

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



Tema:

Tratamiento periodontal integral para paciente con periodontitis crónica
generalizada severa

Trabajo de titulación para la obtención del título de Odontólogo

Mauricio Andrés Montesinos Unda

Quito, 2015

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Tutor:

Doctora Alicia Martínez

Odontólogo

Periodoncista

CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL AUTOR

Yo, Mauricio Andrés Montesinos Unda, con CI 1104062417, declaro bajo juramento, que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado académico o título profesional y que se ha consultado la bibliografía necesaria para su elaboración.

Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, sin restricción especial o de ningún género.

Firma

CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Dra. Alicia Martínez, certifico que conozco al autor del presente trabajo siendo él, el responsable exclusivo tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido.

Firma

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

La Biblioteca de la Universidad Internacional del Ecuador se compromete a:

a) No divulgar, utilizar ni revelar a otros LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL obtenida en el presente trabajo, ya sea intencionalmente o por falta de cuidado en su manejo, en forma personal o bien a través de sus empleados.

b) Manejar LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL de la misma manera en que se maneja la información propia de carácter confidencial, la cual bajo ninguna circunstancia podrá estar por debajo de los estándares aceptables de debida diligencia y prudencia.

DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, a mi familia, amigos, profesores y a todas las personas que me apoyaron en este largo camino.

AGRADECIMIENTO

Primero agradezco a Dios por darme las fuerzas para siempre seguir adelante.

A mis padres que siempre están apoyándome, y son quienes han inculcado en mi los valores de la responsabilidad y el respeto.

A mi hermano Martin que durante estos años ha estado siempre pendiente y ha sido mi compañero en toda esta etapa.

A María Gracia por sus palabras de apoyo, el cariño y sobre todo por ser esa persona incondicional que está siempre presente brindándome su afecto.

A la doctora Alicia Martínez por aceptar la tutoría de este caso clínico, y que con sus conocimientos supo guiarme durante la realización del mismo.

A todos mis compañeros por las experiencias vividas durante estos cinco años, les deseo el mayor de los éxitos en su vida profesional.

RESUMEN

La periodontitis crónica es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por presentar inflamación en los tejidos de soporte del diente, que con el paso del tiempo llevan a una pérdida de inserción y reabsorción ósea. La finalidad de este caso clínico es tratar la enfermedad periodontal del paciente, y recuperar la salud oral. Por ello iniciamos con una terapia básica periodontal que tiene como meta eliminar el biofilm duro y blando de las superficies dentarias y mediante un enjuague de clorhexidina al 0,12% controlar la progresión de esta enfermedad. Una vez controlada la inflamación periodontal se remitió a la fase quirúrgica al paciente para extraer los restos radiculares, y evitar posibles infecciones. Posteriormente se realizaron procedimientos endodónticos, restaurativos y protésicos para mejorar la funcionalidad y estética. Un buen diagnóstico es fundamental para un adecuado plan de tratamiento, ya que de esto dependerá gran parte del éxito del tratamiento.

Palabras clave: Enfermedad periodontal, Periodontitis crónica, Biofilm

ABSTRACT

Chronic periodontitis is a multifactorial disease characterized by inflammation of the supporting tissues from the teeth, which over time lead to a loss of attachment and bone resorption. The purpose of this case is to treat the patient's chronic periodontal disease, and thus recover oral health. That's why we started with a basic periodontal therapy to remove hard and soft biofilm from the tooth surfaces and using a rinse of 0.12% chlorhexidine to control the progression of this disease. Once periodontal inflammation is controlled, the patient was referred to a surgical phase to pull out the remaining roots, and in this way avoiding future infections. Later endodontic, restorative and prosthetic procedures were performed to improve the functionality and aesthetics. A proper diagnosis is essential for a good treatment plan the patient should be motivated to have a proper oral hygiene, this will depend largely on the success of the treatment.

Key words: Periodontal disease, chronic periodontitis, biofilm.

ÍNDICE

DIRECTORES DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	iii
CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL AUTOR ..iv	
CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD.....	v
ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD.....	vi
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
ÍNDICE.....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
ÍNDICE DE TABLAS	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
I. ASPECTOS BÁSICOS.....	2
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Justificación.....	2
1.3. Objetivos	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos.....	3
II. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Anatomía periodontal.....	5
2.2. Enfermedad Periodontal	8
2.2.1. Etiología	9
2.2.2. Factores de riesgo.....	10
2.2.2.1. Factores Primarios.....	10
2.2.2.2. Factores Secundarios	12
2.2.2.2.1. Modificables:.....	12
2.2.2.2.2. No Modificables:	13
2.2.3. Clasificación de la enfermedad periodontal.....	13
2.2.4. Diagnóstico de la enfermedad periodontal	16
2.2.4.1. Signos y Síntomas	17
2.2.4.2. Sistema de detección y registro periodontal (PSR).....	18
2.2.4.3. Periodontograma	23
2.2.5. Pronóstico	23
2.2.6. Plan de tratamiento integral	24
2.2.6.1. Fase de Urgencias.....	24
2.2.6.2. Fase sistémica	25
2.2.6.3. Fase higiénica.....	25
2.2.6.3.1. Ambientación periodontal	25
2.2.6.3.1.1. Motivación al paciente	25
2.2.6.3.1.2. Instrucciones de higiene oral	26
2.2.6.3.1.3. Cepillado dental.....	26
2.2.6.3.1.4. Control mecánico del biofilm.....	26
Raspado y alisado radicular	26
Instrumentación manual	27
Instrumentación ultrasónica.....	28
2.2.6.3.1.5. Control químico del biofilm	28

Aceites esenciales.....	29
Clorhexidina	29
Antibióticos sistémicos	29
2.2.6.3.2. Ambientación dentaria	29
2.2.6.3.3. Revaluación	30
2.2.6.4. Fase correctiva	30
2.2.6.5. Fase de mantenimiento.....	31
III. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	32
3.1. Historia Clínica	32
3.1.1. Motivo de Consulta.....	32
3.1.2. Antecedentes personales y familiares.....	32
3.1.2.1. Signos Vitales	32
3.1.3. Examen clínico extra e intra oral	33
3.1.3.1. Odontograma	34
3.1.3.2. Indicadores de salud bucal	34
3.1.3.3. Registro periodontal simplificado e índice de placa.....	34
3.1.3.4. Periodontograma.....	35
3.1.4. Exámenes complementarios	35
3.1.4.1. Examen radiográfico	35
3.1.4.2. Exámenes de laboratorio	36
3.2. Diagnóstico presuntivo	36
3.3. Diagnóstico definitivo.....	36
3.4. Pronóstico.....	36
3.5. Plan de tratamiento	37
3.6. Aspectos éticos	38
3.7. Desarrollo del tratamiento	38
3.7.1. Motivación y fisioterapia oral	38
3.7.2. Sondaje periodontal.....	38
3.7.3. Terapia básica periodontal	39
3.7.4. Remisión a cirugía.....	42
3.7.5. Evaluación de la terapia básica periodontal	45
Fase correctiva.....	46
3.7.6. Remisión a tratamiento endodóntico	46
3.7.7. Remisión a rehabilitación oral	48
3.7.7.1. Restauraciones simples y compuestas.....	41
3.7.7.2. Prótesis removibles de cromo cobalto	48
3.7.7.2.1. Impresiones preliminares y modelos de estudio.....	48
3.7.7.2.2. Tallado de apoyos y toma de impresiones	49
3.7.7.2.3. Prueba de estructura metálica.....	50
3.7.7.2.4. Prueba con dientes en cera.....	51
3.7.7.2.5. Prueba con prótesis terminada.....	52
3.7.8. Terapia de mantenimiento periodontal	53
IV. DISCUSIÓN	54
V. CONCLUSIONES.....	56
VI. RECOMENDACIONES	57
VII. BIBLIOGRAFÍA	58
VIII. ANEXOS	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 . Anatomía del Periodonto	6
Figura 2. Dimensiones promedio del espacio biológico	7
Figura 3. Enfermedad periodontal.....	9
Figura 4. Biofilm dental	11
Figura 5. Sonda Periodontal	19
Figura 6. Código 0 PSR	20
Figura 7. Código 1 PSR	20
Figura 8. Código 2 PSR	21
Figura 9. Código 3 PSR	21
Figura 10. Código 4 PSR	22
Figura 11. Código * PSR.....	22
Figura 12. Lado activo Cureta.....	27
Figura 13. Fotos extra orales.	33
Figura 14. Fotos intra orales.	33
Figura 15. Sondaje periodontal.....	39
Figura 16. Remoción de cálculos con ultrasonido.....	40
Figura 17. Remoción de Biofilm duro con Curetas de Gracey.	40
Figura 18. Técnica anestésica	43
Figura 19. A y B. Extracciones de restos radiculares C. Restos radiculares	44
Figura 20. Sutura	45
Figura 21. Revaluación periodontal	46
Figura 22. Anestesia y acceso cameral	46
Figura 23. Acceso, instrumentación y obturación	47
Figura 24. Retiro de caries y colocación de ácido.....	41
Figura 25. Colocación de bonding y resina.....	42
Figura 26. Modelos de estudio.....	48
Figura 27. Tallado de apoyos.....	49
Figura 28. Prueba de estructura metálica	50
Figura 29. Prueba con dientes en cera	51
Figura 30. Fotos finales	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de enfermedades periodontales.....	14
Tabla 2. Pronóstico de la enfermedad periodontal.....	24
Tabla 3. Plan de tratamiento integral.	37

INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal se considera como un proceso infeccioso de las encías y de sus tejidos adyacentes que es producido por microorganismos que invaden los espacios supra y subgingivales. Como consecuencia de la inflamación crónica que se da a nivel periodontal, puede haber una reabsorción ósea localizada o generalizada (Liñares & Herrero, 2003).

Tanto la gingivitis como la periodontitis son enfermedades de origen multifactorial que necesitan un correcto diagnóstico; y para llegar a este se necesitan distintas pruebas y exámenes complementarios como por ejemplo calcular la profundidad de sondaje, la pérdida de inserción, la movilidad dental, sangrado, inflamación y parámetros radiográficos como la reabsorción ósea (Liñares & Herrero, 2003).

La periodontitis crónica se inicia como gingivitis por lo general y en edades tempranas. A pesar de esto la pérdida de inserción y la reabsorción ósea empieza a darse años después aunque esto varía en cada paciente. Los principales signos y síntomas son el sangrado y la movilidad que pueden avanzar hasta convertirse en hipertrofia gingival, movilidad dental y posteriormente pérdida dental. (Lindhe, Karring, & Lang, 2005).

Como tratamiento para la periodontitis crónica se deben eliminar los factores etiológicos: biofilm, trauma oclusal, restauraciones desbordantes, etc. Se pueden utilizar diferentes técnicas mecánicas como el correcto cepillado dental, raspados y alisados radiculares; todo esto se realiza concomitantemente con el uso de enjuagues bucales de aceites esenciales o clorhexidina. Es imprescindible saber que las terapias de mantenimiento son de vital importancia para la preservación de los dientes y mantención de la salud periodontal (Botero & Bedoya, 2010)

I. ASPECTOS BÁSICOS

1.1. Planteamiento del problema

Es la primera vez que el paciente acude al odontólogo , por este motivo cuando se le realizó el examen clínico se observó abundante cantidad de biofilm blando y cálculo en las superficies dentales, especialmente de la parte posterior de su arcada superior e inferior , asociado a una mala higiene. De igual manera se podía apreciar la existencia de restos radiculares de algunos dientes que ya habían sido destruidos totalmente por extensas caries, junto a esto se suma un factor desencadenante como el trauma oclusal y la ausencia de un diente anterior superior que el paciente ha perdido hace un par de años.

1.2. Justificación

Debido a la presencia de los restos radiculares el paciente ha perdido notablemente la función masticatoria en esta área, luego de analizar las condiciones en las que se encontraba el paciente se decidió devolver la salud, estética y función ausente en este paciente, mediante un tratamiento accesible para el paciente, el cual consiste en una terapia periodontal general para luego proceder a la extracción de los remanentes radiculares que no cumplen función alguna en la boca del paciente y luego realizar los tratamientos tanto de operatoria y rehabilitación que sean necesarios para lograr el confort del paciente. Se procederá a realizar un tratamiento integral restaurando los dientes que así lo ameriten para posteriormente colocar dos prótesis removibles de cromo cobalto tanto superior como inferior. Todo esto se realiza con el afán de ofrecer al paciente una mejor calidad de vida y satisfacer las necesidades con las cuales el paciente llegó a la Clínica de Especialidades de la Universidad Internacional.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Devolver la salud periodontal del paciente eliminando los focos infecciosos y restaurando los dientes afectados, para mejorar su función y estética.

1.3.2. Objetivos específicos

- Realizar un correcto diagnóstico para así continuar con un tratamiento adecuado que mejore su calidad de vida.
- Analizar la presencia de factores locales y sistémicos que puedan incidir de manera negativa en la salud del paciente.
- Establecer un tratamiento integral que devuelva al paciente la función y estética perdida.
- Conservar el estado de salud gingival del paciente posterior a su tratamiento mediante terapias de mantenimiento.

Cronograma de actividades

Fecha de atención / citas	Procedimiento
1era cita	Llenar historia clínica, firma de consentimiento informado
2da cita	Llenar periodontograma (diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento)
3era cita	Terapia básica periodontal (raspados y alisados radiculares)
4ta cita	Fase correctiva (Extracción de restos radiculares)
5ta cita	Retiro de puntos (exodoncias)
6ta cita	Reevaluación periodontal y nuevo periodontograma
7ma cita	Endodoncia unirradicular
8va cita	Restauraciones simples
9na cita	Restauraciones complejas
10ma cita	Toma de impresiones diagnósticas para prótesis de cromo cobalto
11va cita	Tallado de apoyos e impresiones funcionales
12va cita	Prueba de estructura metálica
13va cita	Prueba de estructura con dientes en cera
14va cita	Entrega de prótesis terminada
15va cita	Reevaluación periodontal y nuevo periodontograma
16va cita	Control de la prótesis removable

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Anatomía periodontal

El periodonto (Figura 1) se divide en periodonto de protección y periodonto de inserción. El periodonto de protección es la encía y el periodonto de inserción comprende el ligamento periodontal, el cemento radicular, y el hueso alveolar (Lindhe, Karring, & Lang, 2005).

Dentro de las características clínicas de la encía, esta se divide topográficamente en tres, las cuales son: marginal o libre, insertada o adherida e interdental. La encía marginal tiene forma de filo de cuchillo, es todo el borde de encía que se encuentra alrededor del diente. Esta mide por lo general de 0.5 a 1mm de ancho, y conforma la pared de tejido blando del surco gingival (Carranza, Newman, & Takei, 2004).

La encía insertada está adherida con firmeza al periostio del hueso alveolar. Por vestibular llega hasta la mucosa alveolar y están separadas por la unión mucogingival. La anchura de la encía insertada varía dependiendo de la zona de la boca en la que se encuentre. En el maxilar superior la zona más ancha corresponde a los incisivos y se estrecha en el área de caninos y premolares. En la mandíbula por vestibular es ancha en la zona de incisivos y se estrecha hacia caninos y premolares, por lingual es estrecha en el área de los incisivos y ancha en la zona de molares (Carranza, Newman, & Takei, 2004).

La encía interdental se comprende del espacio que está por debajo del área de contacto de los dientes. El punto de contacto de los dientes determinará la forma que la encía interdental adopte, que va a formar la papila interdental en dientes anteriores y col interdental en dientes posteriores. Aunque existen otros factores tales como las recesiones que pueden variar la anatomía de la encía interdental (Carranza, Newman, & Takei, 2004).

Dentro de las características clínicas de una encía saludable tenemos las siguientes: el color de la encía es un rosa pálido (ocasionalmente puede tener pigmentaciones melánicas), en cuanto a su tamaño esta se adapta a los cuellos de los dientes y hay ausencia de bolsas periodontales, su consistencia es firme y resiliente, no hay presencia de sangrado, y su forma es festoneada formando las papilas en los espacios interproximales. (Matesanz-Pérez, Matos-Cruz, & Bascones-Martínez, 2008).

El surco gingival es el espacio adyacente entre la superficie del diente y el revestimiento interno de la encía no insertada o marginal. Determinar la profundidad de este surco es de vital importancia, ya que es un parámetro fundamental de diagnóstico. Existen distintos estudios que discuten cuanto debe medir esta surco, pero su promedio está en 0,69mm (Eley, Soory, & Manson, 2012).

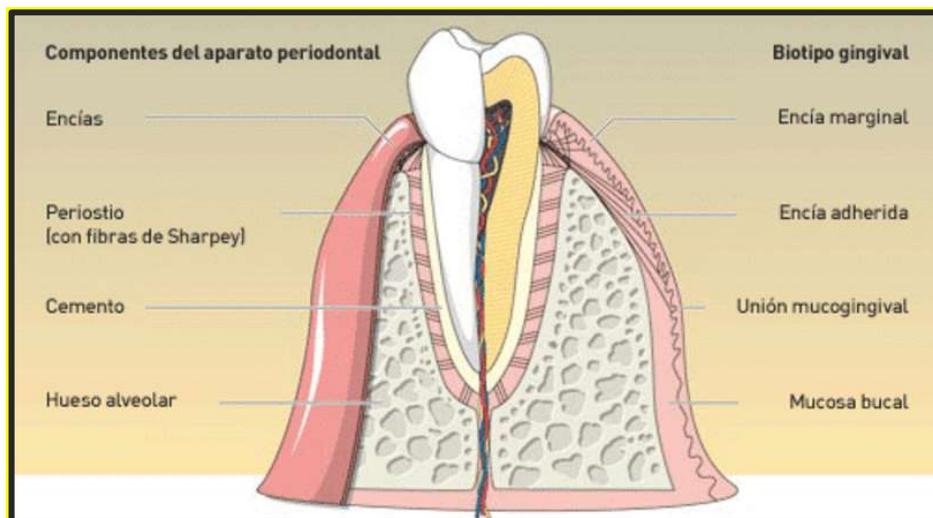


Figura 1 . Anatomía del Periodonto
Fuente: (MEDECO , 2014)

El espacio biológico periodontal es la unión dentogingival, la cual se conforma por el epitelio de unión y el tejido conectivo de inserción a la encía y el surco gingival. Cuando hablamos del espacio biológico periodontal se debe tener en cuenta y se debe relacionar el biotipo periodontal, la profundidad del surco gingival, y el grosor de la encía. Las

medidas del espacio biológico son las siguientes: el surco gingival va de 0,8mm a 1,7mm, el epitelio de unión de 0,7mm a 1,3mm y el tejido conectivo de inserción 1mm. (Delgado, Inarejos Montesinos, & Herrero Climent, 2001).

Sin embargo no se puede hablar de un número específico cuando se trata del espacio biológico (Figura 2), ya que este cambia de persona a persona; Y si es que consideramos un valor promedio para todos los pacientes, se puede enmascarar la situación clínica. Realizar un sondaje periodontal puede ser de mucha ayuda al momento de determinar las medidas del epitelio de unión y las fibras o inserciones de tejido conectivo. (Schmidt, Sahrman, Weiger, Schmidlin, & Walter, 2013)

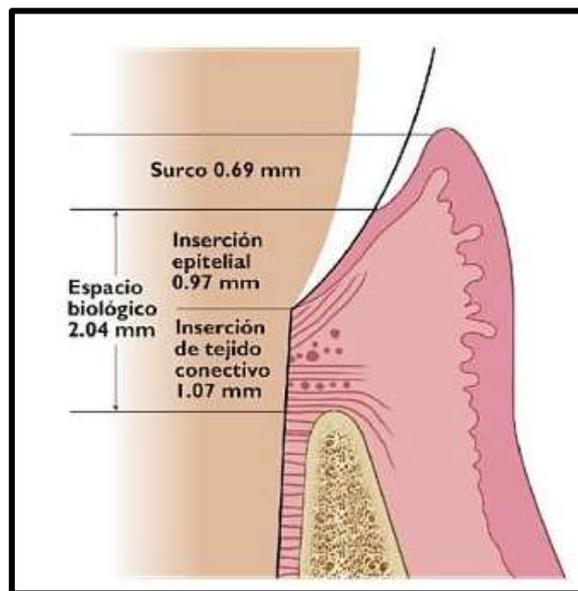


Figura 2. Dimensiones promedio del espacio biológico
Fuente: (Harpenau, Kao, & Lundergan, 2014)

Dentro del periodonto de inserción tenemos al ligamento periodontal que es el tejido conectivo especializado que rodea la raíz, y establece la articulación diente alveolo llamada gónfosis. El ancho del ligamento periodontal varía de 0,1 – 0,4 mm. El objetivo del ligamento periodontal es transformar las fuerzas presión en tensión. Este está conformado por

varias fibras las principales son: crestos alveolares, horizontales, transeptales, oblicuas, apicales, interradiculares.

El cemento radicular se lo divide en cemento acelular que está ubicado desde el cuello hasta la mitad de la raíz y se forma hasta antes del primer contacto oclusal y el cemento celular que se forma después del primer contacto y contiene a los cementoblastos. Y finalmente como parte del periodonto de inserción tenemos el hueso alveolar que está compuesto de dos partes, las cuales son: el hueso alveolar propiamente dicho y la apófisis alveolar (Lindhe, Karring, & Lang, 2005).

2.2. Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal es una enfermedad inflamatoria e infecciosa de origen multifactorial que afecta a los tejidos de soporte de los dientes y que paulatinamente produce la destrucción del ligamento periodontal y el hueso alveolar, lo que a su vez causa recesiones gingivales o formación de bolsas periodontales; la enfermedad periodontal es causada por un grupo de microorganismos específicos que lo destruyen progresivamente. (Carranza, Newman, & Takei, 2004).

La enfermedad periodontal se puede clasificar en dos grandes grupos que son: la gingivitis y la periodontitis, esta puede afectar a uno, algunos o todos los dientes. (Bascones A. , 2009). La gingivitis es una inflamación de la encía, sin pérdida de inserción clínica; Dentro de los signos más comunes se aprecian el enrojecimiento de la encía, sangrado al estímulo, diferentes cambios en la firmeza y contorno, presencia de biofilm blando o duro y no se aprecia pérdida de la cresta ósea a nivel radiográfico. Se considera a la gingivitis como la fase inicial de la enfermedad periodontal. (Taboada Aranza & Talavera Peña, 2011).

Por su parte la periodontitis (figura 3) es la inflamación de la encía , el periodonto de soporte, que afecta de manera directa al tejido conectivo gingival , hueso, cemento y ligamento periodontal; Como producto se

puede apreciar inflamación, formación de bolsas periodontales, sangrado al momento de realizar el sondaje, pérdida de inserción y pérdida ósea radiográfica. Estos pueden ser signos claros para diagnosticar una periodontitis y poderla diferenciar claramente de una gingivitis (Botero & Bedoya, 2010).

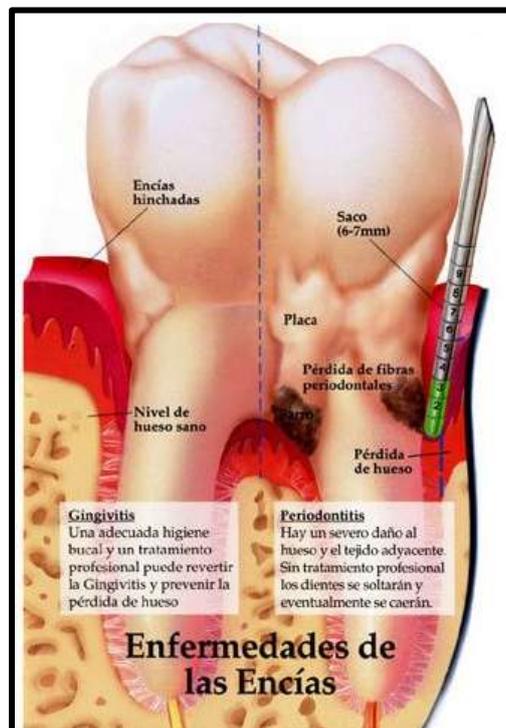


Figura 3. Enfermedad periodontal

Fuente: (Eduardo, 2015)

2.2.1. Etiología

Las expresiones clínicas de la enfermedad periodontal son el resultado de las interacciones entre las bacterias específicas que forman el biofilm dental y los tejidos del huésped donde estas se alojan.

La enfermedad periodontal es de origen multifactorial, por lo que no es posible determinar una causa específica que dé inicio a este proceso; pero se considera que la acumulación de biofilm antes llamado placa dental, es el responsable para que se desencadene la enfermedad. Existen bacterias específicas, que son las que actúan en la destrucción de

los tejidos periodontales, no obstante estas aumentan debido a la mala higiene bucal y se complica aún más por la existencia de factores locales como restauraciones desbordantes, mal posición dentaria o dientes apiñados. Hay hábitos tales como el tabaquismo que pueden empeorar esta situación y acelerar el proceso de destrucción de tejidos. (Carranza, Newman, & Takei, 2004).

Como conclusión queda claro que el inicio y la progresión de la enfermedad periodontal son de origen multifactorial, y que su rol en el desarrollo de enfermedades sistémicas es solo uno de los factores causales de tan complejas enfermedades. (Brenda & Dietrich, 2012).

2.2.2. Factores de riesgo

Los distintos factores de riesgo son los encargados de determinar el desarrollo de la enfermedad periodontal, cuando modifican los mecanismos de interacción entre las bacterias y el huésped (Carranza, Newman, & Takei, 2004).

Hay dos grandes grupos de factores de riesgo que son: factores primarios y secundarios. (Eley, Soory, & Manson, 2012).

2.2.2.1. Factores Primarios

Son también denominados factores indicadores, y dentro de estos están: el biofilm, el cálculo, las bacterias periodontopatógenas, y la respuesta inflamatoria del huésped. (Bascones A. , 2009).

El término biofilm antes llamado placa dental describe a una estructura compleja formada por una comunidad microbiana asociada con la superficie de los dientes distribuida al azar en una matriz acelular o glico-cálix. En las capas inferiores del biofilm, los microbios están unidos en una matriz de polisacáridos con otros materiales orgánicos e inorgánicos. (Rita, Priyank, & Ruchi, 2011).

La formación del biofilm (figura 4) se realiza en una serie de pasos que se inicia con la adherencia de las moléculas del huésped y de las bacterias a la superficie del diente para formar la denominada película adquirida. Los microorganismos son llevados de forma inactiva hacia ella de manera que crean una unión débil. Ante la ausencia de una buena higiene y la constante acumulación de biofilm, con el tiempo se crea una unión fuerte de las bacterias a la superficie del diente. (Socransky & Haffajee, 2002).



Figura 4. Biofilm dental

Fuente: (Johnson & Johnson , 2015)

Existen fases o estadios de la formación de biofilm que fueron descritas en 1965 por Egelberg y cols, las cuales nos indican lo siguiente:

- **Fase I:** En esta se da inicio a la formación de un biopelícula sobre la superficie del diente, la cual estaría principalmente compuesta por glicoproteínas.
- **Fase II:** Aquí se puede apreciar ciertos tipos de bacterias que se adhieren a la biopelícula que ya estaba formada con anterioridad.
- **Fase III:** Se observa una reproducción bacteriana muy efectiva.

- **Fase IV:** En relación a la multiplicación bacteriana que se dio en la fase anterior, y a las nuevas condiciones, aparecen nuevas especies bacterianas. (Serrano-Granger & Herrera, 2005).

El biofilm puede ser tanto supragingival como subgingival según la posición en que se encuentre sobre la superficie dental. El supragingival se encuentra por encima del margen gingival o justo al nivel de este, y el subgingival lo encontramos por debajo del margen gingival, es decir entre este y el tejido que forma el surco gingival. El cálculo por su parte es un depósito sólido que se forma por la mineralización del biofilm, que comúnmente se encuentra recubierto de una capa de biofilm sin mineralizar. (Carranza, Newman, & Takei, 2004).

De todos los microorganismos que se encuentran presentes en nuestra cavidad bucal, hay tres principales que se han identificado como agentes etiológicos de la enfermedad periodontal, los cuales son: *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia* (antes llamada *Bacteroides forsythus*) y *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. Se ha demostrado que la *Prevotella intermedia*, *Porphyromona gingivalis*, y el *Fusobacterium nucleatum* pueden ser indicadores de riesgo de enfermedad periodontal en ciertas poblaciones, mas no son factores de riesgo. (Van Dyke & Dave, 2005).

2.2.2.2. Factores Secundarios

2.2.2.2.1. Modificables:

Dentro de estos factores tenemos a los locales y a los factores sistémicos. Los factores locales son los que se asocian a retención de placa por diversos motivos. Entre estos podemos nombrar los siguientes: restauraciones defectuosas, lesiones de caries, impactación de comida, prótesis removibles mal diseñadas, aparatos de ortodoncia, mal posición

dentaria, respiración bucal o falta de sellado labial, y finalmente el tabaco que puede tener connotaciones locales y sistémicas. (Eley, Soory, & Manson, 2012).

2.2.2.2.2. No Modificables:

Entre los factores no modificables que se asocian a la enfermedad periodontal tenemos los siguientes que pueden ser considerados de riesgo: la edad del paciente, el género, la raza y la predisponibilidad genética que también juega un papel fundamental en el desarrollo de la misma. Cuando hablamos de la predisposición genética a la enfermedad periodontal nos referimos a que existen una serie de síndromes los cuales se supone que están determinados genéticamente, y que causan una destrucción rápida y precoz de los tejidos periodontales como por ejemplo: síndrome de Down, Ehler- Danlos, o Papillon Lefèvre. (Echeverria García, 2003).

2.2.3. Clasificación de la enfermedad periodontal

A través del tiempo han existido diferentes clasificaciones de la enfermedad periodontal, muchos autores han tratado de describirla de la mejor manera, pero con el paso del tiempo esto ha ido cambiando y se ha ido modificando. Por ejemplo la periodontitis del adulto pasó a llamarse periodontitis crónica debido a que no todas las periodontitis en el adulto son iguales ya que algunas presentan un avance lento mientras tanto otras pueden presentar un avance extremadamente progresivo y rápido; Por este motivo la periodontitis de inicio temprano pasó a llamarse periodontitis agresiva, ya que causa una gran pérdida de los tejidos de soporte dentario en poco tiempo (Zerón, 2001).

Los sistemas de clasificación son necesarios para poder guiarnos y estudiar de una manera certera la etiología, patogénesis y tratamiento de

las enfermedades, y de esta manera orientar a los clínicos hacia el diagnóstico y tratamiento correcto de la enfermedad periodontal. Con este fin se congregaron científicos y clínicos especialistas en periodoncia en el taller mundial en periodontología clínica en 1999 y realizaron la clasificación (Tabla 1) que hasta hoy en día conocemos, con la cual todos debemos estar familiarizados (Armitage, Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions, 1999).

- CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES. Workshop 1999	
I. ENFERMEDADES GINGIVALES	
A. INDUCIDAS POR PLACA	
1.- ASOCIADAS SÓLO A PLACA	
2.- MODIFICADAS POR FACT SISTÉMICOS	
3.- MODIFICADAS POR MEDICAMENTOS	
4.- MODIFICADAS POR MALNUTRICIÓN	
B. NO INDUCIDAS POR PLACA	
1.- DE ORIGEN BACTERIANO ESPECÍFICO	
2.- DE ORIGEN VIRICO	
3.- DE ORIGEN MICÓTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones por <i>Candida</i> • Eritema Gingival lineal • Histoplasmosis • Otras
4.- DE OTIGEN GENÉTICO	
5.- MANIFESTACIONES GINGIVALES DE CONDICIONES SISTÉMICAS	
6.- LESIONES TRAUMÁTICAS	
7.- REACCIONES A CUERPO EXTRAÑO	
8.- DE OTRO TIPO (No especificadas)	
II. PERIODONTITIS CRÓNICA	
A.- LOCALIZADA	
B.- GENERALIZADA	
III. PERIODONTITIS AGRESIVA	
A.- LOCALIZADA	
B.- GENERALIZADA	
IV. PERIODONTITIS COMO MANIFESTACIÓN DE ENF SISTÉMICA	
A.- ASOCIADA A DISCRASIAS SANGUÍNEAS	
1.- NEUTROPENIA ADQUIRIDA	
2.- LEUCOPENIAS	
3.- OTRAS	
B.- ASOCIADA A DESÓRDENES GENÉTICOS	
C.- OTRAS (No especificadas)	
V. ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROTIZANTES	
A.- GUN	
B.- PUN	
VI. ABSCESOS DEL PERIODONTO	
A. ABSCESOS GINGIVALES	
B. ABSCESOS PERIODONTALES	
C. ABSCESOS PERICORONALES	
VII. PERIODONTITIS ASOCIADA A LESIÓN ENDODÓNTICA	
VIII. CONDICIONES DEL DESARROLLO O ADQUIRIDAS	
A.- FACTORES DENTARIOS QUE MODIFICAN O PREDISPONEN A ENF GINGIVALES O PERIODONTALES INDUCIDAS POR PLACA	
1. FACTORES ANATÓMICOS DEL DIENTE	
2. RESTAURACIONES	
3. FRACTURAS RADICULARES	
4. REABSORCIONES RADICULARES CERVICALES Y PERLAS DE CEMENTO	
B.- DEFORMIDADES MUCOGINGIVALES ALREDEDOR DE DIENTES	
1. RECESIONES GINGIVALES	
2. FALTA DE ENCÍA QUERATINIZADA	
3. REDUCCIÓN DE PROFUNDIDAD DE VESTÍBULO	
4. FRENILLOS E INSERCIÓNES MUSCULARES ABERRANTES	
5. AGRANDAMIENTOS GINGIVALES	
6. COLORACIÓN ANORMAL	
C.- DEFORMIDADES MUCOGINGIVALES EN BRECHAS EDÉNTULAS	
1. DEFICIENCIA DE ALTURA O ANCHURA DEL REBORDE	
D.- TRAUMA OCLUSAL	
1. PRIMARIO	
2. SECUNDARIO	

Tabla 1. Clasificación de enfermedades periodontales
Fuente: (Perea, Campo, Charlén, & Bascones, 2006).

Se debe tener en cuenta la diferencia entre la periodontitis crónica y agresiva, ya que la mayoría de los pacientes que presentan una periodontitis inducida por biofilm o placa dental expresan la forma crónica de la enfermedad. El paciente típico de periodontitis crónica por lo general tiene más de 30 años se puede apreciar acumulación de biofilm y cálculo supra y subgingival que se asocia a la inflamación gingival del paciente, se observa bolsas periodontales y pérdida de inserción. Otra de las características de la periodontitis crónica es que evoluciona lentamente por lo general y puede presentarse de forma localizada como generalizada y los estudios demuestran que las dos formas son exactas en cuanto a su etiología y patogenia (Armitage, Diagnóstico y clasificación de las enfermedades periodontales, 2005).

Dentro de las principales características y manifestaciones clínicas de la periodontitis crónica están las siguientes:

- Mayor incidencia en adultos, aunque puede presentarse en jóvenes y en niños.
- El volumen de destrucción va relacionado con la existencia de factores locales.
- Hay cálculo gingival frecuentemente.
- La flora bacteriana es variable.
- La velocidad de avance de la enfermedad por lo general es lenta , pero hay episodios de avances rápidos.
- Puede ser asociada a factores locales predisponentes o factores externos como el tabaco y el estrés emocional.
- Puede modificarse por enfermedades sistémicas o estar asociada a estas (Armitage, Diagnóstico y clasificación de las enfermedades periodontales, 2005).

2.2.4. Diagnóstico de la enfermedad periodontal

Para poder establecer un diagnóstico periodontal se debe analizar todos los antecedentes del paciente y valorar los signos y síntomas clínicos, y analizar los resultados de las pruebas realizadas; tales pueden ser: valoración de movilidad al sondaje, radiografías, biometría hemática, biopsias, etc (Carranza, Newman, & Takei, 2004).

Es importante de igual manera realizar distintos estudios luego de llenar la historia clínica con los datos personales y familiares del paciente. Entre los cuales se destacan: estudio radiográfico, modelos de estudio, fotografías clínicas, y luego se procede a realizar el examen bucal (Carranza, Newman, & Takei, 2004).

A través del diagnóstico vamos a determinar si existe o no enfermedad periodontal y luego establecemos que tipo es, su gravedad, y distribución en la cavidad bucal. Dentro de la clasificación general podemos decir que las enfermedades que afectan al periodonto se clasifican en 3 principales categorías (Carranza, Newman, & Takei, 2004):

1. Enfermedades gingivales
2. Diversas clases de periodontitis
3. Manifestaciones periodontales de enfermedades sistémicas

Algunos cambios gingivales como color, contorno, alteraciones de textura, y la presencia de sangrado al sondaje nos permite tener un diagnóstico más certero de las enfermedades gingivales inducidas por placa. Las enfermedades gingivales no inducidas por placa bacteriana necesitan otros exámenes complementarios para el diagnóstico como histopatológicos, microbiológicos, etc. Es importante también tener en cuenta que la movilidad como tal no es diagnóstico de periodontitis, ya que puede ser el resultado de un trauma oclusal (Highfield, 2009).

2.2.4.1. Signos y Síntomas

El método más seguro para reconocer bolsas periodontales es el sondeo, pero pueden existir signos clínicos que nos indican la presencia de otras afecciones, las cuales pueden ser: cambios de color de la encía, encías edematosas, supuración, movilidad dental o aparición de hemorragias. El paciente con enfermedad periodontal puede pasar asintomático por largos periodos de tiempo debido a que muchas veces las bolsas son indoloras, pero en muchos de los casos existe halitosis (mal aliento) o sensibilidad al frío o calor que son ocasionados la mayoría de las veces por recesiones gingivales en ciertas áreas de la boca (Carranza, Newman, & Takei, 2004).

Para la detección de bolsas periodontales debemos realizar un sondaje periodontal con una sonda específica, ya que esta es la única manera de detectarlas. Entonces podemos decir que la profundidad de sondaje es la distancia comprendida entre el margen gingival y el inicio del epitelio de unión; Y se la mide por la distancia que ingresa la sonda en la bolsa. La penetración de la sonda depende de muchos factores, entre estos tenemos la fuerza con la que se ingresa la sonda, el tamaño de la misma, y la dirección en la que se introduce (Carranza, Newman, & Takei, 2004).

La técnica correcta de sondeo periodontal nos indica que la sonda debe introducirse en sentido paralelo al eje vertical del diente por cada una de las superficies del diente, es decir por mesial, medial y distal de las caras vestibulares y palatinas o linguales de todos los dientes. Existe también un sonda distinta para los molares en los cuales hay que sondear la zona de la furca, este es un instrumento curvo que nos permite ingresar de manera sencilla y precisa en las lesiones de furcaciones (Carranza, Newman, & Takei, 2004).

Otro aspecto de vital importancia al momento de revisar los signos y síntomas es la movilidad dentaria que puede estar presente o no dependiendo de la progresión de la enfermedad. Es de vital importancia

que se especifique el grado de movilidad de cada uno de los dientes de la siguiente manera:

- **Grado 1:** movilidad de 0,2 a 1mm en sentido horizontal.
- **Grado 2:** movilidad mayor a 1 mm en sentido horizontal.
- **Grado 3:** movilidad horizontal más intrusión del diente (Bascones A. , 2009).

Índice de placa o biofilm

Luego de visualizar la placa presente en las superficies dentarias mediante el líquido revelador, es necesario cuantificarla mediante algún índice de placa. Existen distintos índices como el de O`Leary , el cual lo vamos a explicar a continuación (Robinson, Deason, & Deery, 2005).

El índice de O`Leary evalúa la presencia o ausencia de biofilm en las cuatro superficies del diente, excepto la oclusal de dientes posteriores. En los sectores interproximales se observará la presencia de biofilm a nivel dentogingival de las zonas mesio y disto vestibular, así como mesio y disto palatino o lingual. Para determinar el total se debe sumar las superficies con biofilm, multiplicarlas por 100 y finalmente dividir las para el número de superficies totales (Robinson, Deason, & Deery, 2005).

2.2.4.2. Sistema de detección y registro periodontal (PSR)

El PSR llamado así por sus siglas en inglés (*Periodontal Screening and Recording*) fue creado para que el odontólogo pueda detectar de manera sencilla y rápida el estado periodontal de los pacientes. Para usar este sistema vamos a usar una sonda (Figura 5) de extremo romo que va a estar codificada con colores, los cuales nos van a indicar la distancia en milímetros de la profundidad de cada sondaje (Carranza, Newman, & Takei, 2004).

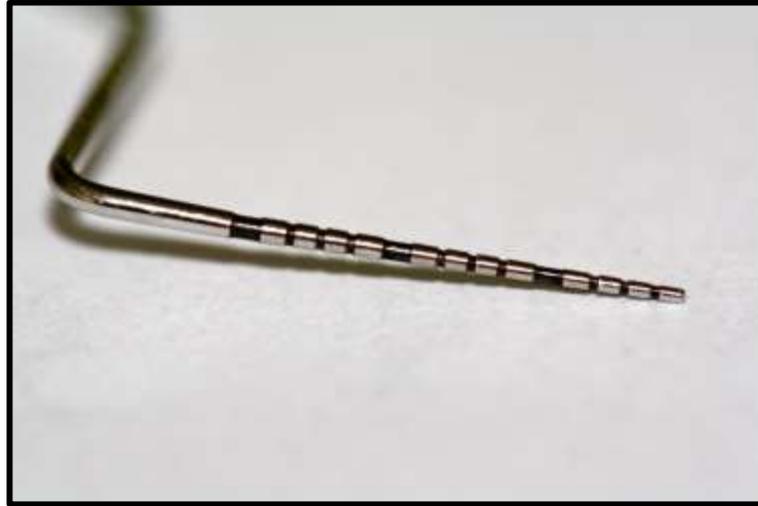


Figura 5. Sonda Periodontal

Fuente: (Villena, 2015).

Antes de realizar el sondaje dividimos la boca del paciente en sextantes:

- Superior derecho del 1.8 al 1.4
- Superior medio del 1.3 al 2.3
- Superior izquierdo del 2.4 al 2.8
- Inferior izquierdo del 3.8 al 3.4
- Inferior medio del 3.3 al 4.3
- Inferior derecho del 4.4 al 4.8

En cada diente debemos sondear por lo menos en seis puntos: mesiovestibular, mediovestibular, distovestibular y por lingual o palatino de igual manera. Se debe anotar el sondaje con mayor profundidad por cada diente. El PSR consta de los siguientes códigos:

- **Código 0:** la banda de color es visible por completo, el tejido gingival se encuentra sano y no hay sangrado al momento de sondear. No existen márgenes desbordantes ni cálculo. El tratamiento será un cuidado preventivo por parte del paciente (Carranza, Newman, & Takei, 2004).



Figura 6. Código 0 PSR

Fuente: (Wolf & Hassell, 2006).

- **Código 1:** la banda de color es visible por completo (Figura 7). No hay cálculo ni márgenes desbordantes, pero hay sangrado al momento del sondaje. El tratamiento será eliminar el biofilm subgingival y educar al paciente para que tenga una buena higiene bucal (Carranza, Newman, & Takei, 2004).



Figura 7. Código 1 PSR

Fuente: (Wolf & Hassell, 2006).

- **Código 2:** la banda de color es visible por completo (figura 8), pero existe sangrado al sondaje, cálculo supra y subgingival y márgenes desbordantes. El tratamiento en este caso será retirar el biofilm y el cálculo supra y subgingival, se deben pulir y corregir los márgenes

de las restauraciones desbordantes en caso de que existan, finalmente indicar al paciente una correcta higiene bucal (Carranza, Newman, & Takei, 2004).



Figura 8. Código 2 PSR

Fuente: (Wolf & Hassell, 2006).

- **Código 3:** la banda de color está parcialmente visible (figura 9). Es por esta razón que se debe realizar un examen periodontal completo (periodontograma) del sextante afectado, se puede evidenciar sangrado y márgenes desbordantes (Carranza, Newman, & Takei, 2004).



Figura 9. Código 3 PSR

Fuente: (Wolf & Hassell, 2006).

- **Código 4:** No se observa la banda de color (Figura 10), esta se encuentra totalmente sumergida en la bolsa. Lo que nos indica que la profundidad de la misma es mayor a 5.5mm. El tratamiento será realizar un examen periodontal completo de toda la boca (periodontograma) y hacer un plan de tratamiento (Carranza, Newman, & Takei, 2004).



Figura 10. Código 4 PSR

Fuente: (Wolf & Hassell, 2006).

- **Código *:** cuando existe alguna lesión en furca (figura 11), movilidad dentaria, problema mucogingival o recesión de la encía se coloca un asterisco junto al número del código escrito (Carranza, Newman, & Takei, 2004).



Figura 11. Código * PSR

Fuente: (Wolf & Hassell, 2006).

2.2.4.3. Periodontograma

El periodontograma es una representación gráfica, en la cual se registra el estado de los tejidos periodontales del paciente y nos ayudará a determinar cuál es el diagnóstico definitivo y su respectivo tratamiento. a seguir (Carranza, Newman, & Takei, 2004).

Para llenar el registro del periodontograma hay que anotar distintos parámetros:

- **Margen gingival:** se anotan las medidas por mesial, medial y distal, de la distancia entre la porción más coronal de la encía libre hasta el límite amelocementario (LAC). Si el margen se encuentra más hacia coronal con respecto al LAC se colocará el signo +, y si es que el margen se encuentra por debajo del LAC se colocará el signo - (Manizales, 2011).
- **Profundidad de sondaje:** se mide con una sonda periodontal la distancia entre el margen gingival hasta el fondo de la bolsa periodontal. De igual forma se toman los tres registros; es decir medial, mesial y distal (Manizales, 2011).
- **Límite mucogingival:** se obtiene un registro por diente y se mide la distancia más coronal de la encía libre hasta la porción más apical de la encía adherida (Manizales, 2011).
- **Pérdida de inserción:** nos indica la cantidad de tejido de inserción que se ha perdido a causa de la enfermedad periodontal. Si el margen gingival es positivo se resta a la profundidad de sondaje; si el margen gingival es negativo, se suma a la profundidad de sondaje (Manizales, 2011).

2.2.5. Pronóstico

El pronóstico es una predicción del desenlace, la duración, y la mantención de la enfermedad periodontal. Este se instaura luego de que ya determinamos el diagnóstico definitivo y antes de realizar el plan de tratamiento. Para poder establecer un pronóstico acertado debemos tener

en cuenta los factores predisponentes que influyen de manera directa en esta enfermedad (Carranza, Newman, & Takei, 2004).

Pronóstico excelente	Sin pérdida ósea, excelente estado gingival, buena colaboración del paciente, no existen factores sistémicos ni ambientales.
Pronóstico favorable	Cuando hay uno o más de los siguientes factores: soporte óseo remanente adecuado, posibilidades apropiadas para eliminar las causas y establecer una dentición conservable, colaboración adecuada del paciente, no existen factores sistémicos ni ambientales, o factores sistémicos bien controlados.
Pronóstico dudoso	Cuando hay uno o más de los siguientes factores: pérdida ósea avanzada, lesiones de furcas grado II y III, movilidad dentaria, zonas inaccesibles, presencia de factores sistémicos o ambientales.
Pronóstico malo	Cuando hay uno o más de los siguientes factores: pérdida ósea avanzada, áreas de mantenimiento imposible, extracciones indicadas, presencia de factores sistémicos o ambientales no controlados.

Tabla 2. Pronóstico de la enfermedad periodontal.

Fuente: (Carranza, Newman, & Takei, 2004) Elaborador: Mauricio Montesinos

2.2.6. Plan de tratamiento integral

El objetivo primordial de un plan de tratamiento integral es alcanzar y mantener una óptica salud bucal, función y estética para mantener la salud integral del paciente (Romanelli, 2012).

2.2.6.1. Fase de Urgencias

El objetivo en esta fase es aliviar el dolor que pueda presentar el paciente, controlar la inflamación aguda en caso de presentarse,

recuperar el confort, función y devolver la función oclusal y estética (Ferro & Gómez, 2007).

2.2.6.2. Fase sistémica

Esta es la etapa en la cual se debe verificar el estado de salud general del paciente y su posible relación con la salud periodontal del mismo. No es recomendable iniciar tratamiento alguno si es que existe compromiso sistémico. En esta fase se realizan interconsultas con otros especialistas antes de pasar a la fase higiénica del tratamiento (Ferro & Gómez, 2007).

2.2.6.3. Fase higiénica

Muchos estudios experimentales han demostrado que la acumulación de biofilm es la principal causa de las enfermedades periodontales. Es por esta razón que la base principal de la terapia periodontal consiste en la remoción del biofilm duro y blando que se encuentra en las superficies dentales (Ferro & Gómez, 2007).

2.2.6.3.1. Ambientación periodontal

Esta etapa se enfoca en el tratamiento de los tejidos periodontales y en el control del biofilm a través de la motivación al paciente, instrucciones de higiene oral, raspados y alisados radiculares y profilaxis (Ferro & Gómez, 2007).

2.2.6.3.1.1. Motivación al paciente

El éxito de una terapia periodontal se basa principalmente en la colaboración de parte del paciente mientras dure el tratamiento. El paciente debe comprender que es lo que padece, como avanza esta enfermedad y como poder controlarla. Este es un peldaño importante en nuestro camino hacia el éxito del tratamiento (Ferro & Gómez, 2007).

2.2.6.3.1.2. Instrucciones de higiene oral

Existen diversas técnicas para enseñar al paciente a controlar la formación de biofilm, las cuales el clínico debe enseñarle de forma práctica y sencilla, motivándolo para que las cumpla. Debe haber un control periódico para reforzar la limpieza en los lugares donde aún sea complicado eliminar todo el biofilm (Ferro & Gómez, 2007).

2.2.6.3.1.3. Cepillado dental

Hay que indicarle al paciente algunas indicaciones sobre el uso del cepillo dental, por este motivo hay que motivarlo al paciente para que se cepille los dientes tres veces al día y pedirle que nos muestre como se cepilla en el consultorio para así comprobar si su técnica es la correcta o si hay sitios que debería reforzar más (Ferro & Gómez, 2007).

Es importante hacerle saber al paciente que el cepillo dental no cubre todas las áreas necesarias de limpieza de los dientes, como por ejemplo los espacios interproximales. Para acceder a la limpieza de estos sitios el paciente puede utilizar hilo dental o cepillos interdetales y de esta manera remover el biofilm ahí presente; es importante que el clínico le de las indicaciones necesarias para no lacerar la papila interdental (Ferro & Gómez, 2007).

2.2.6.3.1.4. Control mecánico del biofilm

El control mecánico del biofilm se realiza mediante la terapia básica periodontal y su principal objetivo es retirar el biofilm duro y blando de la superficie dental (Ferro & Gómez, 2007).

Raspado y alisado radicular

La academia americana de periodoncia define al *raspado* como una instrumentación de las coronas y superficies radiculares de los dientes para retirar el biofilm, cálculos y pigmentaciones que estos

presenten. El *alisado* radicular por su parte se define como el proceso en el cual se remueve el cemento o las superficies rugosas de dentina, contaminadas con bacterias o cálculos (Periodontology, 1998).

Instrumentación manual

El instrumento principal para realizar el raspado y alisado radicular son las curetas (Figura 12), que en su diseño tienen un mango, cuello y parte activa. El mango de la cureta es vacío en su parte interna para así evitar la fatiga muscular de su uso y poder manipularlo de una manera más fácil. El cuello o tallo varía en su forma y longitud de acuerdo al área de la boca en que va a usarse y la parte activa tiene un borde cortante y el otro redondeado para así no lacerar los tejidos al momento al momento de usarla (Lindhe, Karring, & Lang, 2005).

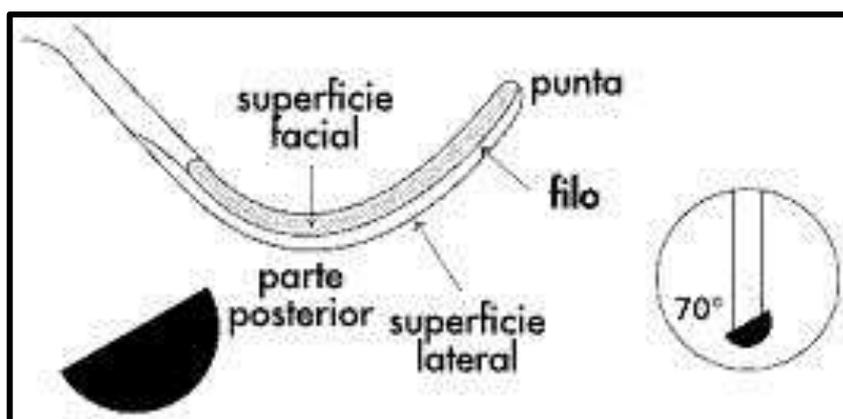


Figura 12. Lado activo Cureta

Fuente: (bucodental, 2015)

En cuanto a las curetas, existen distintos tipos; entre estos tipos tenemos a las curetas de Gracey, las cuales tienen la siguiente numeración y función: *Cureta de Gracey 1-2* : caras libres de dientes anteriores, *Cureta de Gracey 3-4* : caras proximales de dientes anteriores, *Cureta de Gracey 7-8*: caras libres de premolares y molares, *Cureta de Gracey 11-12*: caras mesiales de dientes posteriores, *Cureta de Gracey*

13-14: caras distales de dientes posteriores. Existe también una cureta llamada *Montana Jack* la cual es universal (Castella, 2003).

La técnica de instrumentación manual es la siguiente: primero se debe tomar la cureta en forma de lapicero modificado y establecer un apoyo digital estable. El índice se coloca encima del dedo mayor sobre el mismo lado del mango y el dedo pulgar en la mitad entre el dedo índice y el mayor (Castella, 2003).

Luego se debe establecer la parte activa correcta y la hoja entra suavemente hasta llegar a la base de la bolsa, colocándose en una angulación de 45°. Se realizan movimientos exploratorios para detectar cálculos o irregularidades, después los movimientos de raspado son cortos potentes y controlados, mientras que los de alisado son más largos y superpuestos. Al final es recomendable repasar con el explorador o sonda periodontal para asegurar una superficie lisa sin cálculo (Castella, 2003).

Instrumentación ultrasónica

Los instrumentos ultrasónicos son un método fácil y efectivo de limpieza de las superficies coronarias y radiculares. Los efectos de la vibración del instrumento y el agua permiten el desprendimiento del cálculo y remoción del biofilm (Bascones A. , 2009).

Después de haber realizado el raspado y alisado radicular se debe pulir la superficie coronaria con copas de caucho o copas de pulido, para eliminar la biopelícula bacteriana residual (Bascones A. , 2009).

2.2.6.3.1.5. Control químico del biofilm

Los agentes químicos son eficaces en el control de la formación de biofilm, debido a que retrasa su formación. Estos pueden ser usados como parte de la terapia periodontal o como prevención (Lindhe, Karring, & Lang, 2005).

Aceites esenciales

Los aceites esenciales reducen la placa bacteriana y gingivitis, son una mezcla de timol, mentol y eucalipto combinados con salicilato de metilo; el más conocido de estos es el Listerine. En su forma de acción principal alteran la pared celular e inhiben la las enzimas bacterianas. Su utilización se recomienda en dosis de 20ml por dos veces al día, posterior al cepillado dental (Bascones, Mudarra, & Pérez, 2002).

Clorhexidina

La utilización de la clorhexidina es muy efectiva y es el agente más efectivo para tratamientos periodontales. Su mecanismo de acción es mediante la reducción de la biopelícula adquirida y la alteración del desarrollo bacteriano. La presentación es básicamente en tres formas distintas: digluconato, acetato e hidrocloreuro. La dosis recomendada es de gluconato de clorhexidina al 0,12%, 20ml dos veces al día después del cepillado (Bascones, Mudarra, & Pérez, 2002).

Antibióticos sistémicos

El uso de antibióticos en la terapia periodontal es muchas veces esencial para alcanzar el objetivo terapéutico deseado, la adición de fármacos al tratamiento tiene como objetivo aumentar el espectro de acción y más aún si estos son combinados. Entre los principales antibióticos tenemos a la clindamicina, al amoxicilina, el metronidazol y la eritromicina (Falcao, Moura, Faria, & Bascones, 2001).

2.2.6.3.2. Ambientación dentaria

La ambientación dentaria se refiere a posibilitar el control de biofilm, mediante la mejoría de los tratamientos restaurativos, estéticos y funcionales del paciente. Esto abarca todo tipo de rehabilitación que sea necesaria realizar, como la eliminación de caries, ajuste de restauraciones

desbordantes, ferulización, endodoncias, exodoncias, etc. (Ferro & Gómez, 2007).

2.2.6.3.3. Revaluación

La revaluación se efectúa de 4 a 6 semanas luego del último raspado y se evalúa la respuesta de los tejidos periodontales después del control mecánico y químico realizado en la terapia básica periodontal. Los principales puntos a evaluar en esta fase son: la higiene, la respuesta de los tejidos, el estado sistémico del paciente, y los factores psicológicos. La higiene se evalúa de acuerdo a la cantidad de biofilm que se aprecie una vez aplicado el líquido revelador de placa. El estado tisular se determina en base a los criterios de inflamación y sangrado y finalmente el factor psicológico hace referencia a la motivación y cooperación del paciente (Carranza, Newman, & Takei, 2004).

Cuando en la revaluación se encuentran cálculos, inflamación, sangrado o bolsas periodontales profundas; el paciente deberá pasar a la fase correctiva o quirúrgica del tratamiento. Por el contrario si hay ausencia de estos signos y síntomas el paciente pasará a la fase de mantenimiento (Carranza, Newman, & Takei, 2004).

2.2.6.4. Fase correctiva

Una vez finalizada la fase higiénica y realizada la revaluación periodontal para constatar el estado de salud del paciente, y estimar si es necesario un tratamiento quirúrgico para devolver la salud al paciente. La cirugía periodontal está indicada para crear un acceso directo y mejorar la visibilidad para una correcta instrumentación radicular, permitir al paciente una mejor higiene, evitar la acumulación de biofilm y favorecer la regeneración tisular. De igual manera dentro esta fase, entra otra parte quirúrgica como es la eliminación de focos infecciosos como por ejemplo restos radiculares (Ferro & Gómez, 2007).

2.2.6.5. Fase de mantenimiento

La fase de mantenimiento es la que se desarrolla una vez terminada la terapia activa del paciente, es decir una vez que el paciente ya ha cumplido con sus citas programadas. El paciente deberá acudir a terapias de soporte para evaluar la eficacia de su higiene y en caso de ser necesario realizar un raspado y alisado radicular para remover cálculos, biofilm (Ferro & Gómez, 2007).

La frecuencia del mantenimiento periodontal variará de acuerdo a cada paciente. Muchos elementos intervienen en la periodicidad de las citas, tales como la severidad de la enfermedad periodontal, el control del biofilm, y la motivación al paciente. Muchos estudios han demostrado que el mantenimiento cada tres meses es suficiente para un paciente que ha recuperado su salud periodontal, inclusive algunos pacientes necesitan controles cada seis meses o menos frecuentes (Ferro & Gómez, 2007).

III. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Luego de haber hecho una revisión bibliográfica acerca del tema tratado, se presentará el caso clínico de una forma clara, precisa y organizada.

3.1. Historia Clínica

Paciente de sexo masculino, de 35 años de edad, asintomático, acude a la clínica de especialidades de la Universidad Internacional Del Ecuador porque no le gusta la apariencia de sus dientes anteriores y desea reemplazar los dientes ausentes (Anexo 1).

3.1.1. Motivo de Consulta

Al preguntar el motivo de consulta en la clínica de especialidades odontológicas de la UIDE, el paciente refirió “Vengo a rehabilitarme los dientes” (Anexo 1).

3.1.2. Antecedentes personales y familiares

Al realizar la anamnesis, el paciente no refirió ningún antecedente personal ni familiar de importancia, se encontró aparentemente sano (Anexo 1).

3.1.2.1. Signos Vitales

Cuando realizamos la toma de signos vitales se encontraron los siguientes datos: presión arterial de 122/79 mmhg, con una frecuencia cardíaca de 71ppm, frecuencia respiratoria de 17 rpm, y temperatura de 36,9° (anexo 1).

3.1.3.Examen clínico extra e intra oral

Después de finalizar la anamnesis, se procede a realizar el examen bucal del paciente, se utilizaron los siguientes instrumentos: guantes, espejo, sillón dental y el equipo diagnóstico (figura 13). Se hizo un examen específico de la cara en el que se incluyó labios, mejillas, carrillos, maxilar superior e inferior, piso de la boca, paladar, glándulas salivales, orofaringe, articulación temporomandibular, ganglios. Una vez realizado el examen clínico no se registró ninguna patología aparente (Figura 14).



Figura 13. Fotos extra orales.

Fuente: Juan Pilataxi Elaborador: Mauricio Montesinos



Figura 14. Fotos intra orales.

Fuente: Juan Pilataxi Elaborador: Mauricio Montesinos

3.1.3.1. Odontograma

La revisión de la cavidad bucal nos dio como resultado lo siguiente: dientes cariados (C=8), dientes perdidos (P=4) y dientes obturados (O=0), obteniendo como resultado un CPOD= 12; como se muestra en el Anexo 1.

3.1.3.2. Indicadores de salud bucal

De acuerdo a lo estipulado por el ministerio de salud pública del Ecuador, se realizó un análisis de la placa bacteriana, cálculo, y gingivitis con la utilización de una sonda periodontal obteniendo como resultado lo que podemos apreciar en el Anexo 1.

3.1.3.3. Registro periodontal simplificado e índice de placa

Con el fin de realizar un correcto examen y diagnóstico periodontal, procedemos a realizar el PSR (*Periodontal Screen Recording*) por sus siglas en inglés, y el índice de placa dental (anexo 8). Estos exámenes en conjunto nos van a permitir conocer el estado de cada uno de los dientes y analizar si es conveniente llenar el periodontograma que es el examen completo periodontal necesario en caso de así ameritarlo. Para iniciar con la revisión de los dientes debemos guiarnos en tres puntos por cada cara del diente, es decir mesial, medial y distal tanto de las caras palatinas o linguales como de las caras vestibulares; y anotar el valor de mayor gravedad. Para evaluar cada diente debemos tener en cuenta los siguientes criterios:

- 0 = sano
- 1 = sangrado
- 2 = cálculo y márgenes desbordantes
- 3 = la sonda se oculta parcialmente
- 4 = la sonda se oculta totalmente

Para obtener los datos sobre el índice de placa debemos colocar líquido revelador de placa en las superficies del diente, y observar cuanto de cada superficie del diente se pigmenta.

3.1.3.4. Periodontograma

El periodontograma es un instrumento que nos sirve para evaluar la enfermedad periodontal que presenta el paciente, este debe ejecutarse si es que luego de haber realizado el PSR obtenemos códigos 3 o 4 en el mismo. En este caso clínico luego de haber realizado el periodontograma se llegó a la conclusión que el diagnóstico del paciente es una Periodontitis Crónica Severa Generalizada (anexo 8).

3.1.4. Exámenes complementarios

Los exámenes complementarios son una serie de herramientas que nos ayudan a llegar a un diagnóstico más certero, entre estos tenemos los siguientes: radiografías panorámicas, periapicales, exámenes de laboratorio.

3.1.4.1. Examen radiográfico

En la radiografía panorámica tenemos una visión completa de las estructuras de la cavidad bucal y además de las estructuras óseas que conforman el tercio medio e inferior de la cara. Se pueden apreciar los senos paranasales, el tabique nasal; además se observan sombras radiopacas compatibles con restos radiculares, sombras radiolúcidas en el diente 1.1 compatibles con caries amelocementaria. El hueso mandibular se aprecia simétrico, al igual que los cóndilos. Se observan áreas edéntulas en el maxilar superior y en la mandíbula (anexo 9).

3.1.4.2. Exámenes de laboratorio

Dentro de los exámenes de laboratorio que se realizan, está la biometría hemática que nos permite tener un conteo de los glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas; junto con este examen también observamos los valores de hematocrito, tp, ttp y tiempos de coagulación, los cuales se encuentran dentro de los rangos normales (anexo 11).

3.2. Diagnóstico presuntivo

Paciente de sexo masculino de 35 años de edad presenta enfermedad periodontal crónica, además se observa la presencia de biofilm duro y blando, restos radiculares de los dientes 2.4, 2.8, 4.5, 4.6, 4.7; caries en los dientes 1.7, 1.4, 1.1, 2.6, 2.7, 3.5, 3.7; aparte se observa edentulismo parcial inferior.

3.3. Diagnóstico definitivo

Mediante el examen clínico extra e intra oral, los exámenes complementarios radiográficos y de laboratorio se llegó a determinar que el paciente presenta: periodontitis crónica severa generalizada asociada a biofilm blando y duro, mal posición dentaria. Lesiones cariosas en los dientes: 1.7, 1.4, 1.1, 2.6, 2.7, 3.5, 3.7. Pulpitis irreversible del diente: 1.1. Además restos radiculares de los dientes: 2.4, 2.8, 4.5, 4.6, 4.7 y edentulismo parcial inferior.

3.4. Pronóstico

Se establece un pronóstico favorable, debido a que no hay pérdida ósea considerable, no existen factores sistémicos que puedan poner en riesgo el éxito del tratamiento, los factores locales de riesgo pueden ser controlados. En los que se refiere al pronóstico protésico, terapéutico y diagnóstico; se puede predecir que va a ser bueno en los

tres casos, debido a que el paciente no presenta factores sistémicos que puedan agravar su tratamiento.

3.5. Plan de tratamiento

Se le planteó varias opciones de tratamiento al paciente (anexo1), el mismo que eligió un tratamiento integral, que estaría planificado en algunas etapas dependiendo de la especialidad que así requiera. Las etapas del plan de tratamiento son las siguientes:

Resolución de urgencias	No hubo ninguna urgencia necesaria para tratar.
Control de la infección y reinfección bucal	Motivación y fisioterapia oral. Control mecánico y químico del biofilm mediante raspado y alisado radiculares.
Control del medio condicionante	Asesoramiento dietético y uso de sustitutos.
Refuerzo o modificación del huésped ALTA BÁSICA	Uso de la técnica adecuada de cepillado dental (bass modificada). Uso de hilo dental. Uso de enjuague bucal adecuado.
Control de las infecciones no resueltas como urgencias	Extracción de restos radiculares 2.4, 2.8, 4.5, 4.6, 4.7. Biopulpectomía del diente 1.1.
Rehabilitación	Restauración de dientes 2.6, 2.7, 1.1, 1.2. Colocación de prótesis de cromo cobalto superior e inferior.
Monitoreo ALTA INTEGRAL	Cada 6 meses (mantenimiento periodontal).

Tabla 3. Plan de tratamiento integral.

Elaborador: Mauricio Montesinos

3.6. Aspectos éticos

Antes de iniciar cualquier tratamiento odontológico es necesario que el paciente sepa que procedimientos se le van a realizar, de igual manera hay que explicarle los riesgos y beneficios de cada uno de estos, así como las posibles complicaciones. Además se solicita la aprobación por parte del paciente para poder tomarle fotos que van a servir como prueba de los procedimientos realizados en este caso clínico.

3.7. Desarrollo del tratamiento

3.7.1. Motivación y fisioterapia oral

Se le explica al paciente la importancia de la higiene oral y debe entender que este es un procedimiento en el cual el éxito depende el 50% del operador y la otra mitad de los cuidados que el paciente tenga, ya sean estos sistémicos o locales.

Es importante motivar al paciente para que se cepille los dientes tres veces al día o después de cada comida, se le recomienda la técnica de Bass modificada y un cepillo de cerdas suaves de tamaño acorde a su boca, así como el uso diario de hilo dental o cepillo interdental junto con enjuague dental de aceites esenciales. Un paciente motivado mejorará notablemente el pronóstico del tratamiento.

3.7.2. Sondaje periodontal

Se realiza el sondaje periodontal por las superficies vestibulares y palatinas o linguales de todos los dientes, con el fin de obtener los valores para el periodontograma y poder llegar a un correcto diagnóstico. Este se realiza con la sonda periodontal Cp 15 (Figura 15), aquí se deben anotar todas las características presentes, tales como sangrado, movilidad, etc.



Figura 15. Sondaje periodontal

Fuente: Juan Pilataxi Elaborador: Mauricio Montesinos

3.7.3. Terapia básica periodontal

Antes de iniciar con la terapia periodontal, el paciente realiza enjuagues con clorhexidina al 0,12% y así reducir la flora bacteriana bucal. El principal objetivo del raspado y alisado radicular es remover el biofilm blando y duro de las superficie de todos los dientes. Iniciamos el tratamiento con un instrumento ultrasónico como es el cavitron (figura 16) y luego procedemos con los instrumentos manuales como las curetas de Gracey (Figura 17).

La instrumentación manual se efectúa ingresando a las bolsas periodontales de manera que la parte activa de la cureta esté contra el diente y la parte inactiva contra la encía. Se realizan movimientos cortos y precisos para raspar y dejar la superficie radicular libre de cálculos y posteriormente realizamos movimientos largos para alisar la misma superficie de forma que esté sin residuo alguno de contaminantes.



**Figura 16. Remoción de cálculos con ultrasonido.
Fuente: Juan Pilataxi Elaborador: Mauricio Montesinos**



**Figura 17. Remoción de Biofilm duro con Curetas de Gracey.
Fuente: Juan Pilataxi Elaborador: Mauricio Montesinos**

3.7.3.1. Restauraciones simples y compuestas

Se inició con las restauraciones simples, primero retirando la caries de manera total con ayuda de la turbina y utilizando una fresa redonda pequeña que fue suficiente para retirar todo el tejido cariado de los dos dientes. Una vez hecho esto procedemos a aislar de manera parcial el campo operatorio. Se desinfectó la superficie dental con clorhexidina y posteriormente se colocó ácido fosfórico por 12 segundos, después lavamos por 24 segundos la superficie del diente donde habíamos colocado el ácido sin que quede residuo alguno del mismo (Figura 24).

Se pone el bonding con ayuda de un micro brush y levemente colocamos aire proveniente de la jeringa triple para evitar un exceso de bonding en el diente; a continuación fotocuramos con la lámpara de luz halógena por 20 segundos. Elegimos el color de resina apropiado para el diente que vamos a restaurar, el cual en este caso es un color A2 y por capas empezamos colocarla de acuerdo a la necesidad y le damos la morfología de acuerdo a cada diente. Por cada capa de resina que vayamos colocando debemos fotocurar y así sucesivamente (Figura 25).

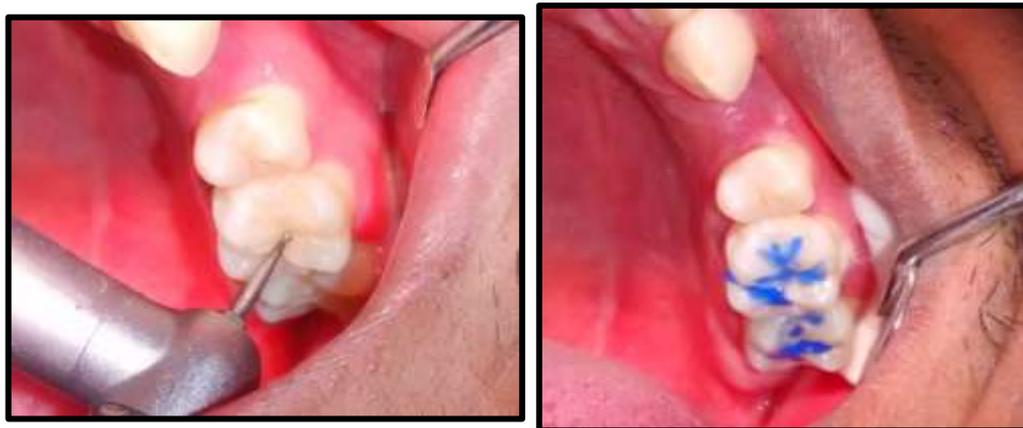


Figura 18. Retiro de caries y colocación de ácido

Fuente: Juan Pilataxi Elaborador: Mauricio Montesinos

Al finalizar con la colocación de la resina, debemos controlar los puntos altos de contacto que puedan existir utilizando papel de articular.

Luego de controlar la oclusión debemos pulir y darle brillo a nuestra resina con distintos materiales como pasta diamantada y discos de pulido. Estos pasos los realizamos de igual manera para las restauraciones simples de los dientes como para las restauraciones compuestas.

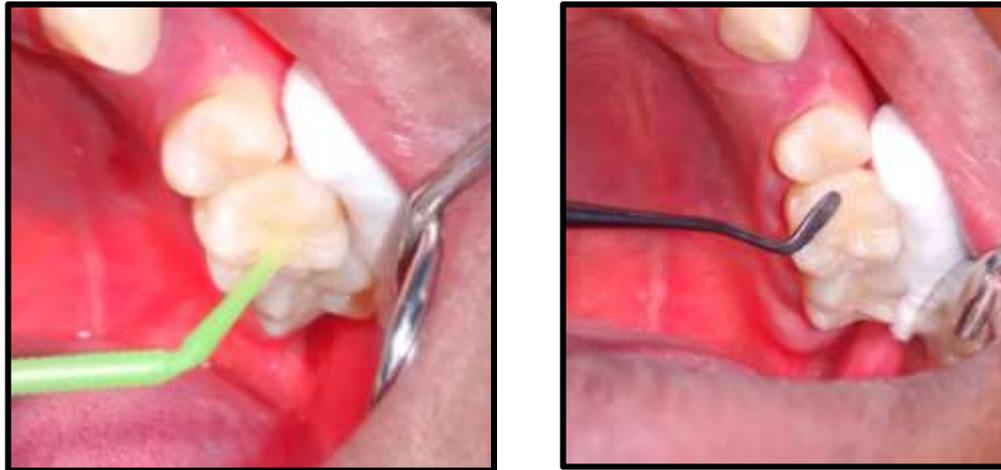


Figura 19. Colocación de bonding y resina

Fuente: Juan Pilataxi Elaborador: Mauricio Montesinos

3.7.4. Remisión a cirugía

Tal como había sido planteado dentro de la planificación del tratamiento, luego de haber realizado la terapia básica periodontal para controlar la posibilidad de infección, se van a ejecutar las extracciones de los restos radiculares. Como terapia antibiótica para evitar una probable bacteremia al extraer los restos radiculares, el paciente fue recetado con amoxicilina de 500mg cada 8 horas por 7 días, la terapia se inició un día antes de realizar las extracciones.

Antes de realizar el procedimiento quirúrgico al paciente se le realizaron exámenes básicos de laboratorio para constatar su buen estado de salud y evitar una posible hemorragia o cualquier otra complicación propia del procedimiento. Para iniciar con la fase quirúrgica

se realizó la antisepsia del campo operatorio, limpiando con suero fisiológico alrededor de los labios del paciente. Posteriormente se procedió a anestésiar al paciente con lidocaína más epinefrina al 2%, con una técnica infiltrativa para los dientes 2.4 y 2.8 (Figura 18). Posteriormente con una técnica troncular local se anestésió los dientes 4.6, 4.6, 4.7.



Figura 20. Técnica anestésica

Fuente: Juan Pilataxi Elaborador: Mauricio Montesinos

Después se inició con las extracciones (Figura 19), primero con la sindesmotomía para desprender al diente de sus inserciones gingivales y posteriormente con la luxación y extracción propiamente dicha. De esta forma se ejecutaron las cinco extracciones de los restos radiculares. Antes de proceder a suturar cureteamos el alveolo con una cureta de Lucas para eliminar el tejido infectado o de granulación. Una vez terminada la cirugía se suturó mediante puntos simples para conseguir una cicatrización por primera intención (Figura 20).

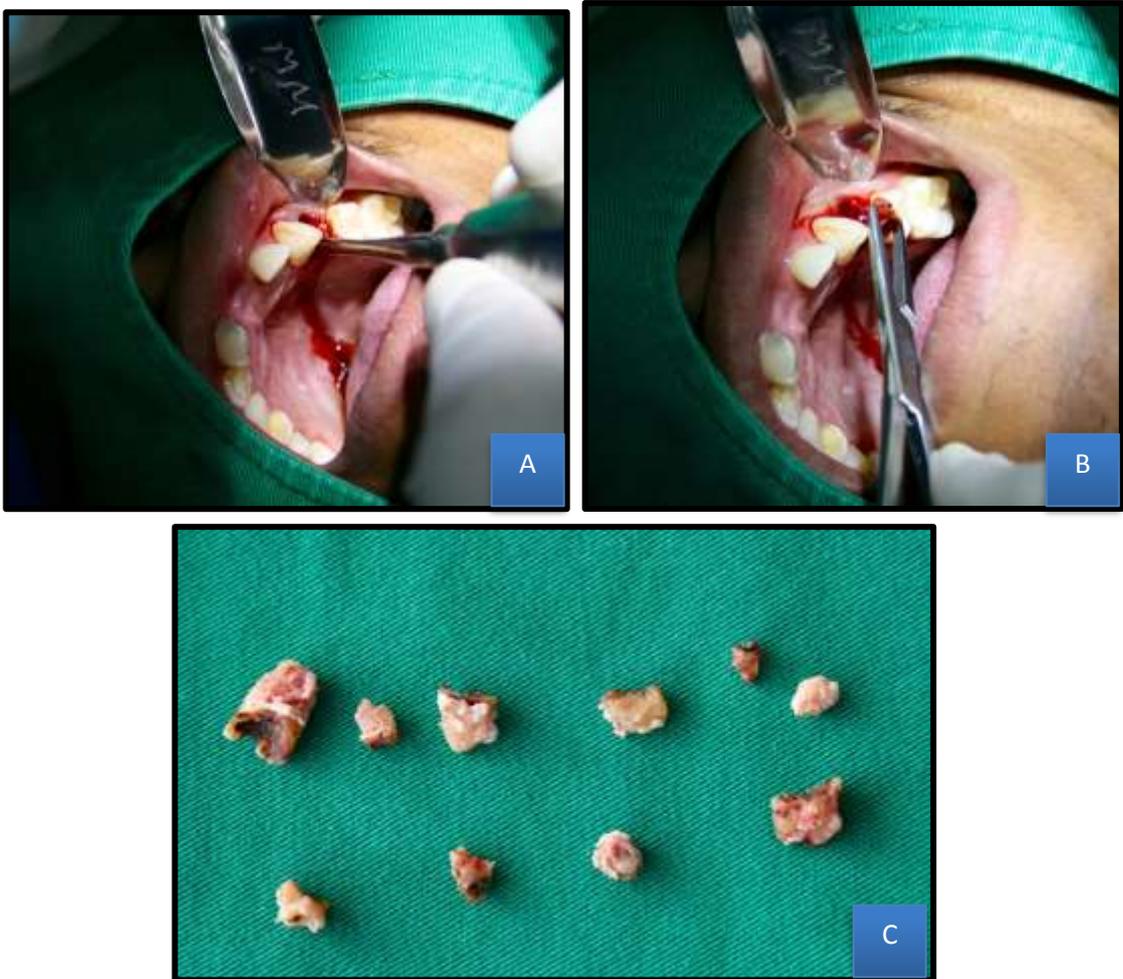


Figura 21. A y B. Extracciones de restos radiculares C. Restos radiculares

Fuente: Juan Pilataxi Elaborador: Mauricio Montesinos

Para el dolor postoperatorio se recetó al paciente ibuprofeno con una dosis de 600mg cada 8 horas por 3 días y se le indicó que debe continuar con la medicación antibiótica que fue recetada anteriormente hasta terminar la dosis completa. A los 7 días se llamó al paciente para un control post quirúrgico y para evaluar el estado higiénico del paciente, se observó ausencia de infección o retención de alimentos en el sitio quirúrgico. Se procedió a realizar un lavado de la zona quirúrgica con suero fisiológico y con un aparato ultrasónico se retiró el biofilm blando presente en algunas superficies dentales. Luego a los 14 días el paciente

acudió para retirar los puntos en donde pudo apreciarse una buena cicatrización.



Figura 22. Sutura

Fuente: Juan Pilataxi Elaborador: Mauricio Montesinos

3.7.5. Evaluación de la terapia básica periodontal

Ocho semanas luego de la terapia básica periodontal, el paciente acude a la clínica para realizar un control y evaluación de la misma. En esta cita se llena un nuevo periodontograma para evaluar el progreso del tratamiento. Se aprecia presencia de biofilm blando en la zona de molares posteriores donde es más complicada la limpieza (figura 21) y se motiva al paciente para que mejore su técnica de cepillado y lo realice siempre después de cada comida.

Con los datos que obtuvimos del nuevo periodontograma, se puede apreciar una mejoría significativa en la salud periodontal del paciente, por este motivo no es necesario remitir al paciente a una fase quirúrgica periodontalmente hablando y se remite la fase correctiva.



Figura 23. Revaluación periodontal

Fuente: Juan Pilataxi Elaborador: Mauricio Montesinos

Fase correctiva

3.7.6. Remisión a tratamiento endodóntico

Una vez que empezamos con la fase correctiva, citamos al paciente para realizar un tratamiento de conducto del diente 1.1, con diagnóstico de pulpitis irreversible. Este diente presentaba una caries amelodentinaria que al observarla radiográficamente se encontraba a menos de 2mm de la cámara pulpar, el paciente refería dolor espontáneo del mismo diente. Las pruebas de vitalidad pulpar fueron positivas (Figura 22).

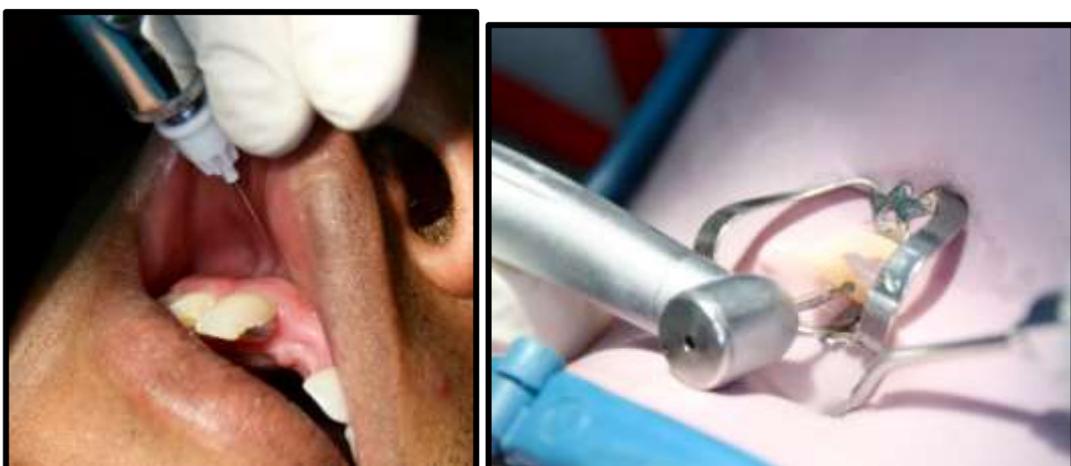


Figura 24. Anestesia y acceso cameral

Fuente: Juan Pilataxi Elaborador: Mauricio Montesinos

En esa misma cita se empezó con el tratamiento endodóntico. Primero se anestesió al paciente con una técnica infiltrativa local, tanto por vestibular como por palatino. El anestésico usado fue lidocaína con epinefrina al 2%. Posteriormente se aisló completamente el diente a tratar y se hizo un acceso convencional por la parte palatina, para luego encontrar el conducto y proceder con la conductometría. Una vez obtenida la longitud del conducto se instrumentó con una técnica manual y se obturó con conos de gutapercha en la misma cita (Figura 23).

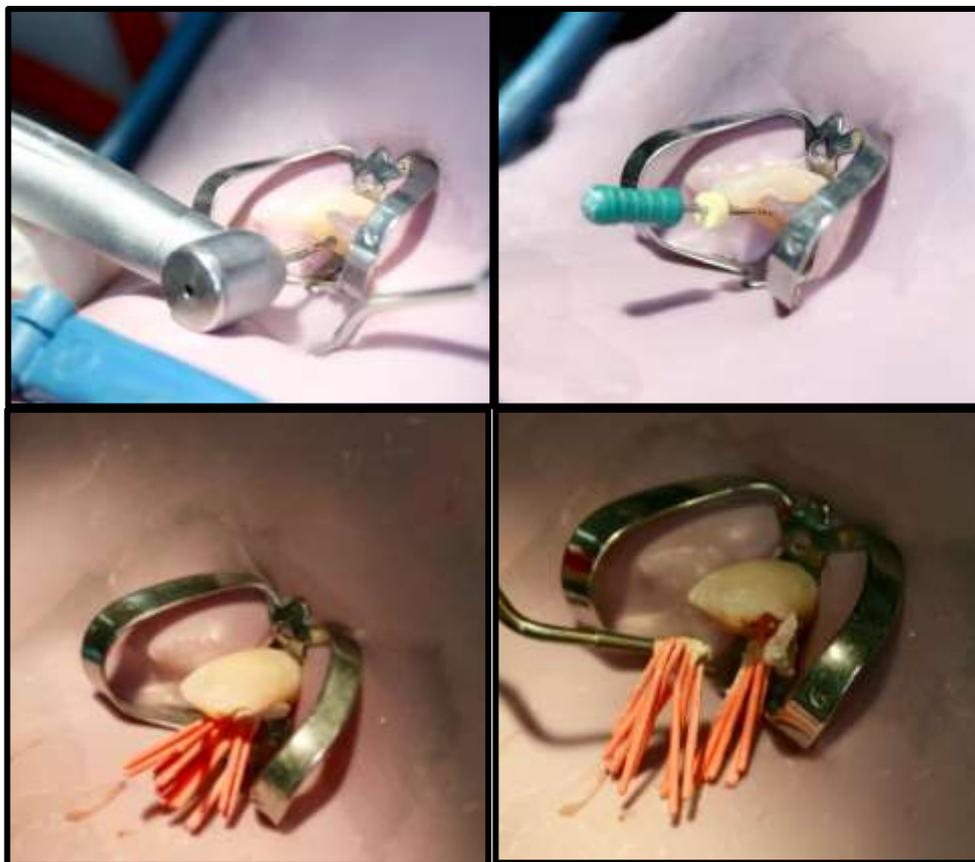


Figura 25. Acceso, instrumentación y obturación

Fuente: Juan Pilataxi Elaborador: Mauricio Montesinos

3.7.7.Remisión a rehabilitación oral

Para continuar con el tratamiento multidisciplinario e integral del paciente, se remitió a rehabilitación oral para realizar dos prótesis parciales removibles de cromo cobalto, una superior y una inferior.

3.7.7.1. Prótesis removibles de cromo cobalto

Se deben llenar los protocolos de rehabilitación oral indicados para prótesis removible que disponemos en la clínica de la UIDE.

3.7.7.1.1.Impresiones preliminares y modelos de estudio

Se toman las impresiones preliminares con alginato tanto del maxilar superior como del maxilar inferior y luego se vacían los modelos con yeso piedra. Una vez que obtenemos los modelos de estudio dibujamos y diseñamos las prótesis superior e inferior de acuerdo a las características clínicas del paciente y sus necesidades (Figura 26)



Figura 26. Modelos de estudio

Elaborador: Mauricio Montesinos

3.7.7.1.2. Tallado de apoyos y toma de impresiones

En la siguiente cita, una vez que tenemos listos los diseños de las prótesis, debemos tallar los apoyos en los dientes que se habían planeado, de igual manera los descansos o alivios necesarios. Posteriormente tomamos impresiones con alginato tanto superior como inferior para obtener modelos definitivos en yeso sobre los cuales se van a realizar las prótesis de cromo cobalto (Figura 27).



Figura 27. Tallado de apoyos

Fuente: Juan Pilataxi Elaborador: Mauricio Montesinos

3.7.7.1.3. Prueba de estructura metálica

Después de una semana probamos la estructura metálica de la prótesis y nos aseguramos que se adapte de la mejor manera sin lesionar los tejidos blandos. Corroboramos que la prótesis se asiente en su totalidad sobre los apoyos tallados y le pedimos al paciente que nos indique si en algún lugar le molesta o siente que está alto al morder. Si todo está bien y no hay problemas podemos enviar a que le coloquen los dientes en cera a la prótesis (Figura 28).



Figura 28. Prueba de estructura metálica

Fuente: Juan Pilataxi Elaborador: Mauricio Montesinos

3.7.7.1.4. Prueba con dientes en cera

En esta fase tenemos que constatar que la oclusión del paciente sea armónica en relación a la prótesis, haciendo ocluir al paciente con la prótesis puesta. Hay que tener cuidado porque los dientes están solamente sostenidos en cera a la prótesis y si el paciente muerde muy duro podrían desprenderse estos dientes (Figura 29). Se deben verificar los movimientos de lateralidad y de desoclusión anterior para examinar que no existan interferencias oclusales.



Figura 29. Prueba con dientes en cera

Fuente: Juan Pilataxi Elaborador: Mauricio Montesinos

3.7.7.1.5. Prueba con prótesis terminada

Una vez terminada la prótesis, ya con los dientes en acrílico probamos que no haya interferencias oclusales, que la mordida del paciente sea armónica y que sobretodo no haya lesión en tejidos blandos o que presione demasiado los mismos. Aquí podemos apreciar la felicidad del paciente ya con sus dientes completamente rehabilitados.

Se realiza el primer control de la prótesis a las 48 horas y posteriormente a la semana se realiza otro control para constatar que no existan molestias y que todo esté bajo control, incluso la satisfacción del paciente (Figura 30).

ANTES



DESPUÉS



Figura 30. Fotos finales

Fuente: Juan Pilataxi Elaborador: Mauricio Montesinos

3.7.8. Terapia de mantenimiento periodontal

Tres meses después el paciente regresa para su terapia de mantenimiento periodontal y para realizar un nuevo periodontograma. En esta cita se comprueba la evolución del tratamiento y se observa como ha mejorado la salud periodontal del paciente. De igual manera se realiza una profilaxis y se instruye nuevamente acerca de los cuidados y técnicas de limpieza, el paciente debe motivarse en cada cita para obtener el éxito deseado.

IV. DISCUSIÓN

Todo tratamiento odontológico integral está relacionado con la salud periodontal y su manejo. La enfermedad periodontal y la pérdida de inserción son las principales causas de pérdida de dientes y de esta forma se ven cambios y alteraciones en la función y estética (Zapata, Guzman, Saldarriaga, & Tobón, 2009).

Existen diferentes teorías sobre qué es lo más eficaz para tratar la periodontitis crónica, la terapia básica periodontal tiene como objetivo eliminar los depósitos de biofilm duro y blando tanto supra como subgingival, pero algunos autores describen que eso no es suficiente y que es necesaria una fase quirúrgica. En esta se logra un mayor alcance de toda la superficie radicular y un mayor debridamiento aunque es una terapia más agresiva. Se ha podido ver a largo plazo que con una terapia básica periodontal en base a raspados y alisados radiculares y colaboración del paciente se obtienen muy buenos resultados conservando la salud periodontal (Fabrizi, Barbieri, Vignoletti, & Bascones, 2007).

Se dice que la prevención y tratamiento de las enfermedades periodontales está en el control de los factores causales, ya que la ausencia de estos permite la rápida y efectiva reproducción bacteriana que acaba destruyendo los tejidos de inserción. Es por esto que el papel de la motivación y cuidados del paciente es fundamental para tener éxito y obtener buenos resultados después de realizar una terapia básica periodontal. Por este motivo es de vital importancia eliminar los factores locales que inducen a la acumulación de biofilm, como por ejemplo: trauma oclusal, restauraciones desbordantes, etc. (Serrano & Noguero, 2004).

Se ha discutido mucho a lo largo de los años sobre la rehabilitación con prótesis fijas en pacientes con periodontitis crónica, es verdad que

tanto las prótesis removibles como las fijas tienen ventajas y desventajas en pacientes con enfermedad periodontal; pero hay ciertos aspectos a tener en cuenta al momento de decidir con cual debemos rehabilitar. En el caso de pacientes con periodontitis crónica se recomienda el uso de prótesis removibles debido a que el acceso a la limpieza es más fácil, y por más que se logre una buena motivación siempre será un factor de riesgo para estos pacientes aún más si llegan a usar una prótesis fija (Ardila, 2010).

El uso de prótesis removibles en pacientes periodontalmente afectados está contraindicado cuando existen dientes con movilidad que tienen que soportar un gancho, en estas ocasiones hay que evaluar el riesgo- beneficio antes de colocarlas. De todas formas las medidas de higiene y el cuidado del paciente son pilares claves en el mantenimiento periodontal, deben ir de la mano junto con un correcto diseño protésico que evite efectos o sobrecargas dañinas hacia las estructuras periodontales restantes. Por lo tanto en pacientes con periodontitis crónica que no presenten movilidad la opción ideal de rehabilitación serían las prótesis removibles preferiblemente de cromo cobalto ya que las plásticas acumulan más biofilm y flejan, lo que produce una mayor reabsorción ósea en dichos lugares (Ardila, 2010).

V. CONCLUSIONES

- Un correcto diagnóstico nos guiará hacia el plan de tratamiento más acertado para nuestro paciente.
- La terapia básica periodontal que consiste en raspados y alisados radiculares más las terapias de mantenimiento, ayudaron de manera directa para la recuperación de la salud periodontal del paciente.
- Una buena motivación del paciente es pieza clave en la consecución de resultados satisfactorios, y del éxito del tratamiento sin importar la duración del mismo.
- El control de los factores locales que provocan acumulación de biofilm y la fisioterapia oral, son esenciales para disminuir la carga bacteriana así como el uso concomitante de hilo dental o cepillos interproximales y enjuagues bucales.
- Las terapias de mantenimiento son primordiales para comprobar el progreso del tratamiento, reducir la carga bacteriana presente mediante una profilaxis, y también para mantener motivado al paciente y evitar una recidiva de la periodontitis.

VI. RECOMENDACIONES

La prevención es el mejor método para reducir la incidencia de enfermedad periodontal en nuestro país y el mundo, pero lamentablemente los pacientes acuden a la consulta cuando el problema ya está instaurado. Por este motivo debemos hacer hincapié en los programas de prevención desde niños y educar a los pacientes para que acudan al odontólogo a tiempo y poder proveer de un tratamiento ipso facto.

Es fundamental que los pacientes conozcan de la importancia de la higiene bucal, para esto debemos incentivar desde niños a que acudan a la consulta para revisiones periódicas, motivarlos mediante juegos o dinámicas para que aprendan las técnicas de cepillado correctas de acuerdo a su edad. De esta forma se va creando conciencia y así al llegar a la edad adulta tendrán una mejor percepción acerca del cuidado de sus dientes.

Con estas pautas podremos llegar a construir una sociedad basada en la prevención y no en la curación, lo cual sería extraordinario para mejorar la calidad de vida de la población.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Ardila, C. (2010). Efectos de la prótesis parcial removible sobre la salud periodontal. *Av Periodon Implantol*, 77-83.
- Armitage, G. (1999). Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. *Ann Periodontol*.
- Armitage, G. (2005). Diagnóstico y clasificación de las enfermedades periodontales. *Periodontology 2000*, 9, 9-21.
- Bascones, A. (2009). *Periodoncia clinica e implantología oral*. Madrid : Avances.
- Bascones, A., Mudarra, S., & Pérez, E. (2002). Antisépticos en el tratamiento de la enfermedad periodontal. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*.
- Botero, J., & Bedoya, E. (2010). Determinantes del diagnóstico periodontal. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 94-99.
- Brenda, H., & Dietrich, T. (2012). Causal theory and the etiology of periodontal diseases . *Periodontology 2000*, 26-36.
- bucodental, H. (24 de julio de 2015). *higienistabucodental.es*. Recuperado el 24 de julio de 2015, de <http://higienistabucodental.es.tl/Curetas-Gracey.htm>: <https://www.google.com>
- Carranza, F. A., Newman, M. G., & Takei, H. H. (2004). *Periodontología clínica* . México: McGraw-Hill Interamericana .
- Castella, J. (2003). Raspado y alisado radicular en áreas de difícil acceso. *Periodoncia*.
- Delgado, P. A., Inarejos Montesinos, P., & Herrero Climent, M. (2001). Espacio biológico. Parte I: La inserción diente-encía. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*.

- Echeverria García, J. (2003). Enfermedades periodontales y periimplantarias. Factores de riesgo y su diagnóstico. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*.
- Eduardo, C. (25 de mayo de 2015). Obtenido de www.doctorcerezo.com: <http://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=0CAcQjR>
- Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2012). *Periodoncia* (Sexta edición ed.). Barcelona: Elsevier.
- Fabrizi, S., Barbieri, G., Vignoletti, F., & Bascones, A. (2007). Tratamiento quirúrgico vs terapia periodontal básica: estudios longitudinales en periodoncia clínica. *estudios longitudinales en periodoncia clínica. Av Periodon Implantol.* , 161-175.
- Falcao, C., Moura, A., Faria, R., & Bascones, A. (2001). Antibiotico terapia en peridoncia. Situación actual antibioticos sistemicos. *Av Periodoncia Implantología*.
- Ferro, C. M., & Gómez, G. M. (2007). *Periodoncia. Fundamentos de odontología*. bogotá: Pontificia universidad javeriana.
- Harpenau, L., Kao, R., & Lundergan, W. (2014). *Periodoncia e implantología dental de Hall: Toma de decisiones*. Mexico : El Manual Moderno.
- Highfield, J. (2009). Diagnosis and classification of periodontal disease. *Australian Dental Journal* .
- Johnson & Johnson . (25 de mayo de 2015). Obtenido de <http://co.listerineprofesional.com/el-biofilm-dental-causa-de-las-enfermedades-dentales-mas-comunes>: <http://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=0CAMQjxw&url=http%3A%2F%2Fco.listerineprofesional.com%2Fel-biofilm-dental-causa-de-las-enfermedades-dentales-mas-comunes&ei=7opjVci8O8GYNtOQgFA&bvm=bv.93990622,d.cWc&psig=AFQjCNGL6ubfAwegxS1rxwwQ2O2bwLrRAQ&ust=1432673387497265&cad=rjt>

- Lindhe, J., Karring, T., & Lang, N. (2005). *Periodontología clínica e implantología odontológica*. panamericana.
- Liñares, J., & Herrero, M. (2003). Bases farmacomicrobiológicas del tratamiento antibiótico de las enfermedades periodontales y periimplatarias . *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*.
- Manizales, U. A. (2011). *slideshare*. Recuperado el 19 de julio de 2015, de slideshare: <http://es.slideshare.net/tioandres/convenciones-periodontograma1>
- Matesanz-Pérez, P., Matos-Cruz, R., & Bascones-Martínez, A. (2008). Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. *Avances en periodoncia e implantología oral*.
- MEDECO . (23 de Junio de 2014). *Medeco* . Recuperado el 16 de Mayo de 2015, de [Medeco](http://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=0CAcQjRw&url=http%3A%2F%2Fwww.medeco.de%2Fes%2Fodontostomatologia%2Fperiodoncia%2Faparato-periodontal%2F&ei=eMBXVY-2K8aXNtC6gNAI&bvm=bv.93564037,d.eXY&psig=AFQjCNFkUjstU1250lygDFFiYmhoo6advw&ust=1431900656835981) :
- <http://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=0CAcQjRw&url=http%3A%2F%2Fwww.medeco.de%2Fes%2Fodontostomatologia%2Fperiodoncia%2Faparato-periodontal%2F&ei=eMBXVY-2K8aXNtC6gNAI&bvm=bv.93564037,d.eXY&psig=AFQjCNFkUjstU1250lygDFFiYmhoo6advw&ust=1431900656835981>
- Perea, M., Campo, J., Charlén, L., & Bascones, A. (2006). Periodontal disease and HIV infection: Up to date. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*.
- Periodontology, A. A. (1998). Scaling and root planing. *Journal of periodontology*.
- Rita, C., Priyank, B., & Ruchi, B. (2011). Biofilms: A microbial home. *Journal of Indian society od periodontology* , 111-114.
- Robinson, P., Deason, S., & Deery, C. (2005). Manual versus powered toothbrushing for oral health. *Cochrane database*.
- Romanelli, H. (2012). *1001 tips de periodoncia*. amolca.

- Schmidt, J., Sahrman, P., Weiger, R., Schmidlin, P., & Walter, C. (2013). [000] Biologic width dimensions – a systematic review. *Journal of clinical periodontology*.
- Serrano, V., & Noguerol, V. (2004). Prevención y mantenimiento en la patología periodontal y periimplantaria . *Avances en Periodoncia* , 65-79.
- Serrano-Granger, J., & Herrera, D. (2005). La placa dental como biofilm. ¿Cómo eliminarla? *RCOE*.
- Socransky, S., & Haffajee, A. (2002). Dental biofilms: difficult therapeutic targets. *Periodontology 2000*, 12-55.
- Taboada Aranza, O., & Talavera Peña, I. (2011). Prevalencia de gingivitis en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*.
- Van Dyke, T., & Dave, S. (2005). Risk factors for periodontitis. *Journal of International Academy of Periodontology*.
- Villena, A. (30 de mayo de 2015). <https://adrianvillena.wordpress.com/page/2/>.
Obtenido de <https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=0CAMQjxw&url=https%3A%2F%2Fadrianvillena.wordpress.com%2Fpage%2F%2F&ei=bG1qVeGHFYGmgwSOnoH4CQ&bvm=bv.94455598,d.cWc&psig=AFQjCNEcGBujdNct-R1XvErO10p5B6GYTA&ust=1433124584702458&cad=rjt>
- Wolf, H., & Hassell, T. (2006). *Periodontology color atlas of dental hygiene*. New York: Thieme medical pub.
- Zapata, R., Guzman, C., Saldarriaga, J., & Tobón, D. (2009). Manejo Integral de una Paciente con Periodontitis Crónica y Recursos Económicos Bajos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia. Caso Clínico. *Revista Clínica periodoncia implantologia rehabilitacion oral*, 78-81.
- Zerón, A. (2001). Nueva clasificación de las enfermedades periodontales . *Asociación dental mexicana*, 16-20.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: Historia Clínica

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA	CCOJ. IAS	EDC. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
UIDE				PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	7585
1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN							
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			Nº. CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN	
PIATAXI	GONZALÓN	JUAN	CARLOS			1715977488	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y No. - MANZANA Y CASA)				NOMBRE	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA
TOSAGUA S-128				Angelita Vicente	ESPOSAS	QUITO	Palmaria U
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PSE)	GRUPO CULTURAL	EDAD AÑOS	SEXO	ESTADO CIVIL	
5/8/79	QUITO	Ecuatoriana	Aboculturados	35	X	X Secundaria	
FECHA DE ADMISIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA	TIPO DE SEGURO DE SALUD			REFERENCIO DE	
11/2/19	PINTOR						
EN CASO NECESARIO: LÍNEA A		PARENTESCO AFILIADO	DIRECCIÓN			Nº. DE TELÉFONO	
Angelita Vicente		ESPOSA	TOSAGUA S-128			0997427000	
<small>CCOJ. CÓDIGO: GUARANDA, NARANJA, MANABITUBO, PASTAZA, SUCUMBIO, SUCUMBIO, CACHIBATO, BOWENPOTOSI, WAKARA, QUITANDINO</small>							
							CÓDIGO
							ADMISIONISTA
AUTORIZACIÓN							
FECHA: 11 de Febrero del 2015							
NO: Juan Carlos Piataxi Gonzalón con C.I. No. 1715977488							
En conocimiento que la Clínica de Especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador "Servicio Docente" se compromete a realizar especialistas y estudiantes.							
Se me ha expresado adecuadamente las actividades esenciales que se realizarán sobre el tratamiento de mis problemas bucales.							
AUTORIZO a que se me realice procedimiento de diagnóstico y tratamiento clínico quirúrgico con el estudiante asignado, comprometiéndome a cancelar los valores correspondientes previo el tratamiento indicado.							
NOMBRE DEL PACIENTE:	Juan Carlos Piataxi Gonzalón						
FIRMA DEL PACIENTE:							
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	Mauricio Montesinos						
NOMBRE DEL TUTOR:	Dra. Alicia Martinez						
FIRMA DEL TUTOR:							

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M/F)	EDAD	N° HISTORIA CLINICA															
U I D E	JUAN	PILATAXI	M	35	7505															
HISTORIA DE TABAC	1 - A AÑOS	2 - 10 AÑOS	3 - 15 AÑOS	4 - 20 AÑOS	5 - 25 AÑOS	6 - 30 AÑOS	7 - 35 AÑOS	8 - 40 AÑOS	9 - 45 AÑOS	10 - 50 AÑOS	11 - 55 AÑOS	12 - 60 AÑOS	13 - 65 AÑOS	14 - 70 AÑOS	15 - 75 AÑOS	16 - 80 AÑOS	17 - 85 AÑOS	18 - 90 AÑOS	19 - 95 AÑOS	20 - 100 AÑOS

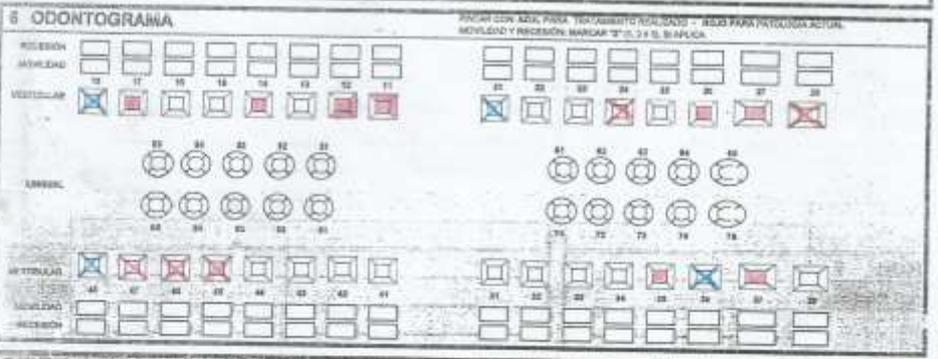
1 MOTIVO DE CONSULTA
"Vengo a rehabilitarme los dientes"

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
Paciente sexo masculino de 35 años de edad, presenta abundante cantidad de biofilm dental y restos radiculares de los dientes 24, 28, 18, 45, 46 y 47.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
AP: Paciente no refiere antecedentes.

4 SIGNOS VITALES
PULSION ARTERIAL: 112/74, FRECUENCIA CARDIACA: 71, TEMPERATURA: 36.9, F. RESPIRAT: 17

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO
Sin patología aparente.



7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

Índice Oral Simplificado				Enfermedad Periodontal		Mal Oclusión		Estomatosis	
Presencia	Gravidad	Gravidad	Gravidad	Gravidad	Gravidad	Gravidad	Gravidad	Gravidad	Gravidad
18	X	17	55	3	2	1			
12	X	21	51	3	3	1			
26	X	25	65	3	2	1			
30		37	70	3	2	1			
31	X	41	71	3	3	1			
48	-	47	80	-	-	-			
TOTAL				3	2	1			

8 INDICES CRO-CRO

C	8	4	0	12
D				
E				
F				
G				
H				
I				
J				
K				
L				
M				
N				
O				
P				
Q				
R				
S				
T				
U				
V				
W				
X				
Y				
Z				

9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

* ₁₈	BELLANTE NECESARIO	⊗	PERDIDA (OTRA CAUSA)	⊞	PROTESIS TOTAL
* ₂₄	BELLANTE REALIZADO	⊙	PERDIDA (CAUSA)	⊞	CORONA
X ₁₈	EXTRACCION INDICADA	⊙	PERDIDA (CAUSA)	⊞	PROTESIS TOTAL
X ₂₄	EXTRACCION REALIZADA	⊙	PERDIDA (CAUSA)	⊞	PROTESIS TOTAL
X ₄₈	PERDIDA POR CARIES	⊙	PERDIDA (CAUSA)	⊞	PROTESIS TOTAL

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA QUIMICA BACTERIOLOGICA RAYOS X OTROS
 Paciente sexo masculino, de 35 años de edad, presenta abundante cantidad de biofilm duro y blando; y restos radiculares de los dientes 2,4, 2,5, 2,8, 4,6, 4,5, 4,7.

11 DIAGNÓSTICO PRE-PREROTATIVO DEP-DEFINITIVO CE PRE-DEF CE PRE-DEF

1	3
2	4

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	FIRMA	NÚMERO DE HOJA
-------------------	------------------	-------------	-------	----------------

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA 11/02/15	Periodontitis crónica generalizada severa y restos radiculares (Kos. 2)	Llenado de historia clínica.		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 2 FECHA 18/02/15	Periodontitis crónica generalizada severa y restos radiculares (Kos. 2)	Llenado de periodontograma.		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 3 FECHA 25/07/15	Periodontitis crónica generalizada severa y restos radiculares (Kos. 2)	Raspado y alisado radiculares por cuadrantes.		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 4 FECHA 02/03/15	Raíces dentales retenidas: 2,4, 2,8, 4,5, 4,6, 4,7. (K0.03)	Extracción de raíces dentales retenidas, bajo técnica anestésica local de los siguientes dientes: 2,4, 2,8, 4,5, 4,6, 4,7.	7 Antibióticos prescritos. 2 Analgésicos de acción cada 8 horas por 7 días. Etiopirone local cada 8 horas por 7 días.	CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 5 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 6 FECHA 12/03/15	Periodontitis crónica generalizada severa (Kos. 2)	Limpieza de biofilm con ultrasonido y lavado de zona quirúrgica.		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 7 FECHA 19/03/15	Raíces dentales retenidas (2,4, 2,8, 4,5, 4,6, 4,7) (K0.03).	Retiro de puntos a los 10 días (buena cicatrización)		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 8 FECHA 28/04/15	Periodontitis crónica generalizada severa (Kos. 2)	Reevaluación periodontal, nuevo periodontograma. Limpieza y remoción de biofilm.		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 9 FECHA 30/04/15	Pericitis Irreversible (K04.0)	Conduccionetrin. Instrumentación. Obturación		CÓDIGO FIRMA

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICO Y COMPUTACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA	
SESIÓN	17	Cortes en esmalte	Restauraciones simples de dientes 2.6 y 2.7.		CODIGO	
FECHA	07/05/15	en dientes 2.6 y 2.7. (K02.0)	Restauraciones Compuestas en dientes 2.7.		FIRMA	
SESIÓN	18	Fractura coronaria del diente 1.2.	Restauración Compuesta 1.2.		CODIGO	
FECHA	14/05/15	(K02.5)			FIRMA	
SESIÓN	19	Edentulismo parcial superior e inferior.	Toma de impresiones para encera de diagnóstico.		CODIGO	
FECHA	21/05/15				FIRMA	
SESIÓN	20	Edentulismo Parcial Superior e inferior.	Toma de impresiones y tallado de puntos de Apoyo		CODIGO	
FECHA	04/06/15				FIRMA	
SESIÓN	21	Edentulismo parcial superior e inferior.	Prueba de estructura metálica de prótesis (como cobalto).		CODIGO	
FECHA	10/06/15				FIRMA	
SESIÓN	22	Edentulismo parcial superior e inferior.	Prueba de estructura metálica con dientes en cera.		CODIGO	
FECHA	23/06/15				FIRMA	
SESIÓN	23	Edentulismo parcial superior e inferior.	Entrega de prótesis terminadas		CODIGO	
FECHA	09/07/15				FIRMA	

ODONTOLOGÍA (4)

SESIÓN	FECHA	INDICACIONES	INDICACIONES	INDICACIONES	CODIGO	FECHA	FIRMA
SESIÓN	10	Periodontitis	Reevaluación		CODIGO		
FECHA	21/07/15	crónica severa generalizada (Kos 2).	periodontal, nuevo periodontogramas y remoción de biofilm blando.				
SESIÓN	11				CODIGO		
FECHA	06/08/15	Edentulismo parcial superior e inferior.	Control de prótesis removible.				
SESIÓN	12				CODIGO		
FECHA							
SESIÓN	13				CODIGO		
FECHA							
SESIÓN	14				CODIGO		
FECHA							
SESIÓN	15				CODIGO		
FECHA							
SESIÓN	16				CODIGO		
FECHA							

ODONTOLOGÍA (3)

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	SESIÓN No.	FACTURA No.	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	SALA DE MATERIALES
11/2/15	1	590	Llenado de historia	<i>[Signature]</i>	—
18/02/15	2	550	Llenado de periodontograma	<i>[Signature]</i>	—
25/02/15	3	746	Gasas, algodones, suero fisiológico.	<i>[Signature]</i>	ENTREGADO 25 FEB 2015 ENTREGA FIRMA
05/03/15	4	852	Anestésico con vasoconstrictor, gasas, agua oxigenada y lastrado, suero fisiológico, alcohol, yoduro.	Dr. Luis P. Naranjo CIRUJIA MAXILOFACIAL MSP. L. 10 241 100 000	FIRMA
22/03/15	5		Suero fisiológico, Jeringa.	Dr. Luis P. Naranjo CIRUJIA MAXILOFACIAL MSP. L. 10 241 100 000	FIRMA
19/03/15	6		Retiro de puntos	<i>[Signature]</i>	FIRMA
28/04/15	7		Reevaluación periodontal y limpieza de biobiocontrol de placa.	<i>[Signature]</i>	FIRMA
30/04/15	8	1184	Anestésico con vasoconstrictor, agua oxigenada, suero fisiológico, clorhexidina, algodón, gasa, papel de extracción.	<i>[Signature]</i>	FIRMA
02/05/15	9	1263	Clorhexidina, agua oxigenada, suero fisiológico, algodón, gasa, papel de extracción, Resina de A3, lampara.	<i>[Signature]</i>	FIRMA
14/05/15	10	1359	Clorhexidina, ácido fosfónico, Bonding, aplicador, Resina de A3, lampara, papel de extracción.	<i>[Signature]</i>	ENTREGA ENTREGA FIRMA
21/05/15	11	1673	Alginato y Yeso.	<i>[Signature]</i>	FIRMA

ODONTOLÓGIA (7)
FIRMA

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	SESIÓN N°	FACTURA N°	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	SALA DE MATERIALES
04/06/15	12	1673	Alginato, yeso.		ENTREGADO 29 JUN 2015 MP
18/06/15	13	1673	Papel de articular.		FIRMA
23/06/15	14	1673	Papel de oclusor.		ENTREGADO 29 JUN 2015 MP
02/07/15	15	—	Paciente no asiste (por motivos laborales).		FIRMA —
09/07/15	16	2038	Entrega de prótesis terminadas.		—
21/07/15	17	2038	Control de prótesis a los 7 días. Reevaluación periodontal y nuevo prototipo.		—
02/08/15	18	2038	Control de prótesis Removible Superior e inferior.		—

ANEXO 2: Consentimiento informado



UIDE
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

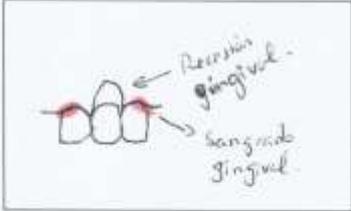
FORMULARIO DE EXPLICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO

Juan Carlos Pibotaxi Gonzalez 7585
 Nombre del Paciente No. De Historia Clínica

Paciente edentulo parcial, periodontitis crónica severa generalizada.
 Diagnóstico

Terapia bucal periodontal, extracciones de restos radiculares, rehabilitación integral.
 Tratamiento Planificado

Mejorar función y estética, evitar infecciones, mantener salud periodontal.
 Beneficios del Tratamiento



Recesión gingival.
Sangrado gingival.

Riesgos:
Posible hemorragia al realizar la terapia bucal periodontal, Recesiones gingivales posteriores al raspado y alisado.
Posible infección o inflamación luego de extraer los restos radiculares.

OBSERVACIONES: El paciente entendió y acepta todos los posibles riesgos que existen al realizar dichos procedimientos.

Todo procedimiento médico no está exento de riesgo. Se me explicó el procedimiento y las posibles complicaciones. Autorizo a mi médico u otro especialista realizar los procedimientos necesarios o interconsultas si las circunstancias lo ameritan, así como la toma de fotos y la filmación con fines docentes.

Quito, 11 febrero del 2015


 Firma del Familiar- Responsable o Representante


 Firma del Médico Tratante


 Firma del Testigo

ANEXO 3: Protocolo periodoncia



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
 PROTOCOLO PERIODONCIA

Nombre del Profesor: Dra. Alicia Martínez No Historia: 7585
 Nombre del paciente: Juan Carlos Pilatuxi González

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
<u>18/02/15</u>	1	HISTORIA CLÍNICA PERIODONTAL	
<u>18/02/15</u>	2	RÉGISTRO PERIODONTAL SIMPLIFICADO PSR	
<u>18/02/15</u>	3	DIAGNÓSTICO PERIODONTAL	
<u>18/02/15</u>	4	PLAN DE TRATAMIENTO PERIODONTAL	
<u>18/02/15</u>	5	PRONÓSTICO	

Recibi el trabajo a entera satisfacción

FIRMA DEL PACIENTE

Nombre del estudiante

Nombre del Tutor

Mauricio Montesinos

Dra. Alicia Martínez

Firma

Firma

ANEXO 4 : Historia clínica de cirugía



UIDE
Universidad Interamericana de Ecuador

CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CIRUGIA BUCAL

Nombre de Paciente: Juan Carlos Pilatexi Gonzalez No Historia Clínica: 7585

Nombre del Estudiante tratante: Mauricio Montesinos

Dientes a extraer: 2.B, 2.H, 4.3, 4.6, 4.7, 1.F

Fecha: 5 de Marzo del 2015

ENFERMEDAD ACTUAL: (Síntomas locales, generales, dominantes, empezar con los síntomas más cercanos que el paciente pueda relatar. Poner los síntomas en orden cronológico. Fecha de iniciación del proceso, anamnesis relativa al dolor. Tratamiento previo)
Paciente de sexo masculino de 35 años de edad acude a la clínica de la UIDE el día 01 de febrero del 2015, el paciente no refiere dolor, pero manifiesta que no puede comer bien por los dientes que se le extraen, el paciente comenta que es la primera vez que acude a un odontólogo.

HISTORIA DENTAL ANTERIOR
 ¿Recibe atención dental periódicamente? No
 Tiempo Transcurrido de la última extracción 3 años
 Indique las razones para extracciones previas por problema periodontales y caries.
 ¿Ha tenido alguna reacción a la anestesia local? No
 ¿Ha sufrido hemorragias después de la Extracción? No
 ¿Ha tenido alguna complicación después de la Extracción? No

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR
 ¿Está bajo tratamiento médico? No
 Historia de Intervenciones quirúrgicas Ninguna
 ¿Padece o ha padecido de?
 Enfermedades Cardiovasculares No refiere Hipertensión No refiere
 Hígado No refiere Riñón No refiere Sangre No refiere
 Semana de Gestación _____ ¿Qué semana? _____ T.A. _____
 Temperatura _____ Pulso _____ Rep _____ Peso _____
 ¿Toma medicación? No

Dr. Luis Naranjo
Dr. Luis F. Naranjo Y.
CIRUGIA MAXILOFACIAL
COSP. E-10 F 14 N° 40
NOMBRE Y FIRMA DEL PROF. Y CODIGO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:
 RX Panorámica
 Laboratorio Clínico: Bioquímica hemática, TP, TTP, Tiempo de trombina, Tiempo de coagulación.

Diagnóstico: Restos radiculares (fosos radiculares)

Tratamiento (Anestesia empleada, Complicaciones. Post Operatoria Inmediato) Extracción de restos radiculares 2.B y 2.H con técnica anestesia infiltrativa para anestesia superior palatinos inferiores y dentarios inferiores para el 2.H. Técnica infiltrativa local para nervios dentarios inferiores y palatinos inferiores y para los CBP 4.3, 4.6 y 4.7 se aplica técnica anestesia túnel para nervios dentarios inferiores, lingual y bucal largos.

Evolución: Se realizan los puntos de los dos sangrados de la cirugía y se amara la zona cicatricial.

Mauricio Montesinos
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

Dr. Luis Naranjo
Dr. Luis F. Naranjo Y.
CIRUGIA MAXILOFACIAL
COSP. E-10 F 14 N° 40
NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.
FORMULARIO UIDE-CEO-008

ANEXO 5: Consentimiento informado de cirugía

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLOGÍA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CÉDULA	CODIGO IDENTIFICACION		NUMERO DE HISTORIA CLINICA
UIDE	Clínica 1		PAIS	CIUDAD	7583
PROFESIONISTA	APellidos (MATERNA)	PRENOMINALE	NOMBRE DE PAPA		Nº. IDENTIFICACION
PILATAKI	GONZALEZ	JUAN	CARLOS		7715977488
TODA LA INFORMACION ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARA EN EL MARCO DE LA CONFIDENCIALIDAD					
1. INFORMACION ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO					
PROPOSITO			INDICACIONES CLINICAS Y DIAGNOSTICO		
MOTIVOS EXTERNOS			INDICACIONES CLINICAS Y DIAGNOSTICO		
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		ESPECIALIDAD	PAIS	CEDULA	OTRO
2. INFORMACION ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRURGICA					
PROPOSITO			INDICACIONES CLINICAS Y DIAGNOSTICO		
MOTIVOS EXTERNOS			INDICACIONES CLINICAS Y DIAGNOSTICO		
NOMBRE DEL CIRUJANO		ESPECIALIDAD	PAIS	CEDULA	OTRO
3. INFORMACION ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA					
PROPOSITO			INDICACIONES CLINICAS Y DIAGNOSTICO		
MOTIVOS EXTERNOS			INDICACIONES CLINICAS Y DIAGNOSTICO		
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO		ESPECIALIDAD	PAIS	CEDULA	OTRO
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE					
A. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATECTAMENTE AL RIESGO DE SER HERIDO Y PROPUESTA DEL TRATAMIENTO QUE ME OFERTARON					<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO BASTANTE BIEN LAS RAZONES POR LAS QUE SE REALIZARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD					<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C. ENTENDIENDO A LA VEZ MI ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO QUE ME OFERTARON, DECIDO QUE ME REALIZARE EL TRATAMIENTO QUE ME OFERTARON					<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
D. CONSENTIENDO A QUE ME REALIZEN LA ANESTESIA PROPUESTA					<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E. ME ENTERE BIEN DE QUE ESTOY CONSENTIENDO EN LA REALIZACION DEL TRATAMIENTO QUE ME OFERTARON Y QUE ME OFERTARON					<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
F. ME COMPROMETO FIRMEMENTE A PAGAR EL COSTO DE LOS SERVICIOS QUE ME OFERTARON					<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
G. ENTENDIENDO BIEN EL RIESGO DE MI ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO QUE ME OFERTARON, DECIDO QUE ME REALIZARE EL TRATAMIENTO QUE ME OFERTARON					<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
H. ME COMPROMETO QUE TENGO LA CAPACIDAD DE ENTENDER Y CONSENTIR EN EL TRATAMIENTO QUE ME OFERTARON					<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
I. DECLARANDO QUE HE ENTENDIDO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACION COMPLETA Y VERDADERA SOBRE LOS RIESGOS, BENEFICIOS Y COSTOS DEL TRATAMIENTO QUE ME OFERTARON Y QUE HE CONSENTIDO EN LA REALIZACION DEL TRATAMIENTO QUE ME OFERTARON					<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE					
(CUMPLIR EN CASO DE FALTA DEL PACIENTE, EN SU CASO CONSENTIR EN LA REALIZACION DEL TRATAMIENTO QUE ME OFERTARON Y QUE ME OFERTARON)					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE		ESPECIALIDAD	PAIS	CEDULA	OTRO

Dr. Luis F. Naranjo Y.
 CIRUJIA MAXILOFACIAL
 MSP. L 10 6 14 N° 40

ANEXO 6: Historia clínica de endodoncia

UIDE
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA

Historia Clínica No. 7585
Nombre del paciente: Juan Pilataxi Diente: 7.1.
Fecha: 30/04/15 Estudiante: Mauricio Montesinos

MOTIVO DE LA CONSULTA
"Quiero rehabilitarme los dientes"

ANTECEDENTES SISTÉMICOS DE IMPORTANCIA
Paciente no refiere.

EXAMEN FÍSICO

Examen Extraoral:
Normal Tumefacción..... Fiebre.....
Linfadenopatía..... Fistula..... ATM.....

Examen Intraoral:
*Mucosas y Encías
Normal Afectada.....
Edema..... Duro..... Blando.....
*Diente
Integro..... Restaurado..... Caries Fractura.....
*Percusión Vertical
Positiva..... Negativa

*Pruebas Térmicas:
Frío: Positivo Negativo.....
Calor: Positivo Negativo.....

*Exámenes Complementarios:
RX: Espacio periodontal engrosado: Na
Radio lucidez: Circunscrita..... Difusa.....

FORMULARIO UIDE-CEO-001

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Caries & Pulpitis Irreversible

TRATAMIENTO

BIOPULPECTOMIA NECROPULPECTOMIA I NECROPULPECTOMIA II

OTRO

GRUPO DENTAL	CONDUCTOS	CONDUCTOMETRÍA		REFERENCIA	LIMA APICAL MAESTRA	TÉCNICA DE INSTRUMENTACIÓN	MEDICACIÓN INTRACONDUCTO
		TEMPTATIVA	DEFINITIVA				
ANTERIOR	UNICO	19mm	20mm	<i>Dedo 2.</i>	35 K.	<i>Técnica H. H. H.</i>	
PRE-MOLAR	SUPERIOR						
	V						
	P						
MOLAR	INFERIOR						
	UNICO						
	SUPERIOR						
	MV						
	MP						
	DV						
	P						
	INFERIOR						
	MV						
	ML						
D							
Conducto en "C"							

MEDICACION SISTÉMICA

EVOLUCIÓN

FECHA	ACCIÓN CLÍNICA	FIRMA TUTOR
<i>30/04/15</i>	<i>Conductometría</i>	
<i>30/04/15</i>	<i>Instrumentación</i>	
<i>30/04/15</i>	<i>Obturbación</i>	

RECOMENDACIONES Y ADVERTENCIAS

USO DE RADIOGRAFIAS

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

ANEXO 7: Protocolo de prótesis removible

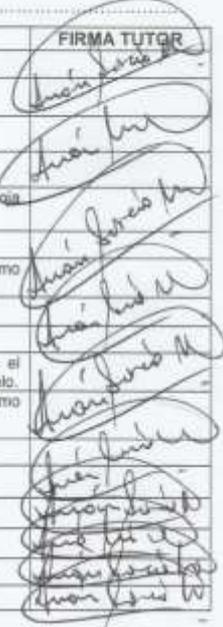


UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

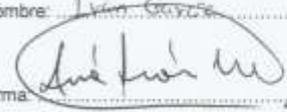
FICHA DE CONTROL DE PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE CR-CO

Nota: No se realizara ningún procedimiento protésico sin la previa realización de tratamientos de otras especialidades de acuerdo al plan de tratamiento establecido.

Nombre del Tutor: Dr. Juan García No. Historia: 7585
 Nombre del Paciente: Susán Carbo Platas González
 Trabajo a realizar: Prótesis craneo-caballo inferior
 No. De diente/dientes: 4 dientes
 Clasificación de Kennedy Preliminar: Clase II Definitiva: II
 Características Clínicas de reborde: Reborde normal

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA TUTOR
04/06/15	1	Impresión Diagnóstica.	
04/06/15	2	Radiografías y modelos de estudio (duplicados).	
04/06/15	3	Modelos paralelizados.	
04/06/15	4	Modelos montados en el "articulador", en RC o MIC.	
04/06/15	5	Diseño preliminar del especialista y por duplicado en hoja adjunta (copia adjuntar en la historia).	
04/06/15	6	Diseño definitivo graficado sobre el 2º modelo.	
04/06/15	7	Preparación de la boca del paciente tanto en los pilares como en los demás elementos dentarios.	
04/06/15	8	Impresión definitiva con alginato.	
04/06/15	9	Modelo maestro (con diseño definitivo).	
04/06/15	10	Orden de trabajo (hoja adjunta por duplicado una para el laboratorio y otra para el especialista) con el segundo modelo.	
10/06/15	11	Prueba del esqueleto metálico en boca en caso de extremo libre realizar la técnica de modelo.....	
10/06/15	12	Recorte del modelo y obtención del modelo de trabajo.	
10/06/15	13	Registro intermaxilar en RC o MIC.	
25/06/15	14	Prueba de las bases en cera (enfilado).	
09/07/15	15	Instalación de la prótesis terminada.	
13/07/15	16	Primer control (48 horas).	
16/07/15	17	Segundo control (8 días).	

Recibí el trabajo a entera satisfacción 
 Firma Del Paciente

Estudiante Tutor
 Nombre: Plauricio Montesinos Nombre: Juan García
 Firma:  Firma: 

FORMULARIO UIDE-CEQ-003

UIDE

Universidad Internacional del Ecuador
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE CONTROL DE PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE CR-CO

Nota: No se realizara ningún procedimiento protésico sin la previa realización de tratamientos de otras especialidades de acuerdo al plan de tratamiento establecido.

Nombre del Tutor: Dr. Ivan Garcia No. Historia: 7505
 Nombre del Paciente: Juan Carlos Pilataxi Gonzalez
 Trabajo a realizar: Protesis como sobello Superior
 No. De diente/dientes: 2 dientes
 Clasificación de Kennedy Preliminar: Clase II Definitiva: Clase II
 Características Clínicas de reborde: Reborde normal

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA TUTOR
04/06/15	1	Impresión Diagnóstica.	
04/06/15	2	Radiografías y modelos de estudio (duplicados).	
04/06/15	3	Modelos paralelizados.	
04/06/15	4	Modelos montados en el "articulador", en RC o MIC.	
04/06/15	5	Diseño preliminar del especialista y por duplicado en hoja adjunta (copia adjuntar en la historia).	
04/06/15	6	Diseño definitivo graficado sobre el 2º modelo.	
04/06/15	7	Preparación de la boca del paciente tanto en los plâres como en los demás elementos dentarios.	
04/06/15	8	Impresión definitiva con alginato.	
04/06/15	9	Modelo maestro (con diseño definitivo).	
04/06/15	10	Orden de trabajo (hoja adjunta por duplicado una para el laboratorio y otra para el especialista) con el segundo modelo.	
10/06/15	11	Prueba del esqueleto metálico en boca en caso de extremo libre realizar la técnica de modelo.....	
10/06/15	12	Recorta del modelo y obtención del modelo de trabajo.	
10/06/15	13	Registro intermaxilar en RC o MIC.	
25/06/15	14	Prueba de las bases en cera (enfilado).	
09/07/15	15	Instalación de la prótesis terminada.	
13/07/15	16	Primer control (48 horas).	
16/07/15	17	Segundo control (8días).	

Recibí el trabajo a entera satisfacción: [Firma]
Firma del Paciente

Estudiante
Nombre: Manuel Montecinos

Tutor
Nombre: Ivan Garcia

Firma: [Firma]

Firma: [Firma]

ANEXO 8: Periodontogramas

UIDE

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
HISTORIA CLÍNICA DE PERIODONCIA

Nombre: Fran Carlos Pilatezi Gonzalón Edad: 35 años
 Fecha: 18 de febrero del 2019 Teléfonos: 0985908107

Antecedentes odontológicos y médicos de relevancia:
Paciente no ha tenido control odontológico alguno, paciente no se tiene sus dientes.

Factores de riesgo:
Trauma occlusal, mala higiene.

Diagnóstico: Periodontitis crónica severa generalizada.

Tratamiento periodontal: Fase sistémica
Fase higienizante
Fase correctiva
Fase mantenimiento

Tratamiento de Emergencia

P.S.R. (REGISTRO PERIODONTAL SIMPLIFICADO)

MAXILAR SUPERIOR															
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
MAXILAR INFERIOR															

INDICE DE PLACA (O'LEARY)

PRIMER CONTROL: SUPERFICIES TEÑIDAS X 100 ÷ SUPERFICIES PRESENTES

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

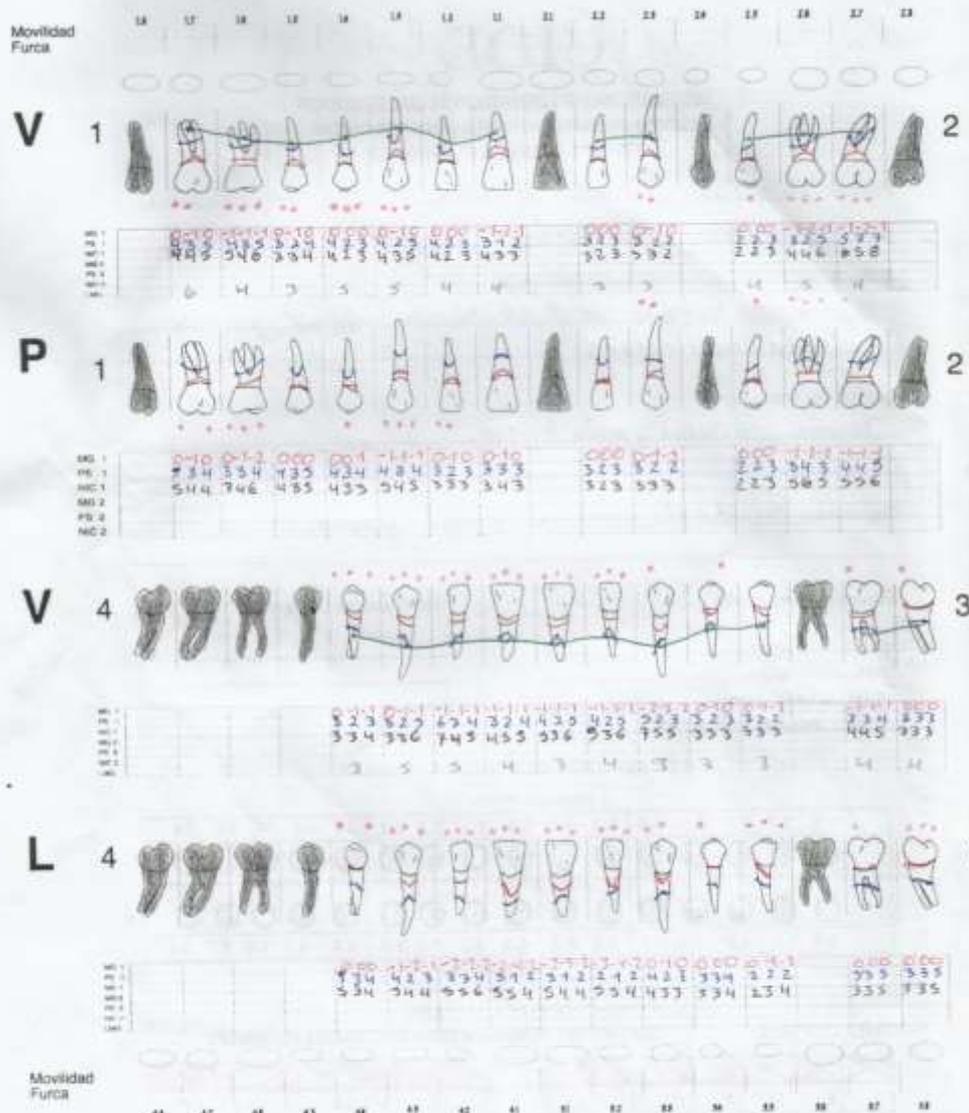
SEGUNDO CONTROL

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Acceptable: 0 a 12%, Cuestionable: 13 a 23.9%, Deficiente: 24 % o mas

$52 \times 100 \div 92 = 56\% \frac{1}{4}$ Deficiente

FORMULARIO UIDE-CEO-005



$$\frac{138}{42} = 30,47\% \text{ Generalizada}$$

UIDE

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
HISTORIA CLÍNICA DE PERIODONCIA

Nombre: Juan Carlos Pilataxi González Edad: 35

Fecha: 28 / 04 / 15 Teléfonos: 0985908107

Antecedentes odontológicos y médicos de relevancia:

Paciente no ha tenido control odontológico alguna
Paciente no refiere antecedentes

Factores de riesgo:

Trauma occlusal, mala higiene.

Diagnóstico: Periodontitis crónica severa localizada.

Tratamiento periodontal:

Fase sistémica
Fase Higiénica
Fase Correctiva
Fase Mantenimiento

Tratamiento de Emergencia

P.S.R. (REGISTRO PERIODONTAL SIMPLIFICADO)

MAXILAR SUPERIOR															
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

MAXILAR INFERIOR

INDICE DE PLACA (O'LEARY)

PRIMER CONTROL: SUPERFICIES TEÑIDAS X 100 ÷ SUPERFICIES PRESENTES

7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---

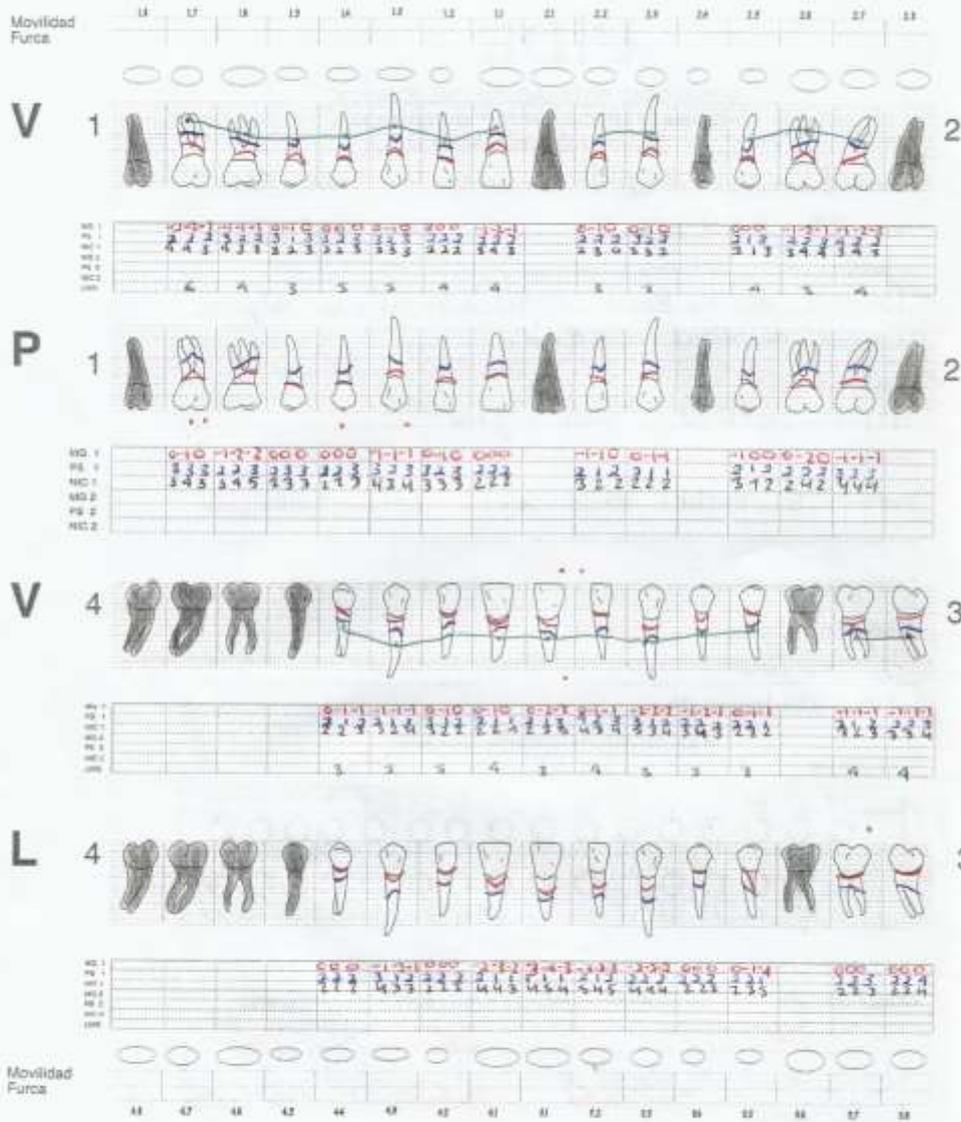
SEGUNDO CONTROL

7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---

Aceptable: 0 a 12%, Cuestionable: 13 a 23.9%, Deficiente: 24 % o más

$$13 \times 100 \div 92 = 14.1 \text{ Cuestionable}$$

FORMULARIO UIDE-CEQ-006



$$\frac{138}{1} - \frac{100\%}{1} = 6,15\% \text{ Localiz. dev.}$$

UIDE

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
HISTORIA CLÍNICA DE PERIODONCIA

Nombre: Juan Carlos Pilataxi González Edad: 35 años

Fecha: 21/07/15 Teléfonos: 0985908107

Antecedentes odontológicos y médicos de relevancia:

Paciente no refiere antecedentes y no ha tenido
control odontológicos.

Factores de riesgo:

Trauma oclusal, mala higiene

Diagnóstico: Periodontitis crónica severa localizada.

Tratamiento periodontal:

Fase sistémica.
Fase Higiénica.
Fase Correctiva.
Fase Mantenimiento

Tratamiento de Emergencia

P.S.R. (REGISTRO PERIODONTAL SIMPLIFICADO)

MAXILAR SUPERIOR															
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

MAXILAR INFERIOR

INDICE DE PLACA (O'LEARY)

PRIMER CONTROL: SUPERFICIES TEÑIDAS X 100 + SUPERFICIES PRESENTES

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

SEGUNDO CONTROL

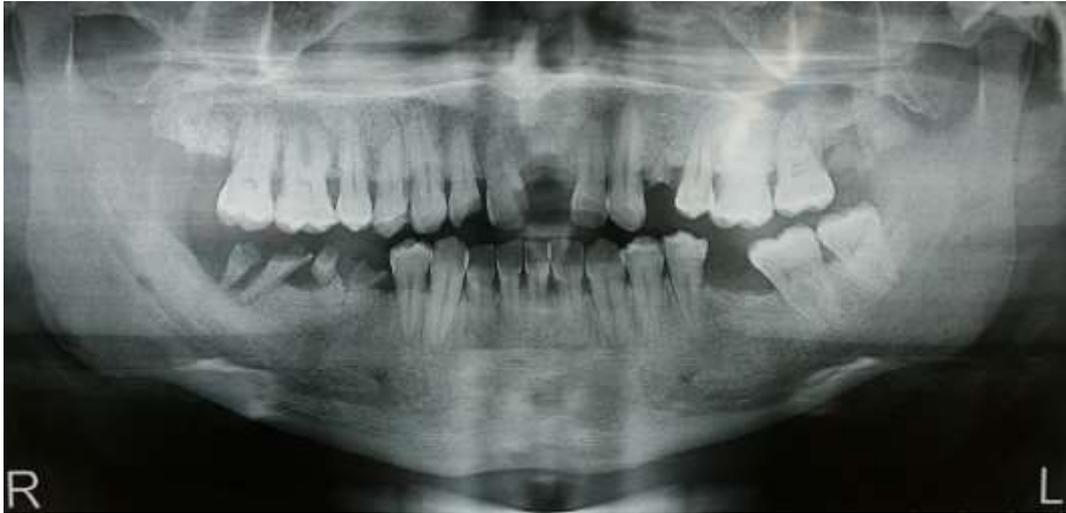
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aceptable: 0 a 12%, Cuestionable: 13 a 23.9%, Deficiente: 24 % o mas

$11 \times 100 \div 92 = 11\%$ Aceptable.

FORMULARIO UIDE-CEO-008

ANEXO 9: Radiografía panorámica



ANEXO 10: Análisis de plagio

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: marco teorico caso clinico mauricio montesinos.pdf (D15067505)
Submitted: 2015-08-20 23:16:00
Submitted By: vcepeda@internacional.edu.ec

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

ANEXO 11: Exámenes de laboratorio



Clínica de Osteoporosis

Reg / LC / 022
Version 01



304231

INFORME DE RESULTADOS

Paciente :	PILATAXI GONZALON JUAN CARLOS	Toma Muestra Primaria :	04/03/2015 09:38
Medico Solicitante :		Fec. Impresión :	04/03/2015 14:25
Edad :	35 Años	Factura :	191033

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
HEMATOLOGIA Y COAGULACION			
BIOMETRIA HEMATICA			
GLBULOS BLANCOS	5.0	$10^3/mm^3$	4.4 - 10.0
NEUTROFILOS	2.76	$10^3/mm^3$	2.00 - 8.00
LINFOCITOS	2.04	$10^3/mm^3$	1.00 - 4.40
MONOCITOS	0.21	$10^3/mm^3$	0.20 - 1.00
NEUTROFILOS %	55.1	%	45.0 - 67.0
LINFOCITOS %	40.7	%	29.0 - 43.0
MONOCITOS %	4.2	%	2.0 - 12.0
RECUENTO DE G. ROJOS	5601	$10^3/mm^3$	4500 - 6500
HEMOGLOBINA	15.5	g/dL	13.6 - 17.4
HEMATOCRITO	47.6	%	40.3 - 52.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	85.0	fL	76.0 - 95.0
HB CORPUSCULAR MEDIA	27.7	pg	26.0 - 32.0
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	32.6	g/dL	30.0 - 35.0
ANCHO DISTRIB. RDW-SD	44.6	fL	35.0 - 55.0
ANCHO DISTRIB. RDW-CV	13.6	%	11.5 - 14.5
PLAQUETAS	247	$10^3/mm^3$	150 - 450
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	10.6		8.0 - 14.0
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION (WESTERGREEN) 1 HORA	1	mm	0 - 10
Método: WESTERGREEN 1 HORA			
TIEMPO DE PROTROMBINA	12.5	seg	11.0 - 14.1
PORCENTAJE ACTIVO	100.00	%	80.00 - 100.00
TTP	31.0	seg	20.0 - 45.0
TIEMPO DE COAGULACION	7 minutos	Min	
TIEMPO DE TROMBINA	14.000	seg	14.000 - 16.000



DRA. SILVANA ZAMBRANO
RESPONSABLE LABORATORIO



LICDA. NATALIA EGAS
RESPONSABLE DE CALIDAD

Matriz: Av. 10 de Agosto N48-68 e Ignacio San María • Telfs.: 2258 322 / 2272 884 / 2444 266 • Quito
 Sucursal: Av. Rumiñahui 1554 y pasaje A. Cobo • Telfs.: 2868 466 / 2869 137 • Celular: 09 87230 428 • San Rafael
 e-mail: osteo97@andina.net