



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Trabajo de Titulación.

Tema.

Rehabilitación Oral Integral de una paciente con presencia de discromía en el sector antero-superior que compromete la estética de la paciente, en el periodo abril - julio de 2015.

Autora.

Karen Valeria Peña Empuño.

Tutora.

Odo. Geomara Dueñas Zambrano Mg. Gs.

Cantón Portoviejo – Provincia de Manabí – República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA SISTEMATIZACIÓN DE PRÁCTICAS.

Odo. Geomara Dueñas Zambrano Mg.Gs. certifica que el trabajo de Sistematización Práctica titulado: **Rehabilitación Oral Integral de una paciente con presencia de discromía en el sector antero-superior que compromete la estética de la paciente, en el periodo abril - julio de 2015**, es trabajo original de la estudiante Karen Valeria Peña Empuño, la misma que ha sido realizada bajo mi tutoría.

Odo. Geomara Dueñas Zambrano. Mg. Gs.

Tutora de Sistematización de Prácticas.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Rehabilitación Oral Integral de una paciente con presencia de discromía en el sector antero-superior que comprometen la estética de la paciente, en el periodo abril-julio del 2015.

Trabajo de Sistematización Práctica sometido al tribunal examinador como requisito previo a la obtención del Título de Odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Gs.

Coordinadora de la carrera.

Odo. Geomara Dueñas Zambrano Mg. Gs.

Tutora de Sistematización de Prácticas.

Odo. Verónica Ramos León Mg. Gs.

Miembro del Tribunal.

Odo. Yohana Macías Yen Chong Mg. Gs.

Miembro del Tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

El presente trabajo de Sistematización de Prácticas titulado: **Rehabilitación Oral Integral de una paciente con presencia de discromía en el sector antero-superior que compromete la estética de la paciente, en el periodo abril - julio de 2015**, ha sido desarrollado en su totalidad por la autora, 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.

Karen Valeria Peña Empuño.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios por permitirme llegar a este largo camino y darme las fuerzas necesarias para poder terminar esta etapa de mi vida haciendo realidad este sueño, no solo mío, sino de toda mi familia. A la Universidad San Gregorio de Portoviejo por darme la oportunidad de adquirir estos conocimientos que me ayudaron a lo largo de mi carrera profesional.

A los docentes de la carrera de Odontología, Odo. Jessica García y Dr. Michel Sarmiento por ayudarme con sus valiosos conocimientos y tan importante colaboración en este trabajo investigativo. A mi Tutora de trabajo Odo. Geomara Dueñas Zambrano por su dedicación constante, por su paciencia y motivación que contribuyó a la terminación de este trabajo investigativo.

A mis familiares, principalmente a mis padres María Empuño Delgado y Jimmy Peña Vega que me han apoyado inmensamente y el sacrificio diario por alcanzar esta meta y al motor principal de mi vida mí pequeño hijo Austin Cadena Peña, cada esfuerzo y sacrificio ha sido dedicado a ti. No me alcanzaran las palabras y la gratitud para con ustedes por estar siempre en los momentos más difíciles de mi carrera.

Karen Valeria Peña Empuño.

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo de titulación a Dios, por guiar cada uno de mis pasos durante este largo y duro recorrido, por darme la sabiduría necesaria para poder sobrellevar cada uno de los obstáculos encontrados en mi carrera. A mis padres María Gelacia Empuño Delgado y Jimy Alfredo Peña Vega, por el apoyo incondicional no solo económico, sino también emocional que nunca dejaron que desistiera y me impulsaron a seguir siempre adelante.

A mi hermana María Fernanda Peña Empuño por su apoyo como madre sustituta de mi hijo mientras yo no podía estar presente por terminar mi carrera. A mi hijo Austin Alejandro Cadena Peña por ser el impulso diario para no decaer en los momentos más duros.

A mis amigos (as) que de una u otra manera estuvieron pendientes y compartimos este sacrificio y logro a la misma vez. A esas personas especiales que formaron parte de este proceso quedo infinitamente agradecida y dedico cada uno de estos esfuerzos. A todos ustedes dedico este trabajo para demostrarles que sus esfuerzos hoy plasman el éxito.

Karen Valeria Peña Empuño.

RESUMEN.

La presente Sistematización práctica se basa en la Rehabilitación Oral Integral de una paciente con presencia de discromía en el sector antero-superior que comprometen la estética, en el periodo abril-julio 2015 realizado en la clínica de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

La Rehabilitación Oral es el conjunto de todas las ciencias odontológicas que logra una buena salud bucal que busca la ejecución de procesos ordenados y la aplicación de los conocimientos teóricos y prácticos, enfocado a la adquisición de hábitos saludables encaminados a mejorar la funcionabilidad y la estética del paciente. Para la realización de este trabajo se utilizaron técnicas de diagnóstico como el examen clínico bucal utilizando la ficha clínica odontológica, en la cual mediante el odontograma se contabilizaron las piezas dentales cariadas, obturadas y perdidas.

Previo al tratamiento de Rehabilitación Oral Integral se le realizó a la paciente una profilaxis con remoción de poco cálculo y fluorización con cubetas y flúor en gel en ambas arcadas; restauraciones en las piezas 12, 16, 22, 24, 27, 34, 44, 45, 48 con resina de fotocurado, reemplazando amalgamas y resinas longevas. Las piezas dentales 11, 13 y 21 fueron tratadas endodónticamente y restauradas mediante coronas metal-porcelana para mejorar la estética del sector anterior; se le realizó exodoncia de los restos radiculares de las piezas 14, 15, 17, 25 y 28 que representaban focos infecciosos y sépticos para la cavidad bucal, la pieza 26 no pudo ser tratada endodónticamente debido a que presentó destrucción de la corona y restauración defectuosa de amalgama con presencia de caries recidivante, la pieza 38 presentó

caries profunda y destrucción de la corona se le realizó cirugía compleja debido a la disposición de sus raíces. Se colocó una placa parcial removible acrílica en la arcada superior e inferior para la reposición de las piezas dentales perdidas.

Como parte final del trabajo la paciente obtuvo resultados positivos en cuanto a la masticación y deglución, mejorando la oclusión y la fonética, y como objetivo principal del trabajo de sistematización prácticas la recuperación de la estética del sector antero-superior a su misma vez elevando la autoestima y confianza de la paciente en sí misma y con su desarrollo ante la sociedad.

Palabras claves: Rehabilitación Oral Integral, funcionabilidad, estética y tratamiento.

ABSTRACT.

This practice is based on Integral Oral Rehabilitation of a patient with the presence of dyschromia in the anterior superior sector that engage aesthetics in April-July 2015 period that was conducted at the Clinic of the University San Gregorio de Portoviejo.

Oral Rehabilitation is the set of all dental science that achieves good oral health and seeks the execution of orderly processes and the application of theoretical and practical knowledge, focused on the acquisition of healthy habits designed to improve the functionality and aesthetics of the patient.

To carry out this work diagnosis techniques were used as the oral examination, using dental clinic records and by the odontogram, carious teeth, sealed and missing ones were counted.

Before the Integral Oral Rehabilitation the patient underwent a prophylactic removal of some calculation and fluoridation with buckets and fluoride gel in both arches; teeth restorations in pieces 12, 16, 22, 24, 27, 34, 44, 45, 48 with curing resin replacing amalgam and live longer resin. The teeth 11, 13 y 21 were treated endodontically and restored with metal-porcelain crowns to improve aesthetics of the previous sector. Pieces 14, 15, 17, 25 and 28 underwent extractions of the root fragments representing infectious focuses and septic for the oral cavity. The piece 26 could not be treated endodontically because it presented destruction of the crown and defective amalgam restoration with the presence of recurrent caries. The piece 38 presented deep decay and destruction of the crown and underwent complex surgery due to the arrangement of their roots. An acrylic removable partial plate on top and bottom for the replacement of missing teeth arch was placed.

As a final part of labor, the patient obtained positive results in terms of chewing and swallowing, improving occlusion and phonetics and the main objective of the practice work was the recovery of the aesthetics of anterior-superior sector which raised the self-esteem and confidence of the patient and therefore a better relationship between the patient and the members of the society.

Key words: Integral Oral Rehabilitation, functionality, aesthetics and treatment.

ÍNDICE

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

Capítulo I.

1. Problematización.	3
1.1. Tema.	3
1.2. Planteamiento del problema.	3
1.3. Delimitación.	5
1.4. Justificación.	6
1.5. Objetivo.	8
1.5.1. Objetivo General.	8

Capítulo II.

2. Marco teórico conceptual y referencial.	9
2.1. Historia clínica actual.	9

2.2.	Rehabilitación Oral Integral.	15
2.3.	Periodoncia.	15
2.4.	Operatoria.	20
2.5.	Endodoncia.	27
2.6.	Prótesis Fija.	33
2.7.	Prótesis a placa.	36
2.8.	Cirugía.	40

Capítulo III.

3.	Marco Metodológico.	48
3.1.	Modalidad de trabajo.	48
3.2.	Métodos.	48
3.2.1.	Técnicas.	49
3.3.	Marco Administrativo.	51
3.3.1.	Recursos.	51
3.3.2.	Materiales.	51
3.4.	Económicos.	54
3.5.	Cronograma.	54
3.6.	Ética.	54

Capítulo IV.

4.	Resultados.	55
----	------------------	----

Anexos.	58
Bibliografía.	

INTRODUCCIÓN.

La Rehabilitación Oral es una rama de la Odontología que rehabilita al paciente de forma integral, que están estrechamente relacionadas para restablecer la salud bucal ideal del paciente. La Odontología restauradora se basa en reconstruir las partes perdidas con técnicas conservadoras y estéticas que permitirán al odontólogo trabajar de manera menos invasiva obteniendo mayor preservación de las estructuras dentarias.

El presente trabajo de sistematización de prácticas hace referencia en sí a la Rehabilitación Oral Integral de una paciente con presencia de discromía en el sector antero-superior que compromete la estética de la paciente, en el periodo abril - julio de 2015. Y tiene como objetivo la Rehabilitación integral de la cavidad bucal, mejorar la estética que compromete no solo su apariencia física, sino también su estado o salud emocional y mejorar las funciones masticatorias y fonéticas.

El éxito en la realización de cualquier tratamiento odontológico radica en un adecuado diagnóstico y planificación del mismo, de esta manera se logrará los mejores resultados. La anamnesis es parte fundamental en el diagnóstico y plan de tratamiento de este trabajo, puesto que al conseguir una verdadera información sobre la enfermedad o problema actual que presenta la paciente se puede optar por el mejor tratamiento y prevenir futuras complicaciones al momento de realizar el mismo.

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 devolverle lo anteriormente perdido.

Con este trabajo podemos obtener beneficiosos resultados para mejorar la calidad de vida de la paciente y proporcionarle un mejor desenvolvimiento con la sociedad.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Rehabilitación Oral Integral de una paciente con presencia de discromía en el sector antero-superior que compromete la estética de la paciente, en el periodo abril - julio de 2015.

1.2. Planteamiento del problema.

La estética en Odontología se ha convertido en un agente de buena salud y prioridad demandada por nuestra sociedad. Alcanzar la excelencia en una rehabilitación oral supone conseguir unos parámetros funcionales adecuados junto con un exquisito resultado estético. Estética y función son una misma realidad indivisible exigida por los pacientes.

En la actualidad los problemas estéticos constituyen una gran preocupación para la población y el lema mente sano y cuerpo sano ha tomado una máxima priorización en estos días, una cavidad bucal rehabilitada no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino que le proporciona un mejor desarrollo social. La mayoría de los pacientes prefieren restauraciones de sus dientes lo más naturales posibles y las más comunes son de resinas o composites que de por si tienen una muy buena aceptación; pero cuando los pacientes olvidan el tiempo de vida de estas, no solo los problemas estéticos salen a relucir sino que desencadenan otras complicaciones.

A nivel mundial la Estética y Rehabilitación Oral han tenido mayor apogeo y es una de las prácticas odontológicas con más demanda clínica; en primer lugar, por los avances e innovaciones tecnológicas y prácticas que se pueden obtener para el tratamiento del paciente y en segundo lugar porque cada vez los pacientes llegan a la consulta odontológica con mayores exigencias estéticas para mejorar su apariencia y mejorar su autoestima. Muchos estudios y encuestas a nivel mundial, revelan que un 80% de los individuos refieren que el rasgo más importante en el que se fijan al conocer a una persona es su sonrisa, es por esto la necesidad de los pacientes de mejorar su apariencia y verse bien antes los demás. Lo que antes era una prioridad para las reinas de belleza y las celebridades ahora es una necesidad no solo estética, sino también de salud para la mayoría de los pacientes.

En Latinoamérica los países con mayor avance en cuanto a estética como Brasil, Chile y Colombia realizan investigaciones y mejoras en sus productos por la demanda de pacientes que ya no solo buscan el alivio al dolor que los aquejaba, sino también a la belleza, ya que para muchos de estos pacientes representa su fuente de trabajo mejorar su imagen. Los problemas estéticos no siempre se refieren a malposiciones o dientes con cambios de color por distintos factores. Pues los dientes que han sido restaurados anteriormente y que presentan resinas longevas acompañadas de filtraciones y fracturas del material también afectan estéticamente al paciente sobre todo cuando las restauraciones son en el sector anterior. Es por esto la necesidad de recurrir a distintos materiales y técnicas para reemplazar los tratamientos fracasados.

En Portoviejo, en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio los pacientes acuden de forma continua a la consulta a realizarse restauraciones dentales estéticas;

de manera especial se rehabilitó integralmente la cavidad oral de una paciente que presentaba discromía en el sector antero-superior que comprometen la estética de la paciente, en el periodo abril - julio 2015 la cual presentó restauraciones de resina defectuosas, con filtración y cambio de color; debido a la filtración de las restauraciones se desencadenó: caries recidivantes que afectaron a la pulpa y dieron origen a patologías pulpares, restauraciones desbordantes, caries y pérdida de tejido dental que dejaba al diente completamente en estado séptico y ocasionó un absceso alveolar se comprende que no solo se debe rehabilitar para proporcionarle un estado de salud oral sano a la paciente sino también para devolverle la estética perdida; tomando en cuenta que en los procedimientos estéticos nunca se debe perder el norte de la estética, no existe belleza sin armonía ni función.

1.3. Delimitación.

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspecto: Rehabilitación Oral.

Delimitación Espacial: El trabajo de sistematización práctica se desarrolló en la clínica odontológica de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, Provincia de Manabí, República del Ecuador.

Delimitación Temporal: abril – julio de 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)

Todo ser humano requiere y tiene derecho a recibir atención en salud de manera gratuita y con igualdad por lo tanto deberá recibir las mejores atenciones para lograr el óptimo estado de rehabilitación integral, este trabajo hace referencia a la atención de una paciente que busca beneficiarse de los tratamientos para las diversas patologías ofreciendo los mejores servicios y técnicas con la finalidad de proporcionarle apoyo a la comunidad en general.

La Universidad San Gregorio de Portoviejo se vincula con los sectores vulnerables de la sociedad mediante los conocimientos profesionales que adquieren sus estudiantes, beneficiando estos sectores en diferentes áreas.

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.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>.

El presente trabajo se justifica desde el punto de vista teórico, para permitir describir con más detalles la Rehabilitación Oral Integral de una paciente con presencia de discromía en el sector antero-superior que compromete la estética de la paciente, en el periodo abril - julio de 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 lo profesional este trabajo le sirvió a la autora para adquirir nuevos conocimientos teóricos y prácticos y así afianzarlos para darle un mejor servicio a la comunidad. Este trabajo beneficia no solo al autor sino también a la paciente debido a la necesidad de salud que requiere para mejorar su calidad de vida.

La rehabilitación que se realizó hace un aporte a las siguientes ramas: periodoncia, cirugía bucal, endodoncia, operatoria, prótesis fija y prótesis a placa que servirá para futuras investigaciones.

1.5. Objetivos.

1.5.1. Objetivo General.

Rehabilitar de manera integral una paciente con presencia de discromía en el sector antero-superior que compromete la estética de la paciente.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Conceptual y Referencial.

2.1. Historia clínica actual.

Paciente de 39 años, de sexo femenino, raza mestiza con antecedentes de Hipotensión. Acude a la consulta con odontalgia en las piezas de la arcada superior en la zona anterior y en la zona posterior de ambas arcadas. En la parte anterior el dolor es lancinante de intensidad insoportable con duración de cinco minutos, el dolor se exagera con el frío y se disminuye con el calor. En la parte posterior refiere sensibilidad, el dolor es de menor duración y reacciona al estímulo físico. El dolor viene acompañado de cefalea intensa y dolor de garganta. Se observa cambio de color en las piezas antero-superiores y piezas fracturadas en la zona postero-superior de ambos cuadrantes por lo que se ingresa en nuestro servicio para su mayor estudio y tratamiento.

Antecedentes.

Antecedentes Patológicos.

Personales: Hipotensión.

Familiares:

Hipertensión: mamá de la paciente.

Diabetes: mamá de la paciente y abuela materna.

Examen Físico.

Examen físico General.

Paciente de biotipo brevilíneo, deambula sin dificultad, se encuentra consciente orientada en tiempo y espacio, no presenta fascies patognomónicas de ninguna enfermedad, con temperatura normotérmica, frecuencia cardíaca de 82 pulsaciones por minuto, tensión arterial de 90/60 mm hg y frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto. De estado panículo adiposo conservado, faneras sin alteraciones. Piel y mucosa húmeda y normocoloreada de acuerdo a la raza, sexo y edad.

Examen físico regional.

Examen extraoral.

Inspección. Al examen físico de la cabeza y cuello no presenta patología aparente. En la piel de la cara se presenta con manchas rosáceas, simetría facial, en los labios color y movilidad normal. Tono muscular conservado. Pliegues cutáneos normales. No hay presencia de ninguna tumefacción o presencia de fistulas.

Palpación. En los labios no presenta ningún signo de alteración, en la articulación temporomandibular no se encuentra presencia de dolor a los movimientos de apertura y cierre. La palpación de los ganglios linfáticos anteriores, posteriores y laterales no visibles ni palpables en el área corporal o cadena linfática específica, indolora, sin presencia de fistulas o calcificaciones. No edema ni cambio de color.

Auscultación. Latido carotideo de buen ritmo y tono.

Examen físico intraoral.

Inspección. El indicador de caries (CPO) es de 25 (C: 16, P: 7, O: 2): 16 piezas cariadas, 7 piezas perdidas y 2 piezas restauradas u obturadas, lo que nos indica que 6 piezas dentales se encuentran en aparente estado sano. Entre los niveles de riesgo de padecer enfermedades bucales como primeras causas están las enfermedades sistémicas, la higiene dental deficiente, las caries, las enfermedades periodontales.

Las piezas números 12 y 45 presentan caries de dentina, las piezas números 11, 21, 22, 27, 34 y 48 presentan restauraciones defectuosas, las piezas números 14, 15, 18, 25 y 28 son piezas que se indican extracción son restos radiculares; las piezas números 26 y 38 presenta caries profunda y se indican para extracción. Las piezas números 17, 23, 35, 36, 37,46 y 47 son piezas perdidas, las piezas números 11, 21 y 13 presentan caries profundas de dentina que llegan hasta la cámara pulpar, se indican para endodoncia, las piezas números 31, 32, 33, 41, 42, 43, se encuentran en estado sano, las piezas números 16 y 27 en la arcada superior y 31, 32, 41, 42 en la arcada inferior presentan placa bacteriana y cálculo con un nivel de placa bacteriana de grado 2.

Por vestibular. Las encías se encuentran de consistencia normal de color rosada pálida, áspera y con aspecto de cascara de naranja, dura y firme al hueso adyacente, no se encuentran signos de ninguna enfermedad periodontal.

En la parte interna. Los labios se encuentran de consistencia normal, mucosa rosada, lisa y brillante, húmeda y delgada, se observa fondo de surco y frenillos labiales tanto en el

labio superior como inferior. Los carillos presentan una mucosa rosada, lisa y brillante. Sin ninguna alteración.

Por palatino. El paladar duro presenta una mucosa rosa pálida, gruesa y adherida al hueso adyacente, el paladar blando se encuentra de color rosado, liso y brillante. Las amígdalas se encuentran atrofiadas pero sin ningún indicio de infección.

La lengua. De consistencia blanda, movimientos libres, de color rosado. En su cara dorsal no se encuentra inflamación, úlceras o variación del tamaño y textura. La cara ventral de la lengua se observa el frenillo lingual que llega hasta el piso de la boca. La paciente presenta el hábito de interposición lingual. Piso o suelo de la boca: de mucosa rosada, lisa, brillante y húmeda. Del piso de la boca parte el frenillo lingual.

Palpación. La temperatura intraoral es de 37°C. A la palpación de las partes blandas de la cavidad bucal no se encuentra ninguna alteración o presencia de anomalía, en las partes duras de la cavidad bucal como encías y paladar duro no se encuentran fistulas o úlceras, ni crecimientos óseos anormales. Las piezas dentales no presentan movilidad. Y no hay aumento del volumen en las glándulas salivales.

Percusión. En la pieza # 25 y 26 a la percusión vertical presenta dolor.

(Ver Anexo 2 historia clínica y odontograma).

Exámenes Complementarios.

Radiografía Panorámica.

Radiografías periapicales.

Hemograma completo con TP Y TPT.

Diagnóstico Radiográfico.

RX Panorámica.

Maxilares.- observamos.

Restauraciones defectuosas en las piezas número 11, 21.

Restos radiculares en las piezas números 14, 15, 18, 25 y 28.

Absceso alveolar en la pieza número 13.

Ligamento periodontal: se encuentra ligeramente ensanchado en las piezas número s12 por distal, en la 13 a nivel del ápice y en la 22 por mesial.

Cresta alveolar.- desgaste horizontal.

Mandíbula.- observamos.

Ausencia de piezas posteriores números 35, 36, 37,46 y 47.

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

Ligamento periodontal.- ligero ensanchamiento en las piezas: 31, 32 y 44.

Crestas alveolares.- desgaste horizontal.

Diagnóstico Presuntivo.

Placa bacteriana.

Caries de dentina.

Restauraciones defectuosas.

Pulpitis.

Restos radiculares.

Espacios edentulos.

Plan de tratamiento.

Profilaxis y fluorización

Exodoncia de los restos radiculares en las piezas dentales 14, 15, 17, 25, 26 y 28 y piezas con caries profundas 26 y 38

Endodoncia de las piezas números 11, 13 y 21

Restauración clase I de las piezas números 16, 27, 45, 48

Restauración clase II en las piezas números 24, 34, 44

Restauraciones clase IV en las piezas 12 y 22

Restauraciones clase V en las piezas 34, 44 y 45.

Coronas Metal - Porcelana en las piezas 11, 13 y 21.

Placa parcial removible acrílica superior e inferior.

2.2. Rehabilitación Oral Integral.

Cesar Lamas Lara 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 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)

2.3. Periodoncia.

Consultando la obra de Carranza³ (2014) define a la encía sana como:

Mucosa bucal.

La mucosa bucal se compone de las siguientes tres zonas:

La encía y la cubierta del paladar duro, denominado la mucosa masticatoria.

El dorso de la lengua cubierta por mucosa especializada.

La membrana mucosa bucal que reviste el resto de la cavidad bucal. La encía es la parte de la mucosa bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

Características normales.

En el adulto, la encía normal cubre el hueso alveolar y la raíz del diente a un nivel apenas coronal a la unión amelocementaria. La encía se divide anatómicamente en áreas marginales, adherida, e interdental. Aunque cada tipo de encía muestra variación considerable en la diferenciación, histología y grosor de acuerdo con sus exigencias funcionales, todos los tipos están estructurados específicamente para funcionar adecuadamente contra daños mecánicos y microbianos. Es decir, la estructura específica de cada diferente encía refleja su actividad como una barrera contra la penetración de microbios y agentes nocivos hasta los tejidos más profundos. (p. 12 y 13)

La acumulación de placa bacteriana puede ocasionar formación de cálculo y enfermedades más complejas del periodonto que se inician con una gingivitis hasta una periodontitis, por lo que es necesario realizar un detartraje y profilaxis dental como el primer

² Cesar Lamas y Col. (2012). *Rehabilitación Oral en Odontología*. 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.

³Carranza y Colaboradores. (2014). *Periodontología Clínica de Carranza*. (11ª.). Editorial AMOLCA. Estados Unidos de Norteamérica.

procedimiento para la rehabilitación oral integral. Como menciona Barrancos⁴ (2006) “Detartraje y eliminación de placa (es fundamental trabajar en una boca limpia, sin placa ni cálculos, e instituir desde el comienzo medidas preventivas para el control de la placa)” (p. 2).

La paciente presentó gingivitis localizada en las piezas 43, 44 y 45 y en las piezas posteriores del maxilar presento acumulación de placa bacteriana.

Según Carranza⁵ en su obra (2014) describe que:

Enfermedades de las encías.

Enfermedades gingivales inducidas por placa dental.

Gingivitis relacionada solo con la placa dental.- la enfermedad gingival inducida por placa es resultado de una interacción entre los microorganismos que se encuentran en la biopelícula de la placa dental y los tejidos y células inflamatorias del huésped. La interacción placa-huésped se modifica mediante los efectos de factores locales y sistémicos, medicamentos y malnutrición, que influyen en la gravedad y duración de la respuesta. (p.61)

Gingivitis etapa II: Lesión Temprana.

La lesión temprana evoluciona a partir de la lesión inicial casi una semana después del inicio de la acumulación de placa. Clínicamente, la lesión temprana puede tener una apariencia como de gingivitis temprana y se supone con y evolución a partir de la lesión inicial sin una línea clara de división. Conforme pasa el tiempo pueden presentarse signos de eritema sobre todo por la proliferación de los capilares y una mayor formación de asa capilares entre las proyecciones interpapilares o los bordes. (p.108)

Descripción.

Gingivitis marginal localizada: se confina a una o más áreas de la encía marginal. (p.115)

Cambios en la posición de la encía.

Recesión gingival.- la recesión gingival es un hallazgo común. La prevalencia, magnitud y gravedad de esta recesión aumenta con la edad y prevalece más en hombres. (p.120.)

⁴Julio Barrancos. (2006). *Operatoria Dental: Integración Clínica*. (4ª.) Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

⁵Carranza y Colaboradores. (2014). *Periodontología Clínica de Carranza*. (11ª.). Editorial AMOLCA. Estados Unidos de Norteamérica.

La eliminación del tártaro dental se puede hacer con tartrotomos, curetas o ultrasonidos y el pulido con cepillos, gomas de caucho o piedras acompañado de materiales abrasivos como pasta profiláctica, enjuagatorios orales entre el más utilizado esta la clorhexidina al 0,2 % y aplicación de flúor en gel. Lo que nos ayudará para el tratamiento de la gingivitis localizada.

Francisco y Vicente⁶ detallan en su obra ¿Cómo debe ser el control de la placa bacteriana? y quienes intervienen en la prevención de la misma (2009) detalla:

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, 50)

⁶Francisco y Vicente. (2009). *Manual de Higiene Bucal*. Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

Diagnóstico de la placa bacteriana.

Analizando la obra de Benjamín Erazo⁷ (2012) indica que:

Diagnóstico de placa bacteriana.

Clínicamente se hace con un explorador, con el cual se recorren las superficies dentarias, determinado si existen residuos alimenticios y se logra un índice de placa bacteriana.

Con las sustancias reveladoras se puede proceder así:

Generalmente están compuestas por tetrayodofluoresceína 3 mg, vehículo y correctivos csp. 100 mg. Pueden presentarse en tabletas o soluciones.

Si es solución se colocan dos o más gotas en la punta de la lengua y se pide al paciente que recorra sus superficies dentales, después se enjuaga y posteriormente se registra su porcentaje de acumulación de placa.

El resultado que se logra es determinar y medir la presencia de placa bacteriana dental en volumen y extensión. (p. 201)

Consultando la obra del Servicio Navarro de Salud⁸ (2005) describe que:

Índice de higiene oral de Greene y Vermillion.- para colorear la placa se emplea la fucsina básica al 0,75% y se determina en vestibular o lingual de todos los dientes no restaurados, se puntúa:

0 = Ausencia de placa.

1 = Manchas verticales.

2 = Placa de 1 mm en cervical.

3 = Placa de más 1 mm que afecta a menos de un tercio de la corona.

4 = La placa afecta a más de un tercio y menos de dos tercios de la corona.

5 = La placa afecta a más de dos tercios de la corona. (p.266)

La paciente presentó un grado de placa de 2 sobre todo en las piezas posteriores de ambas arcadas.

Protocolos para una profilaxis previa.

Remoción de placa bacteriana y detartraje.

Irrigación con suero fisiológico.

⁷Benjamín Erazo Acuña. (2012). *Clínica del sano en odontología*. (4ª.). Editorial Ecoe Ediciones. República de Colombia.

⁸Servicio Navarro de Salud. (2005). *Auxiliar de Enfermería*. Volumen 2. Editorial MAD S.L. Reino de España

Cepillado mecánico profesional.

Enjuagatorio con clorhexidina al 2%.

Fluorización con cubetas.

Investigando la obra de Sergas⁹ (2006) indica los procedimientos:

Instrumentación.

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.

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.

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)

Consejos para una buena higiene oral.

Analizando la obra de Lindhe y Lang¹⁰ (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)

⁹ Sergas. (2006). *Técnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud*. (1ª.). Editorial Mad, S.L. Reino de España.

¹⁰Lindhe y Lang. (2009). *Periodonto logia clínica e Implantología odontológica*. (5ª.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

2.4. Operatoria.

Caries dental.

Consultando la obra de ATS/DUE del servicio gallego de Salud¹¹ (2006) indican que:

El esmalte es la capa más externa del diente. Está formado por multitud de cristales de hidroxiapatito muy comprimidos que le dan gran dureza y un aspecto de color blanco. No obstante, el esmalte es una estructura del todo sólida. Entre los cristales existen pequeños poros, de manera que se puede decir que el esmalte, independientemente de su dureza, tiene cierto grado de porosidad. Los ácidos de la placa actúan sobre el esmalte destruyendo estos cristales y provocando su debilitamiento, ya que se produce un incremento en su porosidad.

Clínicamente se puede detectar un aumento de la porosidad debido a un efecto indirecto que se produce sobre la translucidez del esmalte: a mayor porosidad menor translucidez. De esta forma se va generando la aparición de zonas opacas, también llamadas lesiones de mancha blanca, que constituyen el primer síntoma en el proceso de aparición de la caries. La lesión de mancha blanca se considera como un estado inicial de la caries, no como caries todavía. (p. 426)

La acción continua de los ácidos sobre el diente lleva consigo una dilución progresiva del esmalte, van a ser de mayor o menor consideración en relación con la velocidad de avance de la lesión criogénica.

El resultado de la caries es la formación de una cavidad sobre el esmalte, la dentina y la pulpa, que provoca una desmineralización importante de los mismos y la formación de tejido necrótico, lo que requiere tratamiento y restauración de la futura pérdida funcional de la pieza dental. (p. 427)

Diagnóstico de la caries dental.

Investigando la obra de David Ricketts y David Bartlett¹² (2013) indican que:

Caries dental, la enfermedad.

La caries dental es una enfermedad común en todos los individuos dentados. Para que se produzca la caries dental en la superficie del diente se tiene que acumular una biopelícula bacteriana. Las bacterias dentro de la biopelícula metabolizan sustratos alimenticios de azúcar para producir ácidos que, con el tiempo, conducen a la desmineralización del tejido dental. (p.1)

Detección y diagnóstico de la caries.

El proceso de caries inicialmente se lleva a cabo en la biopelícula sobre la superficie del diente y el producto de ese proceso es la lesión inicial en el diente. Para ver la lesión y hacer un diagnóstico, la biopelícula debe ser eliminada. También es esencial que los dientes se examinen tanto húmedos como secos. (p.3)

¹¹Los Autores. (2006). *ATS/DUE del Servicio Gallego de Salud*. (1ª.). Editorial MAD. Reino de España.

¹²David Ricketts y David Bartlett. (2013). *Odontología Operatoria Avanzada*. AMOLCA. República Bolivariana de Venezuela.

La paciente presenta caries en las piezas 12, 22, 27, 35, 44 y 45 por lo que, se indican restauraciones estéticas de resina para mejorar su estética y para devolverle sus funciones.

Caries de dentina.

Investigando la obra de Negroni¹³ (2009) cita que:

Patogenia de la lesión en dentina.

De acuerdo con la localización inicial de la caries de esmalte, esta adopta diferentes formas de propagación.

Cuando la caries alcanza el límite amelodentinario, avanza a un ritmo mayor que en el esmalte. La presencia de los túbulos dentinarios ayuda a que los microorganismos invadan la pulpa, con la continuación de la evolución natural de la enfermedad. (p.259)

Clasificación de las caries.

Según Robert Langlais¹⁴ (2011) en su obra cita que:

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. (p.65)

¹³Negroni Marta. (2009). *Microbiología Estomatológica: fundamentos y guía práctica*. (2ª.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

¹⁴Robert Langlais. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. (4ª.). Editorial El Manual Moderno. Estados Unidos Mexicanos.

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. (p. 66)

Recambio de las restauraciones ya existentes.

Investigando nuevamente la obra de Julio Barrancos¹⁵ (2006) cita que:

Dos de las condiciones desfavorables de la amalgama son su color y el deterioro de la superficie por corrosión y ennegrecimiento. Esto contraindica el uso de amalgama en cavidades muy amplias en las que, aunque la amalgama no se vea directamente, puede translucirse el color oscuro a través de una capa muy delgada de tejido dentario. (p. 1033)

La filtración marginal es la causa más frecuente de sensibilidad posoperatoria, caries recurrente y fracaso de la restauración.

Debido a la contracción de polimerización, cambios dimensionales, solubilidad, falta de adhesión u otros factores, los materiales de restauración muchas veces no logran cerrar herméticamente la cavidad que obturan. La brecha existente entre la pared cavitaria y la restauración es una vía de entrada de elementos tóxicos y microbianos que provocan irritación pulpar. (p. 693)

Las piezas que presentan filtraciones en las restauraciones existentes pueden presentar caries recidivante y haber avanzado hacia la pulpa e infectarla, provocando exposición y lesión pulpar.

¹⁵Julio Barrancos. (2006). Operatoria Dental: Integración Clínica. (4ª.) Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

Pasos para la preparación cavitaria.

Aislamiento absoluto del campo operatorio con dique de goma y Clamp.

Apertura y preparación cavitaria con fresas redonda pequeña, mediana o grande.

Conformación de las paredes y piso de la cavidad.

Retenciones con fresa cono invertido.

Biselado de los bordes de las paredes.

Limpieza o desinfección de la cavidad.

Analizando la obra de Palma y Sánchez¹⁶ (2007) se conoce que:

Las cavidades se realizan con instrumental rotatorio y fresas de diamante y carburo de tungsteno, cuyo extremo distal tendrán una determinada forma, en función de la extensión y localización de la lesión de caries.

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

¹⁶Ascensión Palma y Fátima Sánchez. (2007). *Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica*. (1ª.) Editorial Thomson Paraninfo. Reino de España

Desinfectantes cavitarios.

Según la obra de Vargas¹⁷ (2008) se cita:

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)

Las desinfecciones se puede hacer con soluciones irrigantes como suero fisiológico, clorhexidina o hipoclorito de sodio.

Clorhexidina como desinfectante cavitario.

Consultando en las páginas Web de la revista Estomatológica Heredia¹⁸ (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.p. 79)

Se considera importante la desinfección de la cavidad para impedir la reactivación del proceso carioso. Esta desinfección se puede realizar en dos tiempos antes de la protección dentino-pulpar y antes de la restauración definitiva.

¹⁷Vargas y Bonilla. (2008). *Desinfectantes cavitarios y adhesión a dentina*. (Vol. 9 - N°. 1). Revista Odontológica Virtual. [En línea]. Consultado en: [06, agosto, 2015]. República de Costa Rica. Disponible en <https://my.laureate.net/Faculty/docs/Faculty%20Documents/OdontoFINALRespaldo%209.pdf>.

¹⁸Herrera 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>.

Protocolos de restauración.

Protección dentinopulpar.

Colocación del ácido grabador (ácido ortofosfórico) por 20 segundos.

Lavado y secado por 20 segundos.

Colocación del Bonde y fotocurado.

Colocación de la resina capa por capa y fotopolimerización.

Control de la oclusión.

Eliminación de interferencias con fresas multifilos.

Pulido y alisado.

Investigando Nocchi¹⁹ (2008) en su obra describe que:

Selección de la técnica restauradora.- con relación a la resina compuesta podemos confeccionar restauraciones en dientes posteriores mediante las técnicas directa, semidirecta e indirecta. Los factores más determinantes para la elección de la técnica restauradora con resina compuesta en dientes posteriores son la localización y la extensión de la lesión cariosa, en particular lo que se refiere al compromiso de la superficie oclusal.

Selección de la resina compuesta.- en situaciones clínicas en que hay compromiso de la superficie oclusal o próximo-oclusal, se prefieren las resinas microhíbridas o nanopartículas, debido a que están avaladas por estudios de laboratorio y clínicos aceptables y también por su mayor cantidad de carga inorgánica. En situaciones clínicas en que hay compromiso solamente de la superficie proximal, vestibular o lingual, se pueden utilizar las resinas microhíbridas, nanopartículas, micropartículas, *flow* o incluso una combinación de estas.

Selección de la técnica protección del complejo dentinopulpar.- En estos casos preferimos utilizar el cemento de ionomero de vidrio resinoso fotopolimerizable como un liner debido a sus características de adhesividad al sustrato dental, mejor resistencia mecánica, capacidad de liberación de flúor y practicidad de uso. (p. 239)

¹⁹Ewerton Nocchi. (2008). *Odontología restauradora: salud y estética*. (2ª.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

Kenneth²⁰ (2002) 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 y 49)

Carillas de Resina con técnica directa.

Indicaciones.

En las piezas 12 y 22 se le realizaran carillas de resina para incrementar el volumen de las piezas y pueda existir una sonrisa armoniosa.

Según Nocchi²¹ (2008) en su obra:

Dientes que necesitan aumento de la corona dental y también presentan alguna de las alteraciones citadas. En caso de que no exista otro defecto en la superficie vestibular, el aumento coronario se puede realizar de manera más rápida, simple y, lo que es más importante, manteniendo esmalte intacto simplemente con la adición de resina únicamente en el borde incisal. (p. 325)

La confección de la carilla sin la realización de desgastes previos, o con la simple asperización de la superficie vestibular, debe utilizarse en aquellos dientes que no presentan alteración del color. (p. 334)

²⁰Kenneth W. Aschheim. (2002). *Odontología Estética: una aproximación clínica a las técnicas y a los materiales*. (2ª.). Editorial Elsevier España. Reino de España.

²¹Ewerton Nocchi. (2008). *Odontología restauradora: salud y estética*. (2ª.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina

Pasos para realizar una carilla de resina en técnica directa.

Consultando la obra de Nocchi²² (2008) indica que:

- Preparación.
- Piedra diamantada esférica 1012 0 1014 (KGSorensen).
- Piedra diamantada troncocónica de extremidad redondeada 4138 (KGSonrensen).
- Retractor cervical 260 (Mailiffer).
- Aislamiento del campo Operatorio.
- Hilo retractor gingival (Ultrapak, Ultradent).
- Expansor, rollo de algodón, eyector desechable y gasa.
- Material para aislamiento absoluto: dique de goma, arco y clamp 212.
- Aplicación de la Resina Compuesta.
- Espátulas metálicas para aplicación de la resina.
- Espátulas con puntas de goma (Esthetic – Plus, TDV).
- Espátula metálica verde Safident.
- Pincel de punta plana (Cosmendent N. 3).
- Acabado y pulido.
- Hoja de bisturí N. 12.
- Tiras de lija para resina compuesta.
- Discos Sof-Lex Pop-On (3M ESPE).

2.5. Endodoncia.

Lesiones Pulpares.

Investigando la obra de Kenneth²³ (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. 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 y 12)

²²Ewerton Nocchi. (2008). *Odontología restauradora: salud y estética*. (2ª.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina

²³Kenneth M. y Stephen Cohen. (2011). *Vías de la pulpa*. (10ª.). Editorial Elsevier España. Reino de España.

Pulpitis Irreversible.

Consultando nuevamente la obra de Kenneth²⁴ (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 ocasiona dolor intenso y molestias al paciente. (p. 37)

Para el correcto diagnóstico de las patologías pulpares se realizaron pruebas radiográficas, de percusión y térmicas. En las piezas 11 y 21 se le diagnosticó pulpitis aguda supurada.

Examinando las informaciones disponibles en el sitio Web Odontólogos Ecuador.com publicado por la Dra. Ambar Romero.²⁵ (2002) se puede citar que:

Pulpitis aguda supurada.

Es una inflamación con acceso en la pulpa (la presencia del acceso hace que aparezcan toxinas que se dilate y aparezca el dolor), es de etiología bacteriana siendo esta la causa del problema, no omitiendo que pudo haber existido antes cualquier otro factor, por ejemplo: en una fractura o lo más común que el profesional no limpie la cavidad completamente en el momento de operar se presenta como un dolor localizado y permanente, el paciente no tolera el dolor, obligando a salir al paciente de su casa a cualquier hora para ser atendido, es aumentado con el calor y disminuido con el frío el dolor.

Diagnóstico.

Por los síntomas.- Por lo que el paciente cinto no se puede creer todo lo que él dice a veces exageran o disminuyen los estímulos del dolor.

Por el aspecto del paciente.- Se puede observar en la cara del paciente si ha podido dormir.

Por la radiografía.- Se observa un acceso a nivel del cuerno de la cámara pulpar, se puede observar mejor una obturación y por debajo una caries recidivante, el periodonto no se encuentra inflamado.

²⁴Kenneth M. y Stephen Cohen. (2011). *Vías de la pulpa*. (10ª.). Editorial Elsevier España. Reino de España.

²⁵Ambar Romero. (2002). *Pulpitis aguda supurada*. Artículos para pacientes. Odontólogos Ecuador.COM. [En línea]. Consultado: [16, julio, 2015]. Disponible en <http://www.odontologosecuador.com/espanol/artpacientes/amb/pulpitis-dental-aguda.htm>.

Po la prueba térmica.- Si aplica frio entonces sentirá alivio y si aplica calor sentirá dolor insoportable.

Por la inspección.- Se observa la reconstrucción y a lo mejor se observa la dentina reblandecida, solo permite ver lo superficial.

Por la palpación.- No se obtiene nada, los tejidos de sostén están sanos.

Por la percusión.- No dará nada, se percute el periodonto y no pasa nada.

La movilidad del diente es negativa, es decir no tiene ningún tipo de movilidad.

Tratamiento para la pulpitis aguda supurada.

Investigando en la obra de Gunnar y Col.²⁶ (2011) indican que:

Pulpectomía. Es un procedimiento invasivo en donde el tejido pulpar se elimina hasta 1 a 2 mm del ápice anatómico por medio de instrumentos radiculares, y reemplazado de manera subsecuente con una obturación radicular. (p. 50)

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)

Pasos críticos del procedimiento.

La pulpectomía comprende tres pasos principales.

1. Remoción de todo el tejido conjuntivo de la pulpa.

2. Conformación del conducto radicular.

3. Obturación del espacio obtenido en el conducto radicular.

Para lograr un resultado predecible y exitoso de la pulpectomía, deben considerarse las siguientes medidas críticas:

Anestesia.

Técnica aséptica.

Acceso y preparación del espacio en el conducto radicular.

Localización y manejo de la herida apical. (p.60)

Al diagnóstico de la pieza 13 se pudo corroborar que presentaba una patología pulpar crónica.

²⁶Gunnar y Colaboradores. (2011). *Endodoncia*. (2ª.) Editorial El Manual Moderno. Estados Unidos Mexicanos

Absceso apical crónico.

Consultando nuevamente la obra de Kenneth y Cohen²⁷ (2011) puedo citar que:

Un diente con un *absceso apical crónico* no presentará normalmente síntomas clínicos. Este diente no responderá a las pruebas de vitalidad pulpar y la radiografía revelará una radiolucidez perirradicular. El diente normalmente no está sensible al morder pero el paciente puede “notarlo diferente” a la percusión. Esta entidad se diferencia de la periodontitis perirradicular crónica porque mostrará una supuración intermitente a través del tracto sinusal asociado. (p. 37)

Tratamiento para absceso apical crónico.

Consultando informaciones disponibles en la Web Artículos Técnicos²⁸ (2007) Limpieza y obturación del sistema de conductos: Biopulpectomía, necropulpectomía y técnica de condensación lateral modificada indica que:

Necropulpectomía 1.

Cuando el tejido pulpar se ve afectado de manera irreversible, en donde existe una necrosis pulpar sin lesión periapical evidente radiográficamente: necro I; (Leonardo, 1990), o con lesión periapical evidente radiográficamente: necro II; (Leonardo, 1990), será requerido este tratamiento. (p. 85)

Procedimientos para realizar un tratamiento de conducto.

Anamnesis o diagnóstico de la patología pulpar.

Toma radiográfica inicial.

Anestesia.

Aislamiento absoluto del campo operatorio.

Apertura para la entrada al conducto. Por palatino.

²⁷Kenneth M. y Stephen Cohen. (2011). Vías de la pulpa. (10ª.). Editorial Elsevier España. Reino de España.

²⁸Paulo Ramos y Gilberto Rosales. (2007). Limpieza y obturación del sistema de conductos: Biopulpectomía, necropulpectomía y técnica de condensación lateral *modificada*. [En línea]. Consultado: [20, julio, 2015]. <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%2Fvistas%2Findex.php%2Flacandonia%2Farticle%2Fdownload%2F29%2F26&ei=KfuxVfntPIimgwTk8YFA&usg=AFQjCNF99bdg5tT2E36kt-y-XsgFIDPkHQ>.

Localización del conducto.

Toma radiográfica con lima 15. Conductometría.

Instrumentación.

Irrigación del conducto con soluciones. Suero fisiológico o hipoclorito de sodio.

Técnicas utilizadas para la conformación del conducto.

Analizando la obra de Soares y Goldberg.²⁹ (2003) hacen referencia que:

Conformación de la técnica escalonada.

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

Es una técnica típicamente apicoronaria y su ejecución se basa en la reducción gradual y progresiva de la longitud de trabajo para la conformación, a medida que los instrumentos aumentan de calibre.

La conformación del conducto radicular con esta técnica se desarrolla en dos fases: la primera tiene por objetivo conformar la porción apical del conducto y formar el stop o matriz apical; la segunda tiene por fin modelar los tercios medio y cervical. (pp. 92, 93)

Sustancias para la irrigación.

La selección de la solución adecuada depende del cotejo entre las propiedades del producto y los efectos deseados en cada una de las condiciones clínicas que puede presentar el diente en tratamiento.

Así en los casos de dientes con pulpa viva, la contaminación microbiana ausente o incipiente permite el uso de productos sin poder antiséptico a favor de la aplicación de sustancias que, por su biocompatibilidad, respetan el muñón apical y a los tejidos apicales, favoreciendo la reparación. En los dientes con pulpa mortificada, la irrigación se integra al conjunto de acciones destinadas a promover la desinfección del conducto radicular y la neutralización de las toxinas presentes en su contenido necrótico. (p. 128)

Medicación entre sesiones.

El hidróxido de calcio representa (Ca (OH)₂) representa un auxiliar preciso de la terapéutica endodóntica, se utiliza en diversas situaciones clínicas por su poder antiséptico y su propiedad de estimular o crear condiciones favorables para la reparación hística.

Para usarlo como medicamento temporario entre sesiones, el hidróxido de calcio se mezcla con un vehículo, preferentemente acuoso o hidrofílico (agua estéril, solución

²⁹Soares y Goldberg. (2003). *Endodoncia: técnicas y fundamento*. (1ª.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

fisiológica, propilenglicol polietilenglicol, entre otros), para conformar una suspensión con pH aproximado de 12,4. (p. 133)

Según lo que indica el autor para el tratamiento de las patologías pulpares es importante el uso de sustancias irrigantes que ayudan a eliminar las virutas de dentina que se expulsan al momento de la preparación mecánica del conducto, este debe ser irrigado cada vez que se lime con abundante sustancia y este sea a presión.

Procedimientos para la biomecánica de los conductos.

Toma radiográfica con el cono maestro. Conometría.

Secado del conducto con conos de papel.

Rellenado del conducto. Condensación con conos de gutapercha.

Toma radiográfica de la condensación. Radiografía de penachos.

Corte de los conos. Lo más abajo posible.

Atacar el material.

Limpieza del diente con una torunda de alcohol.

Restauración final. Preferible poner una base de ionomero de vidrio y luego la resina.

Toma de radiografía final.

Condensación del conducto radicular.

Analizando la obra José Soares ³⁰ (2003) indica que:

Técnica de condensación lateral.

Después de retirar el sellado provisorio, se irriga el conducto en forma abundante con el objetivo de remover restos de la medicación temporaria, se seca con conos de papel estériles y se inicia la obturación según la siguiente secuencia.

³⁰Soares y Goldberg. (2003). Endodoncia: técnicas y fundamento. (1ª.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

Tercera etapa: técnica de obturación.

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

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

Con una pinza clínica tome el cono principal, lávelo con suero fisiológico o con alcohol; séquelo con una compresa de gasa estéril, úntelo en el sellador dejando libre su extremo apical e introdúzcalo con lentitud en el conducto, hasta que penetre en toda la extensión de la longitud de trabajo.

Con movimiento firme en dirección apical y con pequeñas rotaciones de un cuarto de vuelta, hacia derecha e izquierda, introduzca el espaciador en el conducto, y procure presionar el cono principal contra una de las paredes.

Con la pinza clínica tome un accesorio o secundario (que debe haber estado sumergido algunos minutos en una solución antiséptica, como alcohol de 70°) de calibre similar al espaciador, séquelo y úntelo en el cemento sellador, incluido su extremo.

Repita el procedimiento, y llene el conducto radicular con la mayor cantidad posible de conos accesorios.

La colocación de conos accesorios deberá hacerse hasta el momento en que observe que tanto el espaciador como los conos no penetran en el conducto más allá del tercio cervical.

Una vez concluida la condensación lateral tome radiografía periapical para evaluar la calidad de la obturación (radiografía prefinal).

Si se consta en la radiografía que la obturación es adecuada, con ayuda de una cureta calentada a la llama de un mechero corte todos los conos en el nivel de la entrada de conducto (después del cuello clínico) y elimine los excesos.

Con un condensador pequeño, presione los conos de gutapercha en la entrada del conducto; realice una condensación vertical y procure regularizar su superficie.

Con una bolita de algodón embebida en el alcohol y la ayuda de una pinza clínica, limpie en forma correcta la cámara pulpar, y elimine todo remanente del material obturador.

Seque la cavidad con una bolita de algodón y restaure el diente con un cemento provisorio.

Tome una radiografía periapical del diente obturado. (pp. 147 – 149)

2.6. Prótesis Fija.

Debido a la gran destrucción de tejido dental remante y a las extensas restauraciones de resina que presenta el sector antero-superior, se determinó que las piezas números 11, 13 y 21 fueron reconstruidas con coronas metal - porcelana aunque estas no son completamente estéticas su tiempo de vida es mucho más prolongado que las coronas de porcelana completa.

Analizando la obra de Fujimoto³¹ (2009) publica que:

No todos los pacientes que necesitan una prótesis fija tienen problemas en su diagnóstico. Sin embargo, es posible cometer errores en el mismo, sobre todo cuando el paciente refiere dolores o síntomas de disfunción oclusal. Es necesario el tratamiento para eliminar las caries dentales evidentes, para restaurar la prótesis fracturada o para reemplazar un diente caído. Si realizamos un diagnóstico sistemático se ayuda a evitar errores. (p. 20)

Coronas Metal – Porcelana.

Consultando nuevamente Ronsensiel y Fujimoto³² (2009) indican que:

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 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)

Poste de resina para mayor retención.

Según Scotti y Ferrari³³ (2004) describen que:

El tratamiento de los conductos radiculares tiene tres consecuencias relevantes sobre el diente [1]: la pérdida de tejido con un debilitamiento relativo de la estructura dentaria, la alteración de las características fisicomecánicas del diente y la variación de las características estéticas de la dentina y del esmalte residuales. (p. 1)

Perno prefabricado de cerámica o resina.

Los pernos reforzados con fibras han propuesto un nuevo concepto o sistema restaurador: los diferentes componentes de la reconstrucción (perno, cemento, material de reconstrucción y dentina) constituyen un complejo estructural y mecánicamente homogéneo. Las cargas funcionales sobre la prótesis son absorbidas de igual forma que sobre un diente íntegro. (p. 2)

³¹Rosentiel y Fujimoto. (2009). *Prótesis Fija Contemporánea*. (4ª.). Editorial Elsevier España. Reino de España.

³²Ídem.

³³Scotti y Ferrari. (2004). *Pernos de fibra: bases teóricas y aplicación clínicas*. Editorial Masson. Reino de España.

Preparación del diente para recibir la corona Metal- porcelana.

- Toma radiográfica del diente a tratar.
- Toma de impresión con alginato.
- Elaboración de los modelos de estudio.
- Tallado y preparación de la pieza.
- Colocación de hilo retractor.
- Toma de impresión con material pesado.
- Elaboración y colocación de las coronas provisionales.
- Prueba del metal y ajustes oclusales.
- Prueba del bizcocho.
- Glaseado de la corona.
- Cementación de la corona.
- Limpieza de los bordes cervicales.

Investigando la página Web de la Revista Odontológica Dominicana³⁴ (2005) indican:

- Para realizar correctamente el tallado dental hay que saber tres aspectos fundamentales:
 - El conocimiento de la morfología dental y la unidad dentogingival (espacio biológico),
 - La cantidad de remoción de estructura dental exigida por los materiales restauradores.
 - El formato y diámetro de las fresas utilizadas para el desgaste dental.
- El diente preparado debe presentar las siguientes características.
 - El ángulo de convergencia entre paredes axiales opuestas debe variar entre 10 a 20 grados;
 - La preparación dental debe preservar las esquinas vestíbulo-proximal y linguo-proximal en cuanto posible porque las irregularidades circunferenciales aumentan la forma de resistencia;
 - El desgaste en la superficie vestibular es de 1.5 mm, tanto para la corona metal-cerámica como cerámica libre de metal;

³⁴Domingo 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>.

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;

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;

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;

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)

Analizando lo que dice el autor la preparación del diente para recibir una corona debe ser bien ejecutada y debe seguir todas las características porque de esta depende la correcta adaptación de la corona. El técnico se regirá mediante el tallado de la misma y no dependerá de el al respecto de la preparación coronal. Se considera el punto más importante el correcto desgaste cervical, una mala preparación podría provocar problemas estéticos como ocasionar indirectamente problemas gingivales.

2.7. Prótesis Parcial Removible.

Prótesis parcial removible acrílica.

Palma y Sánchez³⁵ (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” (p. 305).

³⁵Ascensión Palma y Fátima Sánchez. (2007). *Técnicas de ayuda Odontológica y Estomatológica*. (1ª). Editorial Paraninfo. Reino de España.

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.

Investigando la obra de McCracken³⁶ (2006) refiere que:

Adicionalmente la evaluación del plano oclusal, la forma de la arcada y las relaciones oclusales de los dientes remanentes. Adicionalmente la evaluación del plano oclusal, la forma de la arcada y las relaciones oclusales de los dientes remanentes se deben valorar meticulosamente mediante el examen visual y el estudio de los modelos montados en un articulador. Una vez completado el diagnóstico y seleccionado la dentadura parcial removible, se secuencian el plan de tratamiento y se diseña la dentadura parcial teniendo en cuenta el soporte disponible. (p.14)

Clases de Kennedy.

En la arcada superior presenta una Clase II, modificación 2 y en la inferior presenta Clase I, modificación 1.

Investigando la obra de Jhon C. Davenport y Colaboradores³⁷. (1992) puedo citar que:

Clase II. Una sola zona edéntula unilateral localizada por detrás de los dientes remanentes.

Clase III. Una sola zona edéntula unilateral con dientes naturales situados por delante y por detrás de ella. Las sillas protésicas que habrán de restaurar estas zonas se llaman sillas con límite. (p.53)

En el caso de la modificación para determinarla se deberán tomar en cuentas algunas reglas de Applegate.

³⁶Alan B. Carr y Colaboradores. (2006). *Prótesis Parcial Removible*. (11ª.). Editorial Elsevier. Reino de España.

³⁷Jhon C, Davenport y Colaboradores. (1992). *Atlas en color prótesis parcial removible*. (1ª.). Editorial Labor. Reino de España.

Según la obra de Yúdice³⁸ (2006) 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)

Una vez hecho el diseño de las placas para la reposición de las piezas en superior 14, 15, 17, 23, 25, 26 y en inferior 35, 36, 37, 46, 47. Se deberá enviar al técnico dental para la elaboración de las mismas.

Procedimientos para la realización de las prótesis acrílicas parciales removibles.

Toma de impresión anatómica con alginato.

Elaboración de modelos de estudio definitivos.

Registro de mordida.

Prueba de los dientes en cera.

Adaptación de la placa acrílica parcial removible.

Registro de mordida.

Como lo indica la revista cubana estomatológica³⁹ (2005) en su artículo Registro de mordida.

Algunas consideraciones citan que:

La mordida constructiva o mordida de trabajo, es el registro de la relación oclusal sobre un rollo de cera, que se realiza directamente en la boca del paciente y cuyo objetivo es mejorar las relaciones intermaxilares en los 3 planos del espacio. Aunque hay algunos

³⁸Roberto Yúdice. (2006). *Prótesis parcial removible. Conceptos actuales. Atlas de Diseño*. Editorial Médica Panamericana. Estados Unidos Mexicanos.

³⁹Marín Gloria y colaboradores. (2005). *Registro de mordida: algunas consideraciones*. Revista cubana de Estomatología. Volumen 42 – Número 2. [En línea]. Consulta: [22, junio, 2015]. Disponible en http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=63&id_seccion=773&id_eje_mplar=3355&id_articulo=33390.

autores que no la emplean para construir sus aparatos funcionales, consideramos que es indispensable para la confección de estos. (¶)

Recomendaciones postoperatorias y control para el uso de la placa parcial removible.

Investigando en la página web en el artículo *Cómo evitar fracasos en prótesis dental parcial removible*, de la revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia⁴⁰ (2008) publican que:

Por tanto, la higiene oral debe ser adecuada y es esencial una información apropiada a los pacientes con respecto a las medidas de higiene oral. Los métodos más comúnmente usados para el cuidado de la prótesis incluyen limpieza con cepillo y jabón suave, la inmersión en agentes limpiadores disponibles comercialmente y el uso de productos caseros como el hipoclorito diluido o vinagre para remover pigmentos y cálculos. Es claro que las instrucciones de cuidado deben ser adaptadas a cada paciente. La coordinación física, la edad, los materiales en que está fabricada la prótesis, el hábito de fumar y el consumo de ciertos alimentos son algunos de los muchos aspectos que se deben considerar cuando se planifica un programa de higiene oral. Antes de instalar definitivamente la prótesis, se instruye al paciente en cuanto a la colocación y remoción. Se recomienda dormir sin la prótesis, para que los tejidos blandos estén libres de presión. Normalmente, el paciente debe ser controlado 24 horas después de la instalación y se debe examinar minuciosamente las áreas de soporte, comprobar las relaciones oclusales y chequear que no exista ningún tipo de injuria sobre los tejidos duros o blandos. (p.86 y 87)

Después de la instalación de la placa y dadas las recomendaciones posoperatorias se deberá citar al paciente para futuros controles y verificación de la adaptación de la prótesis.

Como lo menciona Giraldo⁴¹ (2008) en su artículo:

Habitualmente, en este primer control, podemos encontrar:

Heridas o dolor en los tejidos blandos.

Dificultades funcionales: sensación de volumen excesivo, hipersalivación, dificultad en la fonética y masticación.

⁴⁰Olga Giraldo. (2008). *Como evitar fracasos en prótesis dental parcial removible*. Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq. Volumen 19 – Número 2. [En línea]. Consultado: [20, julio, 2015]. Disponible en <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/2231-7120-1-PB.pdf>.

⁴¹Ídem.

El segundo control es conveniente realizarlo a las 72 horas, el cual nos dará una idea más completa de cómo está funcionando la prótesis y si el paciente está adaptándose a ella. El control del paciente debe continuar a la semana, al mes, trimestralmente y una vez al año, especialmente con prótesis a extensión distal, en las cuales la reabsorción ósea es más manifiesta produciéndose desajustes que pueden hacer que los aparatos se transformen en elementos iatrogénicos. En cada ocasión deben reforzarse los conceptos de higiene, tanto oral como de la prótesis. (p. 87)

2.8. Cirugía oral.

De acuerdo a la práctica de la odontología actual, los tratamientos conservadores acrecientan y solo los tratamientos en los que no resulta beneficioso la conservación de las piezas dentales, el tratamiento de elección seguirá siendo la exodoncia de los mismos.

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 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.

Mercado⁴² (2006) indica en su obra encontrada en la Web:

Estas afecciones pueden desencadenar procesos infecciosos que se pueden extender más allá de las barreras naturales del organismo, dando como resultado abscesos bien localizados (periapical o periodontal), hasta abscesos de los espacios aponeuróticos de cabeza y cuello que pueden comprometer la vida del paciente.

Las infecciones odontógenas son las principales complicaciones en la práctica odontológica. Por lo tanto se indica que la paciente debe extraerse las piezas números 14, 15,

⁴²Mercado Montañez. (2006). *Infecciones Cervicofaciales de origen odontogénico*. Revista de la Asociación Dental Mexicana. Volumen 3 – Número 2. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2015]. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2006/od062f.pdf>.

18, 25, 26, 28 y 38 que se encuentren: en estado necrótico en donde el tratamiento endodóntico no este como alternativa, que presenten fracturas coronarias en las que la caries haya avanzado más allá de la porción coronal y solo quede parte de la raíz.

Al eliminar estos focos infecciosos con la extracción dental se reducirá el riesgo de una desinanciación bucal por bacteriemia. Así lo menciona Raspall⁴³ (2007) menciona: “Otros procesos dentales pueden dar con frecuencia infecciones del territorio maxilofacial y como consecuencia formación de celulitis y abscesos. Estos son: dientes incluidos, sobreinfección de quistes, restos radiculares e infección de heridas postexodoncia” (p. 269).

Técnica para la exodoncia 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 Raspall⁴⁴ (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).

Analizando la obra de Tripathi⁴⁵ se puede conocer que:

Una extracción simple y los procedimientos periodontales menores en pacientes sanos se asocian con un riesgo muy bajo de infección de la herida. La incidencia de infección posoperatoria es bastante baja aun después de cirugías complicadas como la extracción de un tercer molar impactado, y la profilaxis antimicrobiana no es necesaria. (2005) (p. 390)

⁴³Raspall. (2007). *Cirugía Oral e Implantología*. (2ª.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

⁴⁴Raspall. (2007). *Cirugía Oral e Implantología*. (2ª.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

⁴⁵K, Tripathi. (2005). *Farmacología en Odontología: Fundamentos*. (1era.). Medica Panamericana. República de Argentina.

Procedimientos para realizar una exodoncia simple:

Anamnesis.

Toma de los signos vitales.

Toma radiográfica.

Anestesia.- para los maxilares se utilizará técnica infiltrativa y para la mandíbula se utilizará técnica troncular y se reforzara con infiltrativa por vestibular y lingual.

Sindesmotomía.

Luxación.

Exodoncia propiamente dicha.

Curetaje del alveolo.

Irrigación con suero fisiológico.

Regulación de interferencias óseas.

Protección de tablas.

Colocación de gasa para el control de la hemorragia.

Diagnostico radiográfico.

Investigando la obra de Treviño⁴⁶ (2009) se pudo encontrar que:

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)

⁴⁶Jorge Alberto Martínez Treviño. (2009). Cirugía Oral y Maxilofacial. (1era.). Editorial el Manual Moderno. Estados Unidos Mexicanos.

Exámenes Complementarios.

Consultando nuevamente la obra de Treviño⁴⁷ (2009) indica que:

Biometría hemática.

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)

Pruebas de coagulación.

En algunos casos, ya sea por sospechas fundamentadas en los hallazgos de la historia clínica, en la exploración física, o bien, por consumo de algunos medicamentos, es necesario valorar los mecanismos de coagulación del paciente, antes de programarle para alguna intervención quirúrgica. Los aspectos principales a valorar mediante pruebas de laboratorio son dos: las sustancias químicas que intervienen en la coagulación (p. ej., protrombina y tromboplastina), y los elementos celulares (plaquetas), los cuales pueden a su vez ser estudiados en función de su número (como se mencionó en la biometría hemática), así como en función de su capacidad de agregación. (p. 51) (2009)

Anestesia.

Así lo describe Macouzet⁴⁸ (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)

⁴⁷Ídem.

⁴⁸Carlos Macouzet Olivar. (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 Col.⁴⁹ (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 suprapariosteal 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)

Maniobras previas.

Como lo menciona Treviño⁵⁰ 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)

Extracción propiamente dicha.

Ésta se lleva a cabo en la mayoría de los casos con fórceps, aunque en algunos casos es posible hacerlo con el elevador. Cuando se lleva a cabo con el fórceps es importante mantener en mente que no se debe poner exceso de fuerza de tracción, esto es, si al hacer una pequeña fuerza de tracción el diente no sale de su alveolo, significa que la luxación ha sido insuficiente, de manera que se deben ampliar las maniobras en tal sentido. (p. 114)

Hemostasia.

Se conoce como hemostasia a la serie de eventos que ocurren de manera fisiológica para detener la pérdida de sangre que ocurre posterior a la ruptura de un vaso sanguíneo. La vasoconstricción, la adhesión de las plaquetas o trombocitos a las paredes del vaso dañado y la coagulación, son los principales eventos que hacen

⁴⁹Guillermo, Federico y Miguel Otero. (2003). *La Anestesia para el Cirujano Dentista*. Editorial El Prado, S.A. de C.V. Estados Unidos Mexicanos.

⁵⁰Jorge Alberto Martínez Treviño. (2009). *Cirugía Oral y Maxilofacial*. (1ª.). Editorial el Manual Moderno. Estados Unidos Mexicanos.

posible la hemostasia; los métodos para la promoción de ésta se discutirán en detalle más adelante. (pp. 114, 115)

Cirugía de terceros molares.

Causas para su extracción.

Analizando nuevamente la obra de Treviño⁵¹ (2009):

Caries.

Debido a las dificultades presentes para lograr una higiene adecuada capaz de eliminar la placa bacteriana en zonas tan complicadas como el área de los terceros molares, éstos con frecuencia se ven afectados por lesiones cariosas que avanzan con rapidez debido a la higiene deficiente, ocasionando pérdida de la integridad coronaria. En estos casos, la mayoría de los odontólogos están de acuerdo en su eliminación debido a la dificultad en el acceso para lograr una rehabilitación adecuada de la misma, y a su poca participación en el proceso de masticación. Cuando hay caries en el tercer molar, debe ser una señal de alerta para su eliminación, ya que con frecuencia y en especial cuando están mesioangulados, puede extenderse con al segundo molar, que por la ubicación tan profunda de la misma hacen sumamente complicado el proceso de rehabilitación. (p. 186)

Dolor.

Como ya se ha explicado, existen múltiples causas que pueden originar dolor en la zona retromolar, como pueden ser la pericoronitis, abscesos, caries o incluso la presencia de aftas o úlceras provocadas por la presión de un tercer molar en mala posición sobre el tejido blando. Sin embargo, en algunas ocasiones los pacientes refieren sintomatología dolorosa en dicha zona aun cuando se han descartado las causas antes mencionadas, al igual que alteraciones de la articulación temporomandibular o dolor miofacial. En estos casos, si se encuentra algún tercer molar que no ha erupcionado, está indicada su extracción, ya que en algunos casos con esta medida el problema queda resuelto. (p. 188)

Técnica quirúrgica en terceros molares.

Según Raspall⁵² (2007) en su obra indica:

Anestesia. Bloqueo del nervio dentario inferior, bucal largo y lingual. Infiltración vestibular.

Anatomía. Los cordales erupcionados suelen tener raíces cónicas fusionadas.

Fórceps. Fórceps con pico corto y ángulo recto (n. 222).

⁵¹Ídem.

⁵²Guillermo Raspall. (2007). Cirugía Oral e Implantología. (2ª.). Editorial Médica Panamericana. República de Buenos Aires.

Técnica. Prehensión en cervical. La luxación puede ser necesaria iniciarla con el elevador recto. Movimientos de lateralidad vestibulolinguales, mas acusados hacia lingual.

Tracción hacia arriba y lingual.

Odontosección.

Según Raspall⁵³ (2007) en su obra indica:

Indicaciones de la Odontosección.

Se utiliza habitualmente en dientes multirradiculares o impactados.

Raíces divergentes y curvas.

Hueso interradicular atrapado.

Dilaceraciones radiculares.

Proximidad de estructuras anatómicas y peligro de lesión.

Anquilosis. (p. 90)

Fases de la exodoncia quirúrgica.

Anestesia.

Incisión y elevación del colgajo.

Osteotomía.

Odontosección.

Exodoncia.

Limpieza o desbridamiento de la herida.

Sutura del colgajo. (p. 89)

Una vez finalizadas las exodoncias, se inspecciona la zona en busca de aristas de hueso y zonas retentivas, que deben ser eliminadas de forma más o menos agresiva. También debe suprimirse el exceso de tejido blando que podría favorecer la aparición de una encía bamboleada. (p. 93)

Es importante darle al paciente las recomendaciones postquirúrgicas y como este debe manejarse después de la consulta como lo indica las informaciones disponibles en sitios Web de la revista Scielo, Romero Ruiz y Col⁵⁴. (2006):

Medidas Psicológicas.

Obviamente, cualquier acto quirúrgico y más aún los realizados en un sillón dental generan un alto índice de ansiedad en los pacientes que será preciso contrarrestar para

⁵⁴Romero Ruiz. (2006). *Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica. Una aproximación racional*. ROE. Volumen 11 – Numero 2. [En línea]. Consultado: [19, junio, 2015]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-123x2006000200005&script=sci_arttext.

evitar su influencia sobre el dolor postoperatorio. Para ello es aconsejable en las citas previas a la cirugía, aplicar una serie de medidas encaminadas a reducir la ansiedad y el miedo del paciente a través del cultivo de la relación cirujano-paciente, ganándonos su confianza, disipando su miedo, respondiendo con paciencia las dudas que pueda plantearnos, empleando un trato amable y educado, y a ser posible, con buen sentido del humor; todo esto como arma eficaz para reducir el estrés y la tensión preoperatoria. Medidas farmacológicas.

Consistirán en la administración de fármacos de manera preoperatoria para tratar de controlar los síntomas postoperatorios, anticipándonos a su aparición. Esta filosofía preventiva puede aplicarse fundamentalmente a tres niveles; en el control de la ansiedad y el miedo del paciente, en la minimización del proceso inflamatorio que seguirá a la operación o en la reducción de las complicaciones infecciosas postoperatorias.

Premedicación antiinflamatoria.

En nuestro campo, esta administración preventiva del antiinflamatorio consistirá en adelantar unas horas la ingesta del mismo para conseguir niveles plasmáticos adecuados en el momento en que comience la liberación de mediadores, evitando por tanto la práctica clásica de ingerir la primera dosis del fármaco algunas horas después del final del acto quirúrgico, cuando comienza el dolor.

Premedicación Antibiótica.

No existe unanimidad de criterio sobre la administración «preventiva» de antibióticos en cirugía bucal para evitar la aparición de infecciones postquirúrgicas, siendo un tema que continua generando controversias. Para tratar de aclarar la cuestión vamos a distinguir en principio dos conceptos; por un lado la profilaxis antibiótica o administración previa del antibiótico para prevenir una infección postquirúrgica, concepto éste especialmente importante en nuestras intervenciones por ser consideradas como cirugía «limpia contaminada». Por otro lado, el tratamiento antibiótico consistiría en la administración pautada del fármaco durante un tiempo postoperatorio determinado en el caso de que existiera una infección. En la práctica diaria se suelen confundir ambos conceptos, encontrándonos con frecuencia la prescripción sistemática de «una caja de antibiótico » tras cualquier intervención quirúrgica, medida ésta que carece totalmente de base científica y que resulta ineficaz por no garantizar los niveles adecuados en el momento de la presunta contaminación bacteriana de la herida. (pp. 205 - 2015)

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de trabajo.

Sistematización práctica.

3.2. Métodos.

Se rehabilitó a una paciente de 39 años de edad en la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, con la finalidad de devolverle sus funciones masticatorias, fonéticas y estéticas para obtener un buen estado de salud oral. Se realizó el diagnóstico mediante la historia clínica odontológica 033 del Ministerio de Salud Pública (MSP), en la cual se evaluó el tipo de tratamiento que se empleó según el caso requerido. (Ver Anexo 2).

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. (Ver Anexo 1).

Para la evaluación y tratamiento de la paciente se trabajó con un periodo de tiempo de tres meses abril-julio del presente año. La intervención operatoria contó con un espacio disponible en las clínicas odontológicas de la Universidad. Los tratamientos realizados siguieron un protocolo de trabajo.

3.2.1. Técnicas.

Técnicas de diagnóstico

Inspección visual: observación clínica.

Inspección táctil: palpación, percusión y auscultación.

Exploración radiográfica: radiografía Panorámica. (Ver Anexo 5) y radiografías periapicales.

Exámenes Complementarios: biometría hemática y pruebas de coagulación. (Ver Anexo 6).

Técnicas o Protocolos de trabajo.

Periodoncia.

Analizando la obra de Benjamín Erazo Acuña (2012) y Sergas (2006), se realizó el tratamiento de detartraje y profilaxis utilizando los protocolos descritos por los autores. (Ver anexo 9; figura 9 – 12)

Operatoria.

Investigando las obras de Palma y Sánchez (2007) y Herrera (2008) se realizaron los protocolos para la preparación cavitaria en las piezas números 27, 48 y 45 16, 24, 34, 44, 34, 44 y 45. (Ver Anexo 9; figura 14, 15)

Consultando la obra de Nocchi (2008) y Kenneth (2002) se realizaron los protocolos de restauración cavitaria en las piezas 27, 48 y 45 16, 24, 34, 44, 34, 44 y 45. (Ver Anexo 9; figura 16)

Investigando la obra de Nocchi (2008) se realizó los protocolos para la preparación y restauración de carillas de resina directas en las piezas 12 y 22. (Ver Anexo 9, figuras 18 y 19)

Endodoncia.

Se realizó los protocolos biomecánicas y condensación para la preparación de los conductos: técnica Stepback o telescópica y de condensación lateral descritos por Soares (2003) en las piezas 11, 13 y 21. (Ver Anexo 9, figuras 20 - 22)

Prótesis Fija.

Consultando la obra de Domingo Santos y Leili de León (2005) se realizaron los protocolos para la preparación de los muñones en las piezas números 11, 13 y 21. (Ver Anexo 9; figuras 23, 24, 25 y 26)

Prótesis Parcial Removible.

Analizando el artículo de María Gloria (2005) y colaboradores se realizó los protocolos para realizar el registro de mordida y elaboración de las prótesis acrílicas superior e inferior para el reemplazo de las piezas perdidas números 13, 15, 16, 24, 25, 35, 36, 37 y 46. (Ver Anexo 9; figuras 28, 29 y 30)

Cirugía Oral.

Protocolos según las obras de Guillermo Otero (2003) y Treviño (2009) para el tratamiento de exodoncia simple en las piezas números 14, 15, 18, 25, 28 y 26. (Ver Anexo 9; figuras 30 - 34)

Analizando la obra de Raspall (2007) se siguieron los protocolos para la exodoncia quirúrgica compleja con odontosección en la pieza número 38. (Ver Anexo 9 – Figura 37)

3.3. Marco Administrativo.

3.3.1 Recursos.

Humanos.

Autora.

Tutora de titulación.

Tecnológicos.

Computadora.

Impresora.

CD.

Cámara fotográfica.

Internet.

3.3.2. Materiales.

Materiales para trabajo.

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 y largas.

Anestésico tópico.

Materiales para Operatoria.

Resinas fotocurado.

Liner o ionomero de vidrio.

Hidróxido de calcio pasta.

Bonde.

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.

3.4. Económicos.

El presente trabajo de Sistematización Prácticas ha tenido un costo de \$612,97. Se detalla el presupuesto en un cuadro. (Ver Anexo 3)

3.5. Cronograma.

Se detalla el cronograma de actividades en un cuadro. (Ver Anexo 4)

4. Ética.

A la persona que intervino en este trabajo, se le consultó su participación voluntaria, se le informó en qué consiste el trabajo que se le realizó, así como también se le dio a conocer que la información será anónima y solo será empleada con fines investigativos, se le hizo firmar un documento de consentimiento de su participación. (Ver anexo 1)

CAPÍTULO IV.

4. Resultados.

La Rehabilitación Oral integral se puede describir como satisfactoria para la paciente ya que se logró devolver un esquema oclusal adecuado logrando así la función del sistema estomatognático y cumplir con todos los requerimientos estéticos.

Al analizar los resultados obtenidos al término del tratamiento de la paciente podemos decir que después de haber realizado la profilaxis previa las encías se encuentran saludables, mostrando un tono rosado, sin presencia de placa bacteriana y sangrado. (Ver Anexo 10 – Figuras 39 y 40).

Las restauraciones realizadas en las piezas 12, 22, 27, 34, 45 y 48 con resina se encontraron sin puntos altos de contacto, restauraciones desbordantes y sellado marginal adecuados, en cuanto a la estética y morfología tuvieron buena aceptación y muy satisfactorias. Las restauraciones de clase I y clase II de resina mejoraron la morfología y oclusión dental (Ver Anexo 10 – Figuras 41, 42, 43 y 44). Las restauraciones de clase IV y V mejoraron la estética de la paciente (Ver Anexo 10 – Figuras 45, 46, 47 y 48). La elaboración de carillas le proporciona a la boca armonía e incremento de; volumen de los laterales 12 y 22 (Ver Anexo 10 – Figuras 49 y 50).

Los dientes que presentaban patologías pulpares vitales 11 y 21 fueron tratados endodónticamente con biopulpectomías y la pieza 13 con necropulpectomía 1; no presentaron

dolor ni las molestias mencionadas anteriormente. (Ver Anexo 10 – Figuras 51 y 52). Para mejorar su estética estos dientes fueron restaurados mediante coronas metal-porcelana; si bien es cierto desde el punto de vista estético las coronas metal-porcelana no logran los resultados ópticos que si dan las coronas de cerámica pura, pues estas tienen la ventaja de ser más resistentes a las fuerzas masticatorias que las anteriores y como no solo se trata de devolverle la estética sino también la funcionabilidad pues se puede considerar que son muy adecuadas para devolverle una sonrisa armoniosa y una buena naturalidad en el sector antero-superior que era el problema real de la paciente. (Ver Anexo 10 – Figuras 53 y 54).

La eliminación de focos infecciosos como los restos radiculares en las piezas 14, 15, 18, 25 y 28 disminuyeron por completo el riesgo de padecer enfermedades bucales y la extracción de estos no permitieron la propagación de infecciones por bacteriemia o mayores complicaciones. (Ver Anexo 10 – Figura 57 y 58).

Al examinar los espacios edentulos ya existentes en las piezas 17, 23, 35, 36, 37, 46 y 47 y de las zonas extraídas se observó una buena reabsorción de los tejidos tanto en los maxilares como en la mandíbula. Las piezas 26 y 38 presentaron caries profundas por lo que su extracción es necesaria para eliminación de focos infecciosos. Para recuperar los espacios perdidos y evitar migraciones de los dientes vecinos y adyacentes se elaboraron prótesis parciales acrílicas removibles tanto en la arcada superior como inferior y su adaptación fue satisfactoria, dando un cambio muy positivo para la oclusión y la armonía dental de la paciente, se considera que es un elemento muy importante para conservar las estructuras orales remanentes y restaurar las piezas perdidas. (Ver Anexo 10 – Figuras 55 y 56).

Al concluir este trabajo de sistematización práctica podemos decir que hemos cumplido con el principal objetivo y no hay mayor satisfacción que ver y sentir a un paciente feliz con los resultados obtenidos.

ANEXOS.

ANEXO 1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto ser participe en este trabajo de Sistematización de Prácticas. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante (representante)

____ / ____ / ____
día mes año
Fecha

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de este Trabajo. Dejando claro en todo momento que la participación en este Trabajo es totalmente voluntaria. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Finalizando esto se procedió a firmar el presente documento.

Egresada de odontología.

Nombre del testigo

Firma.

ANEXO 2

Historia clínica 033.

NOMBRE		APELLIDOS		SEXO		EDAD																																																																																																																
1978		Ketty Mabel		F		38 años																																																																																																																
MOTIVO DE CONSULTA		Quiero dentadura nueva mejor																																																																																																																				
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL		Dolor de la parte 23 y 24. Incomodidad, disminución de 5 mm de altura de la corona anterior. El dolor es reproducible en la parte de 36 al tocar el palatino por delante.																																																																																																																				
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1. ENFERMEDADES CRÓNICAS</td> <td>2. ENFERMEDADES AGUDAS</td> <td>3. TUBERCULOSIS</td> <td>4. TUMORES</td> <td>5. ALERGIAS</td> <td>6. TRASTORNOS PSÍQUICOS</td> <td>7. ENFERMEDADES DE LA CARRERA</td> <td>8. OTROS</td> </tr> <tr> <td colspan="8">Nº de antecedentes</td> </tr> </table>						1. ENFERMEDADES CRÓNICAS	2. ENFERMEDADES AGUDAS	3. TUBERCULOSIS	4. TUMORES	5. ALERGIAS	6. TRASTORNOS PSÍQUICOS	7. ENFERMEDADES DE LA CARRERA	8. OTROS	Nº de antecedentes																																																																																																						
1. ENFERMEDADES CRÓNICAS	2. ENFERMEDADES AGUDAS	3. TUBERCULOSIS	4. TUMORES	5. ALERGIAS	6. TRASTORNOS PSÍQUICOS	7. ENFERMEDADES DE LA CARRERA	8. OTROS																																																																																																															
Nº de antecedentes																																																																																																																						
4 SIGNOS VITALES		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>TENSIÓN ARTERIAL</td> <td>TEMPERATURA</td> <td>FRECUENCIA CARDÍACA</td> <td>FRECUENCIA RESPIRATORIA</td> <td>SATURACIÓN DE O₂</td> </tr> <tr> <td>100/70</td> <td>37.5</td> <td>72</td> <td>18</td> <td>98</td> </tr> </table>						TENSIÓN ARTERIAL	TEMPERATURA	FRECUENCIA CARDÍACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	SATURACIÓN DE O ₂	100/70	37.5	72	18	98																																																																																																					
TENSIÓN ARTERIAL	TEMPERATURA	FRECUENCIA CARDÍACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	SATURACIÓN DE O ₂																																																																																																																		
100/70	37.5	72	18	98																																																																																																																		
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1. LÍNEA MEDIA</td> <td>2. MÓDULO</td> <td>3. BUCAL</td> <td>4. MÓDULO INFERIOR</td> <td>5. LÍNEA MEDIA</td> <td>6. PALATINO</td> <td>7. TÍPO</td> <td>8. TÁRDELO</td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">No presenta ninguna alteración</td> </tr> </table>						1. LÍNEA MEDIA	2. MÓDULO	3. BUCAL	4. MÓDULO INFERIOR	5. LÍNEA MEDIA	6. PALATINO	7. TÍPO	8. TÁRDELO	No presenta ninguna alteración																																																																																																						
1. LÍNEA MEDIA	2. MÓDULO	3. BUCAL	4. MÓDULO INFERIOR	5. LÍNEA MEDIA	6. PALATINO	7. TÍPO	8. TÁRDELO																																																																																																															
No presenta ninguna alteración																																																																																																																						
6 ODONTOGRAMA		<p style="font-size: small;">PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO ANELIADO - ROJO PARA PROYECIÓN ACTUAL. MOVILIDAD Y RESERVA MARCAR "P" O "R" EN SU APLICACIÓN.</p>																																																																																																																				
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL				8 ÍNDICES CPO-ceo																																																																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA</th> <th>ENFERMEDAD PERIODONTAL</th> <th>MAL OCCLUSIÓN</th> <th colspan="2">FLUOROSIS</th> </tr> <tr> <th colspan="4">PIEZAS DENTALES</th> <th>LEVE</th> <th>ANGLE I</th> <th colspan="2">LEVE</th> </tr> <tr> <th colspan="4">PLACA</th> <th>MODERADA</th> <th>ANGLE II</th> <th colspan="2">MODERADA</th> </tr> <tr> <th colspan="4">CALCULO</th> <th>SEVERA</th> <th>ANGLE III</th> <th colspan="2">SEVERA</th> </tr> <tr> <th colspan="4">SINUSITIS</th> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16</td><td>17</td><td>26</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>11</td><td>21</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>26</td><td>27</td><td>35</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>26</td><td>27</td><td>75</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>27</td><td>41</td><td>71</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>41</td><td>47</td><td>55</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">TOTALES</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>				HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSIÓN	FLUOROSIS		PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE		PLACA				MODERADA	ANGLE II	MODERADA		CALCULO				SEVERA	ANGLE III	SEVERA		SINUSITIS								16	17	26						11	21	31						26	27	35						26	27	75						27	41	71						41	47	55						TOTALES								<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>C</th> <th>P</th> <th>O</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D</td> <td>14</td> <td>6</td> <td>4</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>d</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					C	P	O	TOTAL	D	14	6	4	24	d				
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSIÓN	FLUOROSIS																																																																																																																
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE																																																																																																																
PLACA				MODERADA	ANGLE II	MODERADA																																																																																																																
CALCULO				SEVERA	ANGLE III	SEVERA																																																																																																																
SINUSITIS																																																																																																																						
16	17	26																																																																																																																				
11	21	31																																																																																																																				
26	27	35																																																																																																																				
26	27	75																																																																																																																				
27	41	71																																																																																																																				
41	47	55																																																																																																																				
TOTALES																																																																																																																						
	C	P	O	TOTAL																																																																																																																		
D	14	6	4	24																																																																																																																		
d																																																																																																																						
9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA																																																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>□ azul</td> <td>BELLANTE NECESARIO</td> <td>U</td> <td>PÉRDIDA (OTRA CAUSA)</td> <td>≡</td> <td>PRÓTESIS TOTAL</td> </tr> <tr> <td>□ rojo</td> <td>BELLANTE REALIZADO</td> <td>△</td> <td>ENDODONCIA</td> <td>▢</td> <td>CORONA</td> </tr> <tr> <td>X azul</td> <td>EXTRACCIÓN INDICADA</td> <td>○</td> <td>PROTESIS Fija</td> <td>○ azul</td> <td>OBTURADOR</td> </tr> <tr> <td>X rojo</td> <td>PÉRDIDA POR CARIES</td> <td>○</td> <td>PROTESIS REMOVIBLE</td> <td>○ rojo</td> <td>CARIES</td> </tr> </table>								□ azul	BELLANTE NECESARIO	U	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	≡	PRÓTESIS TOTAL	□ rojo	BELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	▢	CORONA	X azul	EXTRACCIÓN INDICADA	○	PROTESIS Fija	○ azul	OBTURADOR	X rojo	PÉRDIDA POR CARIES	○	PROTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES																																																																																							
□ azul	BELLANTE NECESARIO	U	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	≡	PRÓTESIS TOTAL																																																																																																																	
□ rojo	BELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	▢	CORONA																																																																																																																	
X azul	EXTRACCIÓN INDICADA	○	PROTESIS Fija	○ azul	OBTURADOR																																																																																																																	
X rojo	PÉRDIDA POR CARIES	○	PROTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES																																																																																																																	

FECHA DE APERTURA	22-04-15	FECHA DE CONTROL		PROFESIONAL		CÓDIGO		CIE	PRE	DEF
								K02		
								K04		

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA 22-04-15	K08 - Pulso Pulsaciones	Exodoncia R8 #14 y 15.	① Ibuprofeno 400 mg x 3 días G/3 hr	CÓDIGO FIRMA Dra. Geomara Dueñas ODONTOLOGA SENESCYT 1009-06-69575
SESIÓN 2 FECHA 24-04-15	K08 = Resto Radiológico	Profilaxia y Higiene Exodoncia pura # 18 R.R.		CÓDIGO FIRMA Dr. Michel Sarmiento P. ESP. ODONTOLOGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 1
SESIÓN 3 FECHA 27-04-15	K020 Caries de dentof #44-45	Restauración con Resina # 45 Hamonal # 44.		CÓDIGO FIRMA Dr. Michel Sarmiento P. ESP. ODONTOLOGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 1
SESIÓN 4 FECHA 12-05-15	K08 - Resto Radiológico	Exodoncia Resto Pul # 25 y 20.		CÓDIGO FIRMA Dr. Michel Sarmiento P. ESP. ODONTOLOGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 1
SESIÓN 5 FECHA 19-05-15	K04.1 Neclisis # 26	Exodoncia pura # 26 Restauración con Resina # 35 (hercubio)	① Paracetamol 300mg Toda vez	CÓDIGO FIRMA Dr. Michel Sarmiento P. ESP. ODONTOLOGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 1
SESIÓN 6 FECHA 20-05-15	K04.7 Abajo de Crown # 13	Conductometría lumina		CÓDIGO FIRMA Dra. Geomara Dueñas ODONTOLOGA SENESCYT 1009-06-69575
SESIÓN 7 FECHA 21-05-15	K04.1 Neclisis Pulso #11	Diagnostico.	① Ibuprofeno 400 mg x 3 días G/3 hr	CÓDIGO FIRMA Dra. Geomara Dueñas ODONTOLOGA SENESCYT 1009-06-69575
SESIÓN 8 FECHA 26-05-15	K04.11 Neclisis Pulpa # 11	Extracción del diente.		CÓDIGO FIRMA Dr. Michel Sarmiento P. ESP. ODONTOLOGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 1
SESIÓN 9 FECHA 26-05-15		Conductometría # 11.		CÓDIGO FIRMA

SNS-MSP / HCU-Form 033 / 2008

ODONTOLOGIA

Se les comunica a los señores estudiantes que deben verificar las Firmas de cada actividad

ANEXO 3.

Presupuesto.

MATERIALES	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO.	PRECIO TOTAL.
Guantes.	1 caja	\$ 8,00	\$ 8,00
Mascarillas.	1 caja	\$ 5,00	\$ 5,00
Campos operatorios.	20 paquetes.	\$ 1,00	\$ 20,00
Gorros plásticos.	20 gorros.	\$ 1,00	\$ 20,00
Caja de radiografías.	1 caja	\$ 30,00	\$ 30,00
Caja de diques de goma.	1 caja	\$ 14,00	\$ 14,00
Cepillo profiláctica.	5 unidades	\$ 0,25	\$ 1,25
Kit de Resinas de fotocurado.	1 kit.	\$ 80,00	\$ 80,00
Líquidos revelador y fijador.	2 porciones	\$ 2,50	\$ 5,00
Anestésicos con vasoconstrictor.	15 unidades	\$ 0,50	\$ 7,50
Agujas cortas.	15 unidades	\$ 0,50	\$ 7,50
Succionadores.	20 unidades	\$ 0,15	\$ 3,00
Suero fisiológico.	1 frasco	\$ 3,00	\$ 3,00
Hipoclorito de sodio.	1 frasco	\$ 4,00	\$ 4,00
Clorhexidina al 2%.	1 frasco	\$ 5,00	\$ 5,00
Conos de papel.	1 caja	\$ 7,00	\$ 7,00
Conos de gutapercha.	1 caja	\$ 7,00	\$ 7,00
Juego de limas K.	1 caja	\$ 7,00	\$ 7,00
Juego de espaciadores.	1 caja	\$ 7,00	\$ 7,00
Alcohol.	1 frasco	\$ 2,00	\$ 2,00
Cemento para coronas	4 porciones	\$ 3,75	\$ 15,00
Pasta Selapex.	3 porciones	\$ 3,33	\$ 10,00
Dientes acrílicos.	1 tableta	\$ 1,70	\$ 1,70
Hidróxido de calcio.	1 caja	\$ 6,00	\$ 6,00
Lijas interdetales.	1 lija	\$ 3,50	\$ 3,50
Alginato.	1 funda	\$ 7,00	\$ 7,00
Material pesado Speedex.	1 porción	\$ 10,00	\$ 10,00
Yeso piedra.	1 funda	\$ 1,50	\$ 3,00
Gasas.	1 funda	\$ 5,00	\$ 5,00
Algodones.	3 rollos	\$ 0,50	\$ 1,50
Coronas de Metal-Porcelana.	3 coronas	\$ 35,00	\$ 105,00
Prótesis Parcial Removible.	2 protesis	\$ 20,00	\$ 40,00
Agujas Navitive.	2 agujas	\$ 3,00	\$ 6,00
Fresas.	6 unidades	\$ 1,50	\$ 9,00
Acrílico líquido y polvo	2 porciones	\$ 0,60	\$ 1,20
Radiografía Panorámica.	1 RX	\$ 15,00	\$ 15,00
Impresiones	211 Hojas	\$ 0,10	\$ 21,10
Hojas de papel	1 resma	\$ 4,00	\$ 4,00
Viáticos personales.	1 pasajes	\$ 50,00	\$ 50,00
Subtotal			\$ 557,25
Imprevistos.		10%	\$ 55,72
Total.			\$ 612,97

ANEXO 4.

Cronograma.

Seman a	Fecha	Número de Horas			
		Tutorías Metodológica s	Praxis Profesional	Tutoría Personalizada	Actividades
1	20-24 Abril			8	Trabajo en clínica
2	27-30 Abril			8	Trabajo en clínica
3	4-8 Mayo			8	Trabajo en clínica
4	11-15 Mayo			8	Trabajo en clínica
5	18-22 Mayo			8	Trabajo en clínica
6	25-29 Mayo			8	Trabajo en clínica
7	1-5 Junio			14	8H-Clínica y 4H de trabajo en Informes
8	8-12 Junio			14	8H-Clínica y 4H de trabajo en Informes
9	15-19 Junio			14	8H-Clínica y 4H de trabajo en Informes
10	22-26 Junio			14	8H-Clínica y 4H de trabajo en Informes
11	29 Junio-3 Julio			14	8H-Clínica y 4H de trabajo en Informes
12	6-10 Julio			21	Elaboración de Informe
13	13-17 Julio			21	Elaboración de Informe
14	20-24 Julio			20	Elaboración de Informe
TOTAL DE HORAS		120	80	200	

ANEXO 5.

Exámenes Complementarios:

RX Panorámica.



Figura 1. Radiografía Panorámica.



Figura 2. Sector antero - superior

ANEXO 6.

Exámenes Complementarios:

Biometría hemática y pruebas de coagulación.

LABORATORIO CLINICO INTERLAB LABSERVICES S.A.

CONTROL EXTERNO DE LA CALIDAD

LABORATORIO: Av. Rocafuerte s/n entre Av. Guayaquil y Bolívar
 • Telefonos: 2637732 - 2637780 - 2636827 • Fax: 2638115
 SUCURSAL MEDICAL PLAZA: Av. Monabí s/n entre Tenis Club y La Libertad
 • Teléfono: 2638390 - 2638136
 Director Técnico: Dr. Jorge Suppo Rangel

5 may 2015

FECHA: **Página: 1 de 3**

PACIENTE: **CEDEÑO MERA, KETTY ARACELY**

DR(a):

MEDICO:

Estamos en red, retire su examen en cualquier sucursal o por internet en nuestra pag. web www.interlab.com.ec

NOMBRE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	R-REFERENCIA
EXAMEN DE SANGRE			
Hematos	4600000	mm3	3850000 - 5240000
Hemoglobina	12.30	g/dl	Neonato a término: 13.6 - 19.6 Niños de 1 año: 11.2 Niños de 10 años: 12.9 Hombres: 13.7 - 17.5 Mujeres: 11.4 - 14.5
Hematocrito	36.50	%	36.00 - 44.00
Leucocitos	8330	mm3	4400 - 9700
N. Caudales %	0.00	%	
N. Segmentados %	69.30	%	40.00 - 75.00
Eosinofilia %	0.80	%	0.00 - 6.80
Baocitos %	0.10	%	0.00 - 1.10
Monocitos %	7.90	%	3.00 - 12.40
Linfocitos %	20.90	%	20.00 - 43.00
- TOTAL -	100.00		
N. Caudales mm3	0.00	mm3	
N. Segmentados mm3	5772.69	mm3	2800.00 - 5250.00
Eosinofilia mm3	149.94	mm3	70.00 - 450.00
Baocitos mm3	8.33	mm3	0.00 - 80.00
Monocitos mm3	658.07	mm3	260.00 - 760.00
Linfocitos mm3	1740.97	mm3	1000.00 - 3500.00
V. H. C.	83	fL	76 - 96
H. C. H.	28	pg	26 - 32

La confiabilidad de sus resultados está garantizada con nuestra participación en los Programas de Control de Calidad Externo Químico, Hematología, Hormonas, Marcadores Tumorales, Infecciones

Figura 3. Biometría Hemática.

LABORATORIO CLINICO INTERLAB LABSERVICES S.A.

CONTROL EXTERNO DE LA CALIDAD

LABORATORIO: Av. Rocafuerte s/n entre Av. Guayaquil y Bolívar
 • Telefonos: 2637732 - 2637780 - 2636827 • Fax: 2638115
 SUCURSAL MEDICAL PLAZA: Av. Monabí s/n entre Tenis Club y La Libertad
 • Teléfono: 2638390 - 2638136
 Director Técnico: Dr. Jorge Suppo Rangel

5 may 2015

FECHA: **Página: 2 de 3**

PACIENTE: **CEDEÑO MERA, KETTY ARACELY**

DR(a):

MEDICO:

Estamos en red, retire su examen en cualquier sucursal o por internet en nuestra pag. web www.interlab.com.ec

NOMBRE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	R-REFERENCIA
C. H. C. H.	34	%	32 - 36
RDW	12	%	11 - 16
MPV	9	fL	8 - 12
HEMOSTASIA			
Plaquetas	345000	mm3	150000 - 400000
TIEMPO DE PROTROMBINA			
T. de Protrombina Pcte	10.00	segundos	10.5 +/- 2.0 seg
Actividad Protrombínica	138.30	%	
I. N. R.	0.95		RANGOS RECOMENDADOS EN TERAPIA CON ANTICOAGULANTES ORALES 2.0 - 3.0 En: Trombosis venosa Embolia pulmonar o sistémica IAM, Fibrilación auricular Valvulopatías Válvulas prot. Biológicas 3.5 - 3.9 En: Válvulas protésicas mecánicas Embolia sistémica recurrente 3.0 - 4.0 Prevención de IAM recurrente.
T. de Sangría	1.30	minutos	(Prueba de Duke) 2 - 5

La confiabilidad de sus resultados está garantizada con nuestra participación en los Programas de Control de Calidad Externo Químico, Hematología, Hormonas, Marcadores Tumorales, Infecciones

Figura 4. PT

LABORATORIO CLINICO INTERLAB LABSERVICES S.A.

CONTROL EXTERNO DE LA CALIDAD

LABORATORIO: Av. Rocafuerte s/n entre Av. Guayaquil y Bolívar
 • Telefonos: 2636732 - 2637780 - 2636827 • Fax: 2638115
 SUCURSAL MEDICAL PLAZA: Av. Monabí s/n entre Tenis Club y La Libertad
 • Teléfono: 2638390 - 2638136
 Director Técnico: Dr. Jorge Suppo Rangel

5 may 2015

FECHA: **Página: 3 de 3**

PACIENTE: **CEDEÑO MERA, KETTY ARACELY**

DR(a):

MEDICO:

Estamos en red, retire su examen en cualquier sucursal o por internet en nuestra pag. web www.interlab.com.ec

NOMBRE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	R-REFERENCIA
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA			
T. Parcial de Tromboplastina.Pcte	30.30	segundos	27.2 +/- 5.0 seg.

Nota: Se considera el Punto(.) como separador decimal.

Atentamente,

Jorge Suppo Rangel

Dr. Jorge Suppo Rangel

Figura 5. TTP

ANEXO 7.

Fotos de la paciente

Antes de la rehabilitación:



Figura 6. Presentación de la paciente antes de la rehabilitación por vestibular.



Figura 7. Presentación de la mordida de la paciente antes de rehabilitar.

ANEXO 8.

Fotos de la paciente

Después de la rehabilitación:



Figura 8. Paciente después de rehabilitada.



Figura 9. Mordida de la paciente después de la rehabilitación.

ANEXO 9.

Métodos.

Periodoncia.



Figura 10. Detartraje.



Figura 11. Irrigación con suero fisiológico.



Figura 12. Cepillado profesional.



Figura 13. Colocación de flúor en gel.

Operatoria.



Figura 14. Remoción de caries instrumental rotatorio



Figura 15. Desinfección de la cavidad



Figura 16. Técnica de sistema adhesivo.

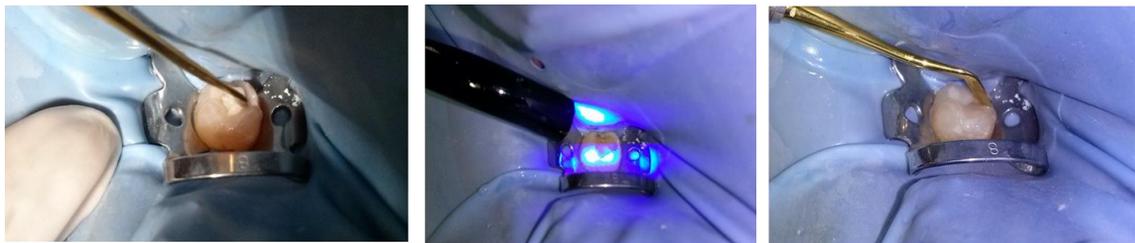


Figura 17. Protocolo de restauración con resina.

Carillas de resina.



Figura 18. Preparación del diente para carillas de resina.

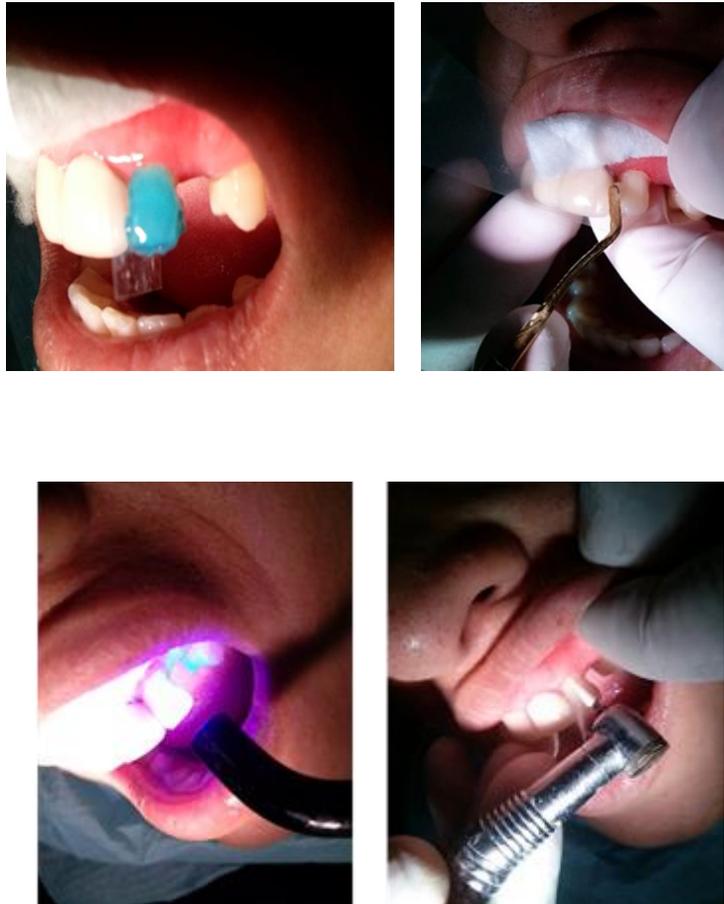


Figura 19. Protocolo de restauración de la carilla.

Endodoncia.



Figura 20. Técnica Biomecánica para preparar el conducto.



Figura 21. Técnica de irrigación del conducto con sustancias irrigantes.



Figura 22. Técnica de condensación lateral.

Prótesis Fija.



Figura 23. Protocolos para la preparacion de los muñones.



Figura 24. Prueba de los metales



Figura 25. Prueba del bizcocho



Figura 26. Prueba del glaseado.

Prótesis parcial removible.



Figura 27. Fabricacion de los rodetes para el registro de mordida.



Figura 28. Registro de mordida.

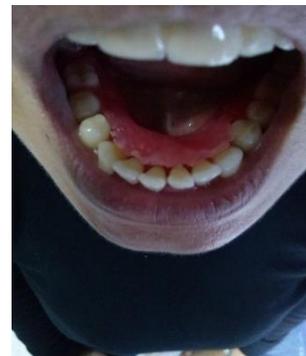


Figura 29. Prueba de los dientes en cera.



Figura 30. Placas acrílicas. (superior e inferior).

Cirugía Oral.



Figura 31. Técnica Anestésica infiltrativa.

Técnica de exodoncia simple.



Figura 32. Sindesmotomía.



Figura 33. Luxación dental.



Figura 34. Exodoncia propiamente dicha.



Figura 35. Irregularización osea.



Figura 36. Limpieza del alveolo (irrigación).

- Técnica de exodoncia compleja.



Figura 37. Odontosección de la pieza 38.



210

Figura 38. Fresa de hueso.

ANEXO 10.

RESULTADOS.

Profilaxis previa.



Figura 39. Cálculo y placa supragingival.



Figura 40. Profilaxis Previa

Operatorias

Clase I.



Figura 41. Pieza 48 con amalgama



Figura 42. Restauracion con resina.

Clase II.



Figura 43. Pieza 24 con provisional.



Figura 44. Restauracion con resina.

Clase IV.



Figura 45. Pieza 12 con caries de dentina



Figura 46. Restaurada con resina.

Clase V.



Figura 47. Pieza 34 con recesion gingival.



Figura 48. Restaurada con resina.

Carillas.



Figura 49. Pieza 12 sin carilla.



Figura 50. Carilla de resina técnica directa.

Endodoncia.



Figura 51. Radiografía Inicial.



Figura 52. Radiografía de condensación.

Prótesis Fija.



Figura 53. Piezas 11, 13 y 21 sin carillas.



Figura 54. Cementacion de las coronas Metal-porcelana.

Prótesis parcial removible acrílica.



Figura 55. Espacios Edentulos.



Figura 56. Protesis acrílica adaptada.

Cirugía Oral.



Figura 57. Pieza 38 con caries profunda.

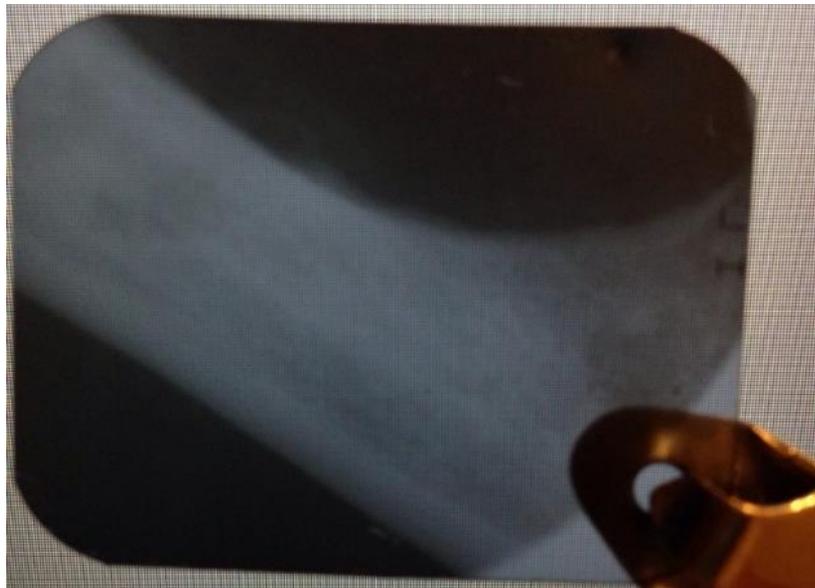


Figura 58. Pieza extraída.

BIBLIOGRAFÍA.

Acuña, B. E. (2012). Clínica del sano en Odontología. (4ª ed.). República de Colombia. Editorial ECO.

Ascensión Palma, F. S. (2010). Técnicas de ayuda Odontológica y Estomatológica. (1ªed.). Reino de España. Editorial Paraninfo.

Barrancos, J. y Barrancos, P. (2006). Operatoria dental: integración clínica. (4ªed.). República de Argentina. Editorial Médica Panamericana.

Bergenholtz, G., H.; Bindsløv, P., & Reit, C. (2001). Endodoncia. (2ª.ed.). Estados Unidos Mexicanos. Editorial El Manual Moderno.

Carr, A.; McGivney, G., & Rossi, G. (2009). Lesiones cervicales no cariosas: la lesión del futuro. (1ª.ed.). Reino de España. Editorial Elsevier.

Davenport, J.; Basker, R.; Heath, J. & Ralph, J. (1992). Atlas en color de Prótesis Parcial Removible. (1ª. Ed.). Reino de España. Editorial Labor.

Desarrollo, S., N. (2013). Plan Nacional de desarrollo/Plan Nacional del buen vivir 2013 – 2017. Senplades. Consultado el 08 de agosto, 2015. En: <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>.

Enrile de Rojas, F., & Fuenmayor, V. (2009). Manual de Higiene bucal. República de Argentina. Editorial Médica Panamericana.

F (2006, marzo). Infecciones Cervicofaciales de origen odontogénico. Revista de la Asociación Dental Mexicana. Volumen 63. Numero2. Consultado el 20 de mayo, 2015. En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2006/od062f.pdf>.

Herrera D., R. (2010). Clorhexidina como alternativa para maximizar la longevidad de restauraciones adhesivas. Rev. Estomatol Herediana. Volumen 20. Número 2. Consultado el 06 de agosto, 2015. En:

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1763/1783>.

Kenneth M. Hargreaves., (2011). Vías de la Pulpa (10ª. ed.). Reino de España. Editorial Elsevier.

Lamas Lara, C., Páez Fernández, J., J., Paredez Coz, G., Angulo de la Vega, G., & Cardoso Hernández, S. (2012). Rehabilitación Integral en Odontología. Rev. Odontología San Marquina. Volumen 5. Número 1. Consultado el 02 de junio, 2015. En: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a09v15n1.pdf.

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

Lindhe, J., & Lang, N. (2009). Periodontología clínica e Implantología odontológica. (5ª. ed.). Republica de Argentina. Editorial Médica Panamericana.

Marín Manso, G., Fernández Ysla, R., & Masson Barceló, R. (2005). Registro de Mordida: algunas consideraciones. Revistas Cubana Estomatológica. Volumen 42. Número 2. Consultado el 22 de junio, 2015. En: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=63&id_seccion=773&id_ejemplar=3355&id_articulo=33390.

Negroni, M. (2009). Microbiología Estomatológica. Fundamentos y guía práctica. (2ª. ed.). República de Argentina. Editorial Médica Panamericana.

Newman, T. K. (2014). Periodontología Clínica de Carranza (11ª. ed.). Estados Unidos de América. Editorial AMOLCA.

Nocchi Conceição, E. (2008). Odontología restauradora: salud y estética (2ª. ed.). República de Argentina. Editorial Médica Panamericana.

Norberto, J. B. (2001). Filosofía de tratamiento en la preparación de conductos radiculares. Med. Oral. Volumen 3. Número 3. Consultado el 11 de agosto de 2015. En: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=175&id_seccion=29&id_ejemplar=32&id_revista=6.

Olivar, C. M. (2008). Anestesia local en Odontología (2ª.ed.). Estados Unidos Mexicanos. Editorial El Manual Moderno.

Oliver, A. C., & Colaboradores. (2006). ATS/DUE del Servicio Gallego de Salud. Volumen 1. Reino de España. Editorial MAD.

Otero Cogide, G., Otero Cogide, F., & Otero Cogide, M. (2003). La Anestesia para el Cirujano Dentista. Estados Unidos Mexicanos. Editorial Prado, S.A.

Palma Cárdenas, A., & Sánchez Aguilera, F. (2007). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. (1ª.ed.). Reino de España. Editorial Thomson Paraninfo.

R. Giraldo, O. L. (2008). Como evitar fracasos en prótesis dental parcial removible. Revista de la facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Volumen 19. Número 2. Consultado el 19 de Julio, 2015. En: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/2231-7120-1-PB.pdf>.

Ramos, P. C., & Rosales García, G. (2007). Limpieza y obturación del sistema de conductos: Biopulpectomía, necropulpectomía y técnica de condensación lateral modificada. Reino de España. Consultado el 20 de julio, 2015. En: <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%2Fwww.unicach.mx%2Frevistas%2Findex.php%2Fflacandonia%2Farticle%2Fdownload%2F29%2F26&ei=KfuxVfntPImrgwTk8YFA&usg>.

Raspall, G. (2007). Cirugía oral e Implantología (2ª.ed.). República de Argentina. Editorial Médica Panamericana.

Ricketts, D., & Bartlett, D. (2013). Odontología Operatoria Avanzada. Reino Unido. Editorial AMOLCA.

Romero, A. (2002). Odontólogos Ecuador.com. Consultado el 22 de julio, 2015. En: <http://www.odontologosecuador.com/espanol/artpacientes/amb/pulpitis-dental-aguda.htm>.

Ronsensiel, Fujimoto & Land (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª.ed.). Reino de España. Editorial Elsevier.

Ruiz, R., M., Herrero, C., Torres Lagares, D., & Gutiérrez Pérez, J. (2006). Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica. Revista Scielo. Volumen 11. Numero 2. Consultado el 19 de junio, 2015. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-123x2006000200005&script=sci_arttext.

Salud, S. N. (2005). Auxiliar de Enfermería. Volumen 2. Reino de España. Editorial MAD S.L.

Santos Pantaleón, D., & De León, L. (2005). Nueva técnica simplificada de preparación dental para coronas completas en dientes anteriores. Revista Odontológica Dominicana. Volumen 11. Consultado el 22 de junio, 2015. En: <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. Reino de España. Editorial Masson.

Sergas. (2006). Técnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud (1ª.ed). Volumen 2. Reino de España. Editorial MAD, S.L.

Soares, I., & Goldberg, F. (2003). Endodoncia: técnicas y fundamentos. República de Argentina. Editorial Médica Panamericana.

Treviño, J. A. (2009). Cirugía oral y maxilofacial. Estados Unidos Mexicanos. Editorial El Manual Moderno.

Tripathi, K. D. (2005), Farmacología en odontología: fundamentos (1ª.ed). Buenos Aires. Medica Panamericana.

Vargas, C. B. (2008, septiembre). Desinfectantes cavitarios y adhesión a dentina. Rev. Odontología Vital. Volumen 9. Número 1. Consultado el 06 de agosto, 2015. En: <https://my.laureate.net/Faculty/docs/Faculty%20Documents/OdontoFINALRespaldo%209.pdf#page=45>.

Yúdice, R. R. (2006). Prótesis parcial removible. Conceptos actuales. Atlas de Diseño. Estados Unidos Mexicanos. Editorial Médica Panamericana.