

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA SALUD Y DE LA VIDA

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ODONTÓLOGA**

**TEMA: TRATAMIENTO EN UN PACIENTE JÓVEN CON
PERIODONTITIS CRÓNICA SEVERA GENERALIZADA ASOCIADA A
MALA POSICIÓN DENTAL Y HÁBITO DE TABACO**

CAROLINA ALEXANDRA HINOJOSA FERNÁNDEZ SALVADOR

TUTOR: DRA. ALICIA MARTÍNEZ

QUITO, SEPTIEMBRE 2015

CERTIFICACION Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL AUTOR

Yo, Carolina Alexandra Hinojosa Fernández Salvador, con CI 1716353519, 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 su bibliografía necesaria para su elaboración.

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

Firma

CERTIFICACION Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL AUTOR

Yo, Dra. Alicia Martínez, certifico que conozco el autor del presente 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 mi esfuerzo a mis padres, hermano y amigos.

Quienes me han apoyado incondicionalmente, alentándome en todo momento y me supieron inculcar buenos principios y valores para ser la persona que soy.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios que me dio la sapiencia necesaria para forjar mi destino como persona de bien y que junto a mis seres queridos pueda poner mis conocimientos al servicio de la sociedad.

Agradezco a mis queridos padres que con su ejemplo, dedicación, esfuerzo y sacrificio infundieron en mi persona valores morales y principios de lealtad y superación para alcanzar una de mis metas.

A mi hermano que ha compartido los momentos agradables y difíciles brindándome siempre su apoyo incondicional ayudándome a seguir adelante en mi carrera universitaria.

A la Dra. Alicia Martínez siendo un ejemplo profesional a seguir agradezco por su paciencia, colaboración y por saber guiarme con sus conocimientos para concluir con éxito todo mi caso clínico, con la mejor predisposición.

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	1
1 ASPECTOS BÁSICOS	2
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 JUSTIFICACION	3
1.3 OBJETIVOS	4
1.3.1 General:	4
1.3.2 Específicos:	4
2 MARCO TEORICO	5
2.1 HISTORIA	5
2.2 PERIODONTO NORMAL	5
2.2.1 ENCIA	5
2.2.2 Encía marginal.....	6
2.2.3 Surco gingival	6
2.2.4 Encía insertada.....	7
2.2.5 Encía interdental.....	7
2.3 Características estructurales y metabólicas de las diferentes zonas del epitelio gingival.....	7
2.3.1 Epitelio bucal o externo	7
2.3.2 Epitelio del surco	8
2.3.3 Epitelio de unión:	8
2.3.4 Formación del surco gingival	8
2.4 Estructuras cuticulares sobre el diente	8
2.4.1 Líquido del surco	8
2.4.2 Tejido conectivo gingival.....	9
2.5 Estructuras de soporte dentario:.....	9
2.5.1 Ligamento Periodontal.....	9
2.5.2 Función del ligamento periodontal	10
2.6 Cemento Radicular	10
2.7 ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES	10

2.7.1	BIOFILM	10
2.8	Factores Locales	11
2.8.1	Mal posición dental	11
2.8.2	Tabaco y enfermedad periodontal	12
2.9	ENFERMEDADES PERIODONTALES.....	13
2.9.1	Enfermedades gingivales	13
2.10	Periodontitis.....	15
2.10.1	Periodontitis Crónica	16
2.10.2	Periodontitis agresiva	16
2.10.3	Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas ...	17
2.11	Enfermedades periodontales necrosantes.....	17
2.11.1	Gingivitis Ulcero necrosante	17
2.11.2	Periodontitis Ulcero necrosante	18
2.12	Absceso Periodontal.....	18
2.13	LESIONES ENDOPERIODONTALES	19
2.13.1	Lesión Tipo I :	19
2.13.2	Lesión Tipo II:.....	20
2.13.3	Lesiones Tipo III o combinadas	20
2.14	DIAGNOSTICO CLINICO	22
2.14.1	Historia clínica	22
2.14.2	Enfermedad actual	22
2.14.3	Estudio radiográfico.....	22
2.14.4	Modelos.....	22
2.15	Examen clínico	23
2.16	Examen bucal.....	23
2.16.1	La Movilidad dental se presenta en varios grados:	23
2.17	PSR.....	23
2.18	PERIODONTOGRAMA	24
2.19	PRONÓSTICO	26
2.20	TRATAMIENTO PERIODONTAL.....	27
2.20.1	Fase de Urgencia	27
2.20.2	Fase Sistémica.....	27
2.20.3	Fase Higiénica.....	27

2.20.4	Fase de Mantenimiento	28
3	PRESENTACION DEL CASO CLINICO	30
3.1	HISTORIA CLINICA.....	30
3.1.1	Datos personales.....	30
3.1.2	Motivo de consulta.....	30
3.1.3	Enfermedad actual	30
3.1.4	Antecedentes personales y familiares	30
3.1.5	Signos vitales	31
3.1.6	Examen clínico	31
3.1.7	Examen radiográfico.....	38
3.1.8	Diagnostico presuntivo	39
3.1.9	Diagnóstico definitivo.....	39
3.1.10	Plan de tratamiento	39
	Tabla 2: Plan de tratamiento Elaborador: Carolina Hinojosa.....	40
3.1.11	Desarrollo del plan de tratamiento	40
4	Resultado Final.....	56
5	CONCLUSIÓN.....	57
6	DISCUSIÓN.....	58
7	Bibliografía	59
8	ANEXOS	61

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Esquema de los puntos anatómicos de referencia de encía Fuente: (carranza, 2011). Elaborador: Carolina Hinojosa	6
Figura 2: Lesión tipo I Fuente: Carolina Hinojosa.....	19
Figura 3: Lesión esencialmente periodontal Fuente: Carolina Hinojosa	20
Figura 4: Lesión combinada Fuente: Carolina Hinojosa	21
Figura 5: PSR (Registro periodontal simplificado) Fuente: Carolina Hinojosa ...	24
Figura 6: Periodontograma Fuente: Carolina Hinojosa	25
Figura 7: Fotos extraorales Fuente: Carolina Hinojosa	31
Figura 8: Fotografías Intraorales oclusales superior e inferior, izquierda, derecha Fuente: Carolina Hinojosa	32
Figura 9 : Odontograma Fuente: Carolina Hinojosa	33
Figura 10 : Índice de salud bucal Fuente: Carolina Hinojosa	33
Figura 11: Registro periodontal simplificado Fuente: Carolina Hinojosa.....	34
Figura 12: Índice de placa Fuente: Carolina Hinojosa.....	34
Figura 13: Fotografía con revelador de placa.....	34
Figura 14: Fotografía de sondaje periodontal Fuente Carolina Hinojosa.....	35
Figura 15: Periodontograma Inicial Fuente: Carolina Hinojosa.....	36
Figura 16: Periodontograma final Fuente: Carolina Hinojosa	37
Figura 17 : Rx Panorámica	38
Figura 18 : Rx de resto radicular de pieza dental 4.6 Fuente: Carolina Hinojosa	41
Figura 19: Primer control de placa Fuente: Carolina Hinojosa	42
Figura 20: motivación y fisioterapia oral Fuente: Carolina Hinojosa	43
Figura 21: Raspado Radicular Fuente: Carolina Hinojosa.....	44
Figura 22: Drenaje de absceso periodontal Fuente: Carolina Hinojosa.....	45
Figura 23: Aislamiento, Radiografía periapical inicial, conductometria y obturación de pieza dental 4.5.....	46
Figura 24: Exodoncia compleja Fuente: Carolina Hinojosa	47
Figura 25: Rx de pieza dental 3.7 conductometria	48
Figura 26: Caries y Restauraciones Fuente: Carolina Hinojosa	49
Figura 27: Control de placa Fuente: Carolina Hinojosa	49
Figura 28: preparación de perno colado en pieza dental 4.5 Fuente: Carolina Hinojosa	50
Figura 29: Preparación de perno prefabricado pieza dental 3.7 y tallado Fuente Carolina Hinojosa	51
Figura 30: Colocación de perno colado pieza dental 4.5 Fuente: Carolina Hinojosa	52
Figura 31: Tallado de piezas dentales 3.5, 3.7, 4.5, 4.7 Fuente: Carolina Hinojosa	53
Figura 32: Preparación y colocación de provisionales Fuente: Carolina Hinojosa	54
Figura 33: Reevaluación periodontal y control de placa Fuente: Carolina Hinojosa	55

Figura 34: Vista Oclusal del Antes y después del Tratamiento Fuente: Carolina Hinojosa	56
--	----

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Examen intraoral Elaborador: Carolina Hinojosa	32
Tabla 2: Plan de tratamiento Elaborador: Carolina Hinojosa	40

ANEXOS

Anexo 1: Historia clínica Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa.....	61
Anexo 2: Historia clínica 1 Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa.....	62
Anexo 3: Historia clínica 2 Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa.....	63
Anexo 4: Historia clínica 3 Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa.....	64
Anexo 5: Historia clínica 4 Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa.....	65
Anexo 6: Historia clínica 5 Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa.....	66
Anexo 7: Historia clínica 6 Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa.....	67
Anexo 8: Historia clínica de Cirugía bucal Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa	68
Anexo 9: Historia clínica de periodoncia Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa	69
Anexo 10: Historia clínica de periodoncia (periodontograma) Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa	70
Anexo 11: Protocolo de periodoncia Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa	71
Anexo 12: Protocolo de endodoncia 1 Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa	72
Anexo 13: Protocolo de endodoncia 2 Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa	73
Anexo 14: Protocolo de endodoncia 3 Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa	74
Anexo 15: Protocolo de endodoncia 4 Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa	75
Anexo 16: Historia clínica de cirugía bucal Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa	76
Anexo 17: Protocolo de perno colado Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa	77
Anexo 18: Protocolo de perno prefabricado Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa	78
Anexo 19: Consentimiento informado Elaborador: Carolina Hinojosa	79

RESUMEN

La enfermedad periodontal afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes, tenemos a la periodontitis crónica como una enfermedad multifactorial que se caracteriza por inflamación y sangrado gingival; si no se detecta y soluciona en etapa temprana, puede evolucionar y provocar pérdida de inserción y movilidad dentaria.

El objetivo de este caso clínico es tratar al paciente para restituir su salud oral donde se realizó la terapia básica periodontal que incluye raspado y alisado radicular de los cuatro cuadrantes, evaluando periódicamente. La terapia básica periodontal consistió en la remoción mecánica de biofilm duro y blando con instrumentos ultrasónicos y manuales y control químico.

Recuperada la salud periodontal se remitió a rehabilitación oral para la restauración de estructura dental tratado endodónticamente y se recomendó la utilización de ortodoncia para corregir el apiñamiento dental causante del acúmulo de biofilm.

Palabras claves: Enfermedad periodontal, periodontitis crónica

ABSTRACT

Periodontal disease affects the gums and supporting structures of the teeth, have chronic periodontitis as a multifactorial disease characterized by inflammation and gingival bleeding; if not detected and solved at an early stage, you can progress and cause insertion loss and tooth mobility.

The aim of this case report is to treat the patient to restore your oral health where basic periodontal therapy including scaling and root planing of the four quadrants, with periodic evaluation was performed. Basic periodontal therapy consisted of mechanical removal of hard and soft biofilm with ultrasonic and hand instruments and chemical control.

Recovered periodontal health was submitted to oral rehabilitation for restoring endodontically treated tooth structure and use of orthodontic recommended correcting the dental crowding that causes accumulation of biofilm.

Keywords: periodontal disease, chronic periodontitis

INTRODUCCION

La enfermedad periodontal afecta a las estructuras de soporte del diente, desde un punto de vista clínico tenemos como síntomas la alteración del color de la encía , de su consistencia , de su forma, sangrado ,sensibilidad dentaria ,recesiones gingivales ,mal olor y movilidad dental.

La gingivitis es una inflamación limitada a los tejidos blandos sin pérdida de inserción y la periodontitis es una infección bacteriana de los tejidos de soporte del diente que en el caso de no ser tratada puede llevar a la pérdida dental.

Existen dos tipos de periodontitis: periodontitis crónica que es la más común y se caracteriza por ser de evolución lenta; la formación de sacos periodontales y la reabsorción del hueso alveolar pueden demorar años. Esto no significa que la Periodontitis Crónica no pueda pasar por períodos de mayor actividad y rapidez en la destrucción.

La periodontitis agresiva se caracteriza por ser de muy rápida evolución en la destrucción de los tejidos y porque el tiempo que transcurre desde su inicio hasta su etapa más avanzada, puede ser muy breve, la velocidad de su avance es lo que determina su gravedad.

Existen varios factores de riesgo que pueden modificar la vulnerabilidad o resistencia de un individuo a sufrir la enfermedad periodontal como el tabaquismo, diabetes, mala posición dental, cambios hormonales, prótesis mal adaptadas entre otras.

1 ASPECTOS BÁSICOS

1.1 Planteamiento del problema

Paciente de sexo masculino de 25 años de edad acude a la consulta por la presencia de edema en su rostro. Al examen intraoral se observó la presencia de un resto radicular en la zona de la molestia, se comprobó la presencia de foco infeccioso con una radiografía en donde se hizo visible una lesión quística.

Clínicamente se observó presencia de biofilm y apiñamiento dental, posterior a la realización del periodontograma se diagnosticó al paciente con periodontitis crónica severa generalizada, con pérdida de inserción dental y recesiones gingivales. Además se observó piezas dentales con necesidad de tratamientos endodónticos.

Frente a esta situación, se trató la infección que presentaba el paciente como emergencia y a su vez se trató la enfermedad periodontal crónica recuperando la salud del paciente para luego realizar los demás procedimientos odontológicos necesarios para mantener un pronóstico favorable.

1.2 JUSTIFICACION

La periodontitis ocurre cuando no se realiza ningún tratamiento en su etapa inicial o cuando el tratamiento se demora. La inflamación e infección se disemina siendo una de las causas principales de la pérdida dental.

Esta enfermedad en su etapa inicial se puede solucionar, pero una vez avanzada con pérdida de soporte óseo, se debe detener el desarrollo de la enfermedad.

La realización de este caso clínico busca llegar a conocer la manera de rehabilitar a un paciente joven con enfermedad periodontal mediante evaluaciones clínicas y de esta manera concientizar los daños que produce dentro de la salud bucal, además de aportar con una adecuada prevención y educación frente a los daños presentes.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 General:

- Realizar un tratamiento integral de un paciente joven con periodontitis crónica severa generalizada asociada a mala posición dental y hábito de tabaco.

1.3.2 Específicos:

- Identificar los Factores agravantes de la periodontitis crónica en el paciente.
- Restablecer la función psíquica y estética del paciente.
- Estabilizar y controlar la infección deteniendo la progresión de la enfermedad periodontal consiguiendo mantener el periodonto sano.

2 MARCO TEORICO

2.1 HISTORIA

Periodoncia se puede definir como el estudio de las estructuras del soporte del diente. Hace unas décadas se hablaba de la integralidad en odontología, si se pretende realizar una odontología integral, se tiene que aceptar que la periodoncia es básica, ya que se ve relacionada con las demás áreas de la odontología (Ruiz, 2004).

La enfermedad periodontal, a pesar del tiempo y nuevos conocimientos, sigue siendo uno de los grandes problemas en la odontología; la prevención y el tratamiento es el mayor problema para los cuidados de salud; a pesar de que la enfermedad ha sido extensamente estudiada, ningún logro notable se ha tenido en el entendimiento de sus causas y su patogénesis y proporcionalmente poco se ha logrado en la disminución de su epidemiología (Ruiz, 2004).

2.2 PERIODONTO NORMAL

Se encuentra formado por estructuras que protegen al diente entre estos se encuentran la encía, ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar (carranza, 2011).

2.2.1 ENCIA

La encía tiene la función de proteger los tejidos subyacentes, en su estado normal es de color rosado coral, firmé, superficie punteada de aspecto lobulado, según su pigmentación cutánea puede variar en las

personas. Esta consiste en un núcleo central de tejido conectivo cubierto por epitelio escamoso estratificado (carranza, 2011).

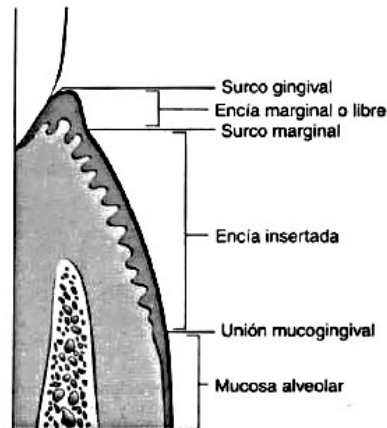


Figura 1: Esquema de los puntos anatómicos de referencia de encía Fuente: (carranza, 2011). Elaborador: Carolina Hinojosa

Se divide en:

2.2.2 Encía marginal

Conocida también como encía no insertada o libre corresponde al margen terminal o borde de la encía rodeando a los dientes (carranza, 2011).

2.2.3 Surco gingival

Es un espacio virtual poco profundo formado por la parte interna de la encía marginal y la superficie del diente. En personas sanas el surco gingival es de 2 mm a 3mm. Surcos gingivales de 3 mm o más asociados a características inflamatorias, como sangrado, pueden ser considerados una alteración denominada bolsa periodontal (Bascones, 2009).

2.2.4 Encía insertada

La encía insertada vestibular se continúa con la mucosa alveolar, relativamente floja y móvil, de la que está separada por la línea mucogingival. La superficie de esta encía es lisa (carranza, 2011).

2.2.5 Encía interdental

Ocupa el espacio entre los dientes por debajo del punto en que contactan. La forma de la encía interdental está determinada por la relación de contacto entre los dientes, el ancho de las superficies dentarias adyacentes, la línea que separa la corona y la raíz, y la presencia o ausencia de recesión gingival (MANSON, 2010).

En los dientes anteriores la papila interdental posee una forma piramidal y está justo por debajo del punto de contacto, en tanto que en los molares existen dos papilas más aplanadas una externa e interna y una depresión que las conecta (MANSON, 2010).

2.3 Características estructurales y metabólicas de las diferentes zonas del epitelio gingival

2.3.1 Epitelio bucal o externo

Está cubriendo la superficie exterior de la encía marginal y la área de la encía insertada, está queratinizado, paraqueratinizado o presenta estas variedades combinadas, sin embargo la superficie prevalente está paraqueratinizada (carranza, 2011).

2.3.2 Epitelio del surco

Recubre el surco gingival, es escamoso estratificado delgado, no queratinizado y sin proyecciones interpapilares, que se extiende desde el límite coronal del epitelio de unión hasta la cresta del margen gingival (carranza, 2011).

2.3.3 Epitelio de unión:

Consta de una banda que rodea al diente a modo de collar constituida por epitelio escamoso estratificado no queratinizado. En las primeras etapas de la vida su grosor es de tres a cuatro capas, aunque la cantidad de estratos aumenta con la edad hasta 10 o aun a 20. Estas células pueden agruparse en dos estratos: basal y suprabasal. La longitud del epitelio varía de 0,25 hasta 1,35 mm (carranza, 2011).

2.3.4 Formación del surco gingival

El surco gingival es el espacio o surco poco profundo, en forma de V entre el diente y la encía, que rodea la punta recién erupcionada de la corona. En un diente erupcionado por completo, solo el epitelio de unión perdura (MANSON, 2010).

2.4 Estructuras cuticulares sobre el diente

2.4.1 Líquido del surco

El surco gingival contiene un líquido que se filtra hacia él, desde el tejido conectivo gingival a través del delgado epitelio del surco (carranza, 2011).

Se estima que el líquido gingival:

- a) Elimina material del surco
- b) Contiene proteínas plasmáticas que podrían mejorar la adhesión del epitelio con el diente
- c) Posee propiedades antimicrobianas
- d) Ejerce actividad inmunitaria para proteger la encía (Carranza, 2011).

2.4.2 Tejido conectivo gingival

El tejido conectivo de la encía se denomina lámina propia y consta de dos capas: un estrato papilar subyacente al epitelio, que incluye proyecciones papilares entre las proliferaciones epiteliales interpapilares y una capa reticular contigua al periostio del hueso alveolar. El tejido conectivo posee un compartimiento celular y otro extracelular compuesto por fibras y sustancia fundamental (MANSON, 2010).

2.5 Estructuras de soporte dentario:

2.5.1 Ligamento Periodontal

Es el tejido conectivo blando, muy vascularizado y rico en células que rodea las raíces de los dientes y que une el cemento radicular con la lámina dura o el hueso alveolar propiamente dicho de aproximadamente 0.25mm de espesor (Carranza, 2011).

2.5.2 Función del ligamento periodontal

Aporta al diente una posición sólida, para tolerar las presiones de la masticación de los alimentos, una función esencial de los dientes. Las fibras del ligamento se estiran de tal manera, que hacen que el movimiento se haga con facilidad (carranza, 2011).

Cuando el ligamento periodontal no está sano, puede provocar:

Migración de los dientes, que provoca espacios entre ellos, como resultado del debilitamiento y rotura de fibras, lo que hace que los dientes se muevan fuera de su posición (Lindhe, 2011).

2.6 Cemento Radicular

Tejido mineralizado que recubre la superficie radicular y posee varias características en común con el tejido óseo, carece de vasos sanguíneos sin poseer inervación (carranza, 2011).

Se caracteriza por depositarse en forma continua durante toda la vida. Dando la inserción de las fibras del ligamento en la raíz y ayuda al proceso de reparación si se daña la superficie radicular (carranza, 2011).

2.7 ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

2.7.1 BIOFILM

A lo largo de la vida las superficies del cuerpo se encuentran expuestas a la colonización por microorganismos, en la boca los dientes aportan superficies duras, donde no existe descamación lo que permite el desarrollo de depósitos bacterianos. Estos se organizan en forma de

biofilm que son los responsables de provocar la enfermedad periodontal (Serrano-Granger, 2005).

Se ha descrito que la colonización microbiana parece incrementar a medida que aumenta la aspereza de la superficie. Esto se produce ya que están reducidas las fuerzas de deslizamiento, y el área de superficie se torna mayor.

Los films condicionantes, compuestos habitualmente por polímeros, cubren inevitable y rápidamente la superficie de cualquier material que se encuentre en contacto con un líquido, y constituyen requisito indispensable para una posterior adhesión microbiana. Este film consta de albúminas, lisozimas, glicoproteínas, fosfoproteínas, y lípidos. Las bacterias de la cavidad oral colonizan, al cabo de algunas horas, aquellas superficies condicionadas por esta película (Serrano-Granger, 2005).

2.8 Factores Locales

2.8.1 Mal posición dental

El estado y actividad normal del periodonto se pueden afectar por infecciones bacterianas, como por las alteraciones en el funcionamiento que poseen los dientes según las fuerzas a las que están sometidos de acuerdo al grupo dentario que se trate o a la posición que ocupen en la arcada dentaria. La mal posición dentaria no produce cambios de función mecánica, sino producen inflamación de los tejidos gingivo-periodontales ya que disminuyen la eficacia de la higiene oral o retienen placa bacteriana (Grenón, 2001).

2.8.2 Tabaco y enfermedad periodontal

El tabaquismo es un factor de riesgo de la periodontitis crónica, No se trata solo de que el riesgo de desarrollar la enfermedad aumenta con el tabaquismo, sino que la respuesta a la terapia periodontal es menor en los fumadores, unos de los signos y síntomas más significativos que presenta un paciente con hábito de fumar es el color rojo de la encía y sangrado al sondeo están reducidos por la alteración de la inflamación que se observa a comparación de los no fumadores (Lindhe, 2011).

Al fumar, se causa vasoconstricción y se ejerce un efecto enmascarado, dando por resultado tiendan a disminuir los signos de la inflamación presentes en la encía, como el sangrado, el aumento de volumen y el enrojecimiento. En los fumadores, la encía tiende a volverse fibrosa observándose márgenes engrosados (Dr. Kia Juan Koushyar Partida, C.D., 2010).

Se realizó un estudio en 96 fumadores en el Hospital Militar donde para el examen de los fumadores se utilizó el índice de necesidad de tratamiento periodontal, los objetivos fueron determinar la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal según la edad del paciente y los años que lleva fumando, así como las necesidades de tratamiento periodontal en los pacientes estudiados. Se observó que el grupo de edad más afectado por la enfermedad fue el de 45 a 54 años, y las personas que llevan más de 40 años fumando padecen de periodontitis más severas. Los fumadores que consumen más de 10 cigarrillos o 3 tabacos diarios son los que necesitan tratamiento periodontal complejo (Dra. Bárbara Toledo Pimental, 2002).

Se realizó un estudio no experimental en 214 pacientes fumadores mayores de 19 años. Atendiendo a la edad, grado de higiene bucal, estado periodontal y cantidad de cigarrillos que consumen diariamente. Se realizó una encuesta y el examen bucal aplicando índices de higiene bucal de Greene y Vermillon y el índice periodontal de Russell, ambos

revisados por la OMS. Se determinó que la prevalencia de la enfermedad periodontal fue del 100 % de los examinados, la higiene bucal de los fumadores se encontró muy comprometida. La intensidad del tabaquismo a medida que aumenta reporta mayores daños en la higiene bucal, así como en el estado periodontal (Dr. Eladio Miguel Traviesas Herrera, 2007).

2.9 ENFERMEDADES PERIODONTALES

2.9.1 Enfermedades gingivales

2.9.1.1 Gingivitis asociada solo por placa dental

Se hallan factores anatómicos y locales donde se produce la retención de placa y de este modo se incrementan las posibilidades de desarrollar gingivitis. Ejemplos de esta situación son la presencia de obturaciones desbordantes, coronas, ortodoncia raíces fracturadas, etc. Todo esto impide a la persona una eliminación precisa de la placa, ya que al realizar la limpieza dental se produce obstáculos que impiden una buena higiene y de esta manera la placa se retiene afectando a los tejidos produciendo la gingivitis (Lindhe, 2011).

2.9.1.2 Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos

Los factores sistémicos que influyen en la gingivitis se encuentran asociados a alteraciones del sistema endocrino, en el embarazo, la pubertad y los ciclos menstruales pueden alterar la homeostasis del periodonto y provocar un aumento de la susceptibilidad a la placa, que tendrá como resultado la aparición de una alteración gingival visible clínicamente. También se ve relacionado con el inadecuado control de

glicemia asociada a la diabetes, puede verse con relativa frecuencia en niños con diabetes tipo I mal controlada (carranza, 2011).

2.9.1.3 Enfermedades gingivales modificadas por desnutrición

Se da un compromiso en el sistema inmune de las personas que presentan desnutrición que puede afectar a la susceptibilidad individual a la infección, lo cual lleva a pensar que la repercusión clínica ante la exposición a placa en estos pacientes podría verse exacerbada. Clínicamente se puede observar la encía roja, brillante tumefacta y hemorrágica en deficiencia de vitamina C (Zerón, 2001).

2.9.1.4 Enfermedades gingivales no inducidas por placa

Las alteraciones inflamatorias en el tejido del periodoncio pueden producirse por infecciones bacterianas específicas, víricas o micóticas, sin una reacción inflamatoria gingival asociada a placa. Se manifiesta más en poblaciones socioeconómicas bajas (carranza, 2011).

2.9.1.5 Enfermedades gingivales de origen bacteriano específico

Se producen por infecciones bacterianas exógenas como infecciones por *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Streptococcus* u otros microorganismos. Las lesiones en boca se presentan de manera secundaria, las infecciones gingivales suelen ir acompañadas con amigdalitis asociándose también con estreptococos A Beta Hemolítico (carranza, 2011).

2.9.1.6 Enfermedades gingivales de origen viral

Las manifestaciones agudas de infecciones virales se encuentran dentro de las más comunes el virus herpes simple y virus herpes zoster, en la

mucosa oral se pueden presentar varias vesículas que se rompen fácilmente apareciendo úlceras dolorosas. La reactivación del virus se asocia a episodios de fiebre, trauma o radiación ultravioleta, entre otros (Lindhe, 2011).

2.9.1.7 Enfermedades gingivales de origen micótico

Las infecciones fúngicas más comunes frecuentes son la candidiasis producida por *Candida albicans*, su diagnóstico se realiza mediante una biopsia, no suele darse en encía sana. La histoplasmosis es una enfermedad granulomatosa dada por el *Histoplasma capsulatum* que se encuentra en las heces de los pájaros y los murciélagos. Se inician como lesiones nodulares luego ulcerativas con apariencia de tumor maligno. En infectados por VIH se presenta como eritema gingival lineal (Zerón, 2001).

2.9.1.8 Enfermedades gingivales de origen genético.

La fibromatosis gingival hereditaria se encuentra en esta categoría, se da de manera autosómica dominante o recesivo, se presenta agrandamiento gingival (Zerón, 2001).

2.10 Periodontitis

Es una enfermedad inflamatoria de los tejidos periodontales que puede dar lugar a la pérdida gradual de los dientes debido a la destrucción del ligamento periodontal y hueso alveolar causado por microorganismos. Clínicamente se presenta pérdida ósea a diferencia de la gingivitis (Bascones, 2009).

2.10.1 Periodontitis Crónica

La periodontitis crónica es más prevalente en adultos, aunque también se puede presentar en niños, la mayor parte de veces la periodontitis crónica es indolora y por este motivo los pacientes no suelen tomar importancia del tratamiento periodontal, en algunos de los casos se presenta dolor debido a las exposiciones radiculares (Lindhe, 2011).

Los signos y síntomas que comúnmente se presenta en la periodontitis crónica son edema, aumento o recesión de la encía, placa o cálculo supra y subgingival, factores locales que aumentan el acumulo de placa sangrado o supuración al sondaje o espontánea, una mayor movilidad, apiñamiento o exfoliación dental (Lindhe, 2011).

Se la puede describir según su extensión como localizada aquella que posee pocos sitios con pérdida de inserción o pérdida ósea, menor a un 30 % de afección de la boca y generalizada cuando más del 30% de la boca son afectados. Según su severidad puede ser leve cuando la pérdida de inserción es de 1 a 2 milímetros, moderada con pérdida de inserción de 3 a 4 mm y severa con pérdida de inserción es superior a 5 mm (Carranza, 2011).

2.10.2 Periodontitis agresiva

Forma multifactorial y de evolución rápida particularmente grave no exclusivamente a pacientes más jóvenes pero se ve con mayor prevalencia (Carranza, 2011).

Una vez localizada la enfermedad periodontal particular lo más tempranamente posible, las modalidades de tratamiento se dan a partir del diagnóstico clínico y microbiológico. Combatiendo la infección, mecánico y farmacológico, las medidas regenerativas, la restauración

funcional y estética de la dentición con medios protésicos e implanto lógicos y un tratamiento de mantenimiento a largo plazo (Publicación internacional de odontología, 2005).

2.10.3 Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas

Las enfermedades sistémicas se clasifican en metabólicas, inflamatorias, neoplásicas y genéticas ; las metabólicas son la diabetes mellitus, anemia y el hiperparatiroidismo; las inflamatorias como el VIH, tuberculosis, liquen plano, penfigoide membranoso y pénfigo vulgar; las neoplásicas como los carcinomas metastásicos y leucemia; por último las enfermedades genéticas como la neutropenia cíclica y el síndrome de Papillon-Lefèvre (carranza, 2011).

2.11 Enfermedades periodontales necrosantes

2.11.1 Gingivitis Ulcero necrosante

Denominada GUN es una infección gingival rápidamente destructiva existe una situación inmunitaria que suele verse comprometida que facilita la invasión bacteriana y la manifestación de la enfermedad, responde bien a un tratamiento antimicrobiano y mecánico (BC, 2007).

En caso de ausencia de tratamiento, se extiende lateral y apicalmente transformándose en una periodontitis úlcero-necrotizante aguda (PUNA) con destrucción del soporte óseo dental (BC, 2007).

2.11.2 Periodontitis Ulcero necrosante

Denominada PUN, los casos más frecuentes de PUNA se presentan en pacientes con deterioro inmunitario. Se observan en algunos casos asociados a enfermedad periodontal de inicio temprano, aunque suele ser un hallazgo más frecuente en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, está asociada con el VIH. (BC, 2007)

Se manifiesta con Aparición de ulceraciones gingivales con posterior necrosis y una destrucción de hueso alveolar rápida con presencia de frecuentes secuestros óseos abundante dolor y sangrado espontaneo (CP, 1983).

2.12 Absceso Periodontal

Infección aguda dada por microorganismos piógenos endógenos, asociada a la susceptibilidad del individuo, localizado en los tejidos periodontales (Herrera, 2000).

Aparece con mayor frecuencia en periodontitis avanzadas, aunque también se puede dar por lesiones pulpares que drenan por el ligamento periodontal o surco gingival. Existen varios factores por los cuales se puede dar un absceso periodontal como la obstrucción de una bolsa, lesión gingival, eliminación incompleta de biofilm, infección de tejidos de soporte, consecuencia de enfermedad pulpar (Herrera, 2000).

Los abscesos periodontales pueden ser:

Agudos

Aparece como una elevación ovoide donde la encía se encuentra edematosa brillante y lisa, en la mayoría de los casos es posible que el pus se desborde del margen gingival con presión digital suave, el dolor es

pulsátil, irradiado, sensible a la palpación y movilidad dental (Herrera, 2000).

Crónico

Aparece como una fistula al sondear se observa su origen, es asintomático aunque suele existir episodios de dolor apagado y persistente (carranza, 2011).

2.13 LESIONES ENDOPERIODONTALES

2.13.1 Lesión Tipo I:

Origen endodóntica, que drena desde el ligamento al surco y simula un absceso periodontal, con aumento de volumen marginal, diagnostico con mayor resultado sin margen de error se realiza mediante fistulometria y pruebas de vitalidad que en lesiones de origen endodontico son negativas (Alcota, 2011).

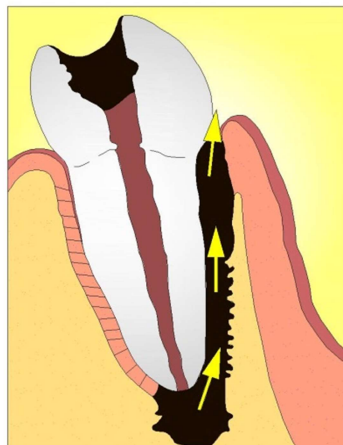


Figura 2: Lesión tipo I Fuente: Carolina Hinojosa

2.13.2 Lesión Tipo II:

Origen periodontal, enfermedad periodontal que destruye tejidos de soporte y afecta la pulpa. Las alteraciones periodontales pueden producir daño a partir de presencia de biofilm duro y blando, bolsa periodontal, pérdida en su diagnóstico las pruebas de vitalidad serán positivas (Herrera, 2000).

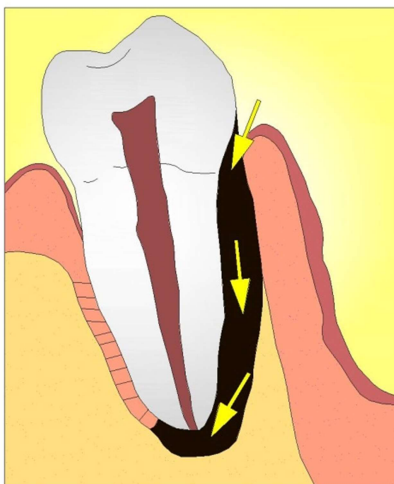


Figura 3: Lesión esencialmente periodontal Fuente: Carolina Hinojosa

2.13.3 Lesiones Tipo III o combinadas

Para diagnosticar esta lesión debemos evaluar las dos áreas endodóntica y periodontal por separado y luego valorarlas en conjunto. Para ello nos valemos de signos y síntomas tales como el dolor, estudio radiográfico, test de vitalidad pulpar, sondaje clínico y evaluación clínica existe la presencia de necrosis pulpar y lesión periodontal, en estas situaciones se trata primero endodónticamente y posteriormente se realiza el tratamiento periodontal (Castillo, 2009).

Estas lesiones inicialmente no se comunican pero si se las deja progresar probablemente lo hagan. Ambos procesos ocurren en un mismo diente pudiendo haber o no comunicación entre ellos (carranza, 2011).

Las alteraciones pulpares pueden producir daños periodontales, la lesión se inicia con la destrucción pulpar en el foramen apical y se extiende a coronal. El tamaño de las lesiones periapicales dependen del balance entre los microorganismos y las toxinas que se produzcan (Herrera, 2000).

Se diagnostican mediante examen visual, palpación, percusión, movilidad, radiográficamente, pruebas de vitalidad y sondaje periodontal (Alcota, 2011).

En el reporte de un caso clínico realizado en el Curso de Especialización en Periodoncia de la Escuela de Graduados de la Universidad de Chile de una lesión endoperiodontal combinada o verdadera en un paciente de sexo femenino de 41 años de edad donde se observó que el pronóstico en este tipo de lesiones es dudoso, ya que es necesario que se efectúe el tratamiento endodóntico así como el periodontal, y el resultado recae más en el tratamiento periodontal. El tratamiento fue exitoso y el diente está totalmente asintomático, sin movilidad y con señales de reparación (Rojas, 2011).

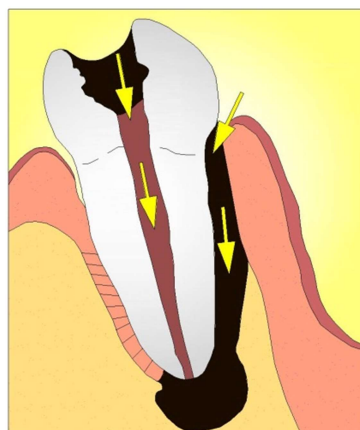


Figura 4: Lesión combinada Fuente: Carolina Hinojosa

2.14 DIAGNOSTICO CLINICO

2.14.1 Historia clínica

La historia clínica se obtiene mediante un interrogatorio al paciente, registrando la información que nos menciona (MANSON, 2010).

Aunque la historia médica pueda parecer irrelevante en caso de unos pacientes puede ser esencial obtenerla como por ejemplo procesos sistémicos, medicaciones que el paciente este recibiendo entre otras (MANSON, 2010).

2.14.2 Enfermedad actual

La mayoría de pacientes desconocen varios problemas pero muchos acuden mencionando dolores, sensibilidad o sangrados (MANSON, 2010).

2.14.3 Estudio radiográfico

La radiografía panorámica es un método conveniente para ayudar a realizar un diagnóstico junto con los demás exámenes, ayudan a observar anomalías de desarrollo, lesiones patológica, etc (carranza, 2011).

2.14.4 Modelos

Medios de diagnóstico en los modelos se puede observar los márgenes gingivales y la posición dental (MANSON, 2010).

2.15 Examen clínico

Observar medidas clínicas normales de la fisiología y anatomía oral para percibir anormalidades que puedan demostrar la presencia de alguna patología (Glavind, 1979).

2.16 Examen bucal

Se observa todo lo que asociado a la cavidad oral como por ejemplo la higiene bucal, presencia de atrición, erosión abrasión, hipersensibilidad, movilidad dentaria, entre otras (Bascones, 2009).

2.16.1 La Movilidad dental se presenta en varios grados:

La pérdida continua de tejidos de soporte dentario puede provocar la movilidad dentaria que se clasifica en:

Grado 1: movilidad de 0,2 a 1mm en sentido horizontal.

Grado 2: movilidad mayor a 1mm en sentido horizontal.

Grado 3: movilidad en sentido axial (Bascones, 2009).

2.17 PSR

Este sistema ayuda a la detección temprana de la enfermedad periodontal. Puede indicar cuando se debe realizar un examen periodontal más completo (Mitchell, 2012).

Códigos Utilizados para PSR:

Código 0: No presenta sangrado, cálculo, ni bolsas periodontales al introducir la sonda.

Código 1: Al introducir la sonda suavemente se presenta sangrado y no hay presencia de cálculo, ni bolsas periodontales.

Código 2: Presencia de sangrado y cálculo supragingival y subgingival. Se presentan bolsas periodontales; sin embargo, la zona oscura de la sonda es completamente visible.

Código 3: Presencia de sangrado y cálculo supragingival y subgingival. Se presentan bolsas periodontales; sin embargo, la zona oscura de la sonda es parcialmente visible.

Código 4: Presencia de sangrado y cálculo supragingival y subgingival. Se presentan bolsas periodontales; sin embargo, la zona oscura de la sonda no es visible (Mitchell, 2012).

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															

Figura 5: PSR (Registro periodontal simplificado) Fuente: Carolina Hinojosa

2.18 PERIODONTOGRAMA

Representación gráfica del estado de los tejidos periodontales del paciente que determina el diagnóstico definitivo de la enfermedad periodontal del mismo y nos guiará en el tratamiento a seguir. Para realizar el periodontograma debemos obtener un registro con diferentes parámetros que son: (Botero JE, 2010).

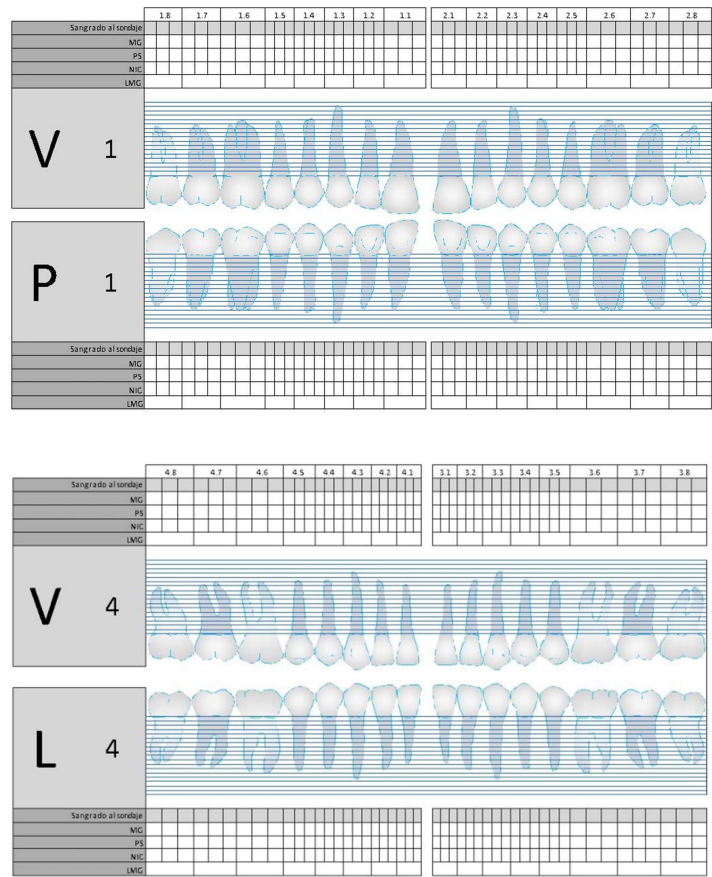


Figura 6: Periodontograma Fuente: Carolina Hinojosa

Margen gingival

Distancia de la porción más coronal de la encía libre hasta el límite amelocementario. Si el margen se encuentra hacia coronal con respecto al LAC, el registro se acompaña con el signo más + y si el margen se encuentra hacia apical con respecto al LAC el registro se acompaña con el signo menos - (manizales, 2010).

Profundidad de sondaje

Se mide la distanciad desde la encía libre hasta el límite hasta el final de la bolsa periodontal (manizales, 2010).

Limite mucogingival

Se toma un registro por diente de la distancia entre la porción más coronal de la encía libre y la porción más apical de la encía adherida (manizales, 2010).

Nivel de inserción

Refleja la cantidad de fibras gingivales y de ligamento periodontal que se pierden como resultado de la enfermedad periodontal (manizales, 2010).

Sangrado al sondaje

Es uno de los parámetros periodontales más analizados ya que se considera que puede ser un predictor de enfermedad periodontal. Puede ser considerado un conjunto con signos clínicos de inflamación, como un indicador de inflamación periodontal. Como el sangrado en este caso es inducido por la penetración de la sonda periodontal, hay que tener en cuenta algunos aspectos del sondaje que pueden hacer variar la interpretación del sangrado al sondaje, como son la fuerza, diámetro de la sonda y grado de inflamación gingival (Botero JE, 2010).

2.19 PRONÓSTICO

El pronóstico es una predicción de la forma en que los tejidos probablemente responderán al tratamiento. Se lo realiza antes de formular un tratamiento definitivo, elegirlo y confirmar que el mismo está justificado en un intento de conseguir la estabilidad periodontal a largo plazo. Generalmente el paciente solicitará que se haga tal predicción por lo que cuanto más complicado sea el tratamiento propuesto, más importante es el pronóstico. Es posible predecir el comportamiento futuro de los tejidos periodontales basándose en el modo como se han comportado en el pasado frente a los factores productores de enfermedad (G, 2004).

2.20 TRATAMIENTO PERIODONTAL

2.20.1 Fase de Urgencia

Lo que se busca en esta fase principalmente es calmar el dolor del paciente, recuperando el bienestar devolviendo la función a la persona (Lindhe, 2011).

2.20.2 Fase Sistémica

En esta fase se debe revisar el estado de salud del paciente si presenta enfermedades sistémicas de relevancia y la posibilidad de que incida en la salud periodontal antes de realizar el tratamiento odontológico se debe conocer el compromiso sistémico. Si existe se debe realizar interconsultas médicas y con la autorización de su médico tratante proceder a realizar necesarias fase higiénica (Lindhe, 2011).

2.20.3 Fase Higiénica

Es la base principal de la terapia periodontal ya que se encarga de la remoción de los depósitos y productos bacterianos de la superficie dental (Lindhe, 2011).

2.20.3.1 Ambientación Periodontal

Aquí se encuentra el tratamiento de los tejidos periodontales y el control de la placa mediante motivación y educación al paciente donde se enseña una adecuada técnica de cepillado dental que ayude a su mejoría periodontal, raspado y alisado radicular y profilaxis (Lindhe, 2011).

El raspado y alisado se puede hacer manualmente que son las curetas el principal instrumento para realizar la terapia periodontal. Presentan un mango, un cuello y una parte activa u hoja o con el uso de instrumentos de ultrasonido que remueven el biofilm duro y blando por medio de vibraciones de la superficie de los dientes existen dos tipos de curetas las universales que su diseño se adapta a todas las áreas y gracey están diseñadas para zonas específicas (Glavind, 1979).

El alisado radicular involucra el raspado cuidadoso de la raíz del diente con el objetivo de reducir la inflamación. El periodoncista hace el raspado y alisado como su nombre lo dice para alisar las áreas irregulares e impedir el crecimiento de la placa y de la película bacteriana (Grenón, 2001).

2.20.4 Fase de Mantenimiento

El objetivo principal es prevenir o minimizar la recurrencia y progresión de la enfermedad periodontal en pacientes tratados. La frecuencia del mantenimiento depende de cada paciente. Varios factores influyen en la periodicidad de las terapias de soporte como el nivel de biopelícula, la severidad de la enfermedad periodontal, la motivación del paciente y la respuesta al tratamiento realizado.

El intervalo de mantenimiento de 3 meses es el más utilizado, pero se puede disminuir o aumentarse en función de los parámetros clínicos y necesidad de cada paciente (Lindhe, 2011).

El manejo del paciente no garantiza un desenlace exitoso, pues las enfermedades periodontales usualmente involucran numerosas y complejas causas y síntomas, el diagnóstico, tratamiento y manejo de la enfermedad, así como la terapia preventiva posterior debe ser hecha por

el Clínico tratante basándose en las circunstancias específicas que se presentan en el paciente (Sueldo, 2010).

Pacientes con enfermedad periodontal en un plan de tratamiento integral, se pretende controlar la enfermedad aun así, se espera y se requiere el reemplazo protésico. Considerando que la elección de los dientes pilares para una restauración protésica depende de la capacidad biológica del periodonto sano reducido de soportar a largo plazo la restauración, numerosas investigaciones se han diseñado para establecer los criterios determinantes en tal selección. La principal limitación para el éxito de las restauraciones en pacientes con pocos pilares y una cantidad reducida de soporte periodontal, se relaciona con los factores biofísicos y técnicos y con el mantenimiento de la salud de los tejidos periodontales, más que con la cantidad de soporte periodontal (Ardila Medina, 2009).

3 PRESENTACION DEL CASO CLINICO

3.1 HISTORIA CLINICA

3.1.1 Datos personales

- Género: Masculino
- Edad: 24 años
- Fecha de nacimiento: 24-06-1990
- Ocupación: Chef
- Procedencia: Ecuatoriano
- Residencia: Valle de los Chillos

3.1.2 Motivo de consulta

"Estoy hinchado la cara, tengo molestias en algunos dientes y me sangran"

3.1.3 Enfermedad actual

Paciente de sexo masculino de 24 años de edad acudió a la consulta por presencia de edema facial y problema periodontal.

3.1.4 Antecedentes personales y familiares

Antecedentes Personales: No refiere

Antecedentes Familiares: No refiere.

3.1.5 Signos vitales

Al paciente se le realizó la toma de los respectivos signos vitales presentando una presión arterial 119/80, frecuencia cardíaca de 56 pulsaciones por minuto, temperatura de 36,5 grados centígrados y una frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto.

3.1.6 Examen clínico

3.1.6.1 Examen extraoral

Paciente presenta asimetría facial por presencia de absceso alveolar agudo con edema de la zona inferior derecha debido a proceso infeccioso por presencia de resto radicular de la pieza dental 4.6.



Figura 7: Fotos extraorales Fuente: Carolina Hinojosa

3.1.6.2 Examen intraoral



Figura 8: Fotografías Intraorales oclusales superior e inferior, izquierda, derecha Fuente: Carolina Hinojosa

• Labios	Color rojo negrozco
• Mejillas	Sin patología aparente
• Maxilar superior	Presencia de biofilm blando
• Maxilar inferior	Presencia de biofilm duro y blando
• Lengua	Sin patología aparente
• Paladar	Ojival
• Encías	Encía edematosa, inflamada, de color rojo intenso
• Ganglios	Sin patología aparente

Tabla 1: Examen intraoral Elaborador: Carolina Hinojosa

3.1.6.3 Odontograma

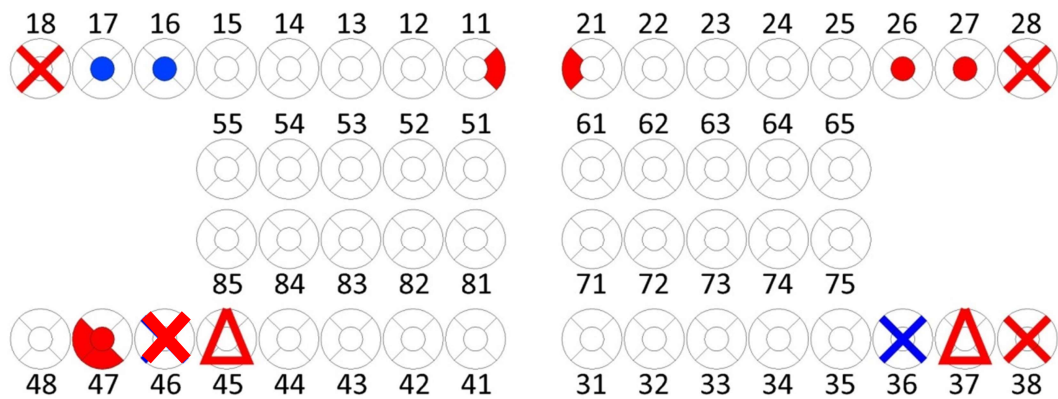


Figura 9 : Odontograma Fuente: Carolina Hinojosa

Caries en diente 1.1, 2.1, 2.6, 2.7, 4.7.

Presencia de absceso periodontal: 3.7

Necrosis pulpar de diente 3.7 y 4.5

Resto radicular 4.6

3.1.6.4 Indicadores de salud bucal

INDICADORES DE SALUD BUCAL						
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA						
PIEZAS DENTALES				PLACA	CALCULO	GINGIVITIS
				0 - 1 - 2 - 3	0 - 1 - 2 - 3	0 - 1
16	17	18	55	3	2	1
11	21	22	51	3	2	1
26	27	28	65	2	2	1
36	37	38	75	3	3	1
31	41	42	71	2	3	1
46	47	48	85	3	2	1
TOTALES				2.6	2.3	1

Figura 10 : Índice de salud bucal Fuente: Carolina Hinojosa

3.1.6.5 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
●	3	4	3	1	1	1	1	1	3	1	2	3	4	3	●
3	4	●	2	1	1	1	1	1	3	4	1	2	●	4	●
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															

Figura 11: Registro periodontal simplificado Fuente: Carolina Hinojosa

3.1.6.6 Índice de placa

INDICE DE PLACA (O'LEARY)															
SUPERFICIE TEÑIDA X 100 ÷ SUPERFICIES PRESENTES															
PRIMER CONTROL :															
7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	

Figura 12: Índice de placa Fuente: Carolina Hinojosa



Figura 13: Fotografía con revelador de placa

3.1.6.7 Periodontograma

Para tomar los datos necesarios del periodontograma se va a determinar la profundidad de la bolsa periodontal realizando el sondaje. Insertamos suavemente la sonda periodontal, siguiendo al eje vertical en tres puntos distintos de la cara vestibular y cara palatino/lingual de cada diente. Los datos obtenidos en el periodontograma inicial se pueden observar en la (Figura 14).



Figura 14: Fotografía de sondaje periodontal Fuente Carolina Hinojosa

3.1.6.7.2 PERIODONTOGRAMA FINAL SEGUNDO CONTROL

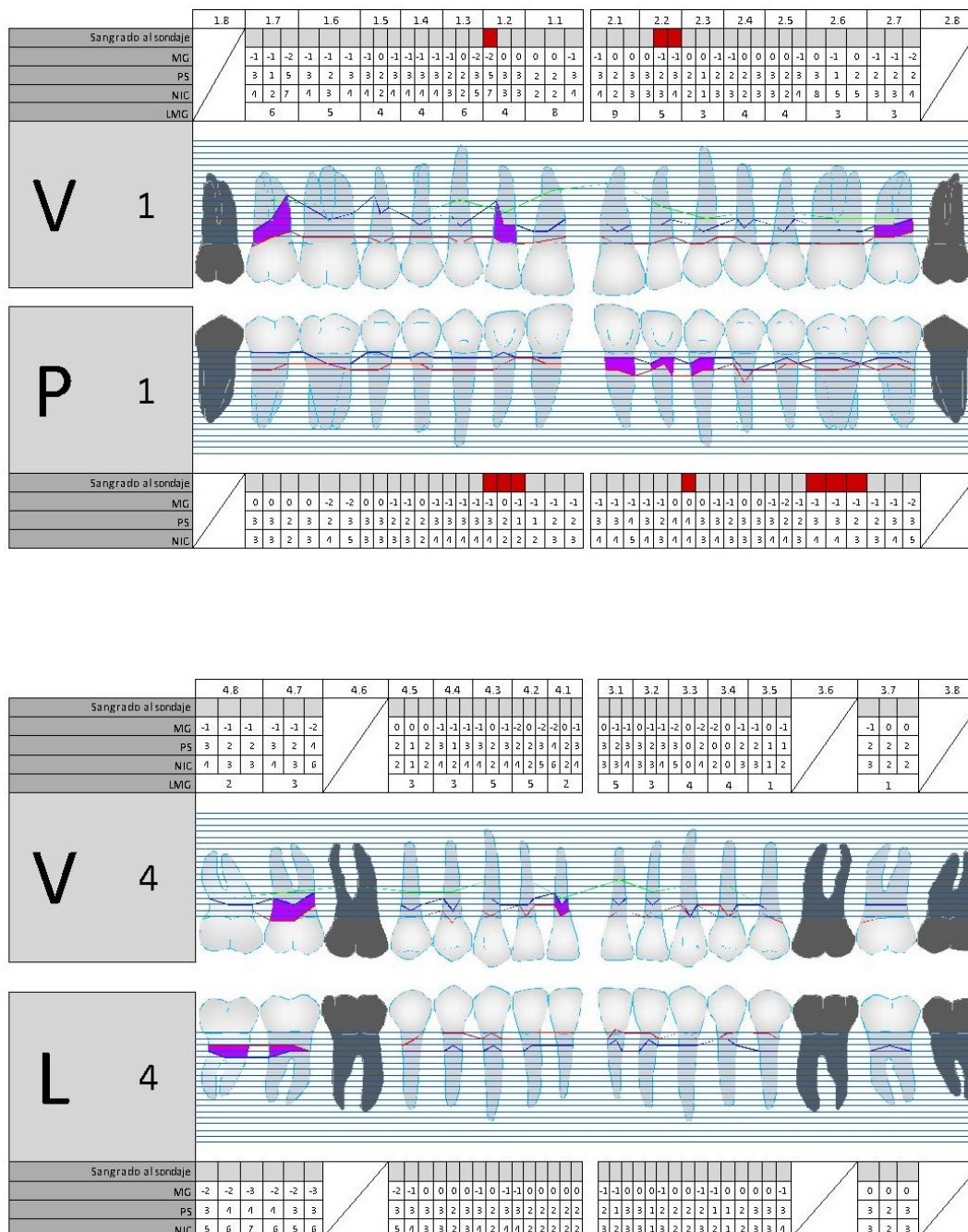


Figura 16: Periodontograma final Fuente: Carolina Hinojosa

Con los datos obtenidos en el periodontograma final podemos observar la mejora significativa de la salud periodontal del paciente y la ausencia de bolsas periodontales por lo que se remite a la fase de mantenimiento cada 6 meses (Figura 16).

3.1.7 Examen radiográfico

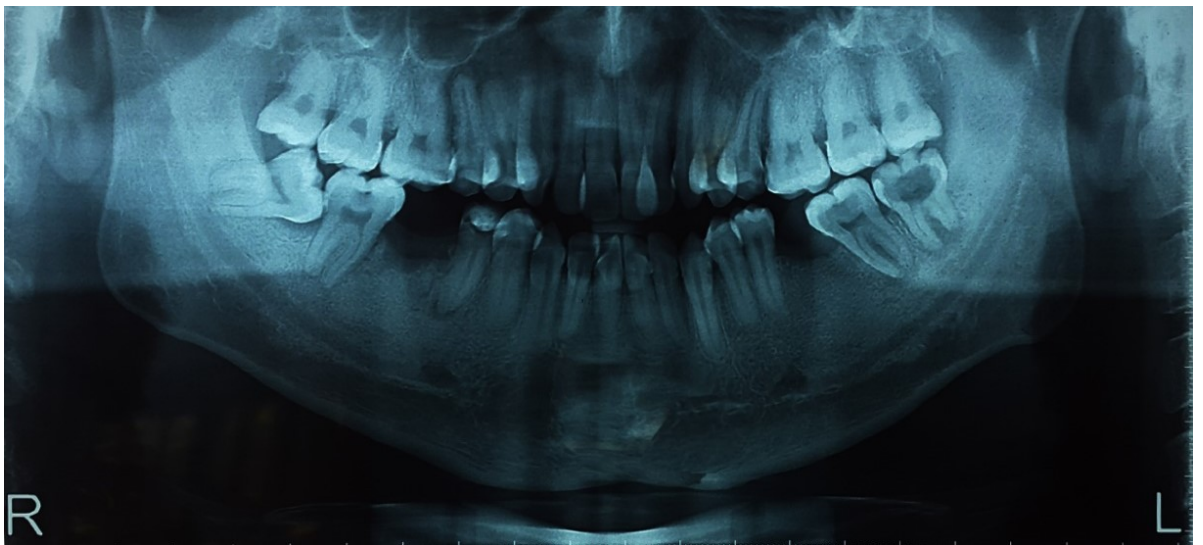


Figura 17 : Rx Panorámica

Zona Radiopaca compatible con ramas mandiburales se encuentran normales al igual que zona radiolucida compatible con senos maxilares, canal de dentario inferior y agujeros mentonianos normales dirigiéndonos hacia estructuras más internas se observa terceros molares superiores a funcionales, sombra radiolucida compatible con caries en diente 3.7,4.7 y sombra radiolucida compatible con proceso apical en diente 4.5 y 3.8, pieza dental 4.8 impactada, sombra radiolucida por ensanchamiento de ligamento periodontal en pieza 3.7 (Figura 17).

3.1.8 Diagnostico presuntivo

Paciente presenta enfermedad periodontal crónica, diente 1.8, 2.8 afuncional, Proceso apical en diente 4.5 y diente 3.8.

3.1.9 Diagnóstico definitivo

Paciente presenta periodontitis crónica severa generalizada asociada a mal posición dental y hábito de fumar, diente 1.8 y 2.8 afuncional, Proceso apical en diente 4.5 y diente 3.8. Caries y fractura en 4.5, 4.7, 3.5, 3.7.

3.1.10 Plan de tratamiento

Fecha de atención /sesiones	PROCEDIMIENTO
1ra sesión 17/12/14	Llenado de historia clínica (firma del consentimiento informado) Exodoncia compleja, apertura de emergencia
2da sesión 09/01/15	Primer control de placa, Raspado y alisado,
3ra sesión 17/01/15	Drenaje de absceso periodontal.
4ta sesión 23/01/15	Endodoncia uniradicular
5ta sesión 02/02/15	Endodoncia uniradicular
6ta sesión 05/02/15	Exodoncias complejas
7ma sesión 13/02/15	Endodoncia multirradicular
8va sesión 19/02/15	Resina simple 2.7,2.6
9va sesión 23/02/15	Endodoncia multirradicular
10ma sesión 25/02/15	Resina simple 2.1,1.1

11va sesión 26/02/15	Resina compuesta 4.7
12va sesión 05/05/15	Reevaluación periodontal, Segundo control de placa.
13va sesión 06/05/15	Perno colado
14 va sesión 11/05/15	Perno prefabricado
15 va sesión 13/05/15	Perno colado(cementación)
16 va sesión 04/08/15	Mantenimiento periodontal y tercer control de placa. Colocación de coronas provisionales finales.

Tabla 2: Plan de tratamiento Elaborador: Carolina Hinojosa

3.1.11 Desarrollo del plan de tratamiento

3.1.11.1 Fase de emergencia: control del dolor

El absceso periapical sin fistula evolucionado presenta características clínicas como dolor espontaneo, menor intensidad que el de la fase inicial pulsátil, localizado, edema evidente, en el aspecto radiográfico se observa espacio periodontal aumentado.

Siempre que hay una masa purulenta accesible, el tratamiento debe ser su evacuación física, es decir, el drenaje. Las indicaciones de antibioterapia se recogen son de importancia, el antibiótico empleado será amoxicilina más ácido clavulánico, recurrir a macrólidos en pacientes alérgicos.

Antes de llegar a la fase de absceso, las infecciones localizadas suelen pasar por una fase flemonosa. Para acelerar la formación de pus, puede ser útil el empleo de calor local, y realizar el drenaje cuando la fluctuación sea evidente.

El drenaje de un absceso es una técnica sencilla no obstante se debe tener precauciones se procede a desinfectar la zona de drenaje se coloca anestésico local de la zona, incisión, desbridamiento drenaje, y lavado de la zona con abundante suero fisiológico (Figura 18).

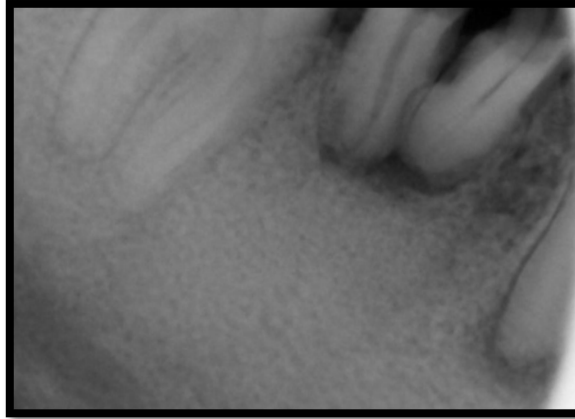


Figura 18 : Rx de resto radicular de pieza dental 4.6 Fuente: Carolina Hinojosa

3.1.11.2 Fase higiénica

3.1.11.2.1 Motivación y fisioterapia oral

Se motivó al paciente con un espejo después del primer control de placa con la colocación de revelador de placa se indicó las zonas teñidas en su boca explicando que en esos lugares existe acumulo de biofilm, a continuación se mostró las zonas de sangrado en encías al momento del sondaje periodontal y la pérdida ósea que presentaba en la radiografía explicándole la enfermedad periodontal que presenta y el tratamiento que le realizara (Figura 19).



Figura 19: Primer control de placa Fuente: Carolina Hinojosa

Posterior se explicó al paciente que para obtener un resultado óptimo demos realizar un trabajo en conjunto, es decir que el éxito se logrará con los cuidados de higiene oral que mantenga posterior al procedimiento. Se instruye al paciente como debe cepillarse los dientes con un cepillo de cerdas suaves que debe cambiarlo cada dos meses indicándole la técnica de Bass modificado que consiste en colocar el cepillo dental en un ángulo de 45 grados con respecto a los dientes, presionando contra el surco gingival realizando movimientos muy cortos en dirección antero posterior y de vibración.

Se indicó el uso de seda dental en los espacios interdentes sobre todo en su caso que presenta apiñamiento dental se debe tomar 45 cm de seda dental, enrollando la mayor parte del mismo alrededor del dedo anular, dejando 3 o 5 cm de seda dental para trabajar se debe sostener la seda dental tirando entre los dedos pulgares e índices, y deslícelo suavemente hacia arriba y hacia abajo entre los dientes, curvando el hilo dental suavemente alrededor de la base de cada diente, asegurándose que pase por debajo de la encía. Nunca forzando el hilo, ya que puede cortar o lastimar el delicado tejido gingival, para extraer el hilo, utilice el mismo movimiento hacia atrás y hacia adelante, sacándolo hacia arriba y alejándolo de los dientes (Figura 20).



Figura 20: motivación y fisioterapia oral Fuente: Carolina Hinojosa

3.1.11.2.2 Terapia básica periodontal

Rapado es el proceso en el cual se elimina biofilm duro y blando de las superficies radiculares supragingivales y subgingivales. No se hace el intento de retirar sustancia dentaria junto al cálculo y el alisado radicular consiste en eliminar el cálculo residual dejando una superficie lisa, dura y limpia.

Para realizar el raspado y alisado radicular realizado con instrumental manual la cureta se sostiene con la toma de pluma modificada y se establece un apoyo digital firme sobre los dientes vecinos, la hoja cortante se adapta con una angulación de 45° a 90° con respecto a la superficie a raspar, el cálculo se retira con movimientos controlados cortos y enérgicos mediante movimientos básicos de muñeca brazo (Figura 21).

Curetas de gracey

- 1-2 incisivos y caninos superiores e inferiores,
- 3-4 caninos superiores e inferiores,
- 5-6 dientes anteriores y premolares en sus caras libres y laterales,
- 7-8 molares en su cara vestibular o palatina,
- 9-10 molares en su cara vestibular o palatina,
- 11-12 molares superiores e inferiores,
- 13-14 caras distales de los molares superiores e inferiores



Figura 21: Raspado Radicular Fuente: Carolina Hinojosa

3.1.11.3 Fase correctiva

3.1.11.3.1 Drenaje de absceso periodontal

Se realizó el drenaje del contenido purulento para liberar presión sobre los tejidos adyacentes. Para este drenaje se realizaron varias fases: penetración con una sonda periodontal para intentar volver a recanalizar el orificio de salida del saco periodontal, introducir cureta para abrir extensamente el orificio de salida con lo que se realiza el desbridamiento, al establecer el drenaje se alivia el dolor y la inflamación al final se procede a lavar bien la zona con abundante suero fisiológico (Figura 22).



Figura 22: Drenaje de absceso periodontal Fuente: Carolina Hinojosa

3.1.11.3.2 Endodoncia Unirradicular

Se realizó tratamiento endodóntico (necropulpectomia) debido a diagnóstico de Necrosis pulpar de diente 4.5 con proceso apical que fue realizado un acceso de emergencia para drenar la infección en la fase de urgencia posterior a esto, se realizó acceso, instrumentación con técnica corono apical, se dejó con medicación intraconducto (hidróxido de calcio), a los 8 días en la siguiente cita se retiró hidróxido de calcio se lavó el conducto y se procedió a la obturación. (Figura 23).

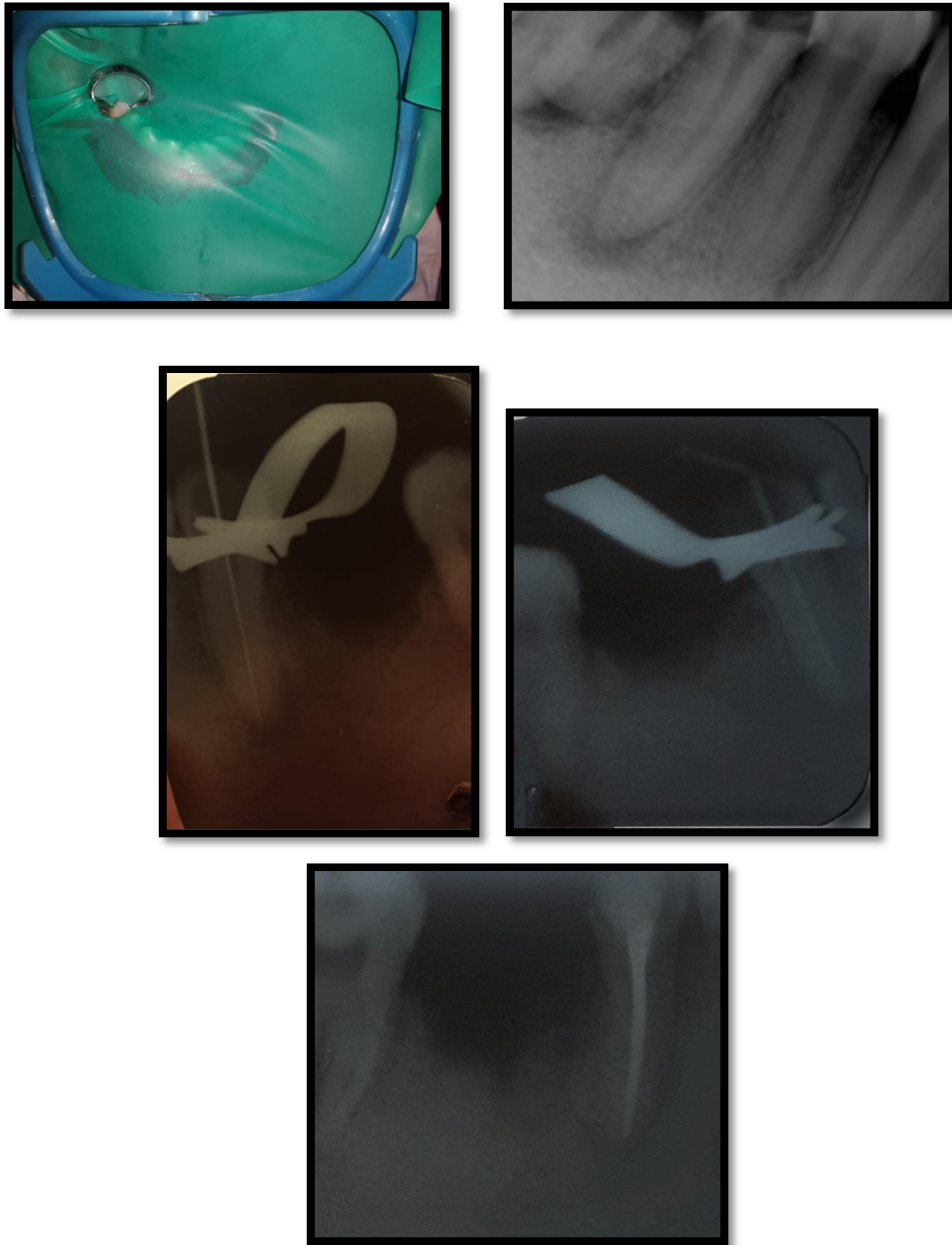


Figura 23: Aislamiento, Radiografía periapical inicial, conductometría y obturación de pieza dental 4.5

3.1.11.3.3 Exodoncia de terceros molares

Se realizó la Exodoncia de terceros molares afuncionales y diente 3.8 con presencia de caries indicado para extracción siguiendo los protocolos establecidos para este tratamiento, comenzando con la técnica de

anestesia infiltrativa para diente 1.8, 2.8 y troncular para diente 3.8, seguido de esto se realizó la sindesmotomía del diente con un elevador recto fino y finalmente la extracción de la pieza dental. (Figura 24).



Figura 24: Exodoncia compleja Fuente: Carolina Hinojosa

3.1.11.3.4 Endodoncia multirradicular

Se realiza tratamiento endodóntico (Necropulpectomia) en diente 3.7 debido a necrosis pulpar junto a este procedimiento se realizó drenaje de

absceso periodontal se inició con el acceso, instrumentación con técnica corono apical y se dejó con medicación intraconducto. La segunda cita se realizó la conometría y la obturación (Figura 25).

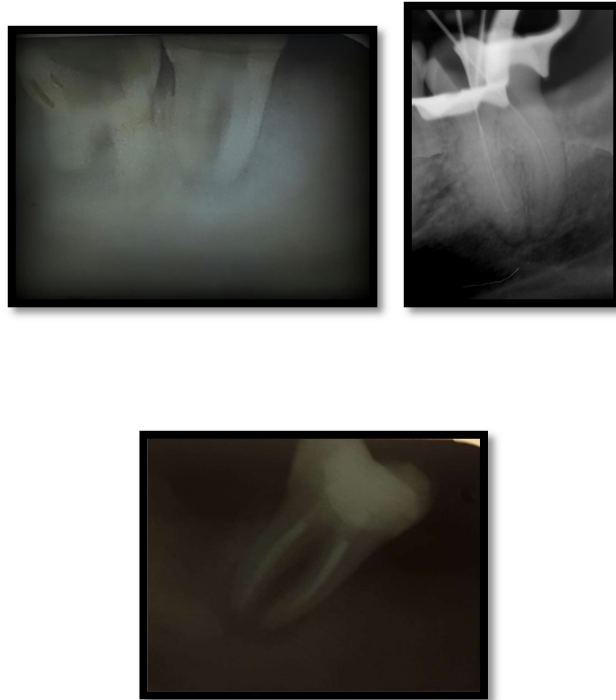


Figura 25: Rx de pieza dental 3.7 conductometría

3.1.11.3.5 Restauraciones

Se realizó la eliminación de caries en piezas dentales 2.7, 2.6, 2.5, 1.6, 2.1, 1.1 y se restauró con resina posterior a la limpieza de la cavidad con clorhexidina, colocación de ácido fosfórico por 12 segundos y adhesivo fotopolimerizando (Figura 26).



Figura26: Caries y Restauraciones Fuente: Carolina Hinojosa

3.1.11.3.6 Control de placa



INDICE DE PLACA (O'LEARY)														
SUPERFICIE TEÑIDA X 100 ÷ SUPERFICIES PRESENTES														
SEGUNDO CONTROL :														
7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7

Figura 27: Control de placa Fuente: Carolina Hinojosa

3.1.11.3.7 Realización de perno colado

El perno colado es un elemento metálico que se introduce en los conductos radiculares previamente endodonciados, la proporción que

sobresale del resto radicular permite la elaboración de la restauración coronal. Son indicados en excesiva pérdida coronal, necesidad de cambios de inclinación de corona, cargas oclusales predominantes

Desobturación de pieza dental 4.5 restando 4mm de obturación controlando con toma de radiografía. Se realizó el perno colado con toma de impresión con pasta liviana ingresada en el conducto con lentulo y pasta pesada posteriormente en cubeta (Figura 28).

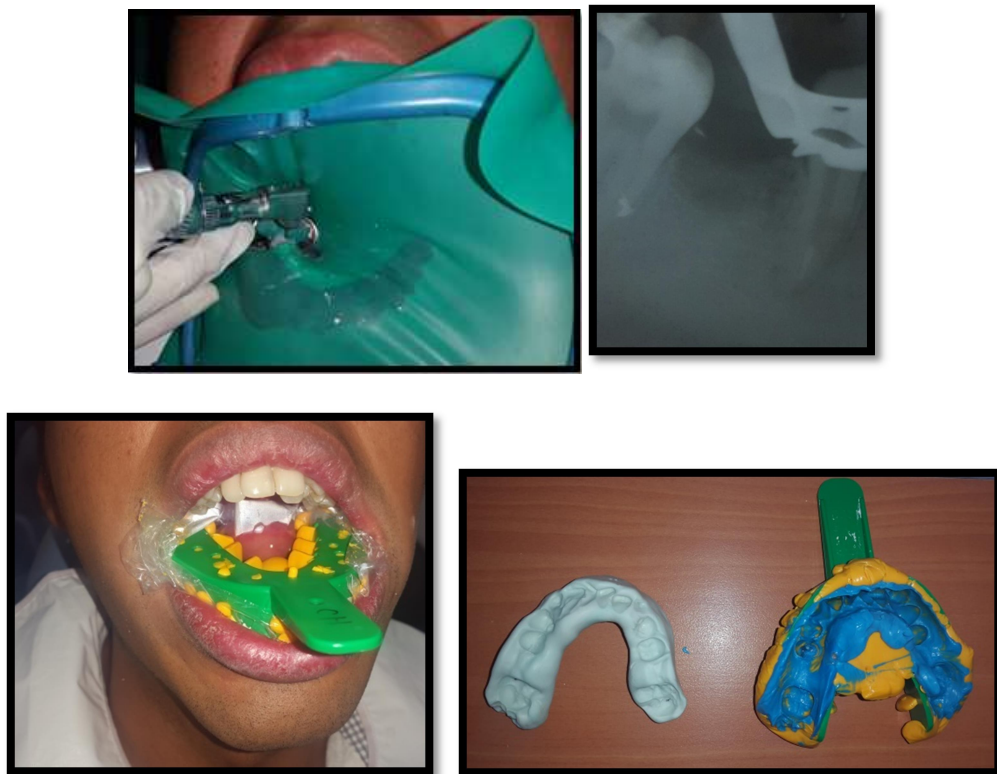


Figura 28: preparación de perno colado en pieza dental 4.5 Fuente: Carolina Hinojosa

3.1.11.3.8 Perno prefabricado

Una de las ventajas de los pernos prefabricados es aportar una impresión precisa del conducto, disminución del tiempo en la elaboración, pues se

pueden realizar en una única sesión, reduciendo también la contaminación bacteriana y sus costos son bajos.

En su colocación se debe medir la longitud del conducto radicular y verificar mediante la radiografía inicial, el diámetro y ancho del poste.

El poste debe tener al menos $\frac{3}{4}$ de la longitud total del conducto o la longitud total de la corona, colocarse de 3 a 5 mm mínimo del sello apical.

Se siguió el protocolo establecido para este procedimiento, comenzando primero por la desobturación del diente dejando como mínimo 4mm de gutapercha en apical, se colocó el perno en el interior del conducto y se tomó una rx de control, para posteriormente cementar el perno, realizar reconstrucción con resina y tallado de diente 3.7 (Figura 29).



Figura 29: Preparación de perno prefabricado pieza dental 3.7 y tallado Fuente Carolina Hinojosa

3.1.11.3.9 Colocación de perno colado

Desinfección de cavidad con clorhexidina, arenado de perno, cementación con merón cemento a base de ionómero de vidrio, tallado con terminación cervical Chaflán y colocación de provisional unitario (Figura 30).

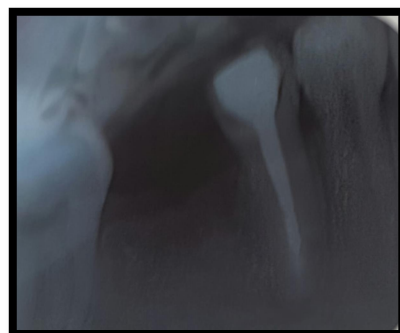
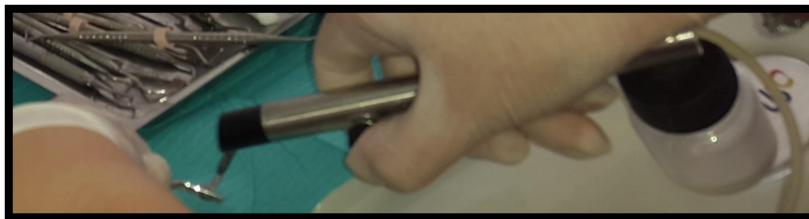


Figura 30: Colocación de perno colado pieza dental 4.5 Fuente: Carolina Hinojosa

3.1.11.3.10 Tallado dental

Se realizó tallado de piezas dentales 3.5 y 4.7 con un desgaste de 1.5mm con la finalidad de proporcionar espacio para los materiales metálicos y estéticos, además el tipo de terminación cervical que se utilizó fue Chaflán ya que está indicada para coronas metal-porcelana que se realizara posteriormente el paciente (Figura 31).



Figura 31: Tallado de piezas dentales 3.5, 3.7, 4.5, 4.7 Fuente: Carolina Hinojosa

Posterior al tallado se confeccionó provisionales deacrílico, ya que estos tienen como característica la protección pulpar en diente no tratados endodónticamente y protección periodontal (Figura 32).



Figura 32: Preparación y colocación de provisionales Fuente: Carolina Hinojosa

3.1.11.4 Fase mantenimiento:

3.1.11.4.1 Reevaluación de periodoncia

Se realizó control de placa dental con resultados favorables se observó menor zonas de acumulo de placa y periodontograma final con mejoría satisfactoria en arcada inferior no se presentaron zonas de sangrado y en superior en menos zonas debido a la mala posición dental (Figura 33).

INDICE DE PLACA (O'LEARY)														
$\text{SUPERFICIE TEÑIDA} \times 100 \div \text{SUPERFICIES PRESENTES}$														
CONTROL DE PLACA :														
7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7



V 1																	
		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
Sangrado al sondaje 1		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
MG 1		-3	-1	-4	-1	-2	-3	-1	-1	-3	-2	-3	-2	-1	-1	-2	-1
PS 1		4	3	4	4	3	6	4	2	4	5	3	3	2	2	3	2
NIC 1		7	4	5	8	4	8	7	3	5	8	5	6	4	3	3	5
LMG 1		6	6	9	9	4	7	5	7	8	9	8	4	4	6	5	5
		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
Sangrado al sondaje 2																	
MG 2																	
PS 2																	
NIC 2																	
LMG 2																	
P 1																	
Sangrado al sondaje 1		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
MG 1		-2	-2	-2	-2	-1	-2	-2	-1	-1	-1	-2	-1	-2	-1	-1	-1
PS 1		4	3	3	5	4	4	2	2	3	4	2	3	3	4	4	2
NIC 1		6	5	5	7	6	5	4	4	4	5	3	6	5	3	4	5
LMG 1		6	5	5	7	6	5	4	4	4	5	3	6	5	3	4	5
Sangrado al sondaje 2																	
MG 2																	
PS 2																	
NIC 2																	
LMG 2																	
V 4																	
		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
Sangrado al sondaje 1		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
MG 1		-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-1	-3	-1	-1	-1	-1
PS 1		4	2	2	5	5	2			2	2	2	4	4	3	2	2
NIC 1		6	4	4	7	7	4			4	6	3	4	3	5	7	4
LMG 1		4	4							4	7	3	4	6			
		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
Sangrado al sondaje 2																	
MG 2																	
PS 2																	
NIC 2																	
LMG 2																	
L 4																	
Sangrado al sondaje 1		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
MG 1		-1	-2	-1	-1	-1	-2			-2	-2	-1	-2	-1	-1	-3	-1
PS 1		4	2	6	5	8	6			2	2	4	3	3	2	2	1
NIC 1		5	4	7	6	9	8			4	4	6	4	3	4	4	2
LMG 1		6	5							5	5	4	4	4	4		
Sangrado al sondaje 2																	
MG 2																	
PS 2																	
NIC 2																	
LMG 2																	

Figura 33: Reevaluación periodontal y control de placa Fuente: Carolina Hinojosa

4 Resultado Final



Figura 34: Vista Oclusal del Antes y después del Tratamiento Fuente: Carolina Hinojosa

5 CONCLUSIÓN

Se realizó un diagnóstico correcto para un tratamiento adecuado con remoción de biofilm duro y blando, paciente fue eliminando el hábito de fumar y junto con la terapia básica periodontal, se consiguió recuperar la salud periodontal en el paciente. El éxito del tratamiento dependerá de lo motivado que se encuentre el paciente para realizar su higiene oral.

La enfermedad periodontal se ve afectada por diversos factores como la mal posición dentaria y su corrección influye directamente sobre la mejoría clínica posteriormente las terapias de mantenimiento son necesarias para disminuir de manera considerable la enfermedad periodontal.

6 DISCUSIÓN

El tratamiento odontológico se relaciona con la salud periodontal consiguiendo óptimas condiciones de los tejidos de sostén del diente; es decir, del hueso, el ligamento periodontal y la encía. Para lograr dicha salud es necesario eliminar el biofilm duro y blando de la superficie dental, tanto supragingival como subgingival mediante técnicas ya sean manuales o ultrasónicas (carranza, 2011).

En este caso se debería proseguir con la instrumentación manual para lograr una superficie radicular libre de cálculos y cemento contaminado. Una vez que el estado periodontal del paciente se encuentra en buenas condiciones, se podrá proceder con los demás procedimientos que devolverá de manera integral la salud dental (Lindhe, 2011).

7 Bibliografía

- Ardila Medina, O. V. (2009). Restauraciones protésicas sobre dientes. *AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA*.
- Bascones. (2009). *Periodoncia clínica e Implantología oral*. Madrid: Avances medico dentales.
- BC, M. (2007). Necrotizing Ulcerative Periodontitis. *Diagnosis of AIDS* .
- Botero JE, B. E. (2010). Determinantes del Diagnóstico Periodontal. *Clinica Periodoncia Implantoogia Rehabilitacion Oral*.
- carranza. (2011). *periontologia clinica*. Mc Graw hill.
- Castillo, B. (2009). LAS LESIONES ENDOPERIODONTALES Y SU TRATAMIENTO. *Fundación Juan José Carraro*.
- CP, C. (1983). antibody titers in acute necrotizing ulcerative gingivitis. *J periodontol*.
- D, H. (2000). the periodontal abscess. *j clin perodontol*.
- Dr. Eladio Miguel Traviesas Herrera, D. R. (2007). Tabaquismo, higiene bucal y periodontopatías inmunoinflamatorias crónicas en adultos del municipio Guanajay. *Revista Cubana de Estomatología*.
- Dr. Kia Juan Koushyar Partida, C.D. (2010). Smoking: A risk factor for periodontal disease. *ADM*.
- Dra. Bárbara Toledo Pimental, 1. D. (2002). Tabaquismo y enfermedad periodontal. *Revista Cubana de Medicina Militar*.
- Enrico, B. (2007). *Atlas periodoncia*.
- G, A. (2004). *Periodontology*.
- Glavind. (1979). *periodontal examination, a motivational tool in periodontics* .
- Grenón, M. S. (2001). Tratamiento periodontal invasivo y no invasivo combinado con enfermedad periodontal y mal posicion dentaria.
- Lindhe. (2011). *Periontologia clinica e implatologia odontologica*.
- manizales, u. a. (2010). periodontograma .
- MANSON, E. S. (2010). *Periodoncia*.
- Mitchell, V. (2012). Periodontal Screening and Recording. *Early Detection of periodontal diseases*.

ordan.K. (2000). Diagnostico de las manifestaciones periodontales de las enfermedades sistemicas. *periodontology*.

Publicación internacional de odontología. (2005).

Rojas, M. A. (2011). Tratamiento de una lesión endoperiodontal tipo III (combinada o verdadera): reporte de un caso. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*.



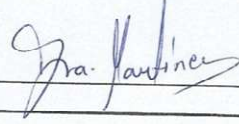
Ruiz, C. A. (2004). Historia de la periodoncia. *Filosofía de la ciencia*.

Serrano-Granger, J. H. (2005). La placa dental como biofilm.

Sueldo, E. (2010). TERAPIA PERIODONTAL DE SOPORTE (TPS). *UNMSM*.

Zerón, D. A. (2001). Nueva clasificación de las enfermedades. *ADM*.

8 ANEXOS

		UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLOGÍA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA				
UIDE		Clínica #1				PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	7410			
						Sangolquí	Zamora Chinchipe	Pichincha				
1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN												
APPELLIDO PATERNO		APPELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		No. CÉDULA DE CIUDADANÍA				
Villavicencio		Trujillo		Jean		Pierre		4723951180				
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y No. - MANZANA Y CASA)				BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (U/R)	No. DE TELÉFONO			
El Tingo					Sangolquí	Zamora Chinchipe	Pichincha		2 867 075			
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD AÑOS CUMPLIDOS	SEXO		ESTADO CIVIL					
24/Junio/90	Quito	Ecuatoriano	Mestizo	24	M	F	SOL	CAS	DIV	VIU	U-L	INSTRUCCIÓN ÚLTIMO AÑO APROBADO
					X		X					
FECHA DE ADMISIÓN		OCUPACIÓN		EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE				
17/12/14		chef		Hotel Hilton Colon								
EN CASO NECESARIO LLAMAR A		PARENTESCO AFINIDAD		DIRECCIÓN		No. DE TELÉFONO						
COD= CODIGO U=URBANA R=RURAL M=MASCULINO F=FEMENINO SOL=SOLOTERO. CAS=CASADO DIV=DIVORCIADO VIU=VIUDO U-L=UNIÓN LIBRE												
									CÓDIGO			
									ADMISIONISTA			
AUTORIZACIÓN												
FECHA: <u>17/12/14</u>												
YO: <u>Jean Pierre Villavicencio</u> con C.I. No. <u>4723951180</u>												
En conocimiento que la Clínica de Especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador "Servicio Docente" su tratamiento lo realiza 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:		<u>Jean Pierre Villavicencio</u>										
FIRMA DEL PACIENTE:												
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		<u>Carolina Hinojosa</u>										
NOMBRE DEL TUTOR:		<u>Dra. Alicia Martinez</u>										
FIRMA DEL TUTOR:												

**Anexo 1: Historia clínica Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE
Elaborador: Carolina Hinojosa**

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA	
UIDE		Jean		Villavicencio		M	24	7410	
1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA			
1 MOTIVO DE CONSULTA		ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE							
"Estoy hinchado la cara, tengo molestias en algunos dientes y me sangran"									
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL		REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL							
Paciente de sexo masculino de 24 años de edad acudio a la consulta por presencia de edema facial y problema periodontal									
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES									
1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
AP: No refiere AF: No refiere									
4 SIGNOS VITALES									
PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA (min)	TEMPERATURA (°C)	F. RESPIRATORIA (min)						
119/80	56	36.5	18						
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO		DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO							
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS		
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS						
1. Labios color rojo negrozco 6. Paladar Ojival									
6 ODONTOGRAMA									
PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA									
RECESIÓN	MOVILIDAD	VESTIBULAR	LINGUAL	VESTIBULAR	MOVILIDAD	RECESIÓN			
[Diagrama de odontograma con cuadros numerados de 11 a 38 y marcas de recesión y movilidad]									
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL						8 ÍNDICES CPO-ceo			
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA						ENFERMEDAD PERIODONTAL			
PIEZAS DENTALES						MAL OCLUSIÓN			
PLACA						FLUOROSIS			
CÁLCULO						LEVE			
GINGIVITIS						MODERADA			
						SEVERA			
16						D			
11						c			
26						e			
36						o			
31						TOTAL			
46						8			
TOTALES						TOTAL			
2.6						8			
2.3						TOTAL			
1									
9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA									
*rojo SELLANTE NECESARIO ⊗ PÉRDIDA (OTRA CAUSA) = PRÓTESIS TOTAL									
*azul SELLANTE REALIZADO △ ENDODONCIA □ CORONA									
X rojo EXTRACCIÓN INDICADA □ PRÓTESIS FIJA ○ azul OBTURADO									
X azul PÉRDIDA POR CARIES (—) PRÓTESIS REMOVIBLE ○ rojo CARIES									

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGÍA (1)

Anexo 2: Historia clínica 1 Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE
Elaborador: Carolina Hinojosa

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL				
BIOMETRIA	QUIMICA SANGUINEA	RAYOS-X <input checked="" type="checkbox"/>	OTROS	
Paciente de sexo masculino acude a la consulta por presencia de edema facial, dado por presencia de foco infeccioso de diente 46.				

11 DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	CIE	PRE DEF	CIE	PRE DEF
1	2	DEF-DEFINITIVO				
Resto Radicular	Necrosis Pulpar			Biofilm Duro y Blando		Caries

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	FIRMA	NÚMERO DE HOJA

12 TRATAMIENTO				
SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA 17/12/14	Resto Radicular K08.3 Necrosis Pulpar K09.1	Exodoncia Compleja Acceso (Urgencia para drenaje)	Amoxicilina + Acido clavulánico 625mg, Ibuprofeno 600mg	CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 2 FECHA 09/01/15	Enfermedad gingival inducida por placa bacteriana K05.0	Preparado y Alisado		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 3 FECHA 17/01/15	Absceso Periodontal	Drenaje de Absceso Periodontal	Ibuprofeno 600mg	CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 4 FECHA 23/01/15	Necrosis Pulpar K09.1	Endodoncia Uniradicular		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 5 FECHA 02/02/15	Necrosis Pulpar K09.1	Endodoncia Uniradicular		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 6 FECHA 05/02/15	Terceros Moltres erupcionados (18,2,8) K08.3 (3,8)	Exodoncia Compleja	Amoxicilina + Acido clavulánico 625g Ibuprofeno 600mg	CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 7 FECHA 13/02/15	Necrosis Pulpar K09.1	Endodoncia Multirradicular		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 8 FECHA 19/02/15	Caries Esmalte (27, 26) K02.0	Resina Simple		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 9 FECHA 23/02/15	Necrosis Pulpar K09.1	Endodoncia Multirradicular		CÓDIGO FIRMA

SNS-MSP / HCU-form.033 / 2008

ODONTOLOGIA (2)

Anexo 3: Historia clínica 2 Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE
Elaborador: Carolina Hinojosa

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA	
SESIÓN	10				CODIGO	
FECHA	25/02/15	Caries Esmalte (2.1, 1.1) K02.0	Resina Simple		FIRMA	
SESIÓN	11				CODIGO	
FECHA	26/02/15	Caries dentina 4.7 K02.1	Resina Compuesta		FIRMA	
SESIÓN	12				CODIGO	
FECHA	05/05/15	Enfermedad gingival inducido por placa bacteriana K05.0	Reevaluación periodontal Control de placa		FIRMA	
SESIÓN	13				CODIGO	
FECHA	06/05/15	Caries Dental K02	Perno colado		FIRMA	
SESIÓN	14				CODIGO	
FECHA	11/05/15	Caries Dental K02	Perno Prefabricado		FIRMA	
SESIÓN	15				CODIGO	
FECHA	13/05/15	Caries Dental K02	Perno Colado		FIRMA	
SESIÓN	16				CODIGO	
FECHA	09/08/15	Enfermedad gingival inducido por placa bacteriana K05.0	Mantenimiento Periodontal Control de Placa Colocación de coronas provisionales		FIRMA	

ODONTOLOGÍA (3)

Anexo 4: Historia clínica 3 Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE
Elaborador: Carolina Hinojosa

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	SESIÓN No.	FACTURA No.	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	SALA DE MATERIALES
17/12/14	1	28452	Suero, Jeringa, Anestésico con vaso, Aguja larga, gasas	<i>[Signature]</i>	ENTREGADO 17 DIC 2014 <i>[Signature]</i>
09/01/15	2	0390	Suero, Gasas, Anestésico con vaso, aguja larga y corta,	<i>[Signature]</i>	ENTREGADO 09 ENE 2015 <i>[Signature]</i>
17/01/15	3	01945	Suero, Gasas, Anestésico con vaso, aguja corta, Jeringuilla, hoja de diente	<i>[Signature]</i>	ENTREGADO 17 ENE 2015 <i>[Signature]</i>
23/01/15	4	0087	Hipodermico, Dique de goma, Suero, Jeringuillas, esponja, aguja corta, anestésico con vaso.	<i>[Signature]</i>	ENTREGADO 23 ENE 2015 <i>[Signature]</i>
02/02/15	5	0087	Hipodermico, Dique de goma, Suero, Jeringa, esponja, aguja corta, anestésico c.v., conos de papel, conos macetas, conos accesorios, sea la pex.	<i>[Signature]</i>	ENTREGADO 02 FEB 2015 <i>[Signature]</i>
05/02/15	6	00287	Suero, gasas, anestésico con vaso, aguja corta	<i>[Signature]</i>	ENTREGADO 05 FEB 2015 <i>[Signature]</i>
13/02/15	7	0089	Hipodermico, suero, Dique de goma, aguja corta, anestésico c.v. esponja, Jeringuillas.	<i>[Signature]</i>	ENTREGADO 13 FEB 2015 <i>[Signature]</i>
19/02/15	8	01380	Acido, Adhesivo, lampara. aplicador, Resina A3 clatexidina	<i>[Signature]</i>	ENTREGADO 19 FEB 2015 <i>[Signature]</i>
23/02/15	9	0089	Hipodermico, suero, Dique de goma, conos de papel, macetas, accesorios, jeringuillas, esponja, sea la pex, aguja corta, anestésico c.v.	<i>[Signature]</i>	ENTREGADO 23 FEB 2015 <i>[Signature]</i>
25/02/15	10	0762	Acido, Adhesivo, lampara clatexidina, aplicador Resina A3	<i>[Signature]</i>	ENTREGADO 25 FEB 2015 <i>[Signature]</i>
26/02/15	11	01716	Acido, Adhesivo, lampara clatexidina, aplicador Resina A3	<i>[Signature]</i>	ENTREGADO 26 FEB 2015 <i>[Signature]</i>

ODONTOLOGIA (6)

Anexo 6: Historia clínica 5 Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE
 Elaborador: Carolina Hinojosa

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	SESIÓN No.	FACTURA No.	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	SALA DE MATERIALES
05/05/15	12	390	Revelador de placa		05 MAY 2015
06/05/15	13	2079	Pasta liviana y pesada, clorhexidina		10 MAY 2015
11/05/15	14	2179	Pemo de fibra de vidrio, clorhexidina, Silano, Acido fosforico, Adhesivo, cemento dual		11 MAY 2015
13/05/15	15	2079	clorhexidina, Merón		13 MAY 2015
09/08/15	16	28448	Revelador de placa Tembond.		14 MAY 2015

ODONTOLOGÍA (6)

Anexo 7: Historia clínica 6 Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE
 Elaborador: Carolina Hinojosa

**CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
 CIRUGIA BUCAL**

Nombre de Paciente: Jean Piere Villavicencio No Historia Clínica: 7910

Nombre del Estudiante tratante: Carolina Hinojosa

Dientes a extraer: 46

Fecha: 17/12/19

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 acude a consulta con odontalgia al examen clínico se observo Absceso y Restos radiculares se debe realizar extracción de emergencia, paciente no refiere antecedentes personales ni familiares.

HISTORIA DENTAL ANTERIOR
 ¿Recibe atención dental periódicamente? No
 Tiempo Transcurrido de la última extracción 2 años
 Indique las razones para extracciones previas no se sabe
 ¿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 No
 ¿Padece o ha padecido de?
 Enfermedades Cardiovasculares _____ Hipertensión _____
 Hígado _____ Riñón _____ Sangre _____
 Semana de Gestación _____ ¿Qué semana? _____ T.A. 120/80
 Temperatura 37°C Pulso 65 Rep 17 x/min Peso _____
 ¿Toma medicación? No

Dra. Alicia
NOMBRE Y FIRMA DEL PROF. Y CODIGO
 Dra. Alicia Martínez

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:
 RX Periapical _____
 Laboratorio Clínico: _____

Diagnóstico: Restos Radiculares.

Tratamiento (Anestesia empleada, Complicaciones. Post Operatoria Inmediato)
Anestesia infiltrativa y medicación posterior (Amoxicilina + Ac. Clavulánico), Anestesia troncular para (Dentario inferior, bucal largo, lingual).

Evolución: _____

Carolina Hinojosa
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO
 Carolina Hinojosa

Dra. Alicia
NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.
 Dra. Alicia Martínez

Anexo 8: Historia clínica de Cirugía bucal Fuente: Clínica de especialidades odontológicas de la UIDE Elaborador: Carolina Hinojosa

UIDE

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

Nombre: Jean Villavicencio Edad: 24

Fecha: 09/01/15 Teléfonos: 2063 675

Antecedentes odontológicos y médicos de relevancia:

AP: No refiere
AF: No refiere

Factores de riesgo:

Factores Locales: Caries Factores de Comportamiento: Mala Higiene
Factores sistémicos: No refiere

Diagnóstico: Periodontitis crónica severa generalizada asociada a mala posición dental y hábito de tabaco

Tratamiento periodontal:

Motivación y Fisioterapia Oral
Terapia Básica Periodontal
Evaluación
Terapia de 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
0	3	4	3	1	1	1	1	3	1	2	3	4	3	0	
3	4	2	2	1	1	1	1	3	4	1	2	0	4	0	
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

FORMULARIO UIDE-CEO-005



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
PROTOCOLO PERIODONCIA

Nombre del Profesor: Dra. Alicia Martínez No Historia: 7410
Nombre del paciente: Jean Pierre Villavicencio

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
<u>28/01/15</u>	1	HISTORIA CLÍNICA PERIODONTAL	
<u>28/01/15</u>	2	REGISTRO PERIODONTAL SIMPLIFICADO PSR	
<u>28/01/15</u>	3	DIAGNÓSTICO PERIODONTAL	
<u>28/01/15</u>	4	PLAN DE TRATAMIENTO PERIODONTAL	
<u>28/01/15</u>	5	PRONÓSTICO	

Recibí el trabajo a entera satisfacción

FIRMA DEL PACIENTE

Nombre del estudiante

Nombre del Tutor

Carolina Hinojosa

Firma

Dra. Alicia Martínez

Firma

HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA

Historia Clínica No. 7910
 Nombre del paciente: Jean Pierre Villavicencio Diente: 4.5
 Fecha: 23/01/2015 Estudiante: Carolina Hinojosa

MOTIVO DE LA CONSULTA

Edema Facial

ANTECEDENTES SISTÉMICOS DE IMPORTANCIA

No refiere

EXAMEN FÍSICO

Examen Extraoral:

Normal..... Tumoración... Fiebre.....
 Linfadenopatía..... Fístula..... 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...
 Radio lucidez: Circunscrita... Difusa.....

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Necrosis Pulpar

TRATAMIENTO

BIOPULPECTOMIA NECROPULPECTOMIA I NECROPULPECTOMIA II
 OTRO.....

GRUPO DENTAL	CONDUCTOS	CONDUCTOMETRÍA		REFERENCIA	LIMA APICAL MAESTRA	TÉCNICA DE INSTRUMENTACIÓN	MEDICACIÓN INTRACONDUCTO
		TENTATIVA	DEFINITIVA				
ANTERIOR	UNICO						
PRE-MOLAR	SUPERIOR						
	V						
	P						
	INFERIOR						
MOLAR	UNICO	22	21.5	C.V	40	Carono Apical	Hidroxido de Ca
	SUPERIOR						
	MV						
	MP						
	DV						
	P						
	INFERIOR						
	MV						
	ML						
	D						
Conducto en "C"							

MEDICACION SISTÉMICA

.....

EVOLUCIÓN

FECHA	ACCIÓN CLÍNICA	FIRMA TUTOR
09/01/15	Apertura	
09/01/15	Conductometria	
09/01/15	Instrumentación	
16/01/15	Oclusión	

RECOMENDACIONES Y ADVERTENCIAS

.....

USO DE RADIOGRAFIAS

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA

Historia Clínica No... 7410.....

Nombre del paciente: Jean Pierre Vilkaviciencia... Diente: 37.....

Fecha: 13/02/15..... Estudiante: Carolina Hinojosa.....

MOTIVO DE LA CONSULTA

Edema Facial

ANTECEDENTES SISTÉMICOS DE IMPORTANCIA

AP: No refiere

AF: 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...

Radio lucidez: Circunscrita..... Difusa.....

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Necrosis Pulpar

TRATAMIENTO

BIOPULPECTOMIA NECROPULPECTOMIA I NECROPULPECTOMIA II ..X.....
 OTRO.....

GRUPO DENTAL	CONDUCTOS	CONDUCTOMETRÍA		REFERENCIA	LIMA APICAL MAESTRA	TÉCNICA DE INSTRUMENTACIÓN	MEDICACIÓN INTRACONDUCTO
		TENTATIVA	DEFINITIVA				
ANTERIOR	UNICO						
PRE-MOLAR	SUPERIOR						
	V						
	P						
	INFERIOR						
MOLAR	UNICO						
	SUPERIOR						
	MV						
	MP						
	DV						
	P						
	INFERIOR						
	MV	17	18	CMV	30	Corono Apical	Hidroxido de Ca
	ML	17	18	CMV	30	Corono Apical	Hidroxido de Ca
	D	20	20	CDL	30	Corono Apical	Hidroxido de Ca
Conducto en "C"							

MEDICACION SISTÉMICA

EVOLUCIÓN

FECHA	ACCIÓN CLÍNICA	FIRMA TUTOR
13/02/15	Acceso	
13/02/15	Conductometria	
19/02/15	Instrumentación	
26/02/15	Obturacion	

RECOMENDACIONES Y ADVERTENCIAS

USO DE RADIOGRAFIAS

**CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CIRUGIA BUCAL**

Nombre de Paciente: Jean Villavicencio No Historia Clínica: 7410

Nombre del Estudiante tratante: Carolina Hinojosa

Dientes a extraer: 1.8 y 2.8, 3.8

Fecha: 05/02/15

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 24 años de edad acude a la consulta refiriendo molestia en dientes 1.8 y 2.8, clínicamente se observan terceros molares superiores erupcionados, se encuentran atuncionales; Radiográficamente se continúa erupciendo los terceros molares superiores.

HISTORIA DENTAL ANTERIOR

¿Recibe atención dental periódicamente? No

Tiempo Transcurrido de la última extracción _____

Indique las razones para extracciones previas _____

¿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 No

¿Padece o ha padecido de? _____

Enfermedades Cardiovasculares _____ Hipertensión _____

Hígado _____ Riñón _____ Sangre _____

Semana de Gestación _____ ¿Qué semana? T.A. 119/80

Temperatura 36.5 Pulso 59 Rep 1/7 x min Peso 80 Kilos

¿Toma medicación? _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF. Y CODIGO

Dra. Alicia Martínez

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

RX Panorámica _____

Laboratorio Clínico: _____

Diagnóstico: Terceros molares superiores erupcionados y funcionales

Tratamiento (Anestesia empleada, Complicaciones, Post Operatoria Inmediato) _____

Anestesia Infiltrativa (Dentarios Posteriores, Talabino mayor)

Anestesia Troncular (Dentario Inferior, lingual, bucal largo)

Evolución: _____



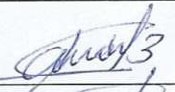
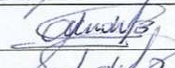
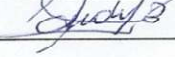
Carolina Hinojosa
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO
Carolina Hinojosa

Dra. Alicia Martínez
NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.
Dra. Alicia Martínez

PROTOCOLO DE PERNO COLADO

Nota: No se realizará ningún procedimiento de prótesis fija sin la previa realización de tratamientos de otras especialidades, de acuerdo con el plan de tratamiento establecido.

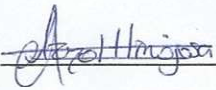
NOMBRE DEL PACIENTE: Jean Pierre Villavicencio
 No. HISTORIA CLÍNICA: 7910
 NOMBRE DEL TUTOR: Dr. Ivan Garcia.
 No. DE DIENTE: 4.5

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
06/05/15	1	Radiografía / Control inicial	
06/05/15	2	Medida obturación endodóntica -mm	
06/05/15	3	Desobturación -mm	
06/05/15	4	Radiografía de control	
13/05/15	5	Preparación: - Ácido Fosfórico - Silano - Adhesivo	
13/05/15	6	Técnica Directa <input type="checkbox"/> Técnica Indirecta <input type="checkbox"/>	
13/05/15	7	Desinfección del perno y diente	
13/05/15	8	Cementación ionomero de vidrio	

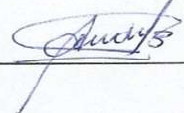
Recibí el trabajo a entera satisfacción.


 FIRMA DEL PACIENTE

ESTUDIANTE
 NOMBRE: Carolina Hinojosa

FIRMA: 

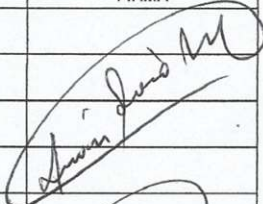
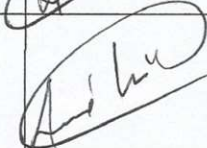
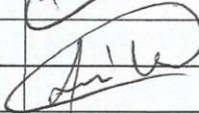
TUTOR
 NOMBRE: Dr. Ivan Garcia

FIRMA: 

PROTOCOLO DE ENDOPOSTES (PERNO PREFABRICADO)

Nota: No se realizará ningún procedimiento de prótesis fija sin la previa realización de tratamientos de otras especialidades, de acuerdo con el plan de tratamiento establecido.

NOMBRE DEL PACIENTE: Jean Villavicencio
 No. HISTORIA CLÍNICA: 7410
 NOMBRE DEL TUTOR: Dr. Ivan Garcia
 No. DE DIENTE: 3.7

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
11/05/15	1	Radiografía / Control inicial	
11/05/15	2	Medida obturación endodóntica.....mm.	
11/05/15	3	Desobturación.....mm	
11/05/15	4	Radiografía de control	
11/05/15	5	Preparación: - Ácido Fosfórico - Silano - Adhesivo	
11/05/15	6	Preparación Diente: - Desinfección (Clorhexidina y secado) - Grabado ácido a nivel de esmalte. - Adhesivo a nivel esmalte.	
11/05/15	7	Colocación cemento autograbado.	
11/05/15	8	Fotocurado 20 segundos.	

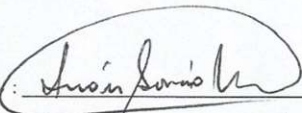
Recibí el trabajo a entera satisfacción.


 FIRMA DEL PACIENTE

ESTUDIANTE
 NOMBRE: Carolina Hinojosa

FIRMA: 


TUTOR
 NOMBRE: Dr. Ivan Garcia


FIRMA: 

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Jean Pierre Villavicencio Trujillo portador de la cedula 1723951108 en conocimiento que la clínica de especialidades odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador "Servicio Docente" su tratamiento lo realizaran especialistas y estudiantes.

Se me ha expresado adecuadamente las actividades esenciales que se realizaran sobre el tratamiento de mis problemas bucales. AUTORIZO a que se me realice procedimiento de diagnóstico y tratamiento clínico quirúrgico además de la utilización de fotografías de los procedimientos que se realizaran con el estudiante asignado, comprometiéndome a cancelar los valores correspondientes previos el tratamiento indicado.


Firma del Estudiante Responsable


Firma del Tutor Responsable


Firma del Paciente