



**CARRERA DE ODONTOLOGÍA.**

Trabajo de sistematización práctica.

Previo a la obtención del título de odontólogo.

Tema.

“Rehabilitación oral integral de un paciente con movilidad dental localizada,  
comprometiendo el sector antero-superior con discromía por restauraciones defectuosas en  
el periodo marzo-noviembre de 2015”

Autora.

Hellen Gabriela Cedeño Arteaga.

Tutora.

Dra. Lucia Elena Galarza Santana Mg. Gs.

Cantón Portoviejo – Provincia Manabí – República del Ecuador.

2016

## **CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA DE TESIS TRABAJO DE SISTEMATIZACIÓN PRÁCTICA.**

Certifico que la egresada, Hellen Gabriela Cedeño Arteaga, ha culminado su trabajo de sistematización práctica, titulado: Rehabilitación oral integral de un paciente con movilidad dental localizada, comprometiendo el sector antero-superior con discromía por restauraciones defectuosas, en el periodo marzo-noviembre de 2015, bajo mi dirección y asesoramiento. Ha cumplido con las disposiciones establecidas para el efecto.

---

Dra. Lucia Galarza Santana Mg. Ge.

Tutora de trabajo de sistematización práctica.

## **CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.**

Los suscritos, miembros del tribunal de revisión y sustentación del Trabajo de Sistematización práctica titulado: Rehabilitación oral integral de un paciente con movilidad dental localizada, comprometiendo el sector antero-superior con discromía por restauraciones defectuosas en el periodo Marzo-Noviembre de 2015. Presentado y realizado por la egresada Hellen Gabriela Cedeño Arteaga, ha cumplido con todo lo señalado en el reglamento interno de graduación, como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Tribunal.

---

Dra. Alexandra Valarezo. Mg. Ge.

Presidenta del tribunal.

---

Dra. Lucia Galarza Santana Mg. Gs.

Tutora de trabajo de sistematización práctica.

---

Dra. Luz Amarilis Martin Moya MsC.

Miembro del tribunal.

---

Odo. Geomara Dueñas Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo realizado, titulado: Rehabilitación oral integral de un paciente con movilidad dental localizada, comprometiendo el sector antero-superior con discromía por restauraciones defectuosas en el periodo marzo-noviembre de 2015. Pertenece exclusivamente a mi autoría y el patrimonio intelectual del trabajo de sistematización práctica es a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

---

Hellen Gabriela Cedeño Arteaga.

Autora.

## **AGRADECIMIENTO.**

Nada es posible sin la fe en Dios de lograr todo propósito haciendo las cosas de la mejor manera con su ayuda, gracias dios por darme fortaleza para emprender y culminar esta meta. A mis padres a quien les debo todo **Alberto Cedeño y Dolores Arteaga** por darme la vida quienes con su esfuerzo me han brindado esta oportunidad enseñándome a ser una joven de bien, demostrarme que la mejor educación está fundada en la humildad con la que se recibe. A mis hermanas **Ángela y Johanna**, mis hermanos de corazón **Luis, Lucía Y Abraham**, por haber sido mis pacientes, haberme apoyado incondicionalmente y darme buen ejemplo.

A los docentes de mi carrera, por su gran responsabilidad y dedicación. A la Dra. Lucía Galarza Santana, mi tutora por su apoyo incondicional y excelente ser humano. A mis amigas, **Evelyn, Jennifer, Diana Paola, Diana, Jeunesy, Elvia, Mirian y Natalia** por formar parte de esta bella experiencia compartida que con mucho esfuerzo juntas en las buenas y malas conservamos una bonita amistad.

Y como parte final y muy importante a mi esposo **David Rodríguez** mi motor, mi mejor amigo, el amor de mi vida junto a nuestra hija **Liah Camila Rodríguez Cedeño** son mi impulso a seguir, mi apoyo incondicional, les agradezco por haber llegado a mi vida apoyando mis metas y sueños con toda esa perseverancia que me impulsa a seguir por más.

Hellen Gabriela Cedeño Arteaga.

## DEDICATORIA.

Son muchas las personas a la cual les debo este éxito que estoy por conseguir, a mis padres que son el pilar en mi vida, a mis hermanos que siempre me estuvieron apoyando en todo lo que necesitara principalmente mi hermana **Johanna Cedeño**, pero aún más importante a mi madre a quien le debo hoy estar aquí por ayudarme a elegir la carrera, y mi padre por enseñarme a tener coraje y fortaleza para lograr lo anhelado. Y a mi pequeña hermosa familia por quienes me esfuerzo más que nunca para seguir adelante sin rendirme para que se sientan orgullosa de la mama y esposa en la que me he convertido con mucho amor y gratitud para mi esposo **David Rodríguez**, mi apoyo incondicional en todo momento y mi alegría, mi felicidad mí niña **Liah Camila Rodríguez Cedeño** por ustedes lucharé siempre junto a dios en todo momento.

A ustedes va dedicado mi éxito.

Hellen Gabriela Cedeño Arteaga.

## **RESUMEN.**

En este trabajo de sistematización de prácticas, se logra la rehabilitación oral de un paciente con múltiples restos radiculares, lesiones pulpares y restableciendo la estética del sector anterior; este procedimiento fue realizado en la “Universidad San Gregorio de Portoviejo” en el periodo Marzo- Noviembre 2015. Para cumplir con los objetivos del trabajo se aplicó un diagnóstico mediante ficha clínica, 033 del MSP.

Se le realizaron restauraciones dentales, extracciones de restos radiculares, tratamientos endodónticos, una prótesis parcial removible superior de acrílico y una prótesis de cromo cobalto el sector inferior.

Como resultado el paciente fue rehabilitado en su totalidad, lo que favorece a un adecuado estado de salud bucal y un nivel de vida satisfactorio restableciendo las funciones como la estética, fonética y la masticación además aumentando la autoestima del paciente e incorporación a la sociedad.

**Palabras claves:** Restos Radiculares, lesiones pulpares, rehabilitación.

## **ABSTRACT.**

In this systematization of practices, oral rehabilitation of a patient with located tooth, pulp injuries and restoring anterior aesthetics is achieved; this procedure was performed at the University San Gregorio de Portoviejo clinics in the period march-november 2015. To meet the objectives, a diagnostic was given though clinical record # 033 of the ministry of health.

Dental restorations, extractions, endodontic treatments in addition to dental restorations, removable partial upper denture acrylic and chrome cobalt prosthesis and the lower sector were performed.

The obtained results as oral rehabilitation of the patient, which favors proper oral health status and standard of living by restoring function and aesthetics, phonetics and masticatory functions and also increased self-esteem of the patient and integration into society.

Keywords: Root Fragments, pulp injury, rehabilitation.



## ÍNDICE.

Certificación de la directora de tesis.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaratoria de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	IX
Introducción.	1

### **Capítulo I.**

1. Problematización.	2
1.1. Tema.	2
1.2. Planteamiento del problema.	2
1.3. Delimitación	3
1.4. Justificación.	4
1.5. Objetivo.	4
1.5.1. Objetivo General.	4

### **Capítulo II.**

2. Marco teórico conceptual y referencial.	5
2.1 Historia clínica actual.	5

2.1.1.	Antecedentes Patológicos.	6
2.1.2.	Examen Físico general.	7
2.1.3.	Examen físico Regional.	8
2.1.4.	Exámenes Complementarios.	11
2.1.5.	Diagnostico Presuntivo.	12
2.1.6.	Plan de tratamiento.	13
2.2.	Enfermedad cardiovascular (Ictus).	14
2.3.	Salud oral.	14
2.4	Rehabilitación oral.	15
2.5.	Periodoncia.	15
2.5.1.	Periodonto.	16
2.5.2.	Enfermedad periodontal.	16
2.5.3.	Placa bacteriana.	17
2.5.4.	Exploración dental.	18
2.5.5.	Diagnostico.	18
2.5.6.	Protocolo del tratamiento periodontal.	19
2.5.7.	Pulido de las superficies dentales.	19
2.6.	Cirugía dental.	20
2.6.1.	Control de signos vitales: Presión arterial.	21
2.6.2.	Anestesia.	21
2.6.3.	Exodoncia propiamente dicha.	22
2.6.4	Curetaje del alvéolo.	22
2.6.5	Hemostasia.	23
2.6.6	Indicaciones postextracción. Analgésicos.	23

2.7	Operatoria Dental.	25
2.7.1	Tejidos dentarios.	25
2.7.2	Selección del color.	26
2.7.3	Apertura de la cavidad.	27
2.7.4	Conformación de la cavidad.	27
2.7.5	Aislamiento del campo operatorio.	27
2.7.6	Colocación de ácido grabador.	28
2.7.7	Colocación de Bonding.	28
2.7.8	Colocación de resina.	28
2.7.9	Control de oclusión.	29
2.7.10	Pulido y brillo de la superficie restaurada.	29
2.8	Endodoncia.	30
2.8.1	Diagnóstico.	30
2.8.2	Radiografías.	30
2.8.3	Anestesia.	30
2.8.4	Aislamiento con dique de goma.	31
2.8.5	Acceso al grupo de los incisivos.	31
2.8.6	Limpieza de la cámara pulpar.	31
2.8.7	Localización y preparación de la entrada del conducto radicular.	32
2.8.8	Instrumentación.	32
2.8.9	Obturación de conductos.	33
2.8.10	Verificación radiográfica de la condensación.	33
2.8.11	Indicaciones posoperatorias.	33
2.9	Prótesis parcial removible.	34

2.9.1. Toma de impresión con alginato.	34
2.9.2. Vaciado de los modelos.	35
2.9.3 Registro de mordida.	35
2.9.4 Prueba de los dientes artificiales en cera.	36
2.9.5 Colocación de la prótesis.	36
2.9.6 Recomendaciones postoperatorias.	37

### **Capítulo III.**

3 Marco Metodológico	38
3.1. Modalidad de trabajo.	38
3.2. Métodos.	38
3.3. Protocolos	39
3.4. Marco Administrativo.	42
3.4.1. Recursos.	42
3.4.2 Materiales.	43
3.4.4 Económicos	45
3.5. Ética.	45
3. 6. Presupuesto.	45
3. 7. Cronograma.	45

### **Capítulo IV.**

4. Resultados.	46
Anexos.	47
Bibliografía.	

## ÍNDICE DE ANEXOS.

### **Anexo 1.**

Presupuesto	48
-------------	----

### **Anexo 2.**

Cronograma.	50
-------------	----

### **Anexo 3**

Consentimiento informado del paciente	52
---------------------------------------	----

### **Anexo 4.**

Imagen N°1 Historia clínica 033.	53
----------------------------------	----

### **Anexo 5.**

<u>Examen extraoral e Intraoral.</u>	54
--------------------------------------	----

Imagen N°2: vista izquierda.	54
------------------------------	----

Imagen N°3: vista frontal.	54
----------------------------	----

Imagen N°4: vista derecha.	54
----------------------------	----

Imagen N°5: inspección de los tejidos duro.	54
---	----

Imagen N°6: inspección de los tejidos blandos superior.	54
---	----

Imagen N°7: inspección de los tejidos inferior.	54
---	----

## **Anexo 6.**

Odontograma.	55
--------------	----

## **Anexo 7.**

<u>Exámenes de laboratorio y electrocardiograma.</u>	56
--	----

Imagen N°9: inmunohematología.	56
--------------------------------	----

Imagen N°10: biometría.	56
-------------------------	----

Imagen N°11: Foto del Electrocardiograma.	56
---	----

## **Anexo 8.**

Conocimiento de médico tratante.	57
----------------------------------	----

## **Anexo 9.**

<u>Radiografía panorámica y serie de Rx periapicales.</u>	
---	--

Imagen N°13: Foto de la radiografía panorámica.	58
---	----

Imagen N°14: Fotos de las radiografías periapicales.	58
--	----

## **Anexo10.**

<u>Bioseguridad.</u>	
----------------------	--

Imagen N°15: unidad de trabajo.	59
---------------------------------	----

Imagen N°16: instrumental.	59
----------------------------	----

Imagen N°17: desecho del material corto-punzante.	59
---	----

## **Anexo 11.**

### Protocolo de periodoncia

Imagen N°18: exploración dental superior.	60
Imagen N°19 exploración dental inferior.	60
Imagen N°20 exploración dental lingual.	60
Imagen N°21: sondaje.	60
Imagen N°22: destartraje.	60

## **Anexo 12.**

### Protocolo de cirugía

Imagen N° 24: Evaluación clínica.	61
ImagenN° 25: Evaluación radiografica.	61
ImagenN° 26: Control de signos vitales.	61
ImagenN° 27: Anestesia.	61
ImagenN° 28: Sindesmotomía.	61
ImagenN° 29: Luxación.	61
ImagenN° 30: Tracción.	61
ImagenN° 31: Lavado y Curetaje del alvéolo.	61

## **Anexo 13.**

### Protocolo de endodoncia.

ImagenN° 32: Exploración clínica.	62
ImagenN° 33: Anestesia.	62
ImagenN° 34: Aislamiento.	62

XV

ImagenN° 35: Aperturas de acceso.	62
ImagenN° 36:Rx de la instrumentación.	62
ImagenN° 37: intrumentacion lima 15.	63
ImagenN° 38: intrumentacion lima 20.	63
ImagenN° 39: intrumentacion lima 25.	63
ImagenN° 40: intrumentacion lima 15.	63
ImagenN° 41: intrumentacion lima 35.	63
ImagenN° 42: intrumentacion lima 40.	63
ImagenN° 43: Irrigación.	63
ImagenN° 44: Medicación.	64
ImagenN° 45: condensacion.	64
ImagenN° 46: Obturación de conductos.	64

#### **Anexo 14.**

##### Protocolo de operatoria.

ImagenN°: 47 aslamiento.	65
ImagenN° 48: Apertura.	65
ImagenN° 49: conformacion.	65
ImagenN° 50: Protección pulpar.	65
ImagenN° 51: Terminación de paredes.	65
ImagenN° 52: ácido grabador.	65
ImagenN° 53: Colocación de Bonding.	66
ImagenN° 54: Colocación de resina.	66
ImagenN° 55: fotopilimerizacion.	66



ImagenN° 56: Control de oclusión.	66
ImagenN° 57: Pulido y brillo.	66

### **Anexo 15.**

#### Tratamiento prótesis removible acrílica.

ImagenN° 58: Toma de impresión.	67
ImagenN° 59: Modelos de estudio.	67
ImagenN° 60: Registro de mordida.	67
ImagenN° 61: Prueba de enfilado.	67
ImagenN° 62: Entrega de la prótesis.	67

### **Anexo 16.**

#### Protocolo de prótesis removible de cromo cobalto.

ImagenN° 63: Toma de impresión 1.	68
ImagenN° 64: Diseño de la prótesis.	68
ImagenN° 65: Preparación dentaria.	68
ImagenN° 66: impresión definitiva.	68
ImagenN° 67: Prueba de metal.	68
ImagenN° 68: entrega de prótesis.	68

### **Anexo 17.**

#### Resultados.

ImagenN° 69: Antes.	69
ImagenN° 70: Después.	69

## **INTRODUCCIÓN.**

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

Es considerada una rama de la Odontología de forma integral, el cual consiste en el restablecimiento de la salud bucal ideal del paciente, mediante las técnicas actuales de odontología y un enfoque multidisciplinario lo que hace posible la rehabilitación del paciente y ayudará a seleccionar de la mejor manera el tratamiento de elección que se ejecutará a lo largo del proceso de la rehabilitación oral. No solo de la eliminación de los problemas bucales, sino también de recuperar o devolver al paciente su función masticatoria, la estética y su desenvolviendo en la sociedad con una agradable sonrisa.

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

# CAPÍTULO I.

## 1. Problematización.

### 1.1. Tema.

Rehabilitación oral integral de un paciente con movilidad dental localizada, comprometiendo el sector antero-superior con discromía por restauraciones defectuosas en el periodo marzo-noviembre de 2015.

### 1.2. Planteamiento del problema.

Analizando la página de la OMS<sup>1</sup>organización mundial de la salud (2007), se puede decir que:

La caries se encuentra en tercer lugar de todas las enfermedades crónicas que requiere atención en el mundo, y es una de las principales causas de la pérdida de dientes en adultos. Se observa en la mayoría de los países, siendo afectando entre el 60-90% de los escolares y casi un 100 % de la población adulta.

Examinando el artículo de (Taboada Aranza & colaboradores, 2000)<sup>2</sup>se puede citar que:

El deterioro de la cavidad bucal es un grande problema que afecta en parte al adulto mayor y a los niños. Investigaciones realizadas sobre demanda de servicios muestran que los ancianos solicitan en mayor promedio los servicios médicos pero, no así el servicio odontológico. Esto es, cuando se habla de los problemas de salud en la tercera edad, poco se piensa en los problemas dentales y cuando se hace se da por hecho que al llegar a esta etapa de la vida es normal que existan pocos dientes o el usar placas totales. Nada más lejos de la realidad, por lo que es necesario desarrollar por parte de la odontología soluciones a los problemas

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud, (2007).

<sup>2</sup> Taboada Aranza, O., & colaboradores, &. (Octubre de 2000). Prevalencia de caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad / Incidence of dental caries in third age patients. (F. d. Zaragoza., Ed.) *ADM*.

bucodentales de los ancianos, problemas que se originaron y se acumulan a lo largo de su vida.

En la ciudad de Portoviejo el conocimiento de la salud bucal de la población constituye una tarea fundamental desde la perspectiva de la salud pública, ya que las enfermedades bucales tales como la caries y las enfermedades periodontales son los padecimientos con mayor frecuencia alrededor del mundo y los que se presentan en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio.

En la misma que se hizo la rehabilitación oral de un paciente que presentaba movilidad dental localizada, comprometiendo el sector antero-superior con discromía por restauraciones defectuosas, en el período Marzo-Noviembre del 2015, la cual presentó diversas restauraciones defectuosas en el sector antero-superior con discromía, así mismo también se pudo diagnosticar mediante radiografías procesos crónicos periapicales y movilidad dental en el sector superior-posterior derecho aparentemente causadas por enfermedad gingival crónica con focos infecciosos para ser eliminados y ausencia de piezas dentarias.

### **1.3. Delimitación.**

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

Campo: ciencias de la Salud.

Área: odontología.

Aspecto: rehabilitación Bucal.

Delimitación Espacial: la investigación se desarrolló en las Clínica Odontológicas de la

Universidad San Gregorio de Portoviejo, Provincia de Manabí, de la República del Ecuador.

Delimitación Temporal: marzo-noviembre del 2015.

#### **1.4. Justificación.**

El objetivo 3 se basa en el plan nacional del buen vivir de la secretaria nacional del buen vivir<sup>3</sup> (2013-2017) de la cual se puede conocer que: El artículo 358 establece el Sistema Nacional de Salud para el desarrollo, protección y recuperación discapacidades y potencialidades bajo los principios de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional, incluyendo los servicios de promoción, prevención y atención integral. La salud se plantea como un instrumento para alcanzar el Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable. (p. 136)

#### **1.5. Objetivo.**

##### **1.5.1. Objetivo General.**

Rehabilitar de manera integral un paciente con movilidad dental localizada, comprometiendo el sector antero-superior con discromía por restauraciones defectuosas en el periodo marzo-noviembre de 2015.

---

<sup>3</sup>Secretaría Nacional de Planificación, y. D. (2013-2017). *Plan nacional del buen vivir*. Obtenido de <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>

## CAPÍTULO II.

### 2. Marco teórico conceptual y referencial.

#### 2.1. Historia clínica actual.

Estudiando una publicación de Botero<sup>4</sup> y colaboradores (2007) relativo a la historia clínica se puede referenciar que:

“La historia clínica es un registro documento legal y diagnóstico, es un elemento fundamental para el profesional. Se considera un documento privado, sometido a reserva, en el que se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente” (pág. 13)

Paciente adulto mayor de 67 años, de sexo masculino, raza mestiza con antecedentes de salud con presencia de Ictus (accidente cerebro vascular) y poliuria (signo de exceso de orina). Acude a la consulta de odontología para mejorar su aspecto debido a su rápida recuperación de una discapacidad motriz consecuencia de un accidente cerebro vascular.

El paciente presentaba una parálisis facial producto de un Ictus desde hace 4 años en cual no estaba controlado por lo que se debió poner en tratamiento con el médico tratante, el cual refirió después de haber realizado exámenes de laboratorio y electrocardiograma que a pesar de no haber recibido tratamiento coadyuvante ha tenido

---

<sup>4</sup> Botero, P., Pedroza, A., Natalia, V., Ortiz, A., Calao, E., & Barbosa, D. (2007). Manual para realización de historia clínica odontológica del escolar. Medellín, República de Colombia.

una óptima y rápida recuperación cerebral y aún más de la parálisis facial provocada por el mismo ictus, y desde entonces se encuentra controlado sistémicamente. El paciente acude a la consulta odontológica para ser rehabilitado y así devolverle la función masticatoria y estética a su sonrisa para sentirse bien con el mismo y ayudar a su rápida recuperación y mejorar su calidad de vida.

En la zona anterior de la arcada superior presenta las piezas con caries, lesiones pulpares, restauraciones defectuosas, y afectación estética. En el sector postero-superior resto radicular, restauraciones defectuosas de amalgamas con filtración y movilidad grado 3 localizada asociada a una enfermedad periodontal, en la arcada inferior se observó abundante de cálculo y placa y en la cara lingual con movilidad grado 2.

Desde el punto de vista del paciente, indica que se siente incómodo de su aspecto y se avergüenza al sonreír, debido al cambio de coloración de uno de sus dientes en la zona anterior. Desea mejorar su aspecto físico debido a la poca estética que presenta consecuencia de los escasos cuidados post-Ictus el cual deja secuelas como su discapacidad motriz, pérdida de audición, parálisis facial, entre otras, es por esto por lo en paciente requiere atención odontológica para lograr mejorar su estética siéndose bien en colectividad.

#### 2.1.1. Antecedentes Patológicos:

Personales: Ictus.

Familiares: Padre.

Considerando el artículo de Velázquez Monroy & colaboradores<sup>5</sup> (2005) de la revista Scielo se puede exponer que:

El Ictus se refiere al daño vascular causado por la hiperplasia de la capa muscular de las arterias, por la disminución en el aporte de sangre inadecuado (isquemia) al cerebro, en relación o no al proceso de aterosclerosis y a la ruptura o desgarro de alguna arteria cerebral como consecuencia de presión arterial elevada o malformaciones vasculares que resultan en una hemorragia cerebral. (parr.21)

#### 2.1.2. Examen Físico general:

Observando el examen físico de LLanio Raimundo<sup>6</sup> (2003) se puede conocer que:

“Los siguientes valores clínicos de un paciente adulto mayor con frecuencia cardiaca de 82 pulsaciones por minuto, tensión arterial de 110/70 mm hg y frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto” (cap.65).

Marcha: es normal, suave, usualmente acompañada de balanceo asimétrico de los brazos.

Biotipo: brevilíneo, presenta, por lo general, poca estatura, tienen cuello corto, tórax ancho y extremidades relativamente pequeñas.

---

<sup>5</sup> Velázquez Monroy & colaboradores. (2005). Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. 2005. *Scielo*. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-99402007000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-99402007000100005&script=sci_arttext)

<sup>6</sup> LLanio Raimundo. (2003). *Propedeutica y semiología clínica* (Vol. tomo 1). La Habana, Republica de Cuba: Ciencias medicas . Obtenido de <https://docs.google.com/a/sangregorio.edu.ec/file/d/0B34QzI1hO7WvMm9xMFEteFJkY0E/edit>



Actitud: Cabeza ligeramente hacia delante, tórax ligeramente bajo, abdomen inferior hacia dentro, pero no plano, las curvaturas de la espalda ligeramente aumentadas.

Facies: Comparando el lado derecho de la cara con el izquierdo, presenta arrugas en la frente, las cejas, los párpados, los ojos, los surcos, con expresión facial tensa las comisuras labiales deprimidas y pliegues cutáneos aumentados.

Talla: 156cm

Peso: 57.4 kg

Temperatura: 37.5 C °

Piel: Raza de pigmentación oscura. De color canela al pardo oscuro. Los labios un tono azulado.

Faneras (pelo y uñas): El pelo se hace presente, progresivamente, en la barba y, al mismo tiempo presenta calvicie que se insinúa con la acentuación de las entradas frontotemporales y coronilla y uñas de forma y configuración, color, tiempo de llenado capilar normal.

### 2.1.3. Examen físico Regional:

Cabeza y cuello.

Inspección y palpación de la cara con manchas oscuras y asimetría facial, exploración de las estructuras externas del ojo tono muscular disminuido, examen de la nariz y los senos perinasales aparentemente normal. En su exploración del cuello tendremos en cuenta: inspección del cuello en su conjunto, exploración de la glándula

tiroides, examen de los ganglios linfáticos en estado y consistencia normal. Y finalmente de una manera profunda las estructuras externas e internas de la boca.

#### Examen extraoral:

Inspección. Pliegues cutáneos aumentados. , tono muscular disminuido alrededor de la cavidad oral, no hay presencia de ninguna tumefacción o presencia de fistulas en la piel de la cara. Labios de color normal de acuerdo a raza.

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 presenta arritmia el cual fue evaluado por un médico tratante y dio como diagnóstico de secuela de un ictus.

#### Examen físico Intraoral:

Inspección. El indicador de caries (CPO) tiene un total de 28 (C: 19, P: 8, O: 1) 19 piezas cariadas, 8 piezas perdidas y 1 piezas restaurada u obturada.

Ausencia de piezas numero: 15, 18, 24, 25, 28.

Maxilar Superior. Se pudo observar:

Caries: 12, 13.

Restauraciones defectuosas de las piezas número: 11, 17,26, 27, 21.

Resto radicular: 14.

Movilidad dental grado 3 con exposición de furca: 16.

Procesos crónicos periapicales en la pieza número 22, 23.

Maxilar Inferior. Se pudo observar:

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

Caries: 31,32, 33, 41, 42,43.

Restauraciones defectuosas: 37, 44, 45.

En la mucosa de la cavidad oral. Se pudo observar que:

Por vestibular las encías se encuentran de consistencia anormal inflamada de color rojo, se encuentran signos correspondientes a una 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 del cual parte el frenillo lingual se encuentra una mucosa rosada, lisa, brillante y húmeda.

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 ninguna pieza se encuentra percusión.

#### 2.1.4. Exámenes Complementarios:

Radiografía Panorámica.

Radiografías periapicales.\

Hemograma completo con TP Y TPT

Biometría hemática

Electrocardiograma

Diagnostico Radiográfico de la radiografía panorámica.

En maxilar superior se pudo observar:

Hueso alveolar normal sin presencia de hallazgos anómalos.

Reborde alveolar, se encuentra normal (*hueso compacto y hueso esponjoso*)

Ligamento periodontal, se encuentra ligeramente ensanchado en las piezas 12 por mesial, 21 por distal, 22 por mesial y distal, 23 por mesial.

Cresta alveolar, existe una pérdida ósea horizontal (*sondaje 4*)

Ausencia de piezas número. 15, 18, 24, 25, 28.

Restauraciones defectuosas de las piezas número. 11, 17, 26, 27, 21.

Procesos crónicos periapicales en la pieza número .22, 23.

En maxilar Inferior se pudo observar:

Hueso alveolar normal sin presencia de hallazgos anómalos.

Reborde alveolar se encuentra normal (*hueso compacto y huesos esponjoso*)

Ligamento periodontal esta ligero ensanchamiento en las piezas: 33 por mesial, en la 42, 42 por mesial en la 44 por distal, en la 37 por mesial.

Crestas alveolares, pérdida ósea horizontal: normal por ausencia de piezas.

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

#### 2.1.5. Diagnostico Presuntivo:

Placa bacteriana.

Calculo dental.

Caries de dentina.

Restauraciones defectuosas.

Proceso periapical crónico.

Resto radicular.

Movilidad dental grado 3.

Espacios edentulos.

2.1.6. Plan de tratamiento:

Profilaxis, destartraje sub y supraparodontal.

Exodoncia de los restos radiculares de 14, 16.

Endodoncia (necropulpectomias) de las piezas en 22,

23.

Restauración clase I de las piezas en 26, 27, 44.

Restauración clase II en 17, 37.

Restauración clase III en 31, 32, 41, 42, 43.

Restauraciones clase IV en 22, 23, postratamiento  
endodóntico.

Restauraciones clase V en 11, 12, 13, 21, 33, 45.

Placa parcial removible acrílica superior en 14, 15, 16, 24, 25.

Placa parcial removible cromo cobalto inferior en 34,  
35, 36, 46, 47.

## 2.2. Enfermedad cardiovascular. (Ictus)

Investigando un artículo de la revista Scielo de Esa Cabrera<sup>7</sup> & colaboradores (2006) se puede referenciar que:

Los términos ataque cerebrovascular (ACV), enfermedad cerebrovascular (ECV), accidente cerebrovascular (ACV), infarto cerebral, derrame cerebral o apoplejía son utilizados como sinónimos de la palabra ictus. Los ictus isquémicos son la expresión final del daño aterosclerótico a nivel de la circulación encefálica. (p.1)

Analizando la revisión bibliográfica de Villanueva<sup>8</sup> (2004) se puede referenciar que:

La definición de ictus propuesta por la OMS incluye aquellos signos clínicos de déficit focal o global con síntomas que persisten durante 24 o más horas o bien muerte sin otra causa aparente. Se excluyen de ésta definición los ataques isquémicos transitorios (AIT), hematoma subdural, así como hemorragias o infartos causados por infección o tumor. Las variaciones de la incidencia observadas en estudios epidemiológicos de distintas regiones geográficas se explican no solo por diferencias en los hábitos de alimentación sino probablemente por problemas metodológicos en la recogida de datos. (parr.3)

## 2.3. Salud oral.

Indagando en la página web de La Organización Mundial de la Salud<sup>9</sup>(2007) se puede citar que:

La Salud bucodental como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, entre otros. (parr.1)

Analizando la obra Manual del técnico superior en higiene bucodental, de Villafranca (2005)<sup>10</sup>, se puede observar que:

---

<sup>7</sup>Esa Cabrera & colaboradores. (Marzo de 2006). Recurrencia del ictus cerebrovascular isquémico y su relación con algunos factores de riesgo. *Scielo*. Obtenido de <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_artte](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_artte)

<sup>8</sup>Villanueva, J. (2004). *Enfermedad vascular cerebral: factores de riesgo y prevención secundaria*. Madrid, España: Scielo. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0)

<sup>9</sup>Organización Mundial de la Salud. (febrero de 2007). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

La salud bucal si se encuentra en un óptimo o completo estado presenta una total estabilidad y una buena funcionalidad de los dientes y de las estructuras de sostén. Como las partes que rodean la cavidad bucal como son las estructuras de la masticación y el complejo maxilofacial. (p.2)

#### **2.4. Rehabilitación oral.**

Examinando la obra de Lamas Lara & colaboradores<sup>11</sup> (2012), se puede citar que:

La rehabilitación oral integral se define 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)

#### **2.5. Periodoncia.**

Estudiando el artículo de revista de Naranjo C.<sup>12</sup> (2004), se puede referenciar que:

“Es una especialidad que comprende la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico de las enfermedades de los tejidos que rodean y soportan al diente, el mantenimiento en salud, función y estética en esas estructuras y tejidos” (p. 79).

---

<sup>10</sup> Villafranca, F. d. (2005). *Manual del técnico superior en higiene bucodental*. Sevilla, Reino de España: mad-eduforma.

<sup>11</sup> Cesar Lamas y Col. (2012). *Rehabilitación Oral en Odontalgia*. Trabajo de Investigación Vol. 15 – Numero 1. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015]. Disponible en

<sup>12</sup> Naranjo, C. A. (2004). Historia de la periodoncia. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 10, 11., pág. 78. Colombia : Universidad el Bosque Colombia



### 2.5.1. Periodonto.

Considerando el libro de Lindhe & Lang<sup>13</sup> (2009) se puede citar que:

El periodoncio o periodonto de protección son un conjunto de tejidos que forman el órgano de sostén y protección del diente. Está sujeto a variaciones morfológicas y funcionales, como los cambios con la edad. Se puede clasificar de acuerdo a su función este se divide en: Periodonto de protección: que comprende dos regiones; encía y unión dentinogingival. (Serán explicadas más adelante). Y periodonto de inserción: este es el sostén de los dientes, está constituido por el cemento radicular, ligamento periodontal y el hueso alveolar. (p.56)

Comparando la obra de Eley, Soory<sup>14</sup> (2010) se puede saber que:

La encía sana es rosa, firme, de márgenes finos y con una forma festoneada que le permite ajustarse al contorno de los dientes. Su color puede variar según la cantidad de pigmentación por melanina en el epitelio, el grado de queratinización del mismo y la vascularización y naturaleza fibrosa del tejido conjuntivo subyacente. En individuos caucásicos, la pigmentación es mínima; en pacientes de origen africano o asiático, puede haber zonas de color marrón o azul-negro que cubran una gran parte de la encía; en individuos de origen mediterráneo, se encuentran parches ocasionales de pigmentación. (p. 2)

Observando el artículo de Serreno Cuenca<sup>15</sup> (2004) se puede exponer que:

“La prevención de las enfermedades periodontales se basa en el conocimiento de los factores causales. Está absolutamente demostrado que, aunque las bacterias por sí solas no son suficientes para producir la enfermedad periodontal destructiva” (Parr.4).

### 2.5.2. Enfermedad periodontal

Investigando sobre la enfermedad periodontal Lindhe, J., & Lang, N<sup>16</sup> (2009) define que:

---

<sup>13</sup>

<sup>14</sup>Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2010). Periodoncia. (6° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier España,.

<sup>15</sup> Serrano, J., & Herrera, D. (Julio-Agosto de 2005). La placa dental como biofilm. ¿Cómo eliminarla? *IO*(4),

<sup>16</sup> Lindhe, J., & Lang, N. (2009). *Periodontología clínica e implantología odontológica* (5ta. ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.

Está constituida por un grupo de cuadros clínicos de etiología infecciosa que producen lesiones inflamatorias con una elevada capacidad destructiva local y potencial daño sistémico. Las periodontitis son la causa más frecuente de pérdida de dientes o extracción de piezas dentarias en sujetos mayores de treinta y cinco años. Hasta el 80% de las exodoncias en estos pacientes se relacionan con este problema. Existen diversos factores de riesgo que inducen y favorecen enfermedades periodontales, como son: los agentes irritantes locales, bien sean químicos o mecánico. El biofilm microbiano o la placa dental, el sarro o cálculo dental, restauraciones desajustadas o materiales porosos de restauración, desechos alimenticios y la respiración bucal. (p.67)

### 2.5.3. Placa bacteriana

Razonando el libro de Carranza<sup>17</sup> (2010), indica que:

“La placa dental se e clínicamente como una sustancia estructurada, resistente, de color amarillo-grisáceo que se conecta a las superficies duras intrabucales. La placa está completada principalmente por bacterias de glucoproteínas salivales y polisacáridos extracelulares” (p.137).

Indagando en el libro de Fundamentos de odontología de Gómez & Ferro<sup>18</sup> (2007) se puede decir que:

Se trata de mineralización de la placa bacteriana esto es, el acumulado de microorganismos, saliva, restos alimenticios que se van depositando sobre los dientes. Marcan que “el cálculo dental no es más que biopelícula calcificada que se deposita sobre las superficies dentales, bien sean coronales o radiculares y podrían llegar a considerarse como la etapa final de la formación de la biopelícula” (p.65).

---

<sup>17</sup> Carranza. (2010). *Periodontologia Clinica*. Estados Unidos de Mexico: Elsevier.

<sup>18</sup> Gomez, F. &. (2007). *Fundamento de la odontologia*. Bogota.

#### 2.5.4. Exploración dental.

Investigando informaciones publicadas en el sitio web Scielo,(Serrano & Herrera, 2005)<sup>19</sup> se citar que:

Anthony van Leeuwenhoek observó en 1683 que la placa dental estaba compuesta por depósitos blandos con microbios y restos de comida. Posteriormente, en 1898, Black definió la placa dental, como placas blandas gelatinosas. En 1965, Egelberg y cols determinaron los estadios en la formación de la placa dental. (p. 432)

Analizando el artículo de Enrile de Rojas y colaboradores<sup>20</sup>(2009) sostienen que:

La gingivitis causada por placa bacteriana es la forma más prevalente de todas las enfermedades que afectan al periodonto. La etiología bacteriana fue demostrada ampliamente desde la década de 1960 con el estudio clásico de la gingivitis experimental de Loe et al, y posteriormente duplicada por muchísimos investigadores. Estos estudios han demostrado que la gingivitis se desarrolla cuando la placa se acumula sobre las superficies dentales y siempre desaparece cuando se remueve la placa. (p. 10)

#### 2.5.5. Diagnostico

Analizando la información publicada en la obra de Palma y Sánchez<sup>21</sup>(2007) se plantea que:

“Las sondas de exploración permiten detectar la presencia de cálculo supra e infragingival, caries y la rugosidad de las superficies radiculares” (p. 365).

Analizando el libro de Eley, Soory<sup>22</sup> (2010) se puede citar que:

---

<sup>19</sup>Serrano, J. y Herrera, D. (2005) La placa dental como biofilm. ¿Cómo eliminarla?. Scielo. RCOE. Volumen 10 – Número 4. Consultado el 05 de julio, 2015. En: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1138-123X2005000400005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2005000400005).

<sup>20</sup>Enrile, F. y Fuenmayor F., V. (2009). Manual de Higiene. Reino de España. Editorial Médica Panamericana.

<sup>21</sup>Palma, A. y Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica (2º ed.). Reino de España. Editorial Paraninfo, S.A.

<sup>22</sup>Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2010). Periodoncia. (6º ed.). Reino de España. Editorial Elsevier España,.

Es la enfermedad de mayor incidencia en la población mundial. Se trata de una congestión o inflamación de la encía color roja, consistencia en forma de piel de naranja con sondaje no más de 4 mm, detenida a nivel radiográfico con pérdida ósea horizontal que rodea el cuello dental, que puede abarcar a un grupo de dientes o toda la boca, provocada básicamente por la irritación diaria de las toxinas e irritantes producidos por las bacterias de la placa bacteriana.(parr.2)

#### 2.5.6. Protocolo del tratamiento periodontal

Razonando informaciones publicadas sobre eliminación del cálculo supragingival en la obra de Eley y colaboradores<sup>23</sup>(2010) se puede indicar que:

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

#### 2.5.7. Pulido de las superficies dentales.

Investigando la información publicada en la obra de Palma y Sánchez<sup>24</sup>(2007) se reflexiona que:

“El pulido dental se realiza por frotamiento, fricción o por aplicación de sustancias abrasivas después del raspado, obteniendo una superficie lisa al eliminar los defectos causados por los instrumentos de raspaje y que disminuye la adhesión de la placa bacteriana” (p. 370).

---

<sup>23</sup>Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2010). Periodoncia. (6° ed.). Reino de España. Editorial Elseiver España,

<sup>24</sup>Palma, A. y Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica (2° ed.). Reino de España.

Examinando nuevamente el artículo de Morantes<sup>25</sup> (2006), describe que:

Las sustancias químicas como los enjuagues bucales actúan sobre la placa es por los siguientes medios: evitando la adhesión bacteriana, con agentes anti adhesivos. Las sustancias antiputrefacción o los hipocloritos son antiadhesivos, pero son tóxicos en el medio oral, no hay compuestos hoy en día con estas características. Y finalmente la fluorización.

## 2.6. Cirugía dental

Observando informaciones publicadas en la obra de Raspall<sup>26</sup>(2006) se reflexiona que:

Es preciso obtener una imagen radiográfica de cualquier diente tributario de extracción para obtener información sobre: Relaciones con los dientes vecinos, erupcionados o no, que pueden lesionarse durante la exodoncia

Situación respecto a estructuras vecinas importantes como el agujero mentoniano, el canal dentario o el seno maxilar, que pueden sentar la indicación de una técnica de colgajo o el evitar un curetaje agresivo.

Morfología de las raíces. Indica el número, curvatura y orientación de las raíces que, según el caso, pueden hacer necesaria una extracción quirúrgica en lugar de la normal con fórceps. La presencia de caries, reabsorción interna o el tratamiento endodóntico facilitan la fractura de las raíces durante la extracción.

Hueso circundante. Aporta información sobre la densidad y grado de mineralización. Un hueso de densidad disminuida informará sobre una extracción más sencilla y una densidad elevada traducirá una anquilosis o hiper cementosis que dificultará la extracción- la presencia de radiotransparencias apicales, granulomas o quistes exige su eliminación en el mismo acto quirúrgico. (p. 71)

### Diagnostico

Investigando el artículo de Ramírez, Pérez y colaboradores<sup>27</sup>(2010) se puede decir que:

---

<sup>25</sup> Morantes, S. (2006). Revisión de la literatura y perspectiva actual. Avances en Periodoncia e Implantología Oral Antisépticos orales. Madrid

<sup>26</sup>Raspall, G. (2006). Cirugía Oral e Implantología. (2º ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

<sup>27</sup>Ramírez, F., Pérez, B. y Sánchez, C. (2010) Causas más frecuentes de extracción dental en la población derechohabiente de una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Artículo de Investigación. Revista ADM. Volumen LXVII – Número 1. Consultado el 26 de junio, 2015. En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od101e.pdf>

“Entre las principales causas de extracción de órganos dentales se encuentran las lesiones periapicales crónicas, los restos radiculares, dientes retenidos y quistes radiculares” (p. 22).

#### 2.6.1. Control de signos vitales: Presión arterial.

“Para realizar dicho procedimiento se requirió en primer lugar valorar la presión sanguínea arterial mediante el uso de un tensiómetro antes y después del tratamiento previniendo cualquier alteración cardíaca ya que el paciente presenta ictus”.

#### 2.6.2. Anestesia.

Se procede la aplicación de anestesia empleando la técnica troncular, que como indica el sitio web, en la Revista Estomatol Herediana de Proaño de Casalino y Guillén Galarza<sup>28</sup>(2005)

La técnica anestésica para el bloqueo mandibular forma parte de la práctica clínica cotidiana y es uno de los procedimientos realizados con mayor frecuencia por parte del cirujano-dentista; se bloquea al nervio dentario inferior que recoge la sensibilidad de una hemiarcada dentaria, labio, encía y hueso alveolar, mediante una técnica anestésica tradicional que fuera aplicada por primera vez por William Halstead en 1884. La técnica troncular convencional directa (TCD) consiste en la aplicación del líquido anestésico directamente sobre el nervio dentario inferior antes de su ingreso al foramen mandibular, usando referencias intraorales. La jeringa y la aguja parten en línea recta de la comisura bucal opuesta sobre los premolares y se dirigen al punto donde está ubicado el dedo índice (uña), atravesando mucosa y el músculo buccinador. (p. 30)

---

<sup>28</sup>Proaño, D. y Guillén G., M. (2005) Comparación de las técnicas anestésicas de bloqueo mandibular troncular convencional directa y Gow-Gates en exodoncia de molares mandibulares. Revista Estomatol Herediana. Volumen 15 – Número 1. Consultado el 15 de junio, 2015. En: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/1970/1971>

### 2.6.3. Exodoncia propiamente dicha.

Estudiando la información publicada en la obra de Raspall<sup>29</sup>(2006) se expone que:

Técnica cerrada. Sin levantar colgajo ni hacer osteotomía vestibular. Se realiza con la ayuda de diversos elevadores rectos o angulados que se aplican por el espacio interarticular previa eliminación del tabique óseo. Se han comercializado diferentes fórceps para recuperar raíces. En ocasiones puede ser útil una lima de endodoncia que insertada en el conducto radicular puede hacer suficiente presa para desplazar y extraer el fragmento de raíz. También se pueden utilizar excavadores de dentina para hacer palanca en el espacio periodontal. (p. 92)

Indagando en el artículo de Palma y Sánchez<sup>30</sup>(2013) se puede decir que:

“Los botadores en S, se utilizan principalmente para la extracción de restos radiculares, en ambas arcadas, y permiten la extracción de terceros molares impactados en el maxilar superior” (p. 381).

### 2.6.4 Curetaje del alvéolo.

Considerando la información publicada en la obra de Raspall<sup>31</sup>(2006) se cita que:

Sólo se recurre a esta maniobra si: Existen restos evidentes de restauraciones o fragmentos dentales en el alvéolo. La radiografía periapical muestra la presencia de una lesión apical que no ha salido adherida al ápice dentario. En su lugar se recurre al desbridamiento de la herida por medio de una irrigación profusa del alvéolo y aspiración. Si se realizaron curetajes indiscriminados se eliminan innecesariamente restos de coágulos y tejido periodontal que faciliten la curación del alvéolo. Compresión alveolar: Se realiza una compresión digital por la tabla

---

<sup>29</sup>Raspall, G. (2006). Cirugía Oral e Implantología. (2° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

<sup>30</sup>Palma, A. y Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica (2° ed.). Reino de España. Editorial Paraninfo, S.A.

<sup>31</sup>Raspall, G. (2006). Cirugía Oral e Implantología. (2° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

lingual y vestibular para devolver el hueso a su situación habitual después de haberse dilatado con la luxación dentaria. Se practica también un masaje de las encías que facilita su adaptación al hueso subyacente y estimula su circulación, que puede estar comprometida por el efecto vasoconstrictor de la anestesia. (p. 85)

### **2.6.5 Hemostasia.**

Analizando la obra de Raspall<sup>32</sup>(2006) se manifiesta que:

Tras suturar el alvéolo, la hemostasia se consigue colocando un gasa en el espacio que ocupaba la pieza dentaria. Al entrar en oclusión se realiza una presión vertical sobre el alvéolo que facilita ésta. Debe mantenerse esta presión al menos 20-30 min. La gasa estará ligeramente humedecida en el centro para evitar que se adhiera al coágulo y que éste se elimine al retirarla. Existe un rezumado sanguíneo normal durante las primeras 24 h. (pp. 85,86)

### **2.6.6 Indicaciones postextracción. Analgésicos.**

Examinando en el libro de Raspall (2006) s Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2010).

Puede decir que:

“Generalmente se recurre al grupo de antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno, diclofenaco y dexketoprofeno) y combinaciones con opiáceos (codeína). Es aconsejable utilizar una pauta analgésica en que dos tipos de calmantes se alternen” (p. 86).

Examinando la información publicada en la obra de Raspall<sup>33</sup>(2006) se entiende que:

---

<sup>32</sup>Raspall, G. (2007). Cirugía oral e implantología (2da ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=CNzIos2loHAC&pg=PA63&dq=exodoncias+siples&hl=es&sa=X&ei=VnQtVezPIYOvNvuVgOgC&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=exodoncias%20siples&f=false>

<sup>33</sup>Raspall, G. (2007). Cirugía oral e Implantología (2da ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=CNzIos2loHAC&pg=PA63&dq=exodoncias+siples&hl=es&sa=X&ei>



Lidocaína: Produce una anestesia más rápida, intensa y duradera que una concentración igual de procaína. Entre sus efectos adversos figuran los trastornos del ritmo cardíaco, la somnolencia y los mareos. También se utiliza como agente antiarrítmico parenteral. Dosis máxima recomendada: 300 mg (500 mg con adrenalina). (p. 21)

Observando informaciones publicadas en el sitio web de Sillet y colaboradores<sup>34</sup>(2009) refieren que:

El objetivo de la antibiòticoterapia profiláctica en cirugía es evitar la proliferación bacteriana a fin de disminuir el riesgo de infección postoperatoria. El uso racional de los medicamentos requiere un diagnóstico correcto, un conocimiento adecuado de la enfermedad, la selección correcta del fármaco y el diseño de una pauta de administración que consiga la máxima eficacia con el mínimo riesgo para el paciente. (p. 2)

Razonando la información publicada en el sitio web Scielo, un artículo de Romero y colaboradores<sup>35</sup>(2006) se sabe que:

Se hace cada vez más hincapié en la importancia de la prevención del dolor y la inflamación como estrategia, mediante la administración preoperatoria de fármacos que, junto con la medicación postoperatoria clásica permite combatir de manera más eficaz los síntomas postquirúrgicos. (p. 206)

---

<sup>34</sup>Sillet, M., Orellana, A.y Salazar, E. (2009) ¿Es realmente necesaria la antibiòticoterapia profiláctica en la cirugía del tercer molar?. Acta Odontológica Venezolana. Volumen 47 – Número 3.Consultado el 10 de julio, 2015. En: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art9.asp>.

<sup>35</sup>Romero, M., Herrero, M.y Torres, D. (2006) Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica. una aproximación racional. Scielo. RCOE. Volumen 11 – Número 2. Consultado el 28 de junio, 2015. En: [http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v11n2/205\\_215.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v11n2/205_215.pdf).

## 2.7 Operatoria Dental.

### 2.7.1 Tejidos dentarios

Observando la información contenida en la obra Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S.<sup>36</sup> (2013), podemos citar que:

Esmalte. Es el situado externamente en la corona, siendo el tejido más duro del organismo.

Dentina. Tejido duro más abundante, situado debajo del esmalte, en la corona, y del cemento en la raíz.

Cemento. Tejido mineralizado que recubre la dentina en la porción radicular del diente. Su espesor es mínimo en el cuello y las fulcras, y aumento a medida que se dirige hacia

Examinando la información publicada en la obra de la Fuente Hernández y colaboradores<sup>37</sup> (2014) se puede referir que:

Los estilos de vida que afectan a la salud general, como el hábito al tabaco, la ingesta excesiva de alcohol, las prácticas higiénicas y el alto consumo de carbohidratos, también afectan la salud bucal y craneofacial. Entre los factores de riesgo se encuentran defectos congénitos, cáncer bucal y faríngeo, enfermedad periodontal, caries y candidiasis, entre otros problemas de salud bucal.

Observando la información publicada en la obra de Negroni<sup>38</sup> (2009) se puede transmitir que:

La etiopatogenia de la caries propuesta por W. Miller en 1982; El factor más importante en la patogenia de la enfermedad era la capacidad de gran número de

---

<sup>36</sup> Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S. (2013). *Técnicas de ayuda Oodontológica y Estomatológica* (2 ed.). Madrid, Reino de España: Paraninfo

<sup>37</sup> De la Fuente, J., Sifuentes, M. y Nieto, M. (2014). Promoción y educación para la salud en odontología. Estados Unidos Mexicanos. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

<sup>38</sup> Negroni, M. (2009). Microbiología estomatológica. Fundamentos y guía práctica. (2° ed.). República de Argentina. Editorial Médica Panamericana.

bacterias bucales de producir ácidos a partir de los hidratos de carbono de la dieta, hipótesis que sustentó experimentalmente al aislar varios grupos de microorganismos bucales que eran cariogénicos. (p.247)

Investigando en la obra de Nitigando Malagón y colaboradores<sup>39</sup>(2003) se puede citar que:

“La caries dental es una enfermedad donde se presenta desmineralización de la parte inorgánica y destrucción de la sustancia orgánica” (p. 44).

Observando la información publicada en la obra de Nocchi<sup>40</sup>(2007) se puede conocer que:

Ante esta nueva línea de procedimiento en odontología restauradora entendemos que habrá que cuestionar la comunicación de los principios de preparación cavitaria de Black de principios del siglo XX, principalmente en relación con la clasificación de las cavidades sugeridas por el mismo autor presentado a continuación.

Cavidad de clase I: cavidades preparadas en regiones de pequeños surcos y fisuras, en la cara oclusal de premolares y molares, 2/3 oclusales de la cara vestibular de molares y cara palatina de incisivos superiores; ocasionalmente en la cara palatina de los molares superiores.

Cavidad de clase II: cavidades preparadas en las caras proximales de premolares y molares.

Cavidad de clase III: cavidades preparadas en las caras proximales de incisivos y caninos sin remoción del ángulo incisal.

Cavidad de clase IV: cavidades preparadas en las caras proximales de incisivos y caninos con remoción y restauración del ángulo incisal.

Cavidad de clase V: cavidades preparadas en el tercio gingival de las caras vestibular y palatina de todos los dientes. (p. 8)

### 2.7.2 Selección del color.

Indagando informaciones publicadas en la obra de Barrancos<sup>41</sup>(2006) se entiende que:

Pese a los numerosos textos y artículos escritos sobre la selección del color, éste sigue siendo un acto operatorio altamente empírico e intuitivo. Los dientes deben estar húmedos. Es conveniente llevar a cabo la selección bajo dos fuentes de luz

---

<sup>39</sup>Malagón L., G., Malagón B., O., Amador, E. y Arango, J. (2003). Urgencias Odontológicas. (3° ed.). República de Colombia. Editorial Médica Panamericana.

<sup>40</sup>Nocchi, C. (2007). Odontología Restauradora Salud y Estética. (2° ed.). República Federativa de Brasil. Editorial Médica Panamericana.

<sup>41</sup>Barrancos, J. y Barrancos, P. (2006). Operatoria dental: integración clínica. (4° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

diferentes, la de la habitación y la natural, por ejemplo. No es conveniente usar el reflector bucal, salvo que esté preparado especialmente para la selección de color, porque su luz es muy intensa y amarillenta. Se debe seleccionar un color para el cuello, uno para el cuerpo y uno incisal, si el diente posee esas características. Lo mismo se hará si hay líneas, manchas o pigmentaciones que se desee reproducir. (p. 1113)

### 2.7.3 Apertura de la cavidad.

Investigando informaciones publicadas en la obra de Barrancos<sup>42</sup>(2006) se manifiesta que:

El uso principal de la fresa redonda consiste en la remoción de tejidos deficientes semiduros o blandos (dentina cariada), para lo cual debe emplearse el tamaño más grande que la cavidad permita y la velocidad convencional. También se las utiliza para eliminar obturaciones temporarias y cementos y para limpiar las paredes cavitarias. (p. 135)

Extirpación de tejidos cariados.

### 2.7.4 Conformación de la cavidad.

Analizando en el artículo de Nocchi<sup>43</sup>(2007) que:

Cavidad de clase I: cavidades preparadas en regiones de pequeños surcos y fisuras, en la cara oclusal de premolares y molares, 2/3 oclusales de la cara vestibular de molares y cara palatina de incisivos superiores; ocasionalmente en la cara palatina de los molares superiores. (p. 8)

### 2.7.5 Aislamiento del campo operatorio.

Examinando informaciones publicadas en la obra de Palma Cárdenas y colaboradores<sup>44</sup>(2007) se plantea que:

Aislamiento relativo: Debido a que su capacidad de aislamiento se limita a retirar la saliva del campo operatorio, se le denomina “aislamiento relativo”, y se realiza con materiales absorbentes como torundas de algodón o discos de papel o celulosa. Se utilizan en procedimientos dentales que no requieren un campo absolutamente

---

<sup>42</sup>Idem.

<sup>43</sup>Nocchi, C. (2007). Odontología Restauradora Salud y Estética. (2° ed.). República Federativa de Brasil. Editorial Médica Panamericana.

<sup>44</sup>Palma C., A. y Sánchez A., F. (2007). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. (1° ed.). Reino de España. Editorial Paraninfo.

seco, como el sellado de fosas y fisuras o el tallado para prótesis. Su aplicación es sencilla y se realiza colocando vestibular y/o lingualmente torundas o rollos de algodón, bien directamente mediante una pinza y ayudándose con un espejo para retraer los tejidos blandos o con ayuda de portarrollos que ayudan a mantener los algodones en su posición. También se pueden colocar discos de celulosa. En la arcada superior se disponen en la cara vestibular, y cuando se trabaja en sectores posteriores a nivel de la desembocadura del conducto de Stenon. En la arcada inferior se disponen en vestibular y lingual. Se retiran cuando pierden su capacidad de absorción (están empapados), y para su retirada, en ocasiones, es preciso humedecer la zona con la jeringa de agua, para evitar dañar la mucosa. Se suelen utilizar junto con aspiración mediante cánulas. (p. 323)

#### 2.7.6 Colocación de ácido grabador.

Observando informaciones publicadas en la obra de Cuenca Sala y Baca García<sup>45</sup>(2013) se puede exponer que:

“La técnica de grabado con ácido fosfórico al 35-37% durante 20 s seguida de lavado y secado continúa siendo la técnica de elección” (p. 174).

#### 2.7.7 Colocación de Bonding.

Razonando las informaciones publicadas en la obra de Nocchi<sup>46</sup>(2007) puede conocer Que:

“El sistema adhesivo debe ser aplicado y fotopolimerizado de acuerdo con la instrucciones del fabricante” (p. 293).

#### 2.7.8. Colocación de resina.

Examinando las informaciones publicadas en la obra de Barrancos<sup>47</sup>(2006) se señala que:

---

<sup>45</sup>Cuenca S., E. y Baca G., P. (2013). Odontología preventiva y comunitaria. (4° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier España, S.L.

<sup>46</sup>Nocchi, C. (2007). Odontología Restauradora Salud y Estética. (2° ed.). República Federativa de Brasil. Editorial Médica Panamericana.

Hay que tener en cuenta que la configuración cavitaria está directamente relacionada con la adaptación interfásica de los sistemas resinosos y que el rango de adaptación obtenido es inversamente proporcional al número de paredes de la cavidad. El espesor de capa de resina influye en forma directa en la adaptación del material a las paredes cavitarias y, según estudios, las capas de 1 mm de espesor son las que dieron mejores resultados de adaptación cavitaria. Se debe llenar la preparación en varias veces, con capas que no excedan los 2 mm de espesor, y se endurece cada porción insertada. Durante las maniobras de inserción y adaptación del composite, es conveniente reducir la intensidad del foco luminoso para evitar el endurecimiento prematuro del material. (p. 904)

### 2.7.9 Control de oclusión.

Considerando las informaciones publicadas en la obra de Barrancos<sup>48</sup>(2006) se puede sugerir que:

“En los puntos donde la presión masticatoria es muy alta, el film de articular se verá perforado y su color se verá más intenso en el punto de oclusión. En contactos leves ocurre lo contrario. La superficie clara con forma de punto es el contacto oclusal verdadero” (p. 913).

### 2.7.10 Pulido y brillo de la superficie restaurada.

Investigando las informaciones publicadas en la obra de Barrancos(2006)<sup>49</sup> se sabe que:

Siempre se deben usar fresas y discos nuevos y piedras de diamante que se hayan limpiado con una piedra limpiadora para eliminar los restos que puedan haber quedado en ellas. Las fresas y las piedras de diamante viejas empastadas con restos pueden bruñir la superficie de la restauración, la cual más adelante podría crear una capa de residuos en la superficie. Esta capa es débil y no muy resistente al desgaste. (p. 90)

---

<sup>47</sup>Barrancos, J. y Barrancos, P. (2006). Operatoria dental: integración clínica. (4° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

<sup>49</sup>Barrancos, J. y Barrancos, P. (2006). Operatoria dental: integración clínica. (4° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

## **2.8 Endodoncia.**

### **2.8.1 Diagnóstico.**

Indagando en la publicación Boraks<sup>50</sup>(2004) se puede referenciar que:

Una vez obtenidos los signos y los síntomas a través de la semiotecnia, procedemos a la interpretación de los datos, mostrándose en un cuadro clínico, perfilándose características clínicas que, a través de la propedéutica, permiten estudiar todos los aspectos de la sintomatología presentados por el paciente obtenido como diagnóstico definitivo absceso periapical crónico. Este a su vez está compuesto única y exclusivamente por los recursos clínicos, necesita la confirmación segura y objetiva, a través de exámenes complementarios realizados en laboratorios especializados, con la función de ofrecer elementos sustanciales e informaciones precisas para confirmar el diagnóstico final, el cual una vez establecido exige fundamentalmente el estudio del pronóstico antes del inicio del tratamiento. (p. 6)

### **2.8.2. Radiografías.**

Analizando la información publicada en la obra de Barrancos<sup>51</sup>(2006) se entiende que: “El examen principal del examen radiográfico periapical, utilizando una u otra técnica, es el de proporcionar una visión de conjunto de las estructuras componentes del órgano dentario y la región periapical” (p. 105).

### **2.8.3 Anestesia.**

Examinando la información publicada en la obra de Soares y Goldberg<sup>52</sup>(2002) se puede manifestar que:

En el tratamiento de los dientes con pulpa viva, una anestesia correcta y cuidadosa es fundamental para proporcionar confort al paciente y tranquilidad al profesional.

---

<sup>50</sup>Boraks, S. (2004). Diagnóstico Bucal. República Federativa de Brasil. Editorial Artes Médicas Latinoamérica.

<sup>51</sup>Barrancos, J. y Barrancos, P. (2006). Operatoria dental: integración clínica. (4° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

<sup>52</sup>Soares, I. y Goldberg, F. (2002). Endodoncia: técnica y fundamentos. (1° ed.). República Argentina. Editorial Médica Panamericana.

En la gran mayoría de los casos, con anestésicos regionales por bloqueo o infiltrativas se obtiene el “silencio” operatorio deseado. Antes de la anestesia es aconsejable realizar la antisepsia de la región a anestésicar y aplicar un anestésico tópico. Es recomendable aguardar el tiempo suficiente para obtener la anestesia profunda del diente en tratamiento. No siempre el relato del paciente acerca de los primeros síntomas de anestesia en la región asegura la desensibilización necesaria para el inicio de la cirugía endodóntica. Es conveniente obrar con cautela. (p. 11)

#### 2.8.4 Aislamiento con dique de goma.

Estudiando un artículo de Soares y Goldberg<sup>53</sup>(2002) se puede decir que:

El aislamiento absoluto a través del dique de goma permite el mantenimiento de las condiciones de asepsia y facilita los procedimientos de antisepsia. Del mismo modo, el aislamiento absoluto mejora la visibilidad y se constituye en una protección inigualada para evitar la deglución o la aspiración de instrumentos o de productos químicos utilizados durante el tratamiento endodóntico. (p. 13)

#### 2.8.5 Acceso al grupo de los incisivos, apertura coronaria. Punto de elección.

Considerando la obra de Soares y Goldberg<sup>54</sup>(2002) se puede referenciar que:

“El punto de elección identifica el lugar donde debe iniciarse la apertura; en los incisivos está localizado en la cara palatina o lingual, aproximadamente a 2 mm del cingulum, en dirección al borde incisal” (pp. 35,36)

#### 2.8.6 Limpieza de la cámara pulpar.

Observando el artículo de Soares y Goldberg<sup>55</sup>(2002) se puede conocer que:

---

<sup>53</sup>Soares, I., & Goldberg, F. (2002). *Endodoncia: técnica y fundamentos*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.

<sup>54</sup>Soares, I., & Goldberg, F. (2002). *Endodoncia: técnica y fundamentos*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.

<sup>55</sup>Idem.



“Una vez concluida la apertura coronaria, el uso de curetas de tamaño adecuado promoverá la remoción del contenido de la cámara pulpar, dejando libre el acceso a la entrada del conducto radicular” (p. 38).

### **2.8.7 Localización y preparación de la entrada del conducto radicular.**

Analizando la información publicada en la obra de Soares y Goldberg<sup>56</sup>(2002) se conoce que:

En los dientes unirradiculares, el conducto continúa a la cámara y por esa razón, su localización casi siempre es muy fácil.

Un instrumento (escariador o lima K # 10 o 15) introducido contra la pared vestibular localizará un conducto; si el mango se inclina hacia lingual es posible que otro instrumento, que ingrese en dirección lingual, localice un segundo conducto. Si el primer instrumento queda en el centro del diente es poco probable que haya dos conductos. (p. 39)

### **2.8.8. Instrumentación.**

Considerando la información publicada en la obra de Bergenholtz y colaboradores<sup>57</sup>(2011) se puede exponer que:

Manipulación de la lima: movimientos de limado y ensanchado.

La acción de limado es especialmente ideal con la lima Hedström. Remueve dentina de la pared del conducto radicular cuando el instrumento está insertado a una longitud dada y luego se presiona contra las paredes del conducto al mismo tiempo conforme se retira coronalmente. Esta acción se lleva a cabo y se reasume con cierta amplitud.

El movimiento de empujar-jalar es también posible con las limas K pero debe restringirse al tamaño 15 (o menor) ya que puede causar daños iatrogénicos si es raspado con instrumentos más grandes. (pp. 183,184)

---

<sup>56</sup>Idem.

<sup>57</sup>Bergenholtz, G., Horsted, P. y Reit, C. (2001). Endodoncia. (2° ed.). Estados Unidos Mexicanos. Editorial El Manual Moderno.

### 2.8.9. Obturación de conductos.

Indagando la información publicada en el sitio web de Hilú<sup>58</sup> (2009) refieren que:

Una terapia endodóntica exitosa requiere la obturación completa del sistema de conductos con biomateriales no irritantes ya que la mayoría de las fallas son causadas por un sellado incompleto del conducto radicular. Por lo tanto es necesario utilizar materiales y técnicas de obturación capaces de producir una barrera lo más hermética posible entre el sistema de conductos y los tejidos perirradiculares. (p. 134)

### 2.8.10 Verificación radiográfica de la condensación.

Estudiando la publicación de (Flores, 2004)<sup>59</sup> se puede conocer que:

Tomamos una radiografía para ver si nuestra condensación fue correcta a la que llamaremos prueba de obturación o prueba de condensación. Corte del excedente de gutapercha. Con el instrumento mortenson cortaremos el excedente de gutapercha calentándolo de un extremo e inmediatamente cortar el ramillete de gutapercha de una sola intención. Tomar radiografía final. (Flores, 2004, pág. 35)

### 2.8.11 Indicaciones posoperatorias

Considerando el texto de (Flores, 2004)<sup>60</sup> se concluye:

Es muy importante hacerle saber al paciente que la restauración definitiva deberá ser colocada lo más pronto posible para evitar la recontaminación del conducto. De preferencia esta restauración deberá ser colocada en un lapso de una semana. En caso de considerarlo necesario, se le administrarán al paciente analgésicos para disminuir alguna molestia posoperatoria. De preferencia algún AINES. También en caso de considerarse necesario, se le indicarán al paciente antibióticos. Consultar con el profesor de clínica para determinar qué tipo de antibiótico es el más apropiado para el caso que se

---

<sup>58</sup>Hilú, R. (2009) El éxito en endodoncia. Volumen 27 – Número 3. Consultado el 20 de junio, 2015. En: <http://www.medlinedental.es/pdf-doc/ENDO/v27-3-7.pdf>.

<sup>59</sup> Flores, S. (2004). Manual de prácticas. endodoncia clínica. Universidad Autónoma De Ciudad Juárez, Instituto de Ciencias Biomedicas, Ciudad Juarez. Obtenido de [http://www.odonto.unam.mx/pdfs/manual\\_de\\_endodoncia3.pdf](http://www.odonto.unam.mx/pdfs/manual_de_endodoncia3.pdf)

<sup>60</sup> Flores, S. (2004). Manual de prácticas. endodoncia clínica. Universidad Autónoma De Ciudad Juárez, Instituto de Ciencias Biomedicas, Ciudad Juarez. Obtenido de [http://www.odonto.unam.mx/pdfs/manual\\_de\\_endodoncia3.pdf](http://www.odonto.unam.mx/pdfs/manual_de_endodoncia3.pdf)

esté tratando. De esta manera queda concluido nuestro tratamiento endodóntico. (Flores, 2004, pág. 36)

## **2.9 Prótesis parcial removible.**

Investigando informaciones publicadas en el sitio web de la Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia de Giraldo<sup>61</sup>(2008) se puede reflexionar que:

Una prótesis dental parcial removible debe estar diseñada de tal manera que pueda ser convenientemente retirada de la boca y reinsertada por el mismo paciente. A pesar de que este tipo de prótesis puede tener desventajas; el bajo costo y el poco tiempo requerido para su confección, determinarán que se siga utilizando, ya que puede ofrecer una alternativa de tratamiento para muchos pacientes. (p. 1)

Diagnóstico.

Observando informaciones publicadas en la obra de Mallat Desplats y Mallat<sup>62</sup>(2004) se puede exponer que:

Clase I de Kennedy: Pertenecen a ella los pacientes que presentan dos extremos libres con permanencia del grupo anterior de dientes. La prótesis que llevará será dentomucosoportada, es decir, que se apoyará tanto en los dientes como en la mucosa. Las subclases se denominarán según el número de espacios libres, en modificación I, II, III y IV. (p. 2)

### **2.9.1. Toma de impresión con alginato.**

Investigando en la obra de Rosenstiel y colaboradores<sup>63</sup>(2008) se exponer que:

---

<sup>61</sup>Giraldo, O. (2008) Cómo evitar fracasos en prótesis dental parcial removible. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. Volúmen 19 – Número 2. Consultado el 28 de mayo, 2015. En: file:///C:/Users/pc/Downloads/2231-7120-1-PB.pdf.

<sup>62</sup>Mallat D., E. y Mallat C., S. (2004). Prótesis parcial removible y sobredentaduras. (1° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier España, S.A.

<sup>63</sup>Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2008). Prótesis Fija Contemporánea (4° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier.

Para obtener unos resultados óptimos los dientes tienen que estar limpios, por lo que la boca se debe enjuagar cuidadosamente. Es necesario que las superficies estén secas, pero no tanto como para que el alginato se quede pegado. El material se debe mezclar hasta que adquiera una consistencia homogénea, posteriormente se carga en la cubeta y se alisa con los dedos enguantados y humedecidos. Una pérdida de la adherencia del material (gelificación) indica que el material ha empezado a fraguar. La cubeta se debe retirar rápidamente 2 o 3 minutos después de la pérdida de adherencia. Si durante el fraguado del material movemos la cubeta, o al retirarla realizamos demasiados vaivenes, es posible producir una distorsión en la impresión como consecuencia del flujo viscoso. Una vez retirada de la boca, la impresión se debe enjuagar y desinfectar, a continuación se seca ligeramente con un chorro de aire y finalmente se vacía de inmediato. (p. 44)

### 2.9.2. Vaciado de los modelos.

Investigando las informaciones publicadas en la obra de Rosenstiel y colaboradores<sup>64</sup>(2008) se cita que:

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

### 2.9.3 Registro de mordida.

Considerando informaciones publicadas en la obra de Rosenstiel y colaboradores<sup>65</sup>(2008) se puede entender que:

El registro de relación céntrica sirve para orientar los dientes mandibulares con respecto a los maxilares en RC durante la posición de bisagra terminal, en los que la apertura y el cierre se realizan según un movimiento rotacional puro. La relación céntrica se define como aquella relación maxilomandibular en la cual los cóndilos

---

<sup>64</sup>Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2008). Prótesis Fija Contemporánea (4° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier.

<sup>65</sup>Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2008). Prótesis Fija Contemporánea (4° ed.). Reino de España. Editorial Elsevier.

están articulando en la porción avascular más delgada de sus respectivos discos, con el conjunto cóndilo-disco en la posición más anterosuperior de la eminencia articular. Esta posición es independiente de los contactos dentarios. (p. 55)

#### 2.9.4 Prueba de los dientes artificiales en cera.

Analizando la obra de Rendón<sup>72</sup> (2004) conoce que:

Es indispensable probar la prótesis con los dientes articulados en cera con el objeto de evaluar la oclusión y la estética, y poder realizar cualquier alteración que se considere necesaria. En los casos en que se van a sustituir dientes anteriores se debe verificar el tamaño, color y posición de los dientes. Además es importante indagar en este momento si el paciente esa de acuerdo con el aspecto estético que ofrecen los dientes. (p. 108)

#### 2.9.5 Colocación de la prótesis.

Analizando la obra de Car, McGivney y Brown<sup>73</sup> (2006) se puede citar que:

Para asegurar el uso apropiado de los dientes naturales restantes, la prótesis debe asentar completamente en la arcada. Las zonas que suelen requerir ajustes para asegurar un completo ajuste, incluyen las extensiones interproximales, las regiones donde los ganchos emergen a la base de resina acrílica, las concavidades para adaptarse al tejido (en labial por extracción reciente o en la zona lingual/retromilohioidea), y cualquier porción de la prótesis situada por debajo de la altura del contorno, especialmente si están opuestas bilateralmente. Una vez asentada la prótesis, es importante comprobar que no se aplica presión excesiva a la región gingival la función natural impuesta por los dientes. En los casos típicos, la prótesis no debe ser la fuente única de contactos oclusales. En tales situaciones, las fuerzas funcionales se concentran en la unión entre la resina acrílica y el diente; en consecuencia, es probable que se produzca un cambio de orientación que permita el movimiento hacia el tejido, cambie la oclusión y aumente el contacto con los tejidos blandos. (pp. 394, 395)

## 2.9.6 Recomendaciones postoperatorias

Investigando en la página web de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia<sup>66</sup> (2008) se puede conocer que:

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. 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).

Indagando en el artículo de Giraldo<sup>67</sup> (2008) se puede referenciar que:

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. 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).

---

<sup>66</sup>Olga Giraldo. (2008). *Como evitar fracasos en protesis 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>.

<sup>67</sup>Olga Giraldo. (2008). *Como evitar fracasos en protesis 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>

## **CAPÍTULO III.**

### **3. Marco Metodológico.**

#### **3.1. Modalidad de trabajo.**

Sistematización práctica.

#### **3.2. Métodos:**

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

Se explicó a la paciente en que consiste el estudio y los tratamientos a realizar y que será incluida solo si accede de forma voluntaria, expresado a través de la firma de un acta de consentimiento informado. Para la realización o evaluación de la paciente se trabajó con un periodo de tiempo de tres meses Julio agosto y septiembre del presente año 2015.

La intervención operatoria contó con un espacio disponible en las clínicas odontológicas de la universidad. Los tratamientos realizados siguieron un protocolo de trabajo.

### 3.3. Protocolos

Odontograma (Anexo 4)

Inspección visual.

Observación clínica Intraoral y extraoral. (Anexo 5)

Inspección táctil. (Anexo 6)

Palpación.

Percusión.

Auscultación.

Exámenes Complementarios. (Anexo 7)

Hemática.

Pruebas de coagulación.

Exploración radiográfica. (Anexo 9)

Radiografía Panorámica.

Radiografías periapicales.

Bioseguridad (Anexo 10)

Procedimientos para realizar la profilaxis. (Anexo 11)

Exploración dental superior e inferior **Imagen N°18 y 19**

Sondaje **Imagen N°21**

Remoción de placa bacteriana y detartraje. **Imagen N°22**

Cepillado mecánico profesional. Y Fluorización con cubetas. **Imagen N°23**

Procedimientos para realizar la cirugía. (Anexo 12)

Anamnesis. **Imagen N° 24**

Toma de los signos vitales. **Imagen N° 26**



Anestesia. **ImagenN° 27**

Para los maxilares se utilizará técnica infiltrativa sin vaso constrictor

Por vestibular y lingual.

Sindesmotomía. **ImagenN° 28**

Luxación. **ImagenN° 29**

Exodoncia propiamente dicha. **ImagenN° 30**

Curetaje del alveolo. **ImagenN° 31**

Irrigación con suero fisiológico.

Regulación de interferencias óseas.

Protección de tablas.

Colocación de gasa para el control de la hemorragia.

Recomendaciones para el postoperatorio.

#### Procedimientos para realizar operatorias. (Anexo 14)

Anestesia en caso que lo requiera.

Aislamiento absoluto del campo operatorio. **ImagenN°: 47**

Preparación cavitaria, limpieza y desinfección. **ImagenN° 48 y 49**

Protección dentinopulpar.

Grabado ácido por 20 segundos. **ImagenN° 52**

Lavado de la cavidad por 20 segundos. **ImagenN° 50**

Secado de la cavidad.

Aplicación del sistema adhesivo. **ImagenN° 53**

Fotocurado del sistema adhesivo. **ImagenN° 55**

Colocación de resina fotopolimerizable capa por capa. **ImagenN° 54**

Control de la oclusión. **ImagenN° 56**

Pulido de la restauración. **ImagenN° 57**

Procedimientos para realizar un tratamiento de conducto. (Anexo 13)

Anamnesis o diagnóstico de la patología pulpar. **ImagenN° 32**

Toma radiográfica inicial.

Anestesia sin vaso constrictor **ImagenN° 33**

Aislamiento absoluto del campo operatorio. **ImagenN° 34**

Apertura para la entrada al conducto. Por palatino. **ImagenN° 35**

Localización del conducto.

Toma radiográfica con lima 15. Conductometría. **ImagenN° 36**

Instrumentación. **ImagenN° 37 a la 42**

Irrigación del conducto con. Suero fisiológico o hipoclorito de sodio. **ImagenN° 43**

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. **ImagenN° 46**

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.

Procedimientos para la realización de la prótesis acrílica superior y cromo cobalto inferior parciales removibles. (Anexo 15 y 16)

Toma de impresión con alginato. **ImagenN° 58 y 63**

Elaboración de modelos de estudio preliminares. **ImagenN° 59 y 64**

Registro de mordida. y prueba de la armazón metálica **ImagenN° 60**

Prueba de los dientes en cera de ambas protesis **ImagenN° 61 y 67**

Adaptación de la placa acrílica parcial removible. **ImagenN° 62 y 68**

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

### **3.4. Marco Administrativo:**

#### 3.4.1. Recursos.

Humanos:

Autora.

Tutora.

Tecnológicos:

Computadora.

Impresora.

CD.

Cámara fotográfica.

Internet.

Materiales para la realización de la sistematización práctica:

Hojas de papel.

Lápiz bicolor.

Bolígrafos.

Borradores.

#### 3.4.2 Materiales odontológicos.

Materiales para diagnóstico:

Guantes.

Mascarillas.

Campos operatorios.

Radiografías.

Materiales para profilaxis:

Pasta profiláctica.

Clorhexidina al 2%.

Materiales para cirugía:

Anestésicos con vasoconstrictor.

Agujas: cortas y largas.

Anestésico tópico.

Hemostático en esponja

Materiales para operatoria;

Resinas fotocurado.

Liner o ionomero de vidrio.

Bonding.

Ácido ortofosfórico.

Tiras de acetato.

Papel articular.

Materiales para endodoncia:

Hidróxido de calcio químicamente puro.

Hipoclorito de sodio.

Conos de papel.

Conos de gutapercha.

Pasta para condensar los conductos Selapex.

Liner o ionomero de vidrio.

Materiales para prótesis parcial removible:

Material de impresión:

Alginato y spedex

Yeso.

Cera.

Rodete de cera.

### 3.4.3. Económicos.

La presente investigación ha tenido un costo de \$639.75. Se detallará el presupuesto en un cuadro.

### **3.5 Ética.**

A la persona que intervino en este estudio, se le consultó su participación voluntaria, se le informó en qué consiste el trabajo que se realizará, se le hizo firmar un documento de consentimiento de su participación. Además se llevaron a cabo las normas de bioseguridad en todos los procedimientos realizados en la rehabilitación integral de la paciente, para así evitar contaminaciones futuras entre paciente y operador. Todos los instrumentos utilizados eran de uso exclusivo del paciente y los materiales descartables fueron depositados en los recipientes respectivos.

### **3.6. Presupuesto.**

(Ver Anexo 1)

### **3.7. Cronograma.**

Ver anexo 2)

## **CAPÍTULO IV.**

### **4. Análisis e interpretación de los resultados.**

La Rehabilitación Oral se puede describir como satisfactoria para la paciente, debido a que se logró rehabilitar completamente su cavidad bucal abarcando la mayor parte de especialidades odontológicas; teniendo en cuenta que la paciente presentaba mucha inconformidad con su apariencia dentaria, la cual fue resuelta con dicha rehabilitación oral integral.

Al analizar los diversos tratamientos que se llevaron a cabo se puede señalar que finalizada la periodoncia las encías se encontraron saludables, es decir, de un color rosado coral normal sin presencia de placa bacteriana ni cálculo dental.

Las restauraciones realizadas en las diferentes piezas dentales, se encontraron sin puntos altos de contacto y sin sobreobtusión. Las piezas dentarias que presentaron patologías pulpares, recibieron tratamiento de conductos vitales.

Se observó además que mejoró la estética de la paciente con la elaboración de Restauraciones con resina, pos tratamiento endodóntica, y además se le devolvió una mejor función masticatoria en el sector anterior una agradable estética.

Mediante la eliminación de focos infecciosos como la de los restos radiculares se observaron zonas cicatrizadas en estas regiones de la cavidad bucal.

Al examinar los espacios edentulos ya existentes y las piezas extraídas se observó una buena reabsorción de los tejidos en la mandíbula logrando así una adecuada adaptación de las prótesis parciales removibles de acrílico superior e inferior.

El resultado más satisfactorio que se logró con esta rehabilitación oral integral devolviendo las funciones de la cavidad bucal.



## ANEXOS.

### Anexo 1.- Presupuesto

MATERIALES	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO.	PRECIO TOTAL.
Guantes.	1 caja	8	8
Mascarillas.	1 caja	5	5
Campos operatorios.	20 paquetes.	1	20
Gorros plásticos.	20 gorros.	1	20
Caja de radiografías.	1 caja	30	30
Caja de diques de goma.	1 caja	14	14
Cepillo profiláctica.	5	0,25	1.25
Kit de Resinas de fotocurado.	1 kit.	80	80
Líquidos revelador y fijador.	2	2,5	5
Anestésicos con vasoconstrictor.	15	0,5	7.5
Agujas cortas y largas.	<b>15</b>	<b>0,5</b>	<b>7.5</b>
Succionadores.	20	0,15	3
Suero fisiológico.	1	3	3
Hipoclorito de sodio.	1	4	4
Clorhexidina al 2%.	1	5	5
Conos de papel.	1 caja	7	7
Conos de gutapercha.	1 caja	7	7
Juego de limas K.	1 caja	7	7
Juego de espaciadores.	1 caja	7	7
Alcohol.	1	2	2
Cemento para coronas	1	30	30
Pasta Selapex.	1	28	28
Dientes acrílicos.	1	1,7	1.7
Hidróxido de calcio.	1	6	6
Lijas interdetales.	1	3,5	3.5
Alginato.	1	7	7
Material pesado Speedex.	1	30	30
Yeso piedra.	2 fundas.	1,5	3
Gasas.	1 paquete	5	5
Algodones.	3 rollos	0,5	1.5
Coronas de Metal-Porcelana.	3	35	105
Prótesis Parcial Removible.	2	20	40
Hilo retractor.	1	8	8
Agujas Navitive.	2	3,00 c/u.	6
Fresas.	6	1,50 c/u.	9
Coltosol	1	10	10
Acrílico líquido y polvo	3	0,6	1.8
Radiografía Panorámica.	1	15	15
Impresiones	100	0,5	5

Hojas de papel	1 resma	4	4
Anillados.	3	1	3
Viáticos del paciente.	1	20	20
Viáticos personales.	1	50	50
Subtotal			<b>635.75</b>
Imprevistos.		10%	63.57
Total.			699.32

**Anexo 2.- Cronograma.**




**CRONOGRAMA DE TITULACIÓN  
PERIODO MARZO-AGOSTO 2015**

Semana	Fecha	Número de Horas			
		Tutorías Metodológicas	Praxis Profesional	Tutoría Personalizada	Actividades
1	16-17 Abril 2015	5			Talleres presenciales
2	20-24 Abril 2015	10			Talleres presenciales
3	27-30 Abril 2015	10			Talleres presenciales
4	4-8 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
5	11-15 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
6	18-22 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
7	25-29 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
8	1-5 Junio 2015	10			Talleres presenciales
9	8-12 Junio 2015	10			Talleres presenciales
10	15-19 Junio 2015	10			Talleres presenciales
11	22-26 Junio 2015	10			Talleres presenciales
12	29 Junio- 3 Julio 2015	10			Talleres presenciales
13	6-10 Julio 2015	5	5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
14	13-17 Julio 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
15	20-24 Julio 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
16	27-31		5	10	Talleres presenciales

	julio 2015				Trabajo con paciente en clínicas integrales
17	3-7 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
18	10-14 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
19	17-21 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
20	24-27 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
21	31 agosto- 4 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
22	7-11 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
23	14-18 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
24	21-25 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
25	28 sept. - 2 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
26	5-8 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
27	12-16 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
28	19-23 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
29	26-30 octubre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
30	9-13 noviembre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
31	16-20 noviembre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
32	23-27 noviembre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
<b>TOTAL DE HORAS</b>		120	80	200	

### Anexo 3-. Consentimiento informado del paciente.

  
**UNIVERSIDAD  
SAN GREGORIO**  
DE PORTOVIJO  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDA AL PACIENTES DE  
SISTEMATIZACIÓN DE LA PRÁCTICA DE HELLEN CEDEÑO ARTEAGA

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, el abajo firmante.

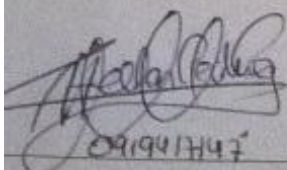


JÓSE MANUEL MEDRANDA VALENCIA con ID: 130134166-3 Con residencia en la cdlla Comercio calle España y Venecia. Acepto formar parte en esta sistematización de la práctica previo a la obtención del título de odontóloga.

Me ha informado exhaustivamente acerca del objetivo de este procedimiento, que consiste en la rehabilitación oral de mi dentadura, mediante, profilaxis, extracciones dentales, endodoncias, operatorias, prótesis fijas o removibles y cualquier tratamiento odontológico requerido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas a la Sra. Hellen Cedeño encargada de mi rehabilitación acerca de todos los aspectos del mismo con los que estoy de acuerdo que se me realicen. Después de consultarla, accedo a cooperar con los tratamientos odontológicos propuestos.


*Estoy de acuerdo que mis datos clínicos médicos y odontológicos, que se deriven de esta para su conocimiento, estoy al tanto de la aplicación de técnicas y maniobras odontológicas que implican mi rehabilitación oral, como la aplicación de anestesia local para extracciones dentarias y endodoncias por lo que consiento la aplicación de estos.*

*Autorizo a la Sra. Hellen Cedeño a realizarme este procedimiento clínico necesarios para mi rehabilitación oral estando al tanto de mis antecedentes médicos y odontológicos bajo mi responsabilidad firmo con huella debido a mi discapacidad motora. Y por último no menos importante. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada directamente por los representantes de las autoridades Universitarias.*

Nombre y firma de ambas partes:

<p>Firma de la tratante</p>  <p>091941747</p> <p>en Cedeño Arteaga</p>	<p>Firma del paciente</p>  <p>José Manuel Medranda valencia</p> <p>Testigo: Letty Ponce Vel Espino</p> 
---	---

Anexo 4-. Historia clínica 033.


**Universidad San Gregorio de Portoviejo**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

NOMBRE: Jose Nolasco APELLIDO: Melendez Abanco SEXO: M EDAD: 67  
 N.º SISTEMA CLÍNICA: \_\_\_\_\_


**1. MOTIVO DE CONSULTA**  
Quiero hacerme los dientes

**2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL**  
 \_\_\_\_\_

**3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**  
NO hay antecedentes

**4. SIGNOS VITALES**  
 T: 36.5 P: 72 F: 118

**5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOONÁTICO**  
En posición espontánea

**6. ODONTOGRAMA**  


**7. INDICADORES DE SALUD BUCAL**  

INDICADOR DE SALUD BUCAL				SALUD BUCAL		SALUD BUCAL	
INDICADOR	PLACA	GLANGULAS	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
1	2	1	1	1	1	1	1
2	2	1	1	1	1	1	1
3	2	1	1	1	1	1	1
4	2	1	1	1	1	1	1
5	2	1	1	1	1	1	1
6	2	1	1	1	1	1	1
7	2	1	1	1	1	1	1
8	2	1	1	1	1	1	1
9	2	1	1	1	1	1	1
10	2	1	1	1	1	1	1
11	2	1	1	1	1	1	1
12	2	1	1	1	1	1	1
13	2	1	1	1	1	1	1
14	2	1	1	1	1	1	1
15	2	1	1	1	1	1	1
16	2	1	1	1	1	1	1
17	2	1	1	1	1	1	1
18	2	1	1	1	1	1	1
19	2	1	1	1	1	1	1
20	2	1	1	1	1	1	1
21	2	1	1	1	1	1	1
22	2	1	1	1	1	1	1
23	2	1	1	1	1	1	1
24	2	1	1	1	1	1	1
25	2	1	1	1	1	1	1
26	2	1	1	1	1	1	1
27	2	1	1	1	1	1	1
28	2	1	1	1	1	1	1
29	2	1	1	1	1	1	1
30	2	1	1	1	1	1	1
31	2	1	1	1	1	1	1
32	2	1	1	1	1	1	1
33	2	1	1	1	1	1	1
34	2	1	1	1	1	1	1
35	2	1	1	1	1	1	1
36	2	1	1	1	1	1	1
37	2	1	1	1	1	1	1
38	2	1	1	1	1	1	1
39	2	1	1	1	1	1	1
40	2	1	1	1	1	1	1
41	2	1	1	1	1	1	1
42	2	1	1	1	1	1	1
43	2	1	1	1	1	1	1
44	2	1	1	1	1	1	1
45	2	1	1	1	1	1	1
46	2	1	1	1	1	1	1
47	2	1	1	1	1	1	1
48	2	1	1	1	1	1	1
49	2	1	1	1	1	1	1
50	2	1	1	1	1	1	1

**8. INDICES CPD-68**  

INDICE	INDICE	INDICE	INDICE	TOTAL
1	1	1	1	3
2	1	1	1	3
3	1	1	1	3
4	1	1	1	3
5	1	1	1	3
6	1	1	1	3
7	1	1	1	3
8	1	1	1	3
9	1	1	1	3
10	1	1	1	3
11	1	1	1	3
12	1	1	1	3
13	1	1	1	3
14	1	1	1	3
15	1	1	1	3
16	1	1	1	3
17	1	1	1	3
18	1	1	1	3
19	1	1	1	3
20	1	1	1	3
21	1	1	1	3
22	1	1	1	3
23	1	1	1	3
24	1	1	1	3
25	1	1	1	3
26	1	1	1	3
27	1	1	1	3
28	1	1	1	3
29	1	1	1	3
30	1	1	1	3
31	1	1	1	3
32	1	1	1	3
33	1	1	1	3
34	1	1	1	3
35	1	1	1	3
36	1	1	1	3
37	1	1	1	3
38	1	1	1	3
39	1	1	1	3
40	1	1	1	3
41	1	1	1	3
42	1	1	1	3
43	1	1	1	3
44	1	1	1	3
45	1	1	1	3
46	1	1	1	3
47	1	1	1	3
48	1	1	1	3
49	1	1	1	3
50	1	1	1	3

**9. SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA**  
 U: UNDA (Upper Jaw)    L: LINFOMA (Lymphoma)    S: SANGRE (Blood)  
 M: MUCOSA (Mucosa)    T: TUMOR (Tumor)    P: PULPA (Pulp)  
 A: ANGIO (Angio)    C: CARIES (Caries)    R: RESINA (Resin)  
 F: FURTO (Furto)    D: DENTIN (Dentin)    B: BILIBI (Bilibi)  
 G: GUMI (Gumi)    E: EMBL (Embl)    H: HEM (Hem)

ODONTOLOGÍA (1)

**Imagen N°1:** Ficha clínica realizada al paciente utilizado para realizar la rehabilitación. Realizada por la autora de la tesina. pág. 53

**Anexo 5.- Examen extraoral e Intraoral.**

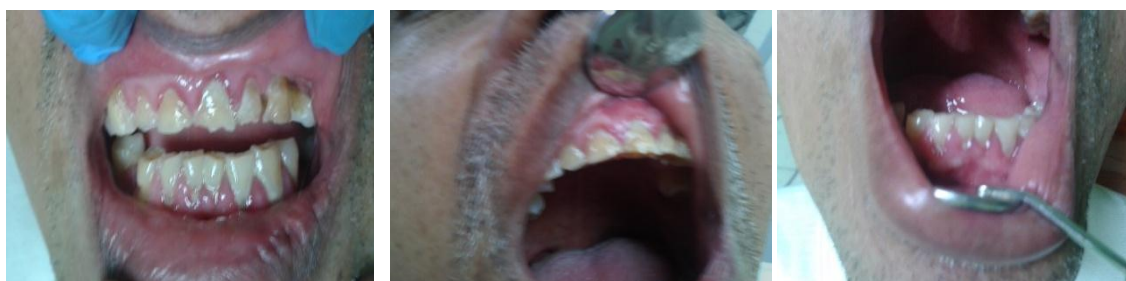


*Imagen N°2: vista izquierda*

*Imagen N°3: vista frontal  
derecha*

*Imagen N°4: vista*

*Imagen N°2-3-4:* Fotos de examen Extraoral realizado al paciente utilizado para realizar la rehabilitación. Realizada



por la autora de la tesis.

pág. 53.

*Imagen N°5: inspección  
de los tejidos duro*

*Imagen N°6: inspección de  
inspección de  
los tejidos bandos superior*

*Imagen N°7:  
los tejidos inferior*

*Imagen N°5-6-7:* Fotos de examen Intraoral realizado al paciente utilizado para realizar la rehabilitación. Realizada por la autora de la tesina. pág. 54

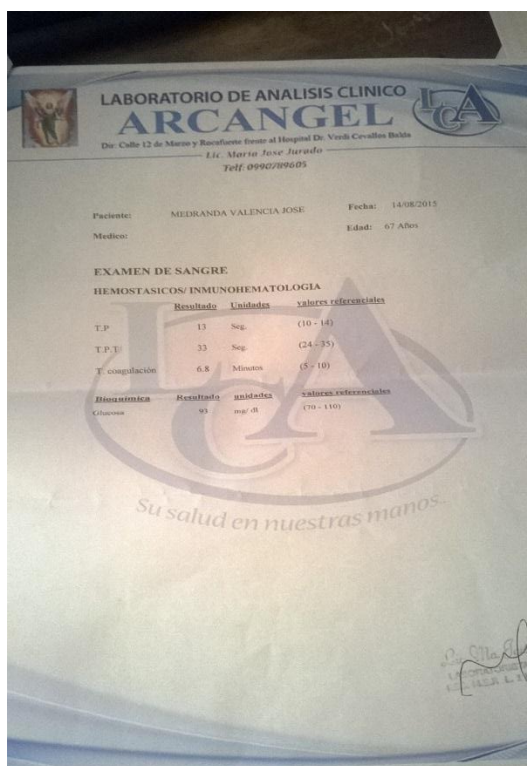
## Anexo 6.- Odontograma



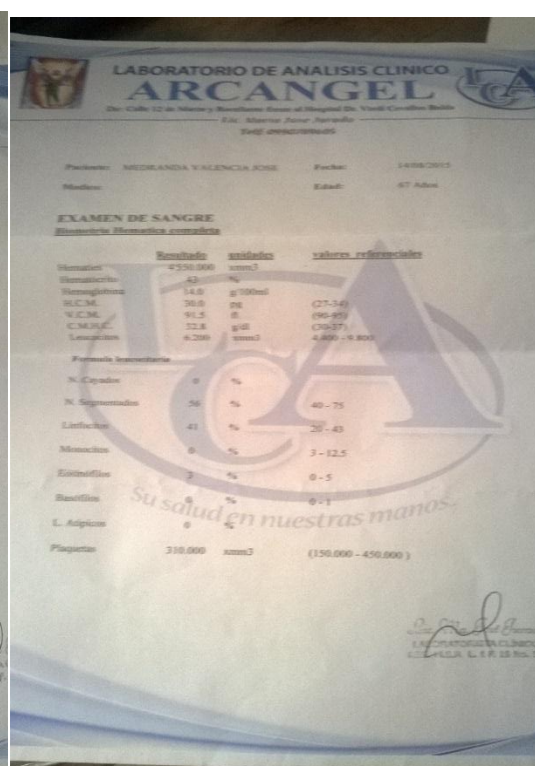
**Imagen N°8:** Odontograma realizado al paciente utilizado para realizar la rehabilitación. Realizada por la autora de la tesina. pág. 55



**Anexo 7.- Exámenes de laboratorio y electrocardiograma.**

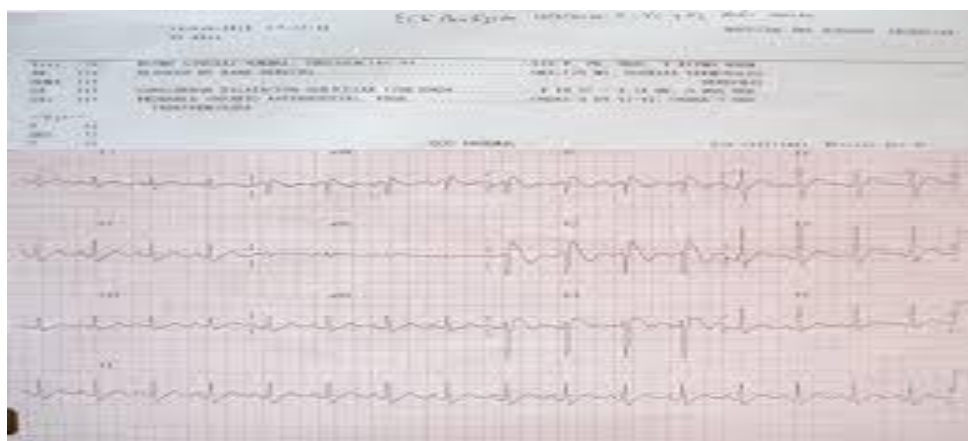


**Imagen N°9: inmunohematología**



**Imagen N°10: biograma.**

**Imagen N°9-10:** Foto de Exámenes de Laboratorio realizado al paciente utilizado para realizar la rehabilitación. Realizada por la autora de la tesina. pág. 55



**Imagen N°11:** Foto del Electrocardiograma realizado al paciente utilizado para realizar La rehabilitación. Realizada por la autora de la tesina. pág. 56

## Anexo 8.- Conocimiento de médico tratante.

Portoviejo 24 de agosto del 2015

### CERTIFICADO

Doctora:  
Dalila Muñoz Rodríguez  
Directora del subcentro de salud Tamarindos-California.

Expreso mi consentimiento por este medio;

El paciente José Manuel Medranda Valencia, con ID: 130134166-3 y N° de historia clínica 16606, fue atendido en centro de salud en el cual mediante una valoración clínica se observó un paciente con cierto grado de discapacidad motora, como secuela de un accidente cerebro-vascular hace 4 años, el cual no ha sido controlado, por lo que se emitió una orden de referencia al cardiólogo para llevar control y un electrocardiograma y ecografía, adjunto a esto el paciente acudió a la consulta con exámenes de laboratorios; una biometría hemática completa, hemostática y inmunohematológica con valores dentro de los rangos normales realizado en el presente mes, actualmente presenta signos vitales estables, una presión arterial y glucosa normal.

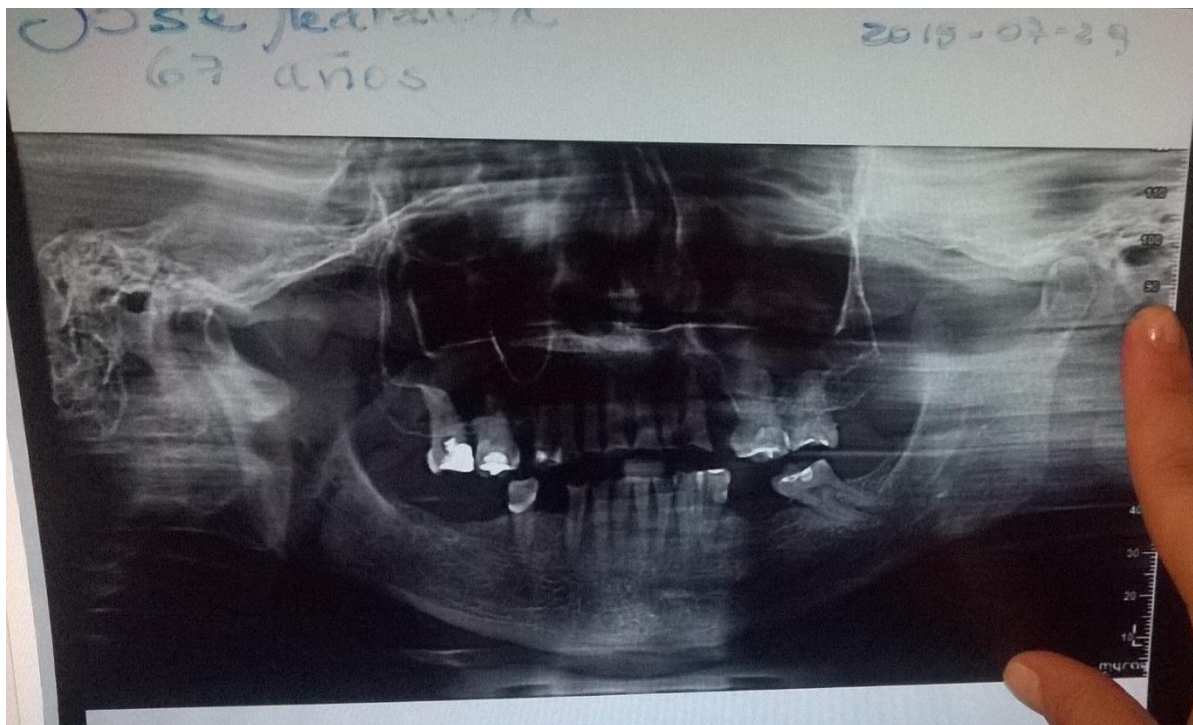
Por lo cual otorgo a la interna de odontología Hellen Cedeño Arteaga para que realice cualquier tratamiento odontológico requerido, ya que el paciente ha sido medicado para recibir intervención odontológica, bajo el cuidado y custodio de un profesional del área de odontología.

Atentamente;

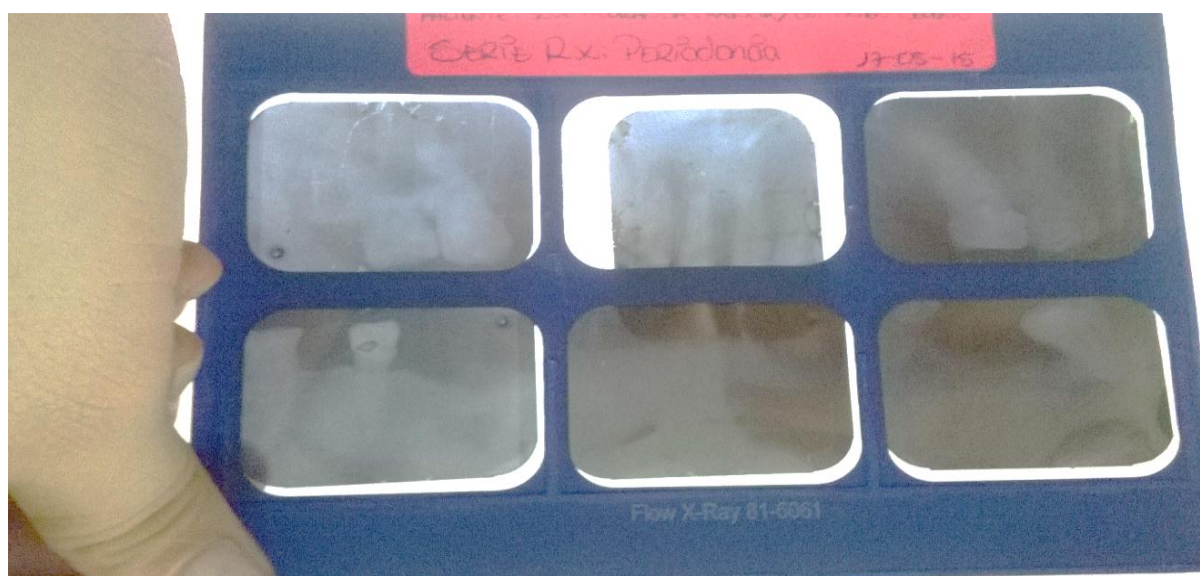
SUBCENTRO DE SALUD  
OS TAMARINDOS CALIFORNIA  
ÁREA N° 1  
PORTOVIEJO - MANABÍ

**Imagen N°12:** Foto del consentimiento del médico tratante del paciente utilizado para realizar la rehabilitación. Realizada por la autora de la tesina. pág. 57

**Anexo 9.- Radiografía panorámica y serie de Rx periapicales.**



**Imagen N°13:** Foto de la radiografía panorámica realizada al paciente utilizado para realizar la rehabilitación. Realizada por la autora de la tesis. pág. 58



**Imagen N°14:** Fotos de las radiografías periapicales realizadas al paciente utilizado para realizar la rehabilitación. Realizada por la autora de la tesis. pág. 58

## **Anexo 10.- Bioseguridad**



***Imagen N°15: unidad de trabajo Imagen N°16: instrumental Imagen N°17: desecho del material corto-punzante.***



***Imagen N°15-16-17: Fotos de la bioseguridad realizadas al momento de tratar al paciente utilizado para realizar la rehabilitación. Realizada por la autora de la tesina. pág. 59***

## Anexo 11- Protocolo de periodoncia



*Imagen N°18: exploración dental superior*



*Imagen N°19 exploración*



*dental inferior*



*Imagen N°20 exploración dental lingual*



*Imagen N°21: sondaje*



*imagen N°23:*

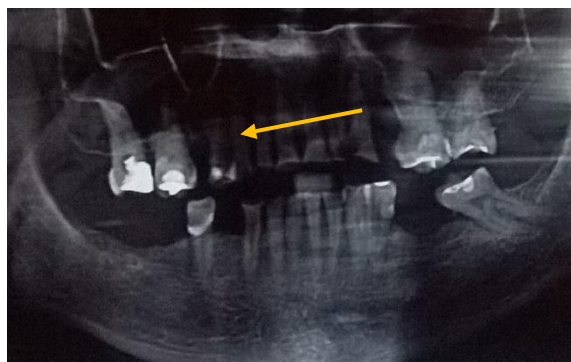
*Imagen N°22: destartraje  
limpieza*

*Imagen N°18-19-20-21-22*Fotos del protocolo de periodoncia realizado al paciente utilizado para realizar la rehabilitación. Realizada por la autora de la tesina. pág. 60

## Anexo 12.- Protocolo de cirugía



Imagen N° 24: Evaluación clínica



ImagenN° 25: Evaluación radiografica



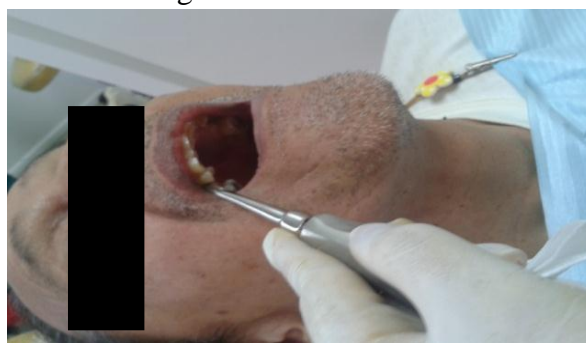
ImagenN° 26: Control de signos vitales.



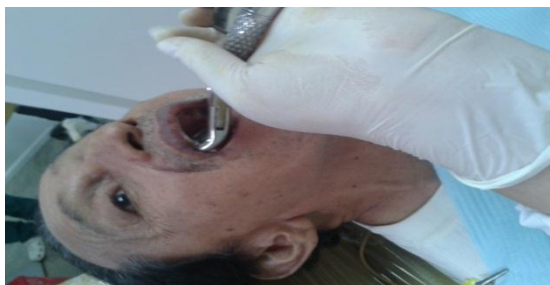
ImagenN° 27: Anestesia.



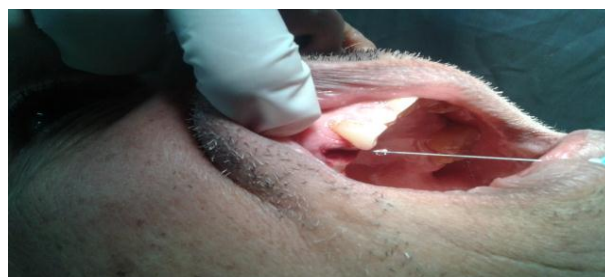
28: Sindesmotomía.



ImagenN° 29: Luxación



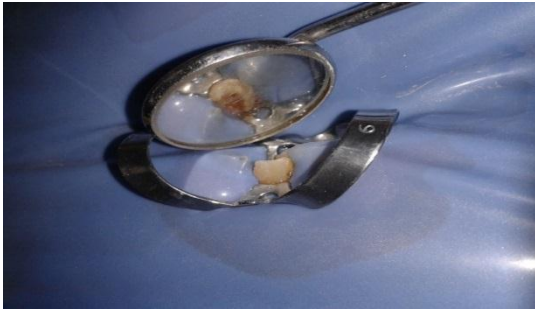
ImagenN° 30: Tracción



ImagenN° 31: Lavado y Curetaje del alvéol

**Las Imágenes N° 24 a 31.** Fotos del protocolo de cirugía realizado al paciente utilizado para realizar la rehabilitación. Realizada por la autora de la tesina. pág. 61

**Anexo 13.- Protocolo de endodoncia**



ImagenN° 32: Exploración clínica



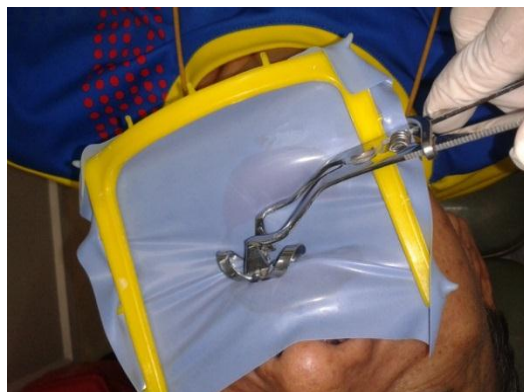
ImagenN° 33: Anestesia



ImagenN° 34:Aislamiento



ImagenN° 35:Aperturas de acceso.



ImagenN° 36:Rx de la instrumentación.



ImagenN° 37: instrumentacion lima 15

ImagenN° 38: instrumentacion lima 20



ImagenN° 39: instrumentacion lima 25

ImagenN° 40: instrumentacion lima 15



ImagenN° 41: instrumentacion lima 35

ImagenN° 42: instrumentacion lima 40



ImagenN° 43: Irrigación.





ImagenN° 44: Medicación



ImagenN° 45: condensacion



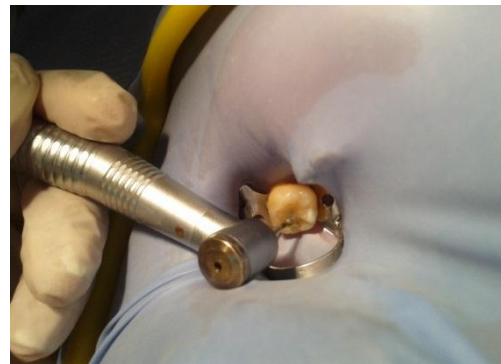
ImagenN° 46: Obturación de conductos.

***Las Imágenes N° 32 a 46.*** Fotos del protocolo de endodoncia realizado al paciente utilizado para realizar la rehabilitación. Realizada por la autora de la tesina. pág. 62, 63, 64.

## Anexo 14.- Protocolo de operatoria



ImagenN°: 47 aslamiento



ImagenN° 48: Apertura.



ImagenN° 49: conformacion



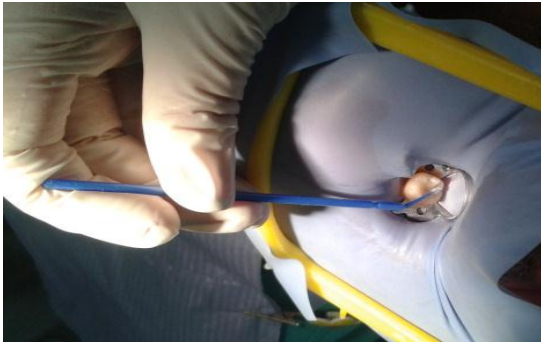
ImagenN° 50: Protección pulpar



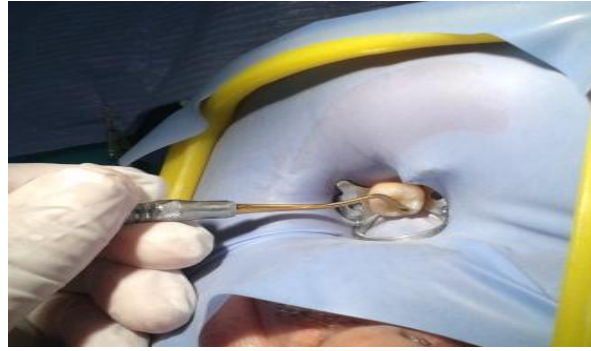
ImagenN° 51: Terminación de paredes.



ImagenN° 52: ácido grabador.



ImagenN° 53: Colocación deBonding.



ImagenN° 54: Colocación de resina.



ImagenN° 55: fotopilimerizacion



ImagenN° 56: Control de oclusión



ImagenN° 57: Pulido y brillo.

**Imagen N° 47 a la 57:** Fotos del protocolo de operatoria realizado al paciente utilizado para realizar la rehabilitación. Realizada por la autora de la tesina. pág. 65 y 66.

## Anexo 15.- Tratamiento prótesis removible acrílica



ImagenN° 58: Toma de impresión



ImagenN° 59: Modelos de estudio



ImagenN° 60: Registro de mordida



ImagenN° 61: Prueba de enfilado



ImagenN° 62: Entrega de la prótesis

**Imagen N° 58 a la 62.** Fotos del protocolo para elaborar una prótesis realizada al paciente utilizado para realizar la rehabilitación. Realizada por la autora de la tesina. pág. 67

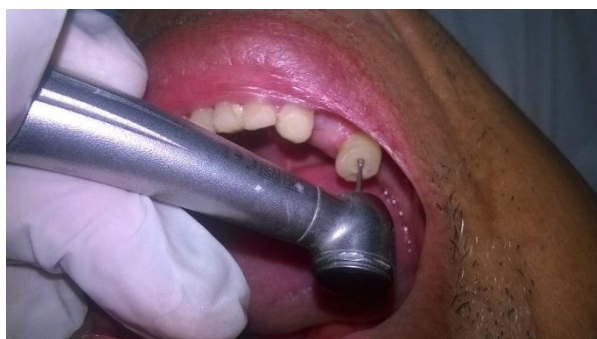
## Anexo 16.- Protocolo de prótesis removible de cromo cobalto



ImagenN° 63: Toma de impresión 1.



ImagenN° 64: Diseño de la prótesis



ImagenN° 65: Preparación dentaria.



ImagenN° 66: impresión definitiva.



ImagenN° 67: Prueba de metal.



ImagenN° 68: entrega de prótesis

**Imagen N° 63 a la 68:** Fotos del protocolo para elaborar una prótesis cromo cobalto realizado al paciente utilizado para realizar la rehabilitación. Realizada por la autora de la tesina. pág. 68

**Anexo 17.- resultados**



Imagen N° 69: Antes



Imagen N° 70: Después

***Imagen N°69-70:*** Fotos del antes y después de los procedimientos realizada al paciente utilizado para realizar la rehabilitación. Realizada por la autora de la tesina. Pág.69

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez , M., Peña, J., & González , I. (Agosto-Septiembre de 2003). Características generales y propiedades de las cerámicas sin metal. 8(5), 526.
- Ascension Palma Cárdenas, F. S. (2010). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica* (1era ed.). Madrid: Paraninfo. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=90EysT6jCBwC&pg=PA305&dq=finalidad+de+la+protesis+parcial+removible&hl=es&sa=X&ei=YyovVYviKM3dsATN9oHoBg&ved=0CCgQ6AEwAg#v=onepage&q=finalidad%20de%20la%20protesis%20parcial%20removible&f=false>
- Barrancos, B. M. (2006). *Operatoria Dental - Integración Clínica* (4ta ed.). Buenos Aires: Panamericana. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=zDFxeYR8QWwC&printsec=frontcover&dq=julio+barrancos&hl=es&sa=X&ei=XSotVaKINobBwSUmoKIDw&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=julio%20barrancos&f=false>
- Bergenholtz, G., Horsted-Bindslev, P., & Reit, C. (2011). *Endodoncia* (Segunda ed.). Estados Unidos Mexicanos: El Manual Moderno.
- Boraks, S. (2004). *Diagnóstico Bucal*. Sao Paulo, Brasil: Artes Médicas Latinoamérica.
- Botero, P., Pedroza, A., Natalia, V., Ortiz, A., Calao, E., & Barbosa, D. (2007). *Manual para realización de historia clínica odontológica del escolar*. Medellín, República de Colombia.
- Carr, A., McGivney, G., & Brown, D. (2006). *Protesis Parcial Removible* (11 ed.). Elsevier España.
- Carranza. (2010). *Periodontología Clínica*. Estados Unidos de México: Elsevier.

- Castella, E. (Abril-Junio de 2003). Raspado y alisado radicular en áreas de difícil acceso. *Periodoncia para el higienista dental*, 13(2), 1-2.
- Chein, S., Benavente, L., Campodónico, C., & Vidal, R. (2013). El perfil de salud-enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima urbana 2012. 29.
- Chiche, G., & Pinault, A. (2002). *Prótesis fija estética en dientes anteriores*. (E. España, Ed.)
- Cuenca Sala, E., & Baca García, P. (2013). *Odontología preventiva y comunitaria*. (E. H. Sciences, Ed.)
- Cuniberti de Roosi, N. E., & Rossi, G. (2009). *Lesiones cervicales no cariosas: la lesion del futuro* (1era ed.). Buenos Aires: Medica Pnamericana.
- Dale, A. (2002). *Odontologia Estetica: Una aproximacion clinica a las técnicas y los materiales*. (2a. ed.). España: Elsevier . Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=0S-GeZwbBegC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Daniel Torres Lagares, M. A. (2005). Alveolitis seca. Actualización de conceptos. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 10, 77-85. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/medicor/v10n1/11.pdf>
- Davenport, J., Basker, R., Heath, J., & Ralph, J. (1992). *Atlas en color de Protesis Parcial Removable* (1era. ed.). España: Labor.
- de la Fuente Hernández, J., Sifuentes, M., & Nieto, M. (2014). *Promoción y educación para la salud en odontología*. El Manual Moderno.
- Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2010). *Periodoncia* (Sexta ed.). (E. España, Ed.)



- Enrile de Rojas, F., & Fuenmayor Fernández, V. (2009). *Manual de Higiene bucal*. Buenos Aires: Medica Panamericana. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books?id=\\_\\_8Xco483NgC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=__8Xco483NgC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false)
- Enrile de Rojas, F., & Fuenmayor Fernández, V. (2009). *Manual de Higiene Bucal*. Médica Panamericana.
- Esa Cabrera & colaboradores. (Marzo de 2006). Recurrencia del ictus cerebrovascular isquémico y su relación con algunos factores de riesgo. *Scielo*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_artte](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_artte)
- Espinosa Tejena Nitza de las Mercedes, E. H. (2014). Tratamiento con electromagnetopuntura en la alveolitis seca: Fundamentación teórica. Metodología. Eficacia. En EAE (Ed.), *Tratamiento con electromagnetopuntura en la alveolitis seca: Fundamentación teórica. Metodología. Eficacia* (pág. 80). Obtenido de [https://books.google.com.ec/books?id=kGGLoAEACAAJ&dq=alveolitis+seca&hl=es&sa=X&ei=gPMnVcmgK4LAggTo2oG4Bw&redir\\_esc=y](https://books.google.com.ec/books?id=kGGLoAEACAAJ&dq=alveolitis+seca&hl=es&sa=X&ei=gPMnVcmgK4LAggTo2oG4Bw&redir_esc=y)
- Espinosa, R., Fernández, E., & Kohen, S. (2006). *Estética en odontología Restauradora* (Primera ed.). Madrid.
- F., M. M. (Marzo - Abril de 2006). infecciones cervicofaciales de origen odontogénico. *Revista de la Asociacion Dental Mexicana*, 63(2), 74-79. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2006/od062f.pdf>
- Fernández, E., Bessone, L., & Cabanillas, G. (2011). Restauraciones estéticas de porcelana pura. Sistema Cercon. *Scielo*, 27(5), 232.

- Flores, S. (2004). *Manual de prácticas. Endodoncia clínica*. Universidad Autónoma De Ciudad Juárez, Instituto de Ciencias Biomedicas, Ciudad Juarez. Obtenido de [http://www.odonto.unam.mx/pdfs/manual\\_de\\_endodoncia3.pdf](http://www.odonto.unam.mx/pdfs/manual_de_endodoncia3.pdf)
- Giraldo, O. (2008). Cómo evitar fracasos en prótesis dental parcial removible. *Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 19(2), 1.
- Gómez O. (2007). *Educación para la salud*. San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a distancia.
- Gomez, F. &. (2007). *Fundamento de la odontología*. Bogota.
- Harpenau, L., Kao, R., & Lundergan, W. (2013). *Periodoncia e implantología dental de Hall: Toma de decisiones*. El Manual Moderno.
- Herrera DR, K.-J. C.-V. (2010). Clorhexidina como alternativa para maximizar la longevidad de restauraciones adhesivas. *estomatol Herediana*, 20(2), 78-84. Obtenido de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1763/1783>
- Kenneth M. Hargreaves, S. C. (2011). *Vias de la Pulpa* (Decima ed.). España: ELSEVIER. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books?id=6DKUoWfGonQC&printsec=frontcover&q=tratamiento+de+endodoncia+en+molares&hl=es&sa=X&ei=4dknVYbDBozXgT9oIHYDw&redir\\_esc=y#v=onepage&q=tratamiento%20de%20endodoncia%20en%20molares&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=6DKUoWfGonQC&printsec=frontcover&q=tratamiento+de+endodoncia+en+molares&hl=es&sa=X&ei=4dknVYbDBozXgT9oIHYDw&redir_esc=y#v=onepage&q=tratamiento%20de%20endodoncia%20en%20molares&f=false)

- Lamas Lara & colaboradores. (2012). *Rehabilitacion Integral en Odontologia. Odontologia SanMarquina*, 15(1), 31-34. Obtenido de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012\\_n1/pdf/a09v15n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a09v15n1.pdf)
- Langlais, R. P. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales* (4ta. ed.). Mexico: El manual moderno. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=RXfLCQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Lindhe, J., & Lang, N. (2009). *Periodontologia clinica e implantologia odontologica* (5ta. ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=69zuJ1qspGwC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- LLanio Raimundo. (2003). *Propedeutica y semiologia clinica* (Vol. tomo 1). La Habana, Republica de Cuba: Ciencias medicas . Obtenido de <https://docs.google.com/a/sangregorio.edu.ec/file/d/0B34QzI1hO7WvMm9xMFEteFJkY0E/edit>
- Mallat Desplats, E., & Mallat, S. (2004). *Prótesis parcial removible y sobredentaduras*.
- Marín Manso, G., Fernández Ysla, R., & Masson Barceló, R. (mayo - agosto de 2005). Registro de Mordida. algunas consideraciones. *Revistas Cubana Estomatologica*, 42(2). Obtenido de [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_revista=63&id\\_seccion=773&id\\_ejemplar=3355&id\\_articulo=33390](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=63&id_seccion=773&id_ejemplar=3355&id_articulo=33390)
- Monturiol Varani, A. (2003). *Atlas de Preparaciones en Prótesis Dental Fija* (Primera ed.). San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

- Morantes, S. (2006). Revisión de la literatura y perspectiva actual. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral* Antisépticos orales. Madrid: scielo. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1699-65852006000100004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1699-65852006000100004)
- Naranjo, C. A. (2004). Historia de la periodoncia. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 10, 11., pág. 78. Colombia : Universidad el Bosque Colombia. Obtenido de [http://www.researchgate.net/profile/Camilo\\_Duque/publication/237034530\\_Historia\\_de\\_la\\_periodoncia\\_primeros\\_rasgos\\_de\\_definicion\\_de\\_un\\_espacio\\_social\\_y\\_conceptual\\_y\\_proceso\\_de\\_institucionalizacion\\_en\\_Colombia.\\_parte\\_I.\\_una\\_imagen\\_de\\_la\\_periodoncia../links/00](http://www.researchgate.net/profile/Camilo_Duque/publication/237034530_Historia_de_la_periodoncia_primeros_rasgos_de_definicion_de_un_espacio_social_y_conceptual_y_proceso_de_institucionalizacion_en_Colombia._parte_I._una_imagen_de_la_periodoncia../links/00)
- Negroni, M. (2009). *Microbiología Estomatológica. Fundamentos y guía práctica*. (2a. ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Nocchi Conceição, E. (2008). *Odontología restauradora: salud y estética* (2da ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Norberto, J. B. (2001). Filosofía de tratamiento en la preparación de conductos radiculares. *Med Oral*, 3(3), 138 - 143. Obtenido de [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=175&id\\_seccion=29&id\\_ejemplar=32&id\\_revista=6](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. ed.). Mexico: Manual Moderno.

- Oliveira de Almeida, E., Martins da Silva, E. M., & Falcón Antenucci, R. M. (Julio-Diciembre de 2007). Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes. *Revista Estomatol Herediana*, 17(2), 105.
- Organizacion Mundial de la Salud. (febrero de 2007). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- Otero Cogide, G., Otero Cogide, F., & Otero Cogide, M. (2003). *La Anestesia para el Cirujano Dentista*. Mexico: Prado, S.A. de C.V.
- Palma Cárdenas, A., & Sánchez Aguilera, F. (2007). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. Paraninfo.
- Palma Cárdenas, A., & Sánchez Aguilera, F. (2007). *Técnicas de Ayuda Odontologica y Estomatologica*. (1era. ed.). Madrid: Thomson Paraninfo. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books?id=90EysT6jCBwC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=90EysT6jCBwC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Palma, A., & Sánchez, F. (2013). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica* (Segunda ed.). Madrid, España: Editorial Paraninfo, S.A.
- Pardí, G., Guilarte, C., Cardozo, E., & Briceño, E. (19 de Junio de 2009). Detección de *Enterococcus Faecalis* en dientes con fracaso en el tratamiento endodóntico., 47, pág. 2. Caracas .
- Proaño de Casalino, D., & Guillén Galarza, M. (Enero-Junio de 2005). Comparación de las técnicas anestésicas de bloqueo mandibular troncular convencional directa y Gow-Gates en exodoncia de molares mandibulares. *Revista Estomatol Herediana*, 15(1), 30.
- R. Hilú, F. B. (Julio-Septiembre de 2009). El éxito en endodoncia. 27(3), 134.

- R., O. L. (2008). Como evitar fracasos en protesis dental parcial removible. *Rev. de la facultad de odontologia de la universidad de Antioquia.*, 19(2), 80 - 88. Obtenido de file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/2231-7120-1-PB.pdf
- Ramírez, F., Pérez, B., & Sánchez, C. (Enero-Febrero de 2010). Causas más frecuentes de extracción dental en la población derechohabiente de una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. *ADM*, LXVII(1), 22.
- Ramos Núñez, P. C., & Rosales García, G. (2007). *LACANDONIA*. Obtenido de Limpieza y obturación del sistema de conductos: biopulpectomia, necropulpectomia y tecnica de condensacion lateral modificada.: <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB0QFjAAahUKEwi5pta1sPPGAhWJ1YAKHeR4AAg&url=http%3A%2F%2Fcuid.unicach.mx%2Frevistas%2Findex.php%2Flacandonia%2Farticle%2Fdownload%2F29%2F26&ei=KfuxVfntPImrGwTk8YFA&usg=>
- Raspall, G. (2006). *Cirugía Oral e Implantología* (Segunda ed.). Argentina: Médica Panamericana.
- Raspall, G. (2007). *Cirugia oral e implantologia* (2da ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=CNzIos2loHAC&pg=PA63&dq=exodoncias+simples&hl=es&sa=X&ei=VnQtVezPIYOVNvuVgOgC&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=exodoncias%20simples&f=false>
- Romero, A. (15 de Diciembre de 2002). *Odontologos Ecuador.com*. Obtenido de <http://www.odontologosecuador.com/espanol/artpacientes/amb/pulpitis-dental-aguda.htm>

Romero, M., Herrero, M., & Torres, D. (2006). Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica. una aproximación racional., *11*, pág. 206.

Rosenstiel, L. F. (2009). *Protesis Fija Contemporanea* (4ta ed.). Barcelona: ELSEVIER.

Obtenido de

[https://books.google.com.ec/books?id=tNi4\\_VR1tvIC&printsec=frontcover&dq=coronas+de+metal+porcelana&hl=es&sa=X&ei=bxQvVb-](https://books.google.com.ec/books?id=tNi4_VR1tvIC&printsec=frontcover&dq=coronas+de+metal+porcelana&hl=es&sa=X&ei=bxQvVb-EKuKIsQSM04CICA&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=coronas%20de%20metal%20porcelana&f=false)

[EKuKIsQSM04CICA&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=coronas%20de%20](https://books.google.com.ec/books?id=tNi4_VR1tvIC&printsec=frontcover&dq=coronas+de+metal+porcelana&hl=es&sa=X&ei=bxQvVb-EKuKIsQSM04CICA&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=coronas%20de%20metal%20porcelana&f=false)

[0metal%20porcelana&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=tNi4_VR1tvIC&printsec=frontcover&dq=coronas+de+metal+porcelana&hl=es&sa=X&ei=bxQvVb-EKuKIsQSM04CICA&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=coronas%20de%20metal%20porcelana&f=false)

[0metal%20porcelana&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=tNi4_VR1tvIC&printsec=frontcover&dq=coronas+de+metal+porcelana&hl=es&sa=X&ei=bxQvVb-EKuKIsQSM04CICA&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=coronas%20de%20metal%20porcelana&f=false)

Rosenstiel, S., Land, M., & Fujimoto, J. (2008). *Prótesis Fija Contemporánea* (Cuarta ed.). (Elsevier, Ed.) Barcelona, España.

Ruiz, R., Ma. , M., Herrero , C., Mariano, Torres Lagares, D., & Gutierrez Pérez, J. (mar.

- abr. de 2006). Protocolo de control del dolor y la inflamacion postquirurgica.

Una aproximacion racional. *Scielo*, *11*(2). Obtenido de

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-123x2006000200005&script=sci_arttext)

[123x2006000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-123x2006000200005&script=sci_arttext)

Santos Pantaleón, D., & De León, L. (enero - diciembre de 2005). Nueva técnica simplificada de preparación dental para coronas completas en dientes anteriores.

*Revista Oodntologica Dominicana*, *11*, 39 - 50. Obtenido de

<http://www.bvs.org.do/revistas/rod/2005/11/01/ROD-2005-11-01-039-050.pdf>

Scotti, R., & Ferrari, M. (2004). *Pernos de fibra: bases teóricas y aplicaciones clínicas*.

España: Masson.

Secretaría Nacional de Planificación, y. D. (2013-2017). *Plan nacional del buen vivir*.

Obtenido

de

<http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>

Sergas. (2006). *Tecnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud* (1era. ed., Vol. 2). España : Mad, S.L.

Serrano, J., & Herrera, D. (Julio-Agosto de 2005). La placa dental como biofilm. ¿Cómo eliminarla? *10*(4), 432.

Serreno Cuenca, V. y. (2004). Prevención y mantenimiento en la patología periodontal y periimplantaria Avances en Periodoncia. *16*, pág. 65. Madrid: Scielo. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-65852004000200002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852004000200002&lng=es&nrm=iso). ISSN 1699-6585.

Sillet, M., Orellana, A., & Salazar , E. (2009). ¿Es realmente necesaria la antibióticoterapia profiláctica en la cirugía del tercer molar?, *47*, pág. 2. Caracas.

Soares, I., & Goldberg, F. (2002). *Endodoncia: técnica y fundamentos*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Soares, I., & Goldberg, F. (2003). *Endodoncia: tecnicas y fundamentos*. Buenos Aires: Medica Panamericana.

Taboada Aranza, O., & colaboradores, &. (Octubre de 2000). Prevalencia de caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad / Incidence of dental caries in third age patients. (F. d. Zaragoza., Ed.) *ADM*. Obtenido de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=278327&indexSearch=ID>

Treviño, J. A. (2009). *Cirugia oral y maxilofacial* . Mexico : El Manual Moderno.



- Tripathi, K. D. (2005). *Farmacología en odontología: fundamentos* (1era ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=9631OEbYetUC&pg=PA390&dq=profilaxis+antibiotica+en+odontologia&hl=es&sa=X&ei=GOQtVd-XHsyiNsK8gZAO&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=profilaxis%20antibiotica%20en%20odontologia&f=false>
- Urgencias Odontológicas*. (2003).
- Vargas, C. B. (Septiembre de 2008). Desinfectantes cavitarios y adhesión a dentina. *Odontología Vital*, 9(1), 44-47. Obtenido de <https://my.laureate.net/Faculty/docs/Faculty%20Documents/OdontoFINALRespaldo%209.pdf#page=45>
- Vasquez, A. M. (2011). *Desobstrucción y solventes de gutapercha*. Valparaíso.
- Velázquez Monroy & colaboradores. (2005). Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. 2005. *Scielo*. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-99402007000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-99402007000100005&script=sci_arttext)
- Villafranca, F. d. (2005). *Manual del técnico superior en higiene bucodental*. Sevilla, Reino de España: mad-eduforma.
- Villanueva, J. (2004). *Enfermedad vascular cerebral: factores de riesgo y prevención secundaria*. Madrid, España: Scielo. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0)
- Yúdice, R. R. (2006). *Protesis parcial removible. Conceptos actuales. Atlas de Diseño*. México: Ed. Médica Panamericana.

