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-123x2006000200005&script=sci_arttext
- Santos Pantaleón, D., & De León, L. (enero - diciembre de 2005). Nueva técnica simplificada de preparación dental para coronas completas en dientes anteriores. *Revista Oodontologica Dominicana*, 11, 39 - 50. Obtenido de <http://www.bvs.org.do/revistas/rod/2005/11/01/ROD-2005-11-01-039-050.pdf>
- Scotti, R., & Ferrari, M. (2004). *Pernos de fibra: bases teóricas y aplicaciones clínicas*. España: Masson.
- Sergas. (2006). *Tecnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud* (1era. ed., Vol. 2). España : Mad, S.L.
- Soares, I., & Goldberg, F. (2003). *Endodoncia: tecnicas y fundamentos*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Treviño, J. A. (2009). *Cirurgia oral y maxilofacial* . Mexico : El Manual Moderno.

- Tripathi, K. D. (2005). *Farmacología en odontología: fundamentos* (1era ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=9631OEbYetUC&pg=PA390&dq=profilaxis+antibiotica+en+odontologia&hl=es&sa=X&ei=GOQtVd-XHsyiNsK8gZAO&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=profilaxis%20antibiotica%20en%20odontologia&f=false>
- Vargas, C. B. (Septiembre de 2008). Desinfectantes cavitarios y adhesión a dentina. *Odontología Vital*, 9(1), 44-47. Obtenido de <https://my.laureate.net/Faculty/docs/Faculty%20Documents/OdontoFINALRespaldo%209.pdf#page=45>
- Yudice, R. R. (2006). *Protesis Parcial Removibles: Conceptos actuales, atlas de diseño*. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial Medica Panamericana .